



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **Promoción de la salud en los lugares de trabajo: Un estado del arte**

**Luzetty Chaves Bazzani**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Enfermería  
Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo  
Bogotá, D.C. Colombia  
2016

# **Promoción de la salud en los lugares de trabajo: Un estado del arte**

**Luzetty Chaves Bazzani**

**Código: 539883**

Tesis presentada como requisito para optar al título de:  
**Magister en Salud y Seguridad en el Trabajo**

Directora  
Alba Idaly Muñoz Sánchez  
PhD. en Enfermería

Línea de Investigación:  
Promoción de la salud en los lugares de trabajo y prevención de efectos adversos

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Enfermería  
Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo  
Bogotá, D.C. Colombia  
2016

# Agradecimientos

Por la culminación de este trabajo, mis sinceros agradecimientos:

A la docente Alba Idaly Muñoz Sánchez, directora de tesis, quien con paciencia y sabiduría me oriento durante todo el proceso hasta su finalización.

A la Universidad Nacional de Colombia, más que mi casa de estudios, el espacio que me ha impulsado a construir y a cumplir mis sueños.

A la Facultad de Enfermería y al Programa de Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo, sus docentes y personal administrativo por el apoyo incondicional durante el desarrollo de mis estudios y de esta investigación.

A mi familia, especialmente a mis hijos Laura Alejandra y Jorge David, quienes me apoyaron y me brindaron su comprensión en todo momento.

A mis amigos quienes de una u otra manera contribuyeron al desarrollo de este trabajo.

## Resumen

**Introducción:** Los lugares de trabajo son un espacio propicio para la promoción de la salud al ser el entorno en el cual permanecen los adultos gran parte de su vida. Es por ello necesario trascender en el desarrollo conceptual de la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo (PSLT) y en su aplicación en los escenarios laborales.

**Objetivos:** Construir el Estado del Arte de la PSLT a partir de la revisión de literatura de organismos nacionales e internacionales y de las bases de datos Embase, ScienceDirect y Scielo, entre los años 2004 y 2014.

**Método:** Estudio cualitativo, con aproximación hermenéutica que emplea como técnica el Estado del Arte. Se estudiaron 131 documentos: 90 de bases de datos y 41 de lineamientos de organismos nacionales e internacionales. Se emplearon herramientas cuantitativas como apoyo al proceso descriptivo.

**Conclusiones:** Emergieron tres categorías principales: Desarrollo conceptual, metodologías en el estudio de la PSLT y medición de resultados. La producción científica se genera principalmente en Norteamérica, Europa y Brasil en América Latina. De 90 artículos identificados, 58 son resultados de investigación. Se han documentado algunos impactos positivos en salud, productividad y costos. La amplitud de acción de la PSLT se restringe al ámbito empresarial, con mínimos acercamientos a entornos laborales de trabajadores informales. La Declaración de Luxemburgo propuso la PSLT orientada a la mejora de la organización, condiciones de trabajo, participación activa y desarrollo individual de los trabajadores, sin embargo, gran parte de las investigaciones se han enfocado en reducción de factores de riesgo, prevención de enfermedades e intervención sobre hábitos individuales. Se requiere promover la generación de resultados a través de indicadores relacionados con los impactos positivos del trabajo que consideren la integralidad de la PSLT.

**Palabras clave:**

Promoción de la salud; Lugar de trabajo; Salud laboral

## Abstract

**Introduction:** Workplaces are appropriate sceneries for health promotion to be the environment in which adults remain great time of their life. It is therefore necessary to transcend the conceptual development of Workplace Health Promotion (WHP) and its application in work settings.

**Objectives:** To build the state of the art of WHP from the literature review of national and international agencies and Embase, ScienceDirect and Scielo databases, between 2004 and 2014.

**Method:** Qualitative study with hermeneutic approach that used the State of the Art technique. A total of 131 documents were studied: 90 documents of databases and 41 guidelines of national and international organizations. Quantitative tools were used to support the descriptive process.

**Conclusions:** Three main categories emerged of this study: Conceptual development, methodologies in the WHP study and results measurement. The scientific production is generated mainly in North America and Europe. Of the 90 documents identified in databases, 58 are research results. There had been documented some positive impacts on health, productivity and costs. The amplitude of WHP action is restricted to the formal business, with minimal approaches to environments of informal workers. The Luxembourg Declaration proposed WHP aimed at organization improving, working conditions, active participation and individual development of workers; however, much of the research has focused on reducing risk factors, disease prevention and intervention on individual habits. It is necessary to promote the generation of income through indicators related to positive impacts of the work that consider the comprehensiveness of WHP.

**Key words:**

Health promotion; Workplace; Occupational health.

# Contenido

Introducción .....	0
1 Justificación .....	3
2 Problematización del objeto de estudio .....	5
2.1 La salud y el trabajo: Realidad mundial.....	5
2.2 Conceptos en la relación salud y trabajo .....	10
2.3 Pregunta de investigación .....	14
3 Objetivos .....	15
3.1 Objetivo general.....	15
3.2 Objetivos específicos.....	15
4 Marco metodológico .....	16
4.1 Tipo de estudio.....	16
4.2 Técnica.....	19
4.3 Unidades de análisis.....	21
4.4 Factores e indicadores de las unidades de análisis.....	21
4.5 Delimitación del estudio .....	22
4.6 Consideraciones éticas .....	23
4.7 Socialización de resultados .....	24
5 Resultados .....	25
5.1 Producción documental mundial en PSLT.....	25
5.2 Categorías emergentes de la PSLT .....	31
6 Discusión .....	78

---

6.1	Acerca de los conceptos y principios de “promoción de la salud” y “promoción de la salud en los lugares de trabajo” .....	79
6.2	Los procesos de la PSLT .....	86
6.3	La medición de resultados de la PSLT .....	94
7	Conclusiones.....	96
8	Recomendaciones .....	100
	Referencias bibliográficas .....	102

## Lista de figuras

Figura 1. Relación salud – trabajo

Figura 2. Relación entre objetivos, metodología y subproductos para este estudio

Figura 3. Distribución de artículos de investigación sobre PSLT por país de publicación

Figura 4. Distribución de artículos de revisión sobre PSLT por país de publicación

Figura 5. Categorías emergentes de la PSLT

Figura 6. Categoría desarrollo conceptual de la PSLT

Figura 7. Surgimiento y desarrollo de la promoción de la salud en los lugares de trabajo

Figura 8. Categoría metodologías en el estudio de la PSLT

Figura 9. Distribución de investigaciones sobre PSLT desde el paradigma conceptual positivista por país de publicación

Figura 10. Distribución de investigaciones sobre PSLT desde el paradigma conceptual sociología comprensiva por país de publicación

Figura 11. Subcategoría: líneas de acción de la PSLT

Figura 12. Aspectos de la PSLT estudiados desde la Línea de Acción: Prevención de efectos adversos en la salud

Figura 13. Aspectos de la PSLT estudiados desde la Línea de Acción: Promoción de hábitos individuales

Figura 14. Aspectos de la PSLT estudiados desde la Línea de Acción: Ambiente y organización

Figura 15. Aspectos que influyen en la salud a tener en cuenta para un programa de PLST integral.

Figura 16. Categoría medición de resultados de la PSLT

## Lista de tablas

Tabla 1. Porcentaje de muertes por enfermedades no transmisibles (ENT) cada año en el mundo.

Tabla 2. Prevalencia de factores de riesgo asociados a mortalidad y morbilidad en América.

Tabla 3: Factores e indicadores para las unidades de análisis del estado del arte.

Tabla 4. Documentos de organismos internacionales relacionados con la promoción de la salud seleccionados para este estudio.

Tabla 5. Documentos de organismos internacionales relacionados con la promoción de la salud en los lugares de trabajo seleccionados para este estudio.

Tabla 6. Documentos normativos a nivel nacional relacionados con la PSLT seleccionados para este estudio.

Tabla 7. Número de publicaciones científicas en PSLT

Tabla 8. La promoción de la salud y la promoción de la salud en los lugares de trabajo desde el marco normativo en Colombia

Tabla 9. Objetivos y estrategias de un programa de PSLT orientado a hábitos de alimentación.

Tabla 10. Indicadores que se han empleado para la medición de resultados de la PSLT

## Lista de gráficos

Gráfico 1. Distribución de los artículos sobre PSLT según el año y la región de publicación.

Gráfico 2. Distribución de los artículos sobre PSLT según el idioma y tipo de publicación.

Gráfico 3. Número de artículos de investigación según las disciplinas involucradas en los estudios

Gráfico 4. Número de artículos de investigación según el alcance de los estudios

Gráfico 5. Número de artículos de investigación según los diseños y tipos de estudio

## **Introducción**

Ante las adversas condiciones sociales y de salud que atraviesa un amplio sector de la población trabajadora en el mundo, los estudios relacionados con la promoción de la salud en los lugares de trabajo se hacen necesarios para identificar y describir las intervenciones realizadas a éste nivel, lo cual debe trascender en profundidad en lo referente a su desarrollo conceptual y aplicación real, dada la importancia de estas acciones en el bienestar de los trabajadores.

Los lugares de trabajo han sido considerados como un espacio propicio y prioritario para la promoción de la salud. La Organización Panamericana de la Salud afirma que “la salud en el trabajo y los ambientes de trabajo saludables se cuentan entre los bienes más preciados de personas, comunidades y países” (1)<sup>p1</sup>. Son diversos los organismos internacionales y autoridades académicas quienes han defendido la iniciativa de la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo (en adelante PSLT), al considerar que a partir de ambientes de trabajo saludables será posible favorecer la salud de los trabajadores y aportar a la productividad y a la calidad de vida general de las personas. Principalmente han surgido programas centrados en el autocuidado, considerando los principales factores de riesgo que se asocian al aumento de mortalidad y morbilidad en el mundo. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el año 2014 cerca del 13% de la población adulta (11% de hombres y 15% de mujeres) presentan obesidad. La OMS señala que la prevalencia mundial de la obesidad en 2014 es más del doble que en 1980 (2). En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, el organismo señala que corresponden a la mayoría de las defunciones por enfermedades no transmisibles con 17,5 millones cada año y que se encuentran seguidas por el cáncer (8,2 millones), las enfermedades respiratorias (4 millones) y la diabetes (1,5 millones). Concluye que el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de fallecimiento a causa de una de las enfermedades no transmisibles (3).

Es evidente, entonces, la necesidad de promover alternativas que favorezcan la capacidad de las personas para cuidar de su propia salud, aprovechando los lugares de trabajo, al ser allí el entorno en el cual permanecen los adultos gran parte de su vida cotidiana. Por ello la importancia del desarrollo conceptual de la PSLT, al ser su principal objetivo el de “contribuir al mejoramiento del ambiente de trabajo físico y psicosocial, el estado de salud, la capacidad para tener valores y estilos de vida y de trabajo más saludables y el bienestar general de los trabajadores, con el fin de avanzar hacia el desarrollo sostenible con equidad y justicia social” (1) <sup>p9</sup>.

Por lo tanto, con este estudio se buscó definir cuál es el estado del arte de la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo. Organizar y articular los diversos conceptos y variables hacia la identificación de sus fundamentos conceptuales sin duda facilitará la orientación y el desarrollo de acciones de mayor impacto y cobertura, con lo cual se esperaría una mejora en condiciones de salud de los trabajadores, que es uno de los propósitos fundamentales de la salud y seguridad en el trabajo.

## **1 Justificación**

La Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo (PSLT) es una iniciativa que en la actualidad toma un gran valor ante las problemáticas que afectan la capacidad laboral de los trabajadores en el mundo y sus condiciones de salud. El análisis conceptual de la PSLT es de gran relevancia social, ya que es la base para el desarrollo de métodos que favorezcan la salud de los trabajadores, promuevan el bienestar y la productividad de los lugares de trabajo y favorezcan el desarrollo de las regiones. Como lo señalan Muñoz y Castro, “la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo constituye una estrategia importante para abordar integralmente la salud y la seguridad en el trabajo, no obstante, las actuales condiciones de precarización y flexibilización laboral interfieren con los principios promovidos por la estrategia”(4) <sup>P1</sup>.

Los estudios relacionados con la PSLT son necesarios para identificar y describir las intervenciones realizadas desde ésta iniciativa, aportando así a su desarrollo conceptual y metodológico, dada la importancia de estas acciones en el bienestar de los trabajadores. Solo con el desarrollo teórico y conceptual que se logre a través de las investigaciones en el campo de la PSLT, es posible verificar avances efectivos en su puesta en marcha, sin embargo, son limitados los estudios que buscan consolidar estos aspectos. Es a partir de la identificación de casos exitosos, de las dificultades en la ejecución de los programas, de sus metodologías y resultados encontrados, que será posible trazar cada vez nuevos lineamientos y promover aprendizajes que lleven a la realización de acciones cada vez más acordes con las necesidades y realidad del trabajador y de su entorno laboral y extralaboral.

Por otra parte, en relación a los lineamientos de investigación en la Universidad Nacional de Colombia, desde el Plan de Desarrollo 2010 - 2012 se establecieron, las agendas del conocimiento, que tenían como objetivo “Construir una visión compartida de futuro de la Universidad en el contexto nacional e internacional en conjunto con la comunidad académica y algunos actores de la sociedad en los ejes temáticos que se definan, que sirvan de insumo para avanzar en la construcción de la Universidad Nacional como una universidad moderna de investigación” (5) <sup>P13</sup>. Es así como surgió la Agenda Salud y Vida,

dentro de la cual, una de las tendencias de investigación correspondió a Salud y Trabajo y en éste, la PSLT. En dicho documento se afirma que “temáticas como las teorías y métodos de intervención de las condiciones de trabajo, la gestión y la legislación, así como la promoción de la salud en los escenarios laborales se constituyen en ejes necesarios para el desarrollo de la investigación en esta tendencia” (6) <sup>p16</sup>.

La información resultante del estudio relacionado con los fundamentos conceptuales de la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo, podrá ser utilizada de manera inmediata por otros investigadores, con el fin de profundizar en aspectos específicos. Servirá como insumo para la toma de decisiones al preparar las intervenciones y orientará los programas, técnicas, prácticas y políticas, todo ello a favor del bienestar de los trabajadores y en general, del desarrollo social a nivel nacional e internacional.

## **2 Problematización del objeto de estudio**

### **2.1 La salud y el trabajo: Realidad mundial**

El modelo de desarrollo global, enmarcado desde el neoliberalismo, ha generado cambios sustanciales en las formas de organización del trabajo, observándose una tendencia creciente a la flexibilización y precarización laboral. La reducción de la acción estatal ha favorecido la privatización y la economía se convierte entonces en el punto de referencia al hablar de desarrollo. En medio de este modelo, es indiscutible que las prioridades para diversos actores involucrados en los procesos productivos de nuestro país y a nivel mundial, distan de lo que concierne a la promoción de la salud de los trabajadores. El desinterés puede relacionarse, en gran parte, con el desconocimiento de la realidad en temas como la relación entre salud- enfermedad y trabajo, así como de las posibilidades que ofrece la aplicación de acciones de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo.

En este apartado se revisan en primera instancia, algunas de las principales problemáticas en salud pública a nivel mundial. Aunque no corresponden a condiciones de salud generadas específicamente dentro de la actividad laboral, es preciso reconocer el panorama global teniendo en cuenta el potencial de los entornos laborales para contribuir a la disminución de estas afecciones particularmente en la población de trabajadores a través de la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo. Posteriormente se presentan algunos elementos relevantes de la realidad mundial referidos a las condiciones de salud directamente relacionadas con los contextos laborales.

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el año 2014 cerca del 13% de la población adulta (11% de hombres y 15% de mujeres) presentaron obesidad. La OMS señala que la prevalencia mundial de la obesidad en 2014 fue más del doble que en 1980 (2). En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, el organismo señala que correspondieron a la mayoría de los fallecimientos por enfermedades no transmisibles con 17,5 millones cada año, seguidas de cáncer (8,2 millones), las enfermedades respiratorias (4 millones) y la diabetes (1,5 millones)(3). La OMS prevé que la cantidad de fallecimientos anuales ocasionados por enfermedades cardiovasculares puede aumentar de

17 millones en 2008 a 25 millones en 2030 y que los ocasionados por el cáncer ascienden de 7,6 millones a 13 millones (7).

Tabla 1. Porcentaje de muertes por enfermedades no transmisibles (ENT) cada año en el mundo.

Principales ENT causantes de muerte en el mundo	N° anual de muertes por ETN en el mundo	% respecto al total de muertes anuales por ENT
Enfermedades cardiovasculares	17,5 millones	46.1%
Cáncer	8,2 millones	21.6%
Enfermedades respiratorias	4 millones	10.5%
Diabetes	1,5 millones	3,9%
Otras ENT	6,8 millones	17.9%
<b>TOTAL</b>	<b>38 millones</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Adaptado de OMS. Enfermedades no transmisibles,2015.*

Tabla 2. Prevalencia de factores de riesgo asociados a mortalidad y morbilidad en América.

PAIS	Prevalencia de la tensión arterial alta en adultos de 25 o más años (%) 2008		Obesidad en adultos de 20 o más años (%) 2008		Consumo de alcohol entre adultos de 15 o más años (litros de alcohol puro por persona y año) 2010	Prevalencia del consumo de cualquier producto de tabaco fumado entre adultos de 15 o más años (%) 2011	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES		HOMBRES	MUJERES
CANADA	17,4	13,2	24,6	23,9	10,2	20	15
EEUU	17,8	14,2	30,2	33,2	9,2	-	-
ARGENTINA	31,0	17,9	27,4	31,0	9,3	30	16
BRASIL	39,4	26,6	16,5	22,1	8,7	22	13
CHILE	39,4	27,4	24,5	33,6	9,6	44	38
COLOMBIA	34,3	26,5	11,9	23,7	6,2	31	5
MEXICO	27,4	21,5	26,7	38,4	7,2	27	8

*Fuente: OMS Estadísticas sanitarias mundiales,2014.*

En cuanto a la información sobre los factores de riesgo que se asocian al aumento de mortalidad y morbilidad por regiones en el mundo, en el año 2014 la OMS (8) estimó que a nivel de América Latina, países como Brasil y Chile cuentan con los mayores porcentajes de prevalencia de tensión arterial alta en adultos, particularmente en los hombres (39,4% en ambos países). México es el país con la mayor prevalencia de obesidad en Latinoamérica, alcanzando un 38,4% en el caso de las mujeres, comparado con el 26,7 % de prevalencia en los hombres mexicanos (Tabla 3).

Luego de este panorama sobre las problemáticas de la salud pública en el mundo para la población general, se presentan algunos aspectos que permiten un acercamiento a la realidad de las condiciones de salud en lo relacionado con el trabajo.

El crecimiento económico y el aumento de las desigualdades sociales y económicas que han surgido a partir del neoliberalismo y la globalización, han disminuido el promedio de puestos de trabajo de calidad adecuada y unas condiciones laborales dignas, según EMCONET (Employment Conditions Knowledge Network), red que surgió de la Comisión de Determinantes de la Salud de la OMS (9). En el reporte de EMCONET del año 2007, se reafirma la necesidad de lograr equilibrio de poder en las relaciones de empleo e diversas regiones del mundo con el fin de conseguir incremento de empleo decente, además de mejorar las condiciones de salud de los trabajadores. Enfatiza también en que la búsqueda del desarrollo económico de los países no tiene que darse a costa de la salud de las personas que hacen que el desarrollo sea posible.

En el mismo informe, EMCONET señala que las desigualdades derivadas del empleo y las condiciones de trabajo se relacionan con el aumento de las desigualdades en salud en las lesiones, enfermedades crónicas y mortalidad, afirmando que en Europa mueren diariamente 970 trabajadores debido a sus condiciones de trabajo. Señala además que 5.000 trabajadores mueren a causa de enfermedades relacionadas con el trabajo. En cuanto a las muertes relacionadas con el trabajo, se incluyen lesiones, cáncer, enfermedades cardiovasculares (infarto, accidente cerebrovascular e hipertensión) y enfermedades transmisibles, de las cuales se estima que sus costos son de aproximadamente 2 millones de dólares anuales. Considerando que unas de las principales preocupaciones en muchas empresas son los costos de atención de la salud y la disminución de la productividad de los trabajadores, es importante tener en cuenta que acciones como las correspondientes a PSLT han sido reportadas como de gran ayuda para algunos empresarios con el fin de mejorar la salud de sus empleados (10).

Según EMCONET y la OMS (9), en las últimas dos décadas la ocupación en la economía informal se ha incrementado rápidamente en todas las regiones en la mayoría de los países de mediano y bajo ingreso. En los años 90, la proporción de la economía informal en el

sector no agrícola fue de más del 55% en América Latina, del 45-85% en Asia, y del 80% en África.

De acuerdo a la encuesta de la Comisión Europea en el año 2014, realizada en los veintiocho Estados miembros (26.571 personas), en la que se examinó cómo ha afectado la crisis a la calidad del trabajo, el 53% de los trabajadores europeos consideraron que, aunque las condiciones de trabajo en su país son buenas, la mayoría (57%) afirmó que sus propias condiciones de trabajo se han deteriorado en los últimos cinco años. El estrés fue considerado como el aspecto negativo más importante (53%). Se destacó la preocupación sobre la carga de trabajo, el ritmo de trabajo y la excesiva duración de la jornada laboral. En cuanto a las condiciones de salud y seguridad en el trabajo, “menos de un trabajador de cada tres afirmó que en su lugar de trabajo se habían tomado medidas para hacer frente a riesgos emergentes (por ejemplo, los derivados de las nanotecnologías o de la biotecnología) o medidas dirigidas a los trabajadores de mayor edad o con enfermedades crónicas”. Además del estrés, las deficiencias ergonómicas están consideradas como una de las condiciones adversas más importantes en el trabajo, considerando que para el 28%, los principales factores de riesgo se relacionan con movimientos repetitivos y posturas que producen dolor o cansancio y para el 24%, las acciones de levantar, llevar o desplazar cargas a diario (11) <sup>p1</sup>.

En Colombia, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), durante el segundo trimestre de 2014, “del total de ocupados en las 13 áreas el 48,1% se clasificó como informal, 1,3 puntos porcentuales inferior al registrado en el mismo trimestre de 2013. De los ocupados informales el 50,3% eran hombres y 49,7% mujeres (12). Previamente, en el Informe sobre el estado del Trabajo Decente en Colombia (2011), la Escuela Nacional Sindical señaló, en referencia a las estadísticas del DANE que en ese entonces registraban el 51,3% de los ocupados como trabajadores de la economía informal en las 13 áreas metropolitanas, que “si las investigaciones del DANE se aplicaran a todo el territorio nacional, este indicador estaría alrededor del 60%” (13) <sup>p19</sup>.

Esta situación de empleo informal es preocupante ya que entre sus importantes repercusiones está la ausencia de normatividad para proteger las condiciones de trabajo, los salarios, la salud y la seguridad laboral de los trabajadores. Sus desventajas en comparación con el empleo formal, pueden afectar seriamente las condiciones de salud.

Como lo afirma la OMS, retomando a Oliveira (2006) hay evidencia de que en el empleo informal son más comunes los peligros ocupacionales como “posturas forzadas, exposición a tóxicos químicos, ruido excesivo, saneamiento deficiente, alta carga de trabajo, pesticidas y violencia y asalto sexual” (9) <sup>p63</sup>.

De acuerdo con la Segunda Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en Colombia (2013), aplicada a centros de trabajo afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y hogares urbanos, los empleadores reportaron como principales factores de riesgo los relacionados con la atención al público, movimientos repetitivos, posturas mantenidas, posturas que producen cansancio o dolor, trabajo monótono, cambios en los requerimientos de tareas, manipulación y levantamiento de pesos. Se reportó además la presencia de situaciones de acoso laboral en un 9.4%, incluyendo todos los niveles como jefe inmediato, compañero de trabajo y subalterno. En cuanto a las consecuencias, en la señalada encuesta el 21,2% de los accidentes de trabajo dieron origen a una incapacidad permanente parcial (IPP); el 2,3% dieron origen a una invalidez y el 0,8% fueron mortales. Los empleadores realizaron el reporte de 23.878 casos en los cuales fue reconocida enfermedad laboral. Según el informe, estos eventos generaron 12.759 casos de incapacidad permanente parcial (IPP); 33 casos de Invalidez y 39 muertes, por lo cual ponen de manifiesto un incremento en la cultura del reporte de enfermedad laboral respecto a los resultados de la Primera Encuesta, en la cual se reportaron tan solo 196 casos de enfermedad laboral en los últimos 12 meses (14). Finalmente, en la sección de la encuesta dirigida a las aseguradoras de riesgos laborales ARL se encontró que en el año 2012 el 67% de los casos identificados como enfermedad laboral corresponden a lesiones músculo esqueléticas, el 3,3% a patología auditiva, el 1,3% a trastornos mentales y del comportamiento y el 25% no reporta, siendo necesario aclarar que esta información corresponde únicamente a los trabajadores afiliados al Sistema de Riesgos Laborales.

Por otra parte, según el Ministerio de Trabajo, la tasa de accidentalidad laboral por cada 100 afiliados en Colombia para el año 2014 fue de 7,73, incrementándose respecto al año 2013 cuando la tasa fue de 6,34 (15) .

A partir de este panorama general de la realidad salud – trabajo en el mundo y en Colombia, se evidencia la necesidad de promover alternativas que favorezcan el bienestar de los trabajadores. En lo relacionado con la aplicación de la estrategia de Promoción de la Salud

en los Lugares de Trabajo, Muñoz afirma que es limitada y que existen pocos estudios que aborden la temática de una forma integral. La autora considera que es necesario impulsar “acciones que involucren la organización, los trabajadores, diversos sectores y disciplinas que incentiven la operacionalización de la estrategia de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo”(16) <sup>p1</sup>.

## **2.2 Conceptos en la relación salud y trabajo**

### **2.2.1 Trabajo**

El trabajo según Marx “es un proceso consciente por medio del cual el hombre se apropia de la naturaleza para transformar sus materiales en elementos útiles para su vida”. Señala que el trabajo es condición de la existencia humana, “necesidad natural y eterna de mediar el metabolismo que se da entre el hombre y la naturaleza y, por consiguiente, de mediar la vida humana”. Finalmente afirma que al interactuar por medio de ese movimiento sobre la naturaleza y transformarla, el ser humano a su vez transforma su propia naturaleza (17)<sup>p178</sup>.

En Colombia, el Ministerio de la Protección Social en la Resolución 2646 de 2008 definió el trabajo como “toda actividad humana remunerada o no, dedicada a la producción, comercialización, transformación, venta o distribución de bienes o servicios y/o conocimientos, que una persona ejecuta en forma independiente o al servicio de otra persona natural o jurídica” (18)<sup>p2</sup>.

Betancourt señala que en aquellas actividades laborales que tienen relaciones de dependencia o subordinación, se presentan tres momentos: el trabajo prescrito, el trabajo real y el trabajo percibido.

Según el autor, el trabajo prescrito, hace referencia a las características que debería tener la actividad laboral y que se ha definido en la planificación de la producción y del proceso de trabajo concreto. Señala que son los niveles centrales, los departamentos de producción,

oficinas de planificación, los que definen el Qué, el Cómo, el Para qué y el Con qué se debe trabajar.

El trabajo real, corresponde a la actividad que realiza el trabajador, por lo general poco ajustado a lo indicado en el “trabajo prescrito”. Betancourt señala que la realidad que enfrenta el trabajador le lleva a incorporar estrategias, muchas de las cuales seguramente no se han definido en el “trabajo prescrito”. Finalmente, puede existir una contradicción entre el “trabajo prescrito” y el “trabajo real” lo cual puede generar tensión o por el contrario puede ser una condición estimulante que favorece el desarrollo del trabajador. Esto dependerá entre otras cosas, de las características del denominado “Trabajo percibido”, que es la forma como el trabajador asimila, entiende o interioriza el trabajo designado. Ante un mismo trabajo prescrito o real, cada persona puede reaccionar de distinta manera. En ésta forma de percibir intervienen, así mismo, una infinidad de factores (19).

#### ***2.2.1.1 Condiciones de trabajo***

Según Guerrero y Puerto, "Las condiciones de trabajo hacen referencia al conjunto total de las variables presentes durante la realización de una tarea. Esto incluye variables que caracterizan la tarea en sí misma (el medio ambiente de trabajo y la estructuración del trabajo), así como variables individuales, personales, factores extralaborales y psicosociales que pueden afectar el desarrollo del mismo"(20)<sup>p206</sup>.

La Resolución 2646 de 2008 del Ministerio de la Protección Social define las condiciones de trabajo como “todos los aspectos intralaborales, extralaborales e individuales que están presentes al realizar una labor encaminada a la producción de bienes, servicios y/o conocimientos”(21)<sup>p2</sup>. Esta definición es acorde con la planteada por la Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo de la Universidad Nacional de Colombia, que las considera como “el conjunto de factores intralaborales, extralaborales e individuales que interactúan en la realización de la tarea determinando el proceso de salud – enfermedad de los trabajadores y su capacidad laboral” (22)<sup>p32</sup>.

### ***2.2.1.2 Proceso de trabajo***

Una vez presentados los conceptos de trabajo y condiciones de trabajo, se introduce el concepto de proceso de trabajo. Según Betancourt, “Una de las categorías fundamentales de las condiciones de trabajo es el proceso de trabajo, es decir el eje central de lo que sucede en un centro de trabajo y del cual surgen los procesos peligrosos (riesgos y exigencias) causantes de los problemas de salud o las potencialidades para el desarrollo del ser” (23)<sup>p4</sup>.

Según el autor, los elementos del proceso de trabajo son:

- **Objetos / sujetos de trabajo:** Es el elemento inicial y principal sobre el cual va a actuar el trabajador para transformarlo y obtener un producto determinado u ofrecer un servicio. Producto o servicio que no necesariamente sirve para satisfacer su necesidad de manera directa.
- **Medios de trabajo:** Son los elementos que median entre el objeto de trabajo y la actividad. Es decir, los implementos de los que se sirve el trabajador para ejecutar su tarea.
- **Actividad:** Para que el objeto sea transformado es necesaria la participación del trabajador que con su accionar permite la obtención de un bien o servicio.
- **Organización y división del trabajo:** En el proceso de trabajo participan el objeto, los medios y la actividad, sin embargo, estos elementos interactúan de una manera determinada, en un tiempo definido, bajo ciertos ritmos e intensidades y en una relación con los otros trabajadores. Los aspectos que deben ser tomados en cuenta se relacionan con:
  - Tiempo y horarios de trabajo
  - Cantidad e intensidad del trabajo
  - Sistemas de control y vigilancia
  - Características de la actividad
  - Calidad del trabajo

### 2.2.2 Relación salud trabajo

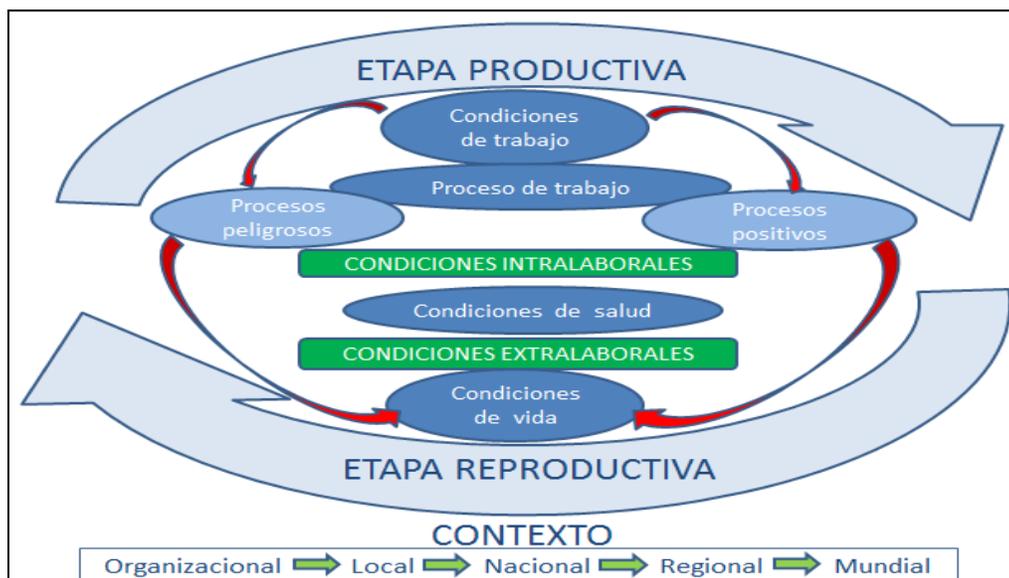
De acuerdo a las condiciones en las cuales se desarrolle, el trabajo puede generar impactos positivos o negativos en la salud de las personas, como lo señala Betancourt (23):

Procesos peligrosos: “De la interacción entre el objeto, los medios y la actividad, en una organización y división del trabajo determinada, surgen procesos peligrosos para la salud. En otras palabras, en el momento que entra la actividad a interactuar con los objetos y los medios, aparecen como una explosión una amplia variedad de elementos capaces de ocasionar diversas alteraciones a la salud”.

Los impactos de los procesos peligrosos en la salud pueden ser:

- Manifestaciones tempranas
- Enfermedades laborales
- Accidentes de trabajo

Figura 1. Relación salud – trabajo



Fuente: Elaboración propia.

Procesos positivos: A partir de la interacción de los objetos, los medios y la actividad pueden surgir condiciones o procesos positivos para la salud. Los impactos de los procesos positivos en la salud pueden ser manifestaciones saludables como tranquilidad, sensación de bienestar, proactividad en el trabajo, bienestar físico, aumento de las capacidades mentales, desarrollo de destrezas. “Estas también son las manifestaciones que se las deben promover, interviniendo en los procesos positivos de las condiciones de trabajo”(23)<sup>p15</sup>.

### **2.2.3 Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo (PSLT)**

En la Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo de la Universidad Nacional de Colombia se ha conceptualizado la PSLT como un “proceso individual y colectivo, integral, dinámico y sistemático cimentado en una política de estado y de las empresas u otros lugares donde se dé el trabajo que articula conocimientos, herramientas, metodologías objetivas y subjetivas, experiencias de los actores, sectores y diversas disciplinas implicados en la salud de los trabajadores y que contribuyan al bienestar de los trabajadores y el desarrollo de proyectos de vida de los mismos” (16)<sup>p224</sup>. Al ser la PSLT el tema central de este estudio, será desarrollado en los siguientes apartados.

## **2.3 Pregunta de investigación**

¿Cuál es el estado del arte de la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo, en el periodo comprendido entre 2004 y 2014?

## **3 Objetivos**

### **3.1 Objetivo general**

Construir el estado del arte de la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo a partir de la revisión de la literatura de organismos nacionales e internacionales y de las bases de datos Embase, ScienceDirect y Scielo, en el período comprendido entre los años 2004 y 2014.

### **3.2 Objetivos específicos**

- Describir la producción a nivel mundial en lo referente a la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo, desde las bases de datos Embase, ScienceDirect y Scielo en documentos y directrices de organismos nacionales e internacionales.
- Categorizar e interpretar de manera integrada las temáticas relevantes en relación a la PSLT abordadas en los documentos analizados.

## 4 Marco metodológico

### 4.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio desde el paradigma cualitativo, con una aproximación hermenéutica, que hace referencia a la interpretación y comprensión de los textos y al entendimiento crítico y objetivo del sentido. De acuerdo con Lerma (24), en la investigación cualitativa se busca desarrollar conceptos y comprensiones a partir de una serie de datos. En éste caso no se limita a recoger datos para evaluar o contrastar modelos o teorías.

En relación a la hermenéutica, Grondin distingue tres acepciones que han surgido a lo largo de la historia y que se mantienen actuales:

- Como el arte de interpretar los textos, desde una mirada clásica, que se desarrolló principalmente en relación a textos sagrados o canónicos. Su finalidad es principalmente normativa. (Teología, derecho, filología).
- Como fundamento metodológico de las “ciencias del espíritu” o ciencias sociales, como una nueva acepción propuesta por Dilthey. En este punto, según el autor, la hermenéutica pasa a ser una reflexión metodológica acerca de lo que se pretende que es la verdad”.
- Como filosofía universal, señalando que la comprensión y la interpretación, más allá de ser métodos restringidos a la investigación de las ciencias sociales, aplica para los procesos fundamentales de la existencia (25).

Según Gadamer, “el que quiere comprender un texto tiene que estar en principio dispuesto a dejarse decir algo por él. Una conciencia formada hermenéuticamente tiene que mostrarse receptiva desde el principio para la alteridad del texto” (26)<sup>p5</sup>. En éste sentido, el autor afirma que la receptividad no implica neutralidad o autocensura, sino la apropiación selectiva de opiniones y prejuicios propios, por lo tanto, es necesario que el investigador se dé cuenta de sus propias prevenciones, con el fin de evidenciar la verdad del texto y contrastarla con la opinión personal. Gadamer señala que quien comprende, lejos de adoptar una posición de superioridad, reconoce más bien la necesidad de poner a prueba una supuesta verdad

propia, situación que hace parte de cualquier acto comprensivo. Por lo tanto, afirma que “el comprender contribuye siempre a perfeccionar la conciencia histórico – efectual” (26)<sup>p12</sup>.

Con las propuestas de Hegel, Marx y sus seguidores en la Escuela de Frankfurt, se reconoce el papel permanente de la interpretación en las ciencias sociales, y se da valor a conceptos como “conjetura”, “hipótesis”, intersubjetividad” y “significación”, en contraposición a conceptos positivistas como “verificación” y “objetividad”. El investigador, entonces, busca comprender la actividad o situación, desde lo referente al significado que el individuo da a su acción, por lo cual requiere de un abordaje hermenéutico, en el cual la interpretación se realice entre partes y todo, dentro de un determinado contexto (26).

De acuerdo con Minayo, el lenguaje no siempre se considera transparente en el proceso hermenéutico, siendo posible lograr un entendimiento parcial o un no entendimiento. La autora, citando a Gadamer (1999) señala que para comprender es necesario tener en una serie de consideraciones. El investigador no debe buscar específicamente la intención del autor y tener en cuenta que las palabras y los textos dicen mucho más de lo que el propio autor quiso decir. En cuanto al concepto de “comprender” se enfatiza en que no es equivalente a “contemplar” o captar de una manera primaria la voluntad de las personas. Un aspecto fundamental en el proceso de comprensión es que el sentido de lo particular, de lo peculiar, siempre se da como resultado del contexto, como lo señala Minayo. Resalta que para comprender se requiere interpretar, establecer relaciones, extraer conclusiones en todas las direcciones y estar expuesto a errores y anticipaciones de juicios (27).

El arte de la comprensión puede entenderse a través del denominado círculo hermenéutico, en donde “el todo se entiende desde lo individual y lo individual desde el todo” y “el todo está en la parte y la parte está en el todo”, como lo afirma Gadamer en su libro *Verdad y Método* (26). Se habla de la comprensión como un movimiento, que fluye permanentemente desde la parte hacia el todo, de cada texto o unidad de análisis en particular, hacia el todo que se pretende comprender, con un rediseño permanente de los esquemas pre-elaborados. Debido a que el investigador tiene concepciones previas, es necesario un proceso constante de elaboración de esquemas o hipótesis que se contrasten con lo que se busca comprender, con el fin de verificar si se adecúa al esquema propuesto. Este ejercicio realizado en forma permanente, pone a prueba la validez de sus prejuicios y lo contrasta con el hecho, en lugar de instalar el hecho desde su prejuicio previo para su abordaje.

Gadamer señala que la interpretación comienza con preconceptos, que son sustituidos por conceptos más adecuados a medida que se avanza en el proceso de interpretación. Los preconceptos son necesarios para analizar la información en la medida que éstos permiten la codificación inicial de las unidades de análisis, pero se van transformando con el movimiento de la comprensión. El autor cita la descripción que realizó Heidegger del círculo hermenéutico, con el fin de ampliar su significado (26)<sup>p3</sup> :

*El círculo no debe ser degradado a círculo vicioso, ni siquiera a uno permisible. En él yace una posibilidad positiva del conocimiento más originario, que por supuesto sólo se comprende realmente cuando la interpretación ha comprendido que su tarea primera, última y constante consiste en no dejarse imponer nunca por ocurrencias propias o por conceptos populares ni la posición, ni la previsión ni la anticipación, sino en asegurar la elaboración del tema científico desde la cosa misma.*

Por otra parte, el investigador busca comprender los prejuicios que tenía el autor del texto, ubicándolo siempre desde su perspectiva histórica, con un saber marcado por unas determinadas tradiciones, culturas y creencias. Este hecho hace referencia a otro principio de la hermenéutica, referido al reconocimiento de que la comprensión de un hecho se da en un contexto determinado. En relación con el área de la salud, Muñoz señala que este principio es de relevancia, teniendo en cuenta los diversos procesos relacionados y “los significados sobre el proceso salud – enfermedad, entendiéndose que el sector salud está afectado por procesos de orden estructural, particulares y aspectos singulares” (28)<sup>p30</sup>.

Finalmente, se hace necesario destacar que la relación salud – trabajo se ha sustentado principalmente en enfoques cuantitativos, desde un paradigma positivista, prevaleciendo un abordaje que vincula ésta temática con un enfoque médico tradicional ligado a la cuantificación de los riesgos. Al reconocer la naturaleza de la relación salud - trabajo como un proceso histórico social, se requiere promover estudios que empleen la hermenéutica como herramienta que permita su comprensión. Esto lo reafirma Lacaz al señalar que los límites epistemológicos del abordaje tradicional de la relación salud - trabajo hacen que “escape la posibilidad de considerar y aprehender otras relaciones” y que a partir de la visión empirista y positivista traída de la clínica impide que “considere y opere sobre nexos más complejos” (29)<sup>759</sup>. Por lo tanto, se pretende aportar elementos orientados a dar continuidad y potenciar los procesos investigativos para el estudio de la relación salud trabajo.

## 4.2 Técnica

Para este estudio se empleó el estado del arte, definido como “una investigación documental que tiene un desarrollo propio cuya finalidad es dar cuenta de construcciones de sentido sobre bases de datos que apoyen un diagnóstico y un pronóstico en relación con el material documental sometido a análisis” (30)<sup>p57</sup>. Para Eslava, el estado del arte es considerado como el nivel de conocimiento alcanzado en un determinado campo, en el cual se enfatiza en la producción científica más reciente pero sin dejar a un lado la construcción histórica y social (31). Según Galeano (32) el estado del arte, como investigación evaluativa “hace un balance prospectivo, reflexivo, sistemático y propositivo sobre un objeto particular de conocimiento”. Londoño (2014), define el estado del arte como “una modalidad de la investigación documental que permite el estudio del conocimiento acumulado escrito dentro de un área específica; su finalidad es dar cuenta del sentido del material documental sometido a análisis, con el fin de revisar de manera detallada y cuidadosa los documentos que tratan sobre un tema específico”(33)<sup>p6</sup>.

Según Hoyos (30), un estado del arte comprende las siguientes fases:

- 1- Fase preparatoria: Consiste en la orientación básica acerca de la metodología.
- 2- Fase descriptiva: Hace referencia al trabajo de campo consistente en la revisión documental. Es la fase inductiva del proceso, la cual va de lo particular (unidad de análisis) a lo general (sistematización de datos).
- 3- Fase interpretativa: Se da inicio a las acciones deductivas, a través de los núcleos temáticos definidos y ampliación de la unidad de análisis. Esto conduce al planteamiento de hipótesis o afirmaciones útiles para la siguiente fase.
- 4- Fase de construcción teórica global: Se orienta desde lo global a lo particular. Se realiza la interpretación por núcleo temático, buscando la comprensión de sentido y ofreciendo relaciones y explicaciones. Se genera así, el estado actual de la investigación en forma global.
- 5- Extensión y publicación: Referente a la divulgación de los resultados.

Para este estudio se emplearon herramientas cuantitativas (frecuencias absolutas y porcentajes) como apoyo al proceso descriptivo.

La figura 2 muestra la relación entre los objetivos, metodología y los subproductos para el desarrollo de este estudio. Las flechas representan el movimiento del círculo hermenéutico que lleva a la comprensión de la temática.

Figura 2. Relación entre objetivos, metodología y subproductos para este estudio

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

Fuente: Elaboración propia

### 4.3 Unidades de análisis

Para llevar a cabo el estudio se tuvieron en cuenta las siguientes Unidades de Análisis:

- Artículos científicos en bases de datos Embase, ScienceDirect y Scielo referentes a PSLT.
- Documentos oficiales y directrices de organismos nacionales e internacionales que hagan referencia a la PSLT.

### 4.4 Factores e indicadores de las unidades de análisis

Cada una de las unidades de análisis fue analizada a partir de los factores e indicadores, de la manera señalada en la tabla 3.

Tabla 3: Factores e indicadores para las unidades de análisis del estado del arte.

FACTORES	INDICADORES
1. ASPECTOS FORMALES	a. Título de publicación original b. Autor c. Año y país de publicación d. Fuente e. Tipo de Material f. Base de datos g. Enlace Web h. Palabras claves
2. ASUNTO INVESTIGADO	a. Tema b. Problema
3. DELIMITACIÓN CONTEXTUAL	a. Espacial b. Temporal c. Sujetos
4. PROPOSITO	a. Explícito o implícito b. Objetivos
5. ABORDAJE	a. Conceptual b. Aplicado
6. ENFOQUE	a. Disciplina b. Paradigma conceptual c. Tipo y diseño de estudio
7. METODOLOGÍA	a. Metodología cualitativa b. Metodología cuantitativa c. Metodología Mixta
8. RESULTADOS	a. Conclusiones b. Recomendaciones
9. OBSERVACIONES	a. Comentarios b. Anexos

*Fuente: Adaptado de Hoyos, 2000.*

Como lo plantea Hoyos (30)<sup>p63</sup>, los factores son “los aspectos que destacan elementos de relevancia a señalar o distinguir en una unidad de análisis”. De los factores a su vez, se desprenden otros ítems denominados indicadores. Para artículos no derivados de investigación y otros documentos como lineamientos o directrices, se tomaron en cuenta únicamente los factores e indicadores que aplicaron. Para la recolección y el análisis de la información se empleó una matriz de factores e indicadores en Excel que incluyó la reseña bibliográfica y los componentes descriptivos mencionados en la tabla 3 para cada uno de los documentos a analizar.

#### 4.5 Delimitación del estudio

- **Bases de datos:**

La búsqueda en la producción científica acerca del objeto de estudio se realizó a través de los artículos publicados en las revistas indexadas y que se encuentran en texto completo, en las bases de datos disponibles en línea, Embase, ScienceDirect y Scielo

**Embase:** Base de datos que proporciona el acceso a las citas y a los extractos más actualizados de la literatura biomédica y farmacológica incluyendo la información contenida en Embase y Medline (34). Cuenta con más de 18 Millones de registros bibliográficos con resúmenes de Embase (11 millones desde 1974) y Medline (7 millones desde 1966), 1,800 revistas exclusivas de Embase y se realizan anualmente más de 600.000 adiciones.

**ScienceDirect:** Es una base de datos multidisciplinar que ofrece acceso a artículos de cerca de 2.500 de publicaciones periódicas editados por Elsevier y más de 12 millones de artículos, que representan aproximadamente el 25% de la producción científica mundial.

**Scielo – Scientific Electronic Library Online:**

La búsqueda se realizó además a través de la biblioteca Científica electrónica en línea Scielo (35), que surge a partir de la cooperación entre FAPESP, la Fundación de Apoyo a la

Investigación del Estado de São Paulo, BIREME, el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, así como instituciones internacionales relacionadas con la comunicación científica y editores científicos. La metodología Scielo permite la publicación electrónica de ediciones completas de las revistas científicas a nivel global, y particularmente, del ámbito regional.

- **Delimitación de búsqueda en las bases de datos:**

**Descriptor (DeCs y MESH):**

“Promoción de la salud”, “Lugar de trabajo”, “Salud laboral” y “Trabajo”  
“Health promotion”, “Workplace”, “Occupational health” y “Work”  
“Promoção da saúde” y “Trabalho”.

**Límites de búsqueda:** Booleano – texto completo, “Título” y “Abstract”

**Idiomas:** Inglés, español y portugués

**Delimitación temporal:** Años 2004 - 2014.

- **Otros documentos y directrices:** Se analizaron documentos relacionados con la PSLT que incluyen lineamientos, directrices o normatividad de organizaciones internacionales o nacionales: Organización Internacional del Trabajo (OIT), OMS, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo – España (INSHT), The European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP). A nivel Nacional, los documentos oficiales y normatividad de: Ministerio de Trabajo y Ministerio de Salud.

#### 4.6 Consideraciones éticas

De acuerdo a las Pautas éticas internacionales del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) (36), y lo establecido por la Declaración de Helsinki, ésta propuesta de investigación fue sometida a la evaluación del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Una vez se obtuvo su aprobación, se inició la recolección de datos. Basados en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (37), éste estudio es considerado como

investigación sin riesgo, dado que es documental. Se consideraron los principios éticos generales como el respeto por las personas, beneficencia y justicia. En lo referente al principio de veracidad, se realizó un uso apropiado de las referencias y de la información utilizada. La identificación de los prejuicios y prevenciones de la investigadora se realizó a partir de un ejercicio permanente de elaboración de esquemas conceptuales que se contrastaban con los textos a lo largo del proceso de investigación, respondiendo así al principio de imparcialidad. En relación al principio de reciprocidad se definieron mecanismos de socialización de resultados para la devolución de los hallazgos a la sociedad. En lo que concierne a la propiedad intelectual, con base en el Acuerdo 035 de 2003 (38), durante el desarrollo de este proyecto se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos: Los instrumentos para la recopilación de información, bases de datos, archivos para el análisis de datos y similares, son de propiedad de la Universidad Nacional de Colombia; la calidad de autor sobre el documento final del proyecto de grado la detenta el estudiante y la propiedad intelectual sobre resultados, productos e informaciones obtenidas en el proyecto corresponderá a la Universidad Nacional de Colombia.

El resultado de esta investigación permitirá enriquecer la indagación sobre la temática y contribuirá al fortalecimiento de la línea de investigación de “Promoción de la salud en los lugares de trabajo y Prevención de efectos adversos” de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Finalmente, en la realización de este estudio se destaca, la Declaración universal sobre bioética y derechos humanos (39). En el apartado “Responsabilidad social y salud” se señala que “la promoción de la salud y el desarrollo social para sus pueblos es un cometido esencial de los gobiernos, que comparten todos los sectores de la sociedad”.

#### **4.7 Socialización de resultados**

- XV Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales - ORP 2015, Universitat Politècnica de Catalunya. Poster: Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo: Un estado del arte”. Santiago de Chile, noviembre de 2015.
- Revista Ciência e Saúde Coletiva. Artículo “Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo: Un camino por recorrer”. Vol. 21. n.6, junio de 2016. Se realizó la publicación del artículo en idioma inglés, además del original en idioma español, con el fin de ampliar la divulgación de los resultados en la comunidad internacional.

## **5 Resultados**

En este capítulo se presentan los resultados del estudio, iniciando con la presentación de los documentos de organismos nacionales e internacionales y la caracterización de la producción científica a nivel mundial identificada en las bases de datos Embase, ScienceDirect y Scielo, relacionados con la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo.

A partir de este proceso de búsqueda y selección se definieron 131 documentos (41 documentos normativos y lineamientos relacionados con PSLT y 90 artículos científicos) que constituyeron las unidades de análisis de este estudio, como se presenta a continuación.

### **5.1 Producción documental mundial en PSLT**

#### **5.1.1 Lineamientos y normatividad relacionada con la PSLT**

En cuanto a los documentos de organismos nacionales e internacionales, se realizó una revisión de documentos oficiales relacionados. Se seleccionaron 31 documentos de organismos internacionales y 10 de organismos nacionales para un total de 41 documentos.

En las tablas 4, 5 y 6 se presentan los documentos seleccionados, clasificados de la siguiente manera:

- Documentos de organismos internacionales relacionados con la Promoción de la salud en general (11 documentos).
- Documentos de organismos internacionales relacionados con la PSLT (20 documentos).
- Documentos normativos a nivel nacional relacionados con la PSLT (10 documentos).

Tabla 4. Documentos de organismos internacionales relacionados con la Promoción de la Salud seleccionados para este estudio.

N°	AÑO	DOCUMENTO
1	1974	Marc Lalonde, A new perspective on the health of Canadians
2	1978	Declaración de Alma Ata
3	1986	Carta de Ottawa
4	1988	Políticas a favor de la salud. Adelaida
5	1991	Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud
6	1992	Declaración de Santafé de Bogotá
7	1997	Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI
8	2000	Promoción de la salud: Hacia una mayor equidad. México
9	2005	Carta de Bangkok
10	2009	La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en promoción de la salud
11	2013	Octava conferencia mundial de promoción de la salud. Helsinky, Finlandia

*Fuente: Elaboración propia*

Tabla 5. Documentos de organismos internacionales relacionados con la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo seleccionados para este estudio.

N°	AÑO	DOCUMENTO
1	1995	OMS. Salud ocupacional para todos. Estrategia Mundial
2	1997	ENWHP. Declaración de Luxemburgo
3	1998	OMS. The Health-Promoting Workplace: Making it Happen
4	1998	ENWHP. Memorando de Cardiff
5	1999	OPS, OMS. Salud de los trabajadores en la Región de las Américas
6	2000	OPS, OMS. Estrategia de PSLT en América Latina y el Caribe
7	2001	ENWHP. Decálogo de Sicilia.
8	2002	ENWHP. Declaración de Barcelona
9	2004	OIT. Marco de promoción en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo
10	2005	Comunidad Andina Instrumento Andino de seguridad y salud en el trabajo
11	2006	OIT. Convenio 187 sobre el marco promocional para la seguridad y la salud en el trabajo
12	2007	OMS. Salud de los trabajadores: Plan de acción mundial
13	2008	OIT. Declaración de Seúl sobre Seguridad y Salud en el Trabajo
14	2009	Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS). Estrategia Iberoamericana de Seguridad y Salud en el Trabajo 2010-2013
15	2010	ENWHP. Declaración de Edimburgo
16	2010	OMS. Entornos laborales saludables
17	2010	OPS, OMS. Ambientes de trabajo saludables: Un modelo para la acción
18	2010	OIT. Plan of action 2010-2016 to achieve widespread ratification and effective implementation of the occupational safety and health instruments
19	2012	ENWHP. European Network for Workplace Health Promotion. Brochure
20	2014	OIT. Creating Safe and Healthy Workplaces for All

*Fuente: Elaboración propia*

Tabla 6. Documentos normativos a nivel nacional relacionados con la PSLT seleccionados para este estudio.

N°	DOCUMENTO
1	Resolución 1016 de 1989. Por la cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país
2	Decreto Ley 1295 de 1994. Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales
3	Ministerio de la Protección Social. Plan Nacional de Salud Ocupacional. 2008 – 2012
4	Resolución 2646 de 2008. Por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional
5	Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
6	Ley 1562 de 2012. Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional
7	Ministerio de Salud. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021
8	Decreto 723 de 2013. Por el cual se reglamenta la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios con entidades o instituciones públicas o privadas y de los trabajadores independientes que laboren en actividades de alto riesgo y se dictan otras disposiciones
9	Ministerio del Trabajo. Plan Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo 2013 – 2021
10	Decreto 1443 de 2014. Por el cual se dictan disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

*Fuente: Elaboración propia*

La descripción de los documentos de organismos internacionales y nacionales en relación a la temática será retomada en el apartado Categoría “Desarrollo conceptual de la PSLT” (5.2.1).

### 5.1.2 Descripción general de la producción científica en PSLT

Para la búsqueda en bases de datos, se definieron los descriptores en Inglés “Health promotion”, “Workplace”, “Occupational Health”, en español; “Promoción de la salud”, “Lugar de trabajo”, “Salud laboral” y “Trabajo” y en portugués “Promoção da saúde” y “Trabalho”.

Se delimitó con los siguientes criterios: Operador booleano “AND”– texto completo, “Título” y “Abstract”. Se definieron los idiomas: Inglés, español y portugués y se delimitó

temporalmente entre los años 2004 - 2014. A partir de la búsqueda realizada, el número de publicaciones relacionadas en cada base de datos se indica en la tabla 7:

Se encontró un mayor número de publicaciones en la base de datos Embase (Núm.=1.605), correspondiente al 82,5%; seguida por Scielo con 231 publicaciones (11,9%) y ScienceDirect con 104 publicaciones (5,4%), para un total de 1.940 publicaciones.

Tabla 7. Número de publicaciones científicas en PSLT

BASE DE DATOS	ECUACION DE BUSQUEDA	PUBLICACIONES BUSQUEDA INICIAL		
		N°	N° total	%
SCIELO	Promoción de la salud AND Lugar de trabajo	21	231	11,9%
	Promoción de la salud AND salud laboral AND trabajo	26		
	Promoción de la salud AND trabajo	184		
	Promoção da saúde AND trabalho			
SCIENCE DIRECT	Health promotion AND Workplace	66	104	5,4%
	Health promotion AND Occupational health	38		
EMBASE	Health promotion AND Workplace	654	1605	82,7%
	Health promotion AND Occupational health	951		
<b>TOTAL</b>			1940	100%

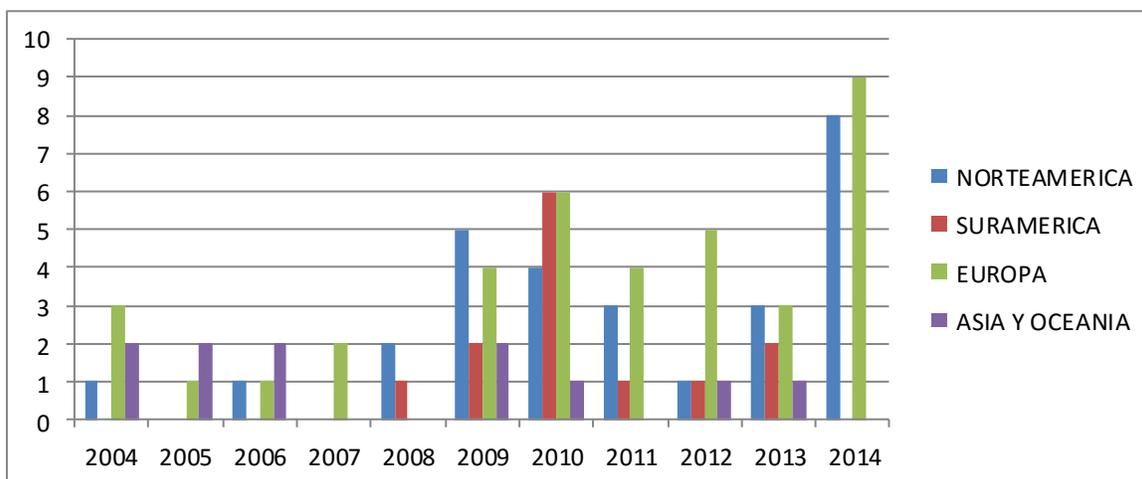
*Fuente: Elaboración propia.*

Luego de la eliminación de las publicaciones repetidas en las tres bases de datos seleccionadas se encontró un total de 1.425 publicaciones con las cuales se realizó lectura de títulos y abstracts para verificar la relación de pertinencia con el tema objeto de estudio. De allí fueron seleccionados 90 documentos. Las publicaciones eliminadas en este último filtro hacían referencia a temáticas como: intervenciones en salud, promoción de la salud y prevención de enfermedades en contextos diferentes al laboral, promoción de la salud y educación en salud en poblaciones infantiles, adolescentes, gestantes, adultos mayores, habitantes de calle, indígenas, entre otras poblaciones sin relación con contextos laborales, análisis de condiciones de salud y trabajo y finalmente, descripción de factores de riesgo en ocupaciones específicas las cuales entre sus recomendaciones finales resaltaban la importancia de la promoción de la salud en diversos contextos, entre ellos el laboral, sin ser el tema central del documento.

De los 90 documentos seleccionados de las bases de datos analizadas, se identificó que la producción científica es publicada principalmente en Europa y Norteamérica con 38 y 28 publicaciones respectivamente, seguidas de Suramérica con 13 y países de Asia y Oceanía con 11 publicaciones. A nivel de Suramérica, se destaca Brasil por el desarrollo de investigación en el área.

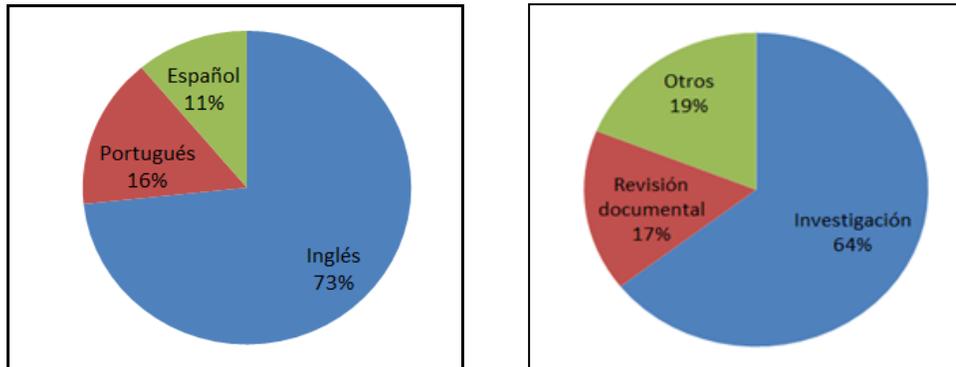
Se observa un incremento en el número de publicaciones hacia los años 2009 y 2010 con una disminución posterior. En el año 2014 incrementa notoriamente en Norteamérica y Europa, mientras que en este mismo año no se evidencian publicaciones en las demás regiones del mundo sobre PSLT en las bases de datos analizadas (Gráfico 1). Respecto al idioma de publicación 66 documentos se encuentran en inglés, 14 en portugués y 10 en español. Como se muestra en el Gráfico 2, de la totalidad de artículos de las bases de datos, 58 documentos son resultados de investigación, 15 revisiones y 17 corresponden a otros tipos de documentos (artículos de reflexión o comunicaciones breves). De las 58 investigaciones, 8 fueron conceptuales y 50 aplicadas.

Gráfico 1. Distribución de los artículos sobre PSLT según el año y la región de publicación.



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2. Distribución de los artículos sobre PSLT según el idioma y tipo de publicación.



Fuente: Elaboración propia

Las figuras 3 y 4 señalan que la producción científica relacionada con la PSLT predomina en Europa y Norteamérica, tanto en artículos de investigación, como de revisión. A nivel de Suramérica, se destaca Brasil por el desarrollo de investigación en el área.

Figura 3. Distribución de artículos de investigación sobre PSLT por país de publicación

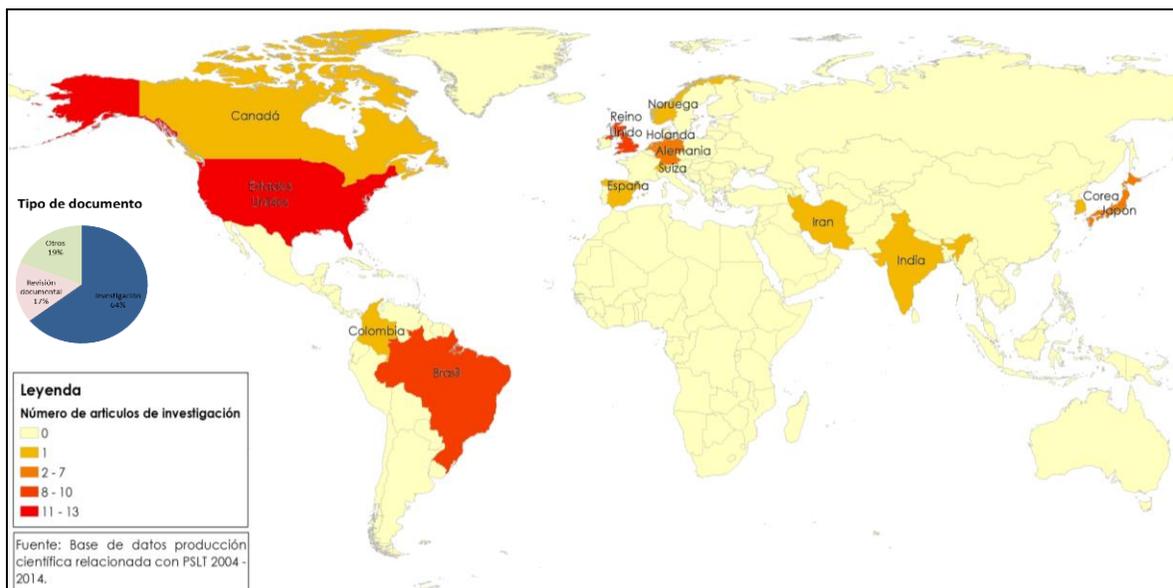
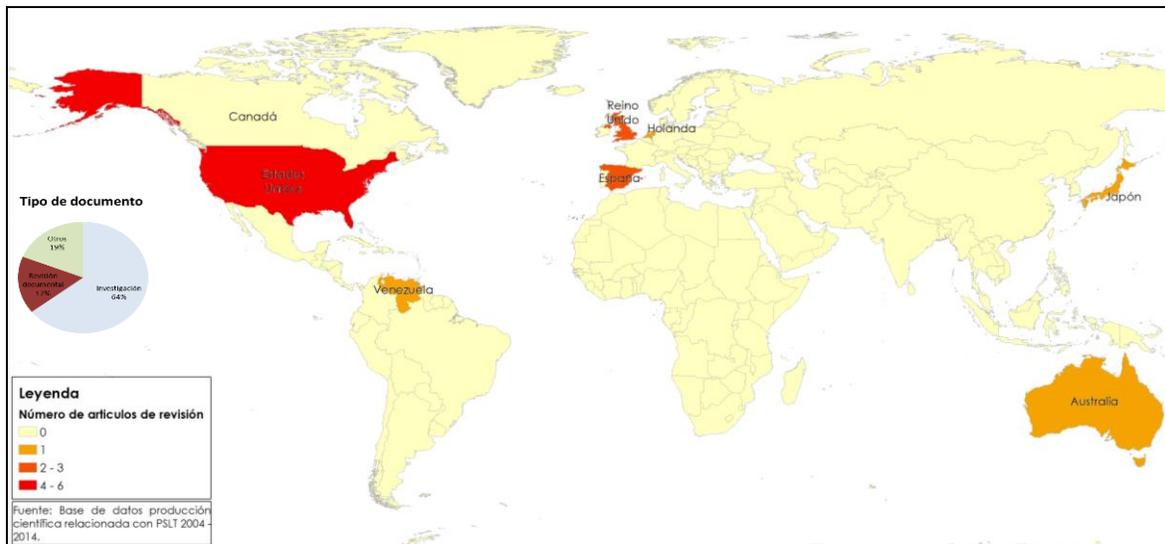
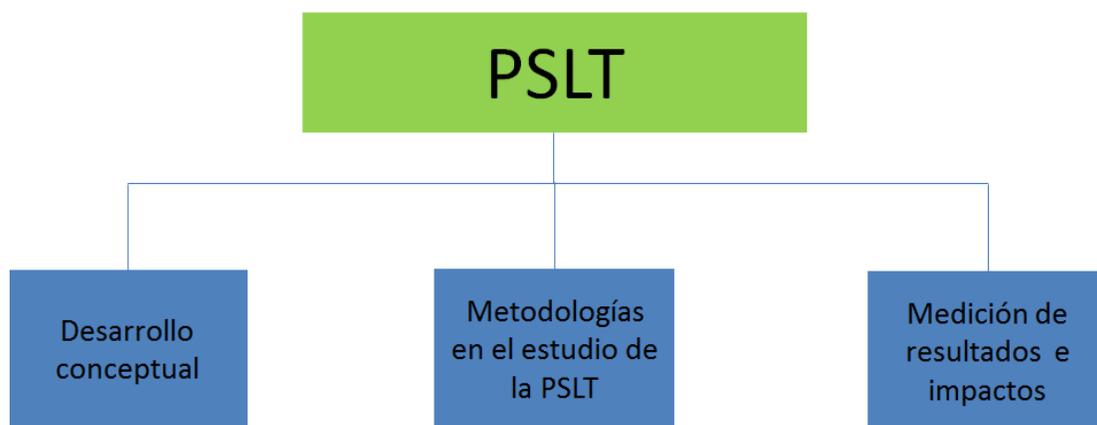


Figura 4. Distribución de artículos de revisión sobre PSLT por país de publicación



## 5.2 Categorías emergentes de la PSLT

Figura 5. Categorías emergentes de la PSLT



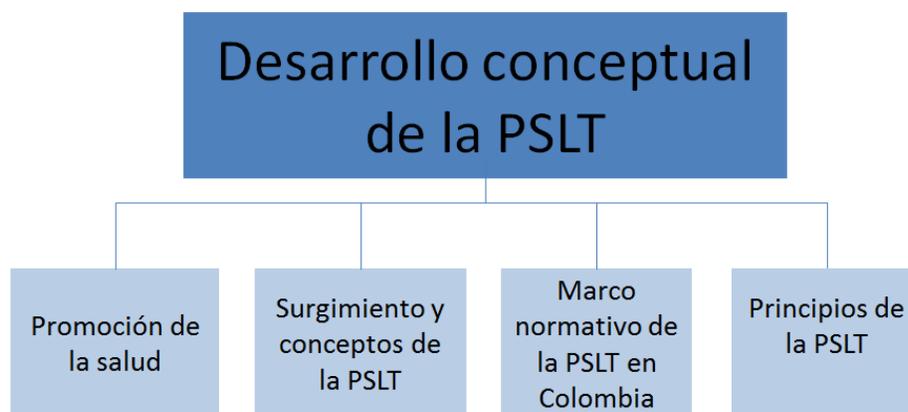
Fuente: Elaboración propia

A partir de las lecturas de los documentos repetidas a profundidad emergieron tres categorías principales, como se muestra en la figura 5: a. Desarrollo conceptual, b. Metodologías en el estudio de la PSLT y c. Resultados e impactos. Estas categorías agrupan a su vez elementos que facilitan la comprensión de la PSLT, y se describen en la figura 5.

### 5.2.1 Desarrollo conceptual de la PSLT

En cuanto al desarrollo de los lineamientos y orientaciones por parte de organismos internacionales, la PSLT surge a partir de los planteamientos de la Promoción de la Salud, por lo cual inicialmente se hará un recuento cronológico del desarrollo de este concepto de acuerdo a lo identificado en el análisis de los documentos.

Figura 6. Categoría desarrollo conceptual de la PSLT



*Fuente: Elaboración propia*

#### 5.2.1.1 Promoción de la salud

El surgimiento de la promoción de la salud en los lugares de trabajo está íntimamente ligado con la iniciativa de promoción de la salud a nivel general.

En 1974 Marc Lalonde Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá, señaló que el campo de la salud involucra todos los aspectos que se relacionan con la salud: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización del cuidado médico (40).

En 1978 con la Declaración de Alma Ata URSS (Kazajistán) promulgada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, se enfatizó en que la promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial (41).

En 1986 con la Primera conferencia de Promoción de la salud Creación de ambientes saludables, se promulgó la Carta de Ottawa, con la cual se destacaron las condiciones necesarias para la salud y presentó estrategias básicas para promover la salud. Se afirmó que “El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe de contribuir a la creación de una sociedad saludable”(42)<sup>p2</sup>.

En 1988 con la II Conferencia de Promoción de la salud en Adelaide, Australia, se enfatizó en la importancia de alianzas intersectoriales y se afirmó que los entornos sociales y físicos se convierten en factores potenciadores de la salud. En la búsqueda de una política favorable a la salud, se señaló que los sectores del gobierno relacionados con la agricultura, el comercio, la educación, la industria y las comunicaciones, deben tomar en cuenta la salud como factor esencial en la formulación de sus políticas. Se resaltó que los sindicatos, el comercio y la industria, tienen muchas oportunidades de actuar en interés de la salud de toda la comunidad. Se afirmó que “La Salud para Todos sólo podrá conseguirse si la creación y la conservación de unas condiciones sanas de vida y trabajo llega a ser un tema central en todas las decisiones políticas. En especial, el tema del trabajo en todos sus aspectos –trabajo social, oportunidades de empleo, calidad de la vida laboral- afecta de forma dramática a la salud y la felicidad de las personas”(43)<sup>p8</sup>.

En 1991 se realizó la Conferencia de Sundsvall, Suecia, en donde se definieron los ambientes favorables para la salud como los “aspectos físicos y sociales de nuestro entorno, que abarcan en donde viven las personas, su comunidad local, su hogar y el lugar donde trabajan y se divierten”. Instó a alianza entre defensores y activistas de la salud, medio

ambiente y justicia social. “Indicando que no pueden separarse las cuestiones de salud, medio ambiente y desarrollo humano” (44)<sup>p4</sup>. Es a partir de esta conferencia que se empezó a gestar la PSLT, con la creación de la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP) en 1996, que se retomará en el siguiente apartado.

En 1992, la declaración de Santafé de Bogotá (45) planteó que “el desafío de la Promoción de la Salud en América Latina consiste en transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos”. Estableció como uno de los compromisos, promover el concepto de la salud condicionada por diversos factores (políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos) e impulsar la promoción de la salud como estrategia para la modificación de dichos factores.

En la IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (1997), la declaración de Yakarta (46), contempló los lugares de trabajo como uno de los escenarios que ofrecen oportunidades prácticas para la ejecución de estrategias integrales de promoción de la salud y da participación al sector privado en el apoyo a la promoción de la salud.

En el año 2000 se realizó la V Conferencia sobre Promoción de la Salud en México (47), con la cual se buscó realizar una evaluación de las estrategias de promoción de la salud orientadas a los grupos poblacionales que viven en circunstancias adversas. Se insistió en la necesidad de posicionar la salud en los programas de desarrollo de organismos internacionales, nacionales y locales y promover alianzas en favor de la salud entre los diferentes sectores y niveles de la sociedad. Con la Carta de Bangkok (48) en el año 2005 se enfatizó en el abordaje de los determinantes de la salud, se plantearon medidas específicas y compromisos de los gobiernos, comunidad, sociedad civil y del sector empresarial. En 2009, con la “Llamada a la acción de Nairobi” (49) se reafirmaron los compromisos para cerrar la brecha en la implementación de la promoción de la salud en el mundo, enfatizando en la construcción de capacidades, el fortalecimiento de los sistemas de salud, la creación de alianzas y acción intersectorial, el empoderamiento comunitario y proponiendo mecanismos para su implementación, aspectos que fueron reiterados en el año 2013 con la declaración de Helsinki (50).

En general, las diversas conferencias de promoción de la salud han enfatizado en la importancia de alianzas intersectoriales y afirmado que los entornos sociales y físicos se convierten en factores potenciadores de la salud, con un abordaje de los determinantes de la salud, planteamiento de medidas específicas y compromisos de los gobiernos, comunidad, sociedad civil y del sector empresarial.

#### ***5.2.1.2 Surgimiento y conceptos de la PSLT***

El documento Salud Ocupacional para todos en 1995 (51) surgió a partir de los planteamientos de la declaración de Alma Ata y de diversas resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud. Se elaboró en un trabajo conjunto entre la Organización Mundial de la Salud y centros de salud ocupacional, en donde se enfatizó en la promulgación de políticas de salud ocupacional acordes a las transformaciones del mundo del trabajo y plantearon los objetivos de la estrategia para el desarrollo de la salud ocupacional a nivel nacional e internacional: Fortalecimiento de las políticas de salud en el trabajo, desarrollo de ambientes de trabajo saludables, desarrollo de prácticas laborales saludables, fortalecimiento de los servicios de salud ocupacional, establecimiento de apoyo en dichos servicios, desarrollo en la estandarización de la salud ocupacional, en sus recursos humanos, sistema de información, fortalecimiento de la investigación y desarrollo de la salud ocupacional en colaboración con otras actividades o servicios.

Posterior a la Conferencia de Sundsvall, en 1996, fue creada la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP por sus siglas en inglés). Con el auspicio de la Comisión europea nace como instrumento idóneo para favorecer el intercambio de información y difusión de buenas prácticas, así como la cooperación tanto a nivel nacional como internacional.

En 1997 con la Declaración de Luxemburgo promovida por la ENWHP, se definió la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo como: "el esfuerzo conjunto de empresarios, trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el trabajo. Esto se puede conseguir combinando actividades dirigidas a mejorar la organización y las condiciones de trabajo, promover la participación activa y fomentar el desarrollo individual"(52)<sup>p1</sup>.

En 1998 se divulgó el documento *Health Promoting Workplace: Making it happen*, con el cual la OMS considera los lugares de trabajo como prioridad para la promoción de la salud en el siglo XXI. Reconoció que, a pesar de los demostrados beneficios, “los esfuerzos de PSLT han alcanzado un número limitado de lugares de trabajo y trabajadores alrededor del mundo”. Definió la PSLT como la “realización de una variedad de políticas y actividades en el lugar de trabajo que están diseñados para ayudar a los empleadores y empleados en todos los niveles para aumentar el control y mejorar su salud” (53)<sup>p1</sup>. Plantea como principios la Integralidad, participación y empoderamiento, multisectorialidad y multidisciplinariedad. Posteriormente, el memorando de Cardiff en 1998 (54) fue orientado a la promoción de la salud en pequeñas y medianas empresas, considerando las características propias que las diferencian de las grandes organizaciones.

En 1999 la OPS y la OMS (55) caracterizaron la situación de salud de los trabajadores en la Región de las Américas y presentaron el Plan Regional de Salud de los Trabajadores, el cual enfatiza en el liderazgo a nivel nacional y el rol trascendental que juegan los organismos internacionales, regionales, locales, otras entidades, además de la participación de empleadores y trabajadores. Plantea cuatro áreas programáticas:

- Calidad en los ambientes de trabajo
- Políticas y legislación referidas al marco político normativo
- Promoción de la salud de los trabajadores
- Servicios integrales de salud de los trabajadores.

En el año 2000 con la divulgación de la Estrategia de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo para América Latina y el Caribe redefine la PSLT como “la realización de una serie de políticas y actividades en los lugares de trabajo, diseñadas para ayudar a los empleadores y trabajadores en todos los niveles, a aumentar el control sobre su salud y a mejorarla, favoreciendo la productividad y competitividad de las empresas y contribuyendo al desarrollo económico y social de los países” (1)<sup>p4</sup>. Adiciona los principios de justicia social y sostenibilidad y propone los pasos para el desarrollo de lugares de trabajo saludables.

Este importante documento propone como metas de la iniciativa:

- Establecer en los países participantes un equipo de trabajo.
- Formular un marco conceptual y proponer metodologías operativas.

- Aplicar metodologías con énfasis en pequeñas y medianas empresas y sector informal.
- Crear y fortalecer redes.
- Elaborar programas educativos (Educación continua y formal)
- Difundir metodología y experiencias

El decálogo de Sicilia (56) promulgado en 2001 por la ENWHP resumió recomendaciones en cuanto a las acciones necesarias para facilitar la integración de la PSLT, en las cuales se enfatiza el compromiso, la cooperación coordinada de los diferentes actores. Se dirigió específicamente a los países del sur de Europa, teniendo en cuenta las diferencias culturales con los países del norte, buscando mejorar las condiciones de trabajo y salud de sus trabajadores. En 2002, la declaración de Barcelona (57) fue orientada a la difusión de buenas prácticas en salud en el trabajo en Europa.

La OIT en 2004 (58) presentó el Marco de promoción en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo, el cual plantea los elementos fundamentales para la implementación de la estrategia global de salud y seguridad en el trabajo, se orienta hacia la adopción de un enfoque de sistemas de gestión y a la implementación de programas nacionales de salud y seguridad en el trabajo. En 2006 esta propuesta se concreta con el Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo C187 (59).

En el año 2005, el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores admite que la calidad de vida de los habitantes de la región está íntimamente relacionada con el trabajo decente y éste a su vez, con la garantía de la protección de la salud y la seguridad en el trabajo. Para ello propone y adopta el “Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo” (60), por el cual se establecen normas fundamentales en la materia que sirven de base para una armonización gradual y progresiva de las leyes y reglamentos a nivel laboral en cada uno de los países de la región andina, así como para impulsar la adopción de directrices sobre sistemas de gestión de salud y seguridad en el trabajo (SGSST).

La OMS, a través del lanzamiento del Plan Mundial de Acción para la Salud de los Trabajadores 2008 – 2017, enfatiza en que los lugares de trabajo no deben perjudicar la salud ni el bienestar de los trabajadores, y plantea de manera específica como uno de sus objetivos, el “proteger y promover la salud en el lugar de trabajo”(61).

En la Declaración de Seul (62) promulgada en el año 2008 se plantea que la promoción de la seguridad y salud en el trabajo es responsabilidad de la sociedad en su conjunto y que todos los miembros de la sociedad deben contribuir a alcanzar este objetivo. Enfatiza en que los planes nacionales prioricen también el establecimiento y fomento de una cultura de prevención en materia de seguridad y salud en el trabajo.

En la Estrategia Iberoamericana de Seguridad y Salud en el Trabajo 2010 – 2013, propuesta en el año 2009 por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), se afirma que “El derecho a la vida, el derecho a la integridad física y el derecho a la salud son derechos consustanciales a la prevención de riesgos laborales, y su protección y promoción determinan un objetivo de primer orden para los Gobiernos, los Interlocutores Sociales y la sociedad en su conjunto” (63)<sup>p3</sup>.

En 2010, con la declaración de Edimburgo (64) por parte de la ENWHP, se hace un llamado a la promoción de la salud mental en el trabajo, como un elemento central de los esfuerzos en torno a la promoción de la salud en las empresas.

En el mismo año la OMS divulga el documento Entornos Laborales Saludables (65), que revisa la relación entre trabajo, salud física y mental de los trabajadores, la comunidad y la salud de la empresa y la sociedad. Este planteamiento parte del análisis de los factores que afectan la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y el éxito de las empresas y que se encuentran bajo el control de los trabajadores y empleadores, desde el punto de vista de mejora continua del Ciclo Deming.

En 2010 la OMS y la OPS publican el documento “Ambientes de trabajo saludables: Un modelo para la acción” el cual justifica esta iniciativa a partir de la ética empresarial, el interés empresarial y los requerimientos legales. Define el ambiente de trabajo saludable como aquel “en el que los trabajadores y los empleadores colaboran en el uso de un proceso de mejora continua para proteger la salud, seguridad y el bienestar de todos los trabajadores y la sostenibilidad del lugar de trabajo”(66)<sup>p11</sup>.

La OIT promulga el Plan de acción 2010- 2016 para lograr la ratificación generalizada y la aplicación efectiva de los instrumentos de seguridad y salud en el trabajo (67), en el cual

hace un recuento de las diferentes recomendaciones relacionadas con la salud y seguridad ocupacional. El documento señala que, aunque en el mundo se ha avanzado en la mejora de las condiciones de trabajo, persisten diversas problemáticas que requieren de la acción sostenida y coordinada desde los niveles nacionales e internacionales para reforzar los mecanismos que permitan continuar con la mejora de los sistemas de salud y seguridad ocupacional y señala la necesidad de abordar la problemática incluyendo las pequeñas y medianas empresas, así como la economía informal. Finalmente, define los objetivos y líneas generales que deben incluir los programas nacionales de seguridad y salud ocupacional y la implementación de los sistemas de gestión correspondientes.

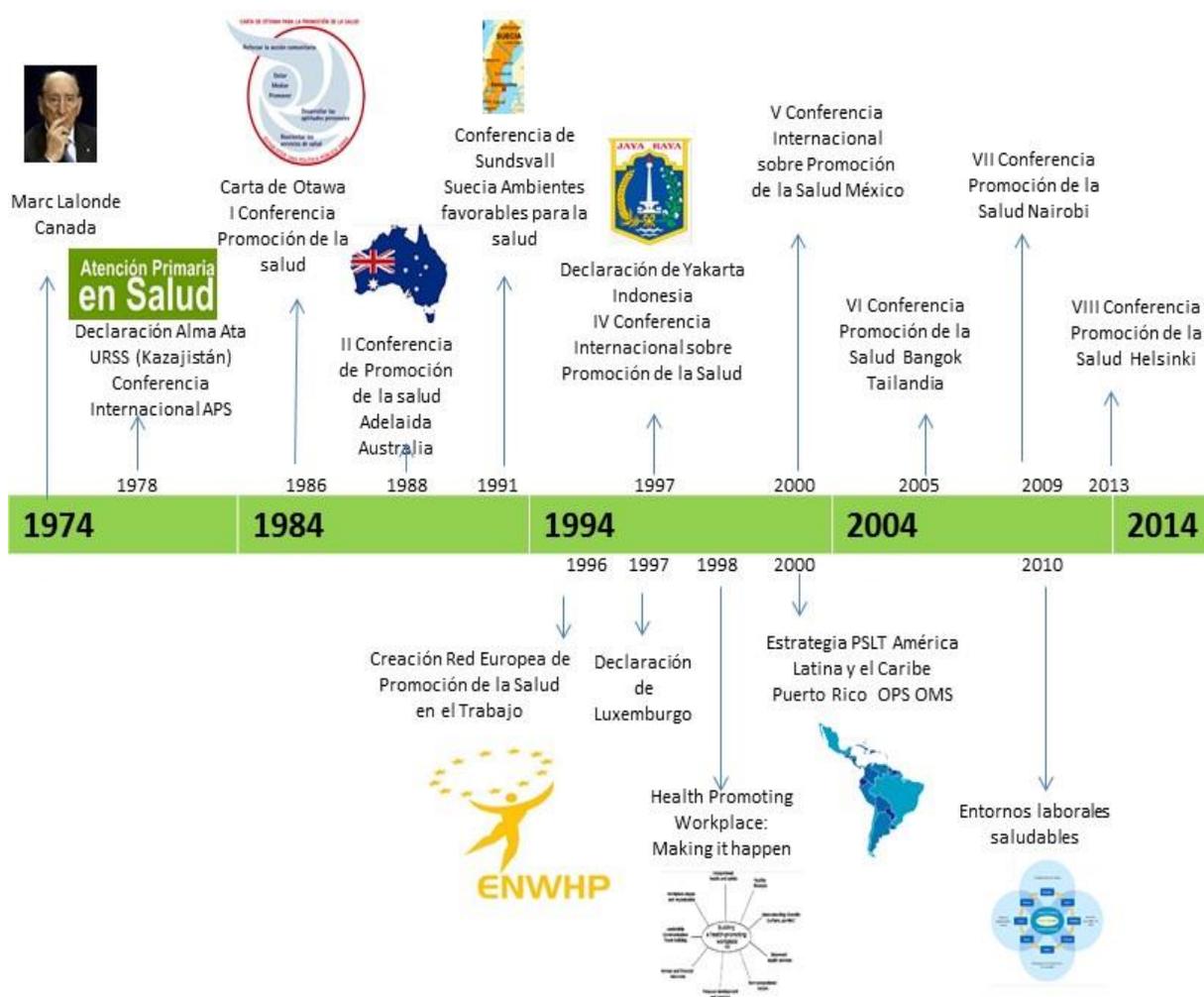
En el año 2012, la ENWHP publica una compilación de los principales conceptos de la PSLT, beneficios, objetivos, criterios de calidad, iniciativas y experiencias exitosas (68). Reafirma el concepto de PSLT promulgado en la Declaración de Luxemburgo y el enfoque integral de la PSLT en el cual se basa, que incluye elementos como los determinantes de la salud en el lugar de trabajo, los procesos de trabajo, la cultura en el lugar de trabajo, la calidad de vida, el desempeño y la innovación, que conllevan al desarrollo social y económico.

Finalmente, la OIT divulgó el documento “Creating Safe and Healthy Workplaces for All”, el cual enfatiza en accidentes ocupacionales y enfermedades relacionadas con el trabajo, enfermedades emergentes, costos y la contribución de los programas de salud y seguridad ocupacional OSH para incrementar la productividad y el crecimiento económico. Afirma en que la economía informal abarca una gran cantidad de trabajadores, especialmente en países en desarrollo y que “las protecciones creadas por la legislación en materia de SST a veces no llegan a los lugares de trabajo no declarados y dónde lo hace, a menudo no se aplican eficazmente”, (69)<sup>p6</sup>, destacando que los trabajadores de la economía informal no suelen tener acceso a una buena asesoría y la formación en materia de SST y con frecuencia están expuestos a riesgos para su seguridad y la salud sin la protección adecuada.

Es claro que el desarrollo conceptual de la PSLT que se ha dado durante cuatro décadas alrededor del mundo, ha partido de las concepciones de la promoción de la salud. Para facilitar la identificación de los momentos claves en el desarrollo de la promoción de la salud en general y de su relación con la PSLT, la figura 7 representa la línea de tiempo, por una

parte, de los avances en torno a la Promoción de la Salud (área superior) y por otra, los momentos más relevantes relacionados específicamente con el desarrollo de la estrategia PSLT (área inferior).

Figura 7. Surgimiento y desarrollo de la promoción de la salud en los lugares de trabajo



Fuente: Elaboración propia

### 5.2.1.3 Marco normativo en Colombia relacionado con la PSLT

A nivel nacional se ha realizado la introducción paulatina del concepto de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo (PSLT), en lineamientos de orden gubernamental, sin embargo, se evidencian dificultades en su comprensión y operacionalización. Esta falta de

claridad respecto al concepto de PSLT y de la definición de quiénes son los responsables de los programas de promoción de la salud en los lugares de trabajo, desde el mismo marco normativo, es posible evidenciarla en la tabla 8.

A lo largo de los documentos, en general van ligados los términos “promoción y prevención” sin hacer diferenciaciones claras o especificar lo correspondiente a cada uno. Por ejemplo, en el caso del Decreto Ley 1295 de 1994 presenta un capítulo denominado “Prevención y promoción de riesgos profesionales” y se orienta a “garantizar la seguridad y prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales”. El documento define las sanciones en caso de incumplimiento (70)<sup>p15</sup>.

La Resolución 2646 de 2008 (21) plantea que, respecto a los factores psicosociales en el trabajo, las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la población trabajadora se definen a partir de la evaluación de dichos factores. A partir de éste documento se plantea el concepto de “protector psicosocial” que hace referencia a las condiciones de trabajo que promueven la salud y el bienestar del trabajador. Con la Ley 1438 de 2011, el SGSSS retoma la estrategia de Atención Primaria en Salud y prioriza dentro de esta, la promoción de la salud.

Con el Plan Decenal de Salud Pública se contempla la dimensión salud y ámbito laboral, enfatizando en la “promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones”. Plantea como uno de los objetivos de la dimensión: “Promover la salud de las poblaciones laborales vulnerables a riesgos ocupacionales, con enfoque diferencial, aunando esfuerzos para prevenir, mitigar y superar los riesgos de esta población, fortaleciendo la gestión intersectorial y la participación social en el nivel local, regional y nacional”. (71)<sup>p194</sup>. Define como uno de sus componentes la seguridad y salud en el trabajo y propone como una de las estrategias del componente: “Promoción de entornos laborales saludables en el sector formal e informal de la economía: programas y acciones de educación y sensibilización social dirigidos al fomento del autocuidado y prevención de accidentes y enfermedades laborales.” Por otra parte, el Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo 2013 – 2021 fue desarrollado a partir de los ejes de la Política pública para la Protección de la Salud en el mundo del Trabajo (2001) y en articulación con el Plan Decenal de Salud Pública en la dimensión “Salud y Ámbito laboral”.

Tabla 8. La promoción de la salud y la promoción de la salud en los lugares de trabajo desde el marco normativo en Colombia

DOCUMENTO NORMATIVO	USO DE LOS CONCEPTOS “PROMOCIÓN DE LA SALUD” Y “PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS LUGARES DE TRABAJO”
Resolución 1016 de 1989 (72) Reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional	“Los subprogramas de Medicina Preventiva y del Trabajo, tienen como finalidad principal la promoción, prevención y control de la salud del trabajador”.
Decreto Ley 1295 de 1994 (70) Determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales	“Establecer las actividades de promoción y prevención tendientes a mejorar las condiciones de trabajo y salud de la población trabajadora, protegiéndola contra los riesgos...” Planteado como uno de los objetivos del SGRP. “Prevención y promoción de riesgos profesionales:... para garantizar la seguridad y prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales”
Plan Nacional de Salud Ocupacional 2008 – 2012 (73)	“Fortalecer la promoción de la salud de los trabajadores”... fortalecimiento de la cultura del autocuidado”, “...fomento de estilos de vida y trabajo saludables...”, “...prevención del riesgo ocupacional...”
Resolución 2646 de 2008 (21) Establece disposiciones frente a la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo	“La evaluación de los factores psicosociales del trabajo comprende la identificación de factores de riesgo y de factores protectores con el fin de establecer acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la población trabajadora”. “Protector psicosocial: Condiciones de trabajo que promueven la salud y el bienestar del trabajador”
Ley 1438 de 2011 (74) Por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud	“El SGSSS está orientado a generar condiciones que protejan la salud... a través de acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad...” “...acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como pilares de la estrategia de Atención Primaria en Salud”
Ley 1562 de 2012 (75) Modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional	“La salud y seguridad en el trabajo tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones”.
Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (71)	Incluye la Dimensión salud y ámbito laboral, definida como el “Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el bienestar y protección de la salud de los trabajadores, a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones”.
Decreto 723 de 2013 (76) Reglamenta la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de contratistas y de trabajadores independientes que laboren en actividades de alto riesgo	Capítulo V “Promoción y prevención”: hace referencia a los exámenes médicos ocupacionales, señala la forma en que las personas afiliadas a la Aseguradoras de Riesgos Laborales pueden acceder a las actividades de promoción y prevención. El capítulo incluye lo relacionado con las estadísticas de accidentalidad.
Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo 2013 – 2021 (77)	“Definir e implementar las actividades de promoción de la seguridad, la salud y prevención de riesgos en poblaciones laborales formales, informales e independientes”. “Adopción del sistema de registro de acciones de promoción y prevención a cargo de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL); definición de criterios y lineamientos para la prevención de trastornos mentales y la promoción de la salud mental en entornos laborales”.
Decreto 1443 de 2014 (78) Por el cual se dictan disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).	“La vigilancia es indispensable para la protección y promoción de la salud de los trabajadores”. “El empleador o contratante debe abordar la prevención de los accidentes y las enfermedades laborales y también la protección y promoción de la salud de los trabajadores y/o contratistas, a través de la implementación, mantenimiento y mejora continua de un sistema de gestión cuyos principios estén basados 'en el ciclo PHVA “ “El empleador debe implementar y desarrollar actividades de prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, así como de promoción de la salud”.

Fuente: Elaboración propia

Se observa entonces que la normatividad a nivel nacional ha venido incorporando elementos relacionados con el desarrollo de la PSLT y comienza a evidenciar la necesidad de fortalecer la articulación intersectorial orientada a este fin. Sin embargo, aún persisten dificultades relacionadas con la comprensión de los diversos conceptos relacionados con la estrategia.

#### **5.2.1.4 Principios de la PSLT**

Luego de la lectura de las unidades de análisis se identificaron elementos que pueden ser concebidos como características esenciales para el desarrollo de la PSLT. Son aquellas posturas que se asumen como fundamentales para orientar las acciones en la práctica.

##### **5.2.1.4.1 Integralidad**

La integralidad hace referencia a la incorporación de un rango de intervenciones para crear un ambiente de trabajo seguro y saludable, que contribuya con cambios de comportamiento. Son aquellos aspectos que se considera deben ser desarrollados en su conjunto para el logro de los objetivos propuestos por los programas de PSLT.

En cuanto a este principio Vargas, Trujillo, González, y Muñoz (79) realizaron una búsqueda bibliográfica en la cual se concluyó que la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo es una estrategia potencial integradora, generadora de políticas y acciones de la organización, encaminadas a mejorar las condiciones de trabajo, y demás factores que intervienen en la salud de los trabajadores, sin embargo se afirma que la aplicación de la estrategia es aún limitada.

Respecto a las políticas como elemento fundamental la OMS y OPS (1), señalan acerca de la PSLT que las oportunidades de sostenibilidad aumentarán únicamente cuando ésta pase a formar parte de las políticas nacionales, de las agendas de las organizaciones y de las prácticas del personal en el sitio de trabajo. Se plantea la construcción de políticas de trabajo saludable en los diferentes sectores que hacen parte de los ámbitos laborales a nivel internacional, nacional y local. Por ejemplo, en Colombia, Bejarano y colaboradores plantean

elementos para una política de alimentación laboral. Proponen promover el desarrollo de una política desde el nivel nacional y hasta los centros de trabajo. Afirman que una estrategia de alimentación laboral, generaría impactos positivos en la salud pública particularmente en las empresas, “porque generaría personas motivadas, más productivas y con un alto sentido de pertenencia” (80)<sup>99</sup>. Los autores señalan el papel fundamental del gobierno en relación con la política pública para dar lineamientos orientados al fomento de entornos saludables.

Otro aspecto que hace parte de la integralidad corresponde a la comunicación, orientada a la difusión de prácticas de promoción de la salud en el trabajo y es resaltada por diversos autores, específicamente en lo relacionado con el uso de tecnologías de la información y la comunicación. En general se ha destacado el uso de herramientas informáticas para llevar a cabo procesos de formación interactiva, detección de necesidades e intervenciones en línea.

Por ejemplo, Marziale y colaboradores (81) evaluaron un proyecto de formación interactiva, empleado como una estrategia para el cambio en el comportamiento de los trabajadores. La capacitación interactiva fue estructurada a partir del Modelo de Promoción de la Salud de Pender y se llevó a cabo a través del acceso al sitio Web de la Red de Prevención de Accidentes de Trabajo. Se encontró que el uso de la herramienta interactiva facilitó la aplicación de la estrategia educativa para la promoción de la salud en el trabajo.

En 2014 Bolier (82) y colaboradores realizaron un estudio para examinar la efectividad de un módulo virtual de vigilancia de la salud de los trabajadores que ofrecía detección e intervenciones en línea orientadas a una salud mental positiva. Se concluyó que con la intervención fue posible mejorar la salud mental, sin embargo, los autores consideran necesario mejorar los instrumentos de evaluación, incrementar el uso de tecnología persuasiva dentro de la intervención y de apoyos individuales.

Robroek y col. (83) estudiaron un programa de PSLT orientado a la actividad física y la nutrición, que incluyó el empleo de herramientas web para los participantes con funciones como: retroalimentación orientada a la acción, autocontrol, posibilidad de realizar preguntas y mensajes de correo electrónico mensuales.

Haruyama y col. (84) evidenciaron cambios en estilos de vida en un grupo de 2096 empleados de empresas de viajes, negocios comerciales, editoriales y entidades publicitarias, a partir de un programa de PSLT llevado a cabo a través de Internet o con material impreso, sin soporte de contacto personal en las intervenciones.

Otros estudios que incluyeron el uso de este tipo de tecnologías corresponden a los realizados por Pressler y col., dirigido a empleados sedentarios (85), Melzner (86) y Nakade y col. (87), quienes realizaron una revisión de literatura relacionada con programas de nutrición basados en Internet como una herramienta potencial para la PSLT.

En cuanto a la comunicación, también se encontró un estudio realizado por Yoshita y col. relacionado con los materiales empleados para proporcionar información acerca de la salud a los empleados. Se utilizaron tres tipos de medios de comunicación: Publicidad en los menús colocados en las mesas de los restaurantes de la compañía, carteles en las paredes y folletos distribuidos en los eventos relacionados con la salud. Después de más de un año se comparó la cantidad de atención que se presta a cada tipo de medio. Entre los tres tipos de medios de comunicación, la información en el menú “atrajo la mayor atención de los trabajadores, aunque los resultados no fueron consistentes en todos los grupos de género y de la empresa”. (41% de los hombres y el 51% de las mujeres encuestadas). “La tasa correspondiente para los carteles fue del 30% en hombres y 32% en mujeres. Para folletos, sólo el 16% de los hombres y el 22% de las mujeres leen casi todos los folletos” (88)<sup>p148</sup>.

En general, el principio de integralidad destaca el desarrollo de las políticas orientadas a favorecer la PSLT, como un elemento crucial para su puesta en marcha. Se destacan además las características de los procesos de comunicación que faciliten la difusión de las prácticas en los ambientes laborales y el uso de las herramientas disponibles con los desarrollos a nivel de tecnologías de la información y la comunicación.

#### **5.2.1.4.2 Participación y empoderamiento**

Este principio hace referencia al fomento de la participación de los trabajadores y de la dirección en la toma de decisiones y al incremento de la confianza en las habilidades para hacer cambios en sus vidas. La participación es el mecanismo que permite a las personas involucrarse en procesos de toma de decisiones y fomenta el sentido de pertenencia en su

colectivo, para lo cual es condición el empoderamiento, que posibilita el desarrollo de habilidades propositivas de las personas (89).

Muñoz y Castro encontraron porcentajes del 30% en respuestas afirmativas relacionadas con la participación del personal de tres instituciones hospitalarias, en las actividades de salud y seguridad. Los trabajadores reportaron escasos incentivos para la participación, asesoría relacionada con este aspecto y tiempo limitado para la realización de actividades relacionadas. “Los resultados muestran que las formas de participación tienen que ver con actividades de capacitación, diligenciamiento de encuestas y presentación de necesidades de tipo laboral. Aunque esta última es frecuente los trabajadores no la perciben como una iniciativa que refleje preocupación de la institución por sus colaboradores”. (89)<sup>p48</sup>.

Un estudio realizado en Rio de Janeiro en el año 2009, evidenció la participación del sindicato de trabajadores profesionales de escuelas públicas quienes expresaron sus necesidades relacionadas con la salud. La metodología propuesta buscó incorporar ampliamente en el proceso a los “protagonistas de las actividades”(90)

En 2013 Borges y Acevedo realizaron una investigación cualitativa acerca de estilos de vida, los significados atribuidos a la salud y el trabajo y las estrategias desarrolladas para promover la salud por parte de trabajadores rurales en el estado de Rio de Janeiro, Brasil. Los trabajadores atribuyeron los significados de libertad y satisfacción a su trabajo, asociado con la autogestión y la autonomía, los cuales reportaron como elementos claves para la salud. A pesar de que el trabajo rural fue considerado agotador, se encontró que el trabajo y las formas de vida en el asentamiento “ofrecieron a esta comunidad posibilidades de asegurar su salud y resistir al modelo hegemónico del agro negocio” (91)<sup>p1600</sup>. Se identificó que el grupo de trabajadores rurales estudiado valoran la organización política, la protección ambiental, las prácticas de salud populares y la medicina tradicional.

En 2011 de Souza Soares, Cezar-Vaz y Sant’Anna investigaron el conocimiento acerca de los servicios portuarios especializados (Programa de Prevención de Riesgos Ambientales, Servicio Especializado en Seguridad y Salud en el Trabajo Portuario y Comisión de Prevención de Accidentes en el Trabajo Portuario) por parte de 306 trabajadores. Se encontró que la mayoría de trabajadores identificaron la existencia de los programas (67,32%, 93,46% y 97,38% respectivamente) y que estos hallazgos estaban relacionados

con las acciones ejercidas en cada uno de los servicios (la colaboración, implantación, ejecución, respeto a las orientaciones y la participación en la elección de los representantes). Los autores señalan que el conocimiento acerca de los servicios y sus funciones puede favorecer la coparticipación social que permita “viabilizar los cambios necesarios para tornar el ambiente portuario menos insalubre y peligroso”(92)<sup>p433</sup>.

Rongen, Robroek y Burdorf (93) en un estudio longitudinal con 691 empleados en Holanda, encontraron que los empleados con un locus de control interno superior<sup>1</sup> respecto a la salud, se mostraron más saludables y eran más propensos a participar en actividades de PSLT, independientemente de su estado de salud.

En relación con el liderazgo, Dellve y col. identificaron que “el aumento de las cualidades de liderazgo, especialmente donde los líderes utilizan recompensas, reconocimiento y respeto, se asociaron con mayor prevalencia de asistencia al trabajo en el seguimiento” (94). Se encontró que el liderazgo, las estrategias de PSLT y las actitudes de los líderes hacia la salud de los empleados son de importancia para los procesos de implementación, además de afectar la asistencia al trabajo. Se destacó que las intervenciones con enfoques múltiples de PSLT tenían el mayor efecto sobre la asistencia al trabajo que aquellas con un único enfoque.

Un aspecto que emergió en el estudio relacionado con la participación, fueron las “consideraciones morales” en la PSLT. Robroek y col. (95) señalaron la existencia de un debate acerca de “hasta qué punto los empleadores tienen derecho a interferir con el estilo de vida y la salud de sus trabajadores”. Los autores afirman que existe muy poca información sobre la opinión de los empleados. “Se invitó a los métodos empleados de cinco empresas para participar en un programa de PSLT. Ambos grupos de participantes (n = 513) y no participantes (n = 205) del programa diligenciaron un cuestionario sobre características individuales, estilo de vida, la salud y opiniones con respecto a la PSLT. “Se encontró que más empleados participantes (87%) que no participantes (77%) estuvieron de acuerdo con la afirmación de que es bueno que los empleadores tratan de mejorar la salud de los empleados, y el 26% de los no participantes y el 21% de los participantes cree

---

<sup>1</sup> El locus de control es un concepto empleado en psicología establecido por Rotter en 1966, quien afirma que “si la persona percibe que el acontecimiento es contingente con su conducta o sus propias características relativamente permanentes, se ha dicho que es una creencia en el control interno” (citado por Visdómine-Lozano y Carmen Luciano, 2005).

injerencia del empleador con su la salud es una violación de su privacidad”. Los autores señalaron los empleados de mayores de 50 años están más de acuerdo con esta afirmación que los más jóvenes.

La participación es entonces un principio fundamental para la puesta en marcha y sostenibilidad de la estrategia PSLT. Los hallazgos relacionan este principio directamente con los conceptos de empoderamiento, sentido de pertenencia, toma de decisiones, autogestión, conocimiento y liderazgo.

#### 5.2.1.4.3 Justicia social

Según la OIT (2003) la Justicia Social se basa en la igualdad de derechos para todas las personas y la posibilidad para todos los seres humanos, sin discriminación, de beneficiarse del progreso económico y social en todo el mundo. En este apartado, por lo tanto, se tienen en cuenta aquellos estudios que de alguna manera representan poblaciones de trabajadores que se consideran grupos minoritarios, en desventaja o diversos desde diferentes aspectos, los cuales por sus condiciones particulares pueden verse relegados de los beneficios que brindan los programas de PSLT. De los 90 artículos seleccionados desde las bases de datos abordadas, se identificaron 6 estudios relacionados con estos grupos de trabajadores, correspondientes a: adultos mayores (n=2), trabajadores rurales (n=2), del sector informal (n=1) y de pequeñas y medianas empresas (n=1).

Respecto a los adultos mayores trabajadores, Neuman realizó un análisis de contenido de ensayos enviados por correo electrónico de 16 profesionales de la salud en el trabajo que habían participado en el Proyecto de Promoción de la Salud de los Trabajadores de envejecimiento en el norte de Karelia, Finlandia. La Promoción de la Salud fue definida como la prevención temprana de la influencia de los peligros para la salud. Se encontró que “los trabajadores pueden mejorar su salud a través de hábitos de vida, actitud positiva, las relaciones personales y la educación. Los acuerdos individuales de trabajo, buen ambiente de trabajo, y el liderazgo apreciativo fueron factores esenciales para la salud de los trabajadores” (96)<sup>p42</sup>. La intervención de los profesionales de la salud ocupacional fue a través de exámenes de salud, visitas a los lugares de trabajo, asesoramiento y organización

de actividades. Se concluyó que los impactos de las actividades de promoción de la salud eran una mejor salud, la productividad y la satisfacción del trabajo para estos trabajadores.

Crawford y col. realizaron una revisión sistemática de 180 publicaciones seleccionadas de bases de datos. Se identificó que, aunque hay cambios físicos y psicológicos relacionados con la edad, éstos pueden ser moderados por el aumento de la actividad física, la actividad intelectual y otros aspectos relacionados con el estilo de vida. En cuanto a las habilidades sensoriales se pueden realizar adaptaciones a través de equipos o aditamentos. Muchas enfermedades crónicas pueden ser controladas y es posible realizar adecuaciones en el entorno laboral. Los autores señalan que “se identificó una serie de estudios de intervención, pero pocos eran de alta calidad” y que “las intervenciones de promoción de la salud son vistos como positivas por los trabajadores de más edad pero es importante garantizar la igualdad de acceso a todos los trabajadores en este tipo de programas” (97)<sup>p190</sup>.

Por otra parte, en lo relacionado con la PSLT en trabajadores rurales, Borges y Acevedo realizaron una investigación cualitativa en Brasil. Su concepto de salud integral incluye la relación individuo, sociedad y naturaleza, además de valorar la organización política, protección ambiental, prácticas de salud populares y medicina tradicional. En el estudio se destaca la relevancia de construir políticas públicas de salud para los trabajadores rurales que “consideren y preserven sus deseos, necesidades y modos de vida” (91)<sup>p1602</sup>. Los autores afirman que en Brasil son pocas las investigaciones en salud enfocadas en la población rural. Esta investigación fue realizada con pobladores pertenecientes al “Movimiento de los trabajadores rurales sin tierra” que se considera uno de los principales movimientos sociales rurales del mundo, dedicado a lucha por la tierra, la reforma agraria y por una sociedad más justa y fraterna. Se destacan por su “modo diferenciado de hacer agricultura, resistencia al modelo hegemónico del agronegocio, fuertes lazos comunitarios, basada en el trabajo familiar en pequeñas propiedades y producción diversificada para comercialización y autoconsumo” (91)<sup>p1602</sup>.

Thurston y Blundell analizaron los datos de una evaluación de salud y seguridad ocupacional, respecto a las necesidades de 347 granjeros en la región central del sur de la provincia de Alberta, Canadá. Los datos se utilizaron para “describir el conocimiento de los agricultores con la vida agrícola, pensamientos sobre la seguridad de la granja, el número de personas que trabajan y tipos de trabajo realizados, otros trabajos, ingresos, y la

disponibilidad de recursos”. (98)<sup>p31</sup>. Los resultados evidenciaron la necesidad de la aplicación de un enfoque ecológico para el desarrollo del programa que explique la composición y contextos de la salud en los que la población rural vive y trabaja.

En los documentos analizados, se identificó un estudio relacionado con trabajadores del sector informal realizado en Tailandia por Manothum y Rukijkanpanich (99). Los autores afirman que uno de los principales problemas de este sector en los países en vía de desarrollo, es que cuentan con lugares de trabajo inadecuados en lo relacionado con seguridad y salud ocupacional, situación que se agrava al no estar protegidos por las leyes y regulaciones en la materia. En la investigación realizada se evaluaron los conocimientos, las actitudes y los comportamientos relacionados con salud y seguridad ocupacional, la mejora de prácticas y condiciones de trabajo y se aplicó el método de Investigación Acción Participativa. Los participantes del estudio fueron 89 trabajadores informales (artesanos de cerámica, de plástico y tejedores). Se encontró que al fortalecer la capacidad participativa, a través de discusiones en grupo e identificación conjunta de los problemas de salud y seguridad ocupacional en su propio sector, colectivamente propusieron e implementaron medidas de seguridad. El concepto de promoción de salud y seguridad ocupacional, adoptado en el enfoque participativo de este estudio incluyó los siguientes elementos:

- Construcción de capacidades
- Análisis de riesgos
- Prevención y resolución de problemas
- Monitoreo y comunicación.

Respecto a la PSLT en pequeñas y medianas empresas, se reportó una experiencia en Australia. Martin y col. buscaron describir la eficacia de una intervención de promoción de la salud mental para mejorar la salud mental de los directivos de las PYME. Los autores afirman que la salud mental de los gerentes y empleados dentro de las empresas pequeñas y medianas (PYME) ha sido descuidada “en la investigación y práctica de la salud ocupacional, a pesar de que este sector es el ambiente de trabajo más común en la mayoría de las economías”. El programa 'Business in Mind' emplea una información entregada en DVD considerado como conveniente para los directivos de las PYME, especialmente los que se ubican en las zonas regionales y remotas donde puede haber dificultades en el servicio de internet. El programa busca “mejorar la salud mental de los directivos a través del

desarrollo de su capital psicológico (un constructo de orden superior que comprende de la esperanza, la autoeficacia, la resiliencia y optimismo) y sus habilidades y capacidades para hacer frente al estrés del trabajo” (100).

Si bien el principio de justicia social en la PSLT hace referencia a la igualdad de derechos de las comunidades laborales para beneficiarse de la estrategia, solo 6 de los 90 artículos hacen referencia a comunidades laborales tradicionalmente excluidas en este tipo de programas. En los demás casos no se evidencian claramente abordajes que integren grupos de trabajadores con probables desventajas en relación a otros y con acciones particulares de acuerdo a necesidades específicas. Sin embargo, se destaca al avance en el estudio de poblaciones de trabajadores adultos mayores, trabajadores rurales, del sector informal y de pequeñas y medianas empresas.

Para finalizar este apartado relacionado con los principios de la PSLT, Muñoz y Castro en el año 2010 (4), en un acercamiento general en el contexto colombiano, buscaron describir la aplicación de los principios de participación, justicia social, integralidad, sostenibilidad y multisectorialidad en instituciones hospitalarias de Bogotá. Se evidenció que aunque las políticas que las entidades definieron son acordes a los propósitos de la PSLT, no hay coherencia con su aplicación real.

### **5.2.2 Metodologías en el estudio de la PSTL**

Como lo plantea Minayo (101) la metodología es “el camino del pensamiento y de la práctica ejercida en el abordaje de la realidad”. Se plantea entonces, el camino o los pasos que han seguido los investigadores para el estudio de la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo, a partir de las unidades de análisis identificadas. Es preciso tener en cuenta que en este apartado se analizaron únicamente los documentos correspondientes a los 58 artículos de las bases de datos que corresponden a resultados de investigaciones.

Figura 8. Categoría metodológicas en el estudio de la PSLT



*Fuente: Elaboración propia*

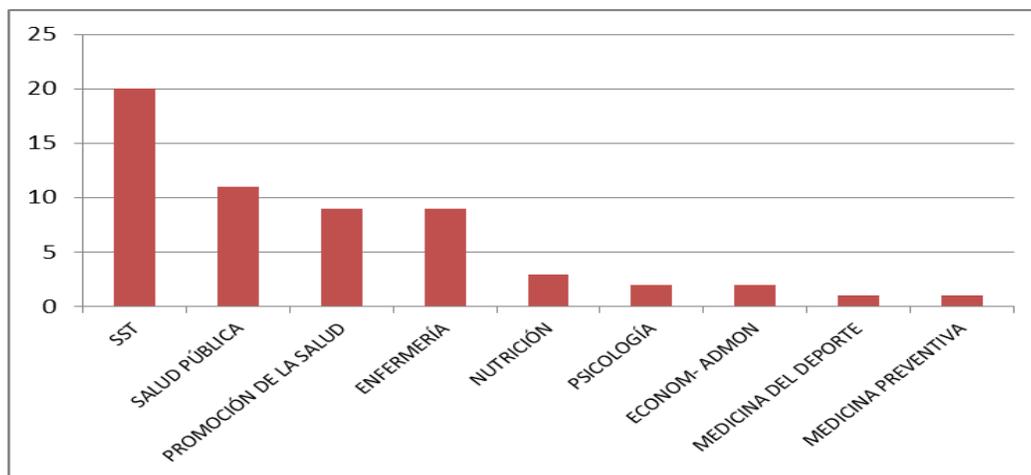
### 5.2.2.1 Enfoque

#### 5.2.2.1.1 Disciplina

Gianella (2006), define las disciplinas científicas como “formas de organización del conocimiento que pueden justificarse por criterios temáticos u ontológicos, así como por criterios históricos y también socio institucionales o por una combinación de los tres. El aspecto temático es el principal, ya que aquello de lo que se ocupa cada ciencia –o de lo que dice ocuparse– es lo que contribuye más fuertemente a darle identidad” (102)<sup>p2</sup>.

En el análisis de los 58 documentos de investigación identificados, se encontró que 20 de ellos (34,5%) fueron abordados desde la disciplina Salud y Seguridad en el Trabajo, identificada también como Salud Ocupacional o Salud y Seguridad Ocupacional. Desde Salud Pública se identificaron 11 documentos (19%), 9 documentos de Promoción de la salud (15%) y 9 documentos desde Enfermería (15%). Otras disciplinas que se encontraron en menor medida en las unidades de análisis fueron: Nutrición, Psicología, Economía, Administración, Medicina del deporte y Medicina preventiva (Gráfico 3).

Gráfico 3. Número de artículos de investigación según las disciplinas involucradas en los estudios



*Fuente: Elaboración propia*

#### 5.2.2.1.2 Paradigma conceptual

Thomas Kuhn en su libro la "Estructura de las revoluciones científicas" (1978), reconoce que en los diversos momentos históricos y en las diferentes ramas de la ciencia hay un conjunto de creencias, de visiones del mundo y de formas de trabajar, reconocidas por la comunidad científica, configurando lo que él denomina paradigma. Al respecto, para este estudio se tuvo en cuenta la propuesta de Minayo (101) quien clasifica los paradigmas como positivista (relacionado con términos como objetividad, precisión, instrumentos estandarizados) y sociología comprensiva (subjetividad, comprensión de la realidad humana, significados).

Las figuras 9 y 10 representan la distribución geográfica de las investigaciones sobre PSLT identificadas en las bases de datos consultadas para este estudio, según el paradigma adoptado. De los 58 resultados de investigación, un 81% (46 estudios) corresponden a estudios desde el paradigma positivista. Desde la sociología comprensiva se identificó el 19% restante (12 estudios), publicados en Brasil, Reino Unido, Estados Unidos, Noruega e Irán. Se destaca que estos últimos estudios incluyeron poblaciones de trabajadores rurales, así como trabajadores del sector informal de la economía y adultos mayores.

Figura 9. Distribución de investigaciones sobre PSLT desde el paradigma conceptual positivista por país de publicación

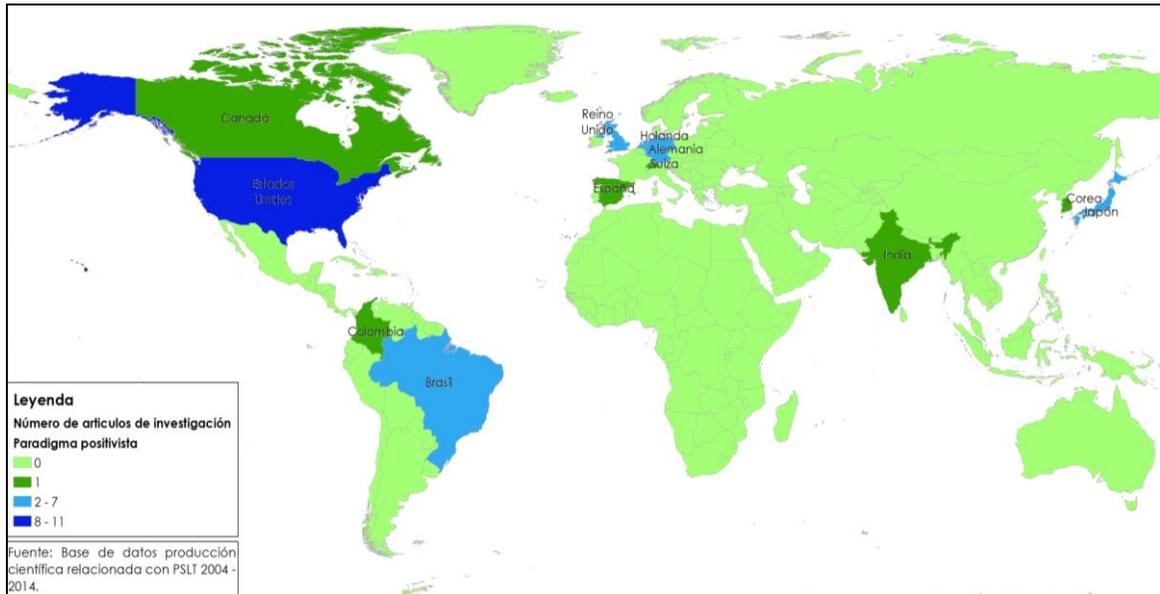
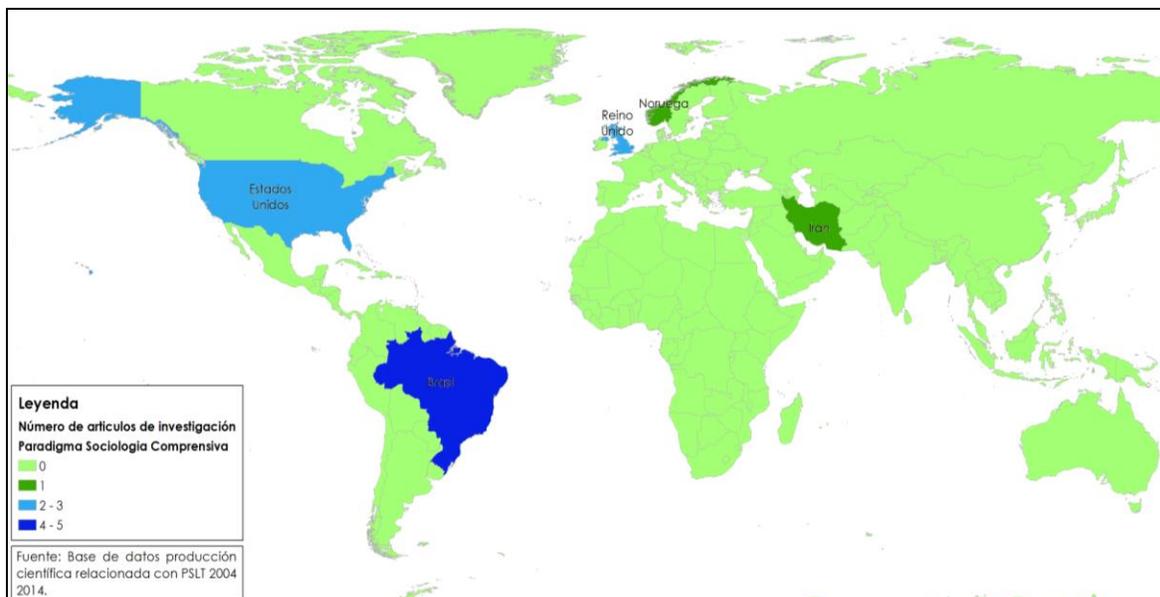


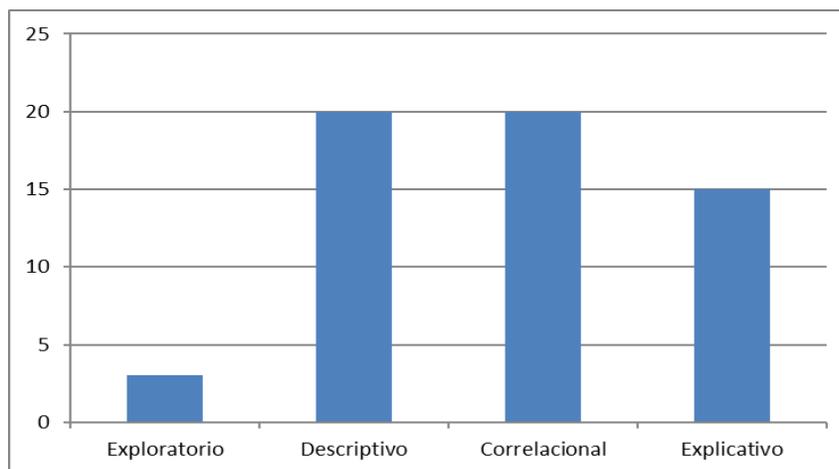
Figura 10. Distribución de investigaciones sobre PSLT desde el paradigma conceptual sociología comprensiva por país de publicación



### 5.2.2.2 Alcance de los estudios

De acuerdo a Hernández, el alcance permite identificar hasta dónde puede llegar el estudio en términos de conocimiento. Según el alcance los estudios pueden ser exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos, aunque, “cualquier estudio puede incluir elementos de más de una de estas cuatro clases de investigación” (103)<sup>p69</sup>. Los estudios exploratorios permiten una primera aproximación a la temática y por lo general se dan previamente a las otras tres clases. Los estudios descriptivos caracterizan las situaciones problematizadas y sirven como base para las investigaciones correlacionales. Éstas a su vez, brindan información para la realización de estudios explicativos que permiten entender la causa de un fenómeno. Para este estudio, de los 58 artículos de investigación se encontraron 20 descriptivos, 20 correlacionales, 15 explicativos y 3 exploratorios.

Gráfico 4. Número de artículos de investigación según el alcance de los estudios



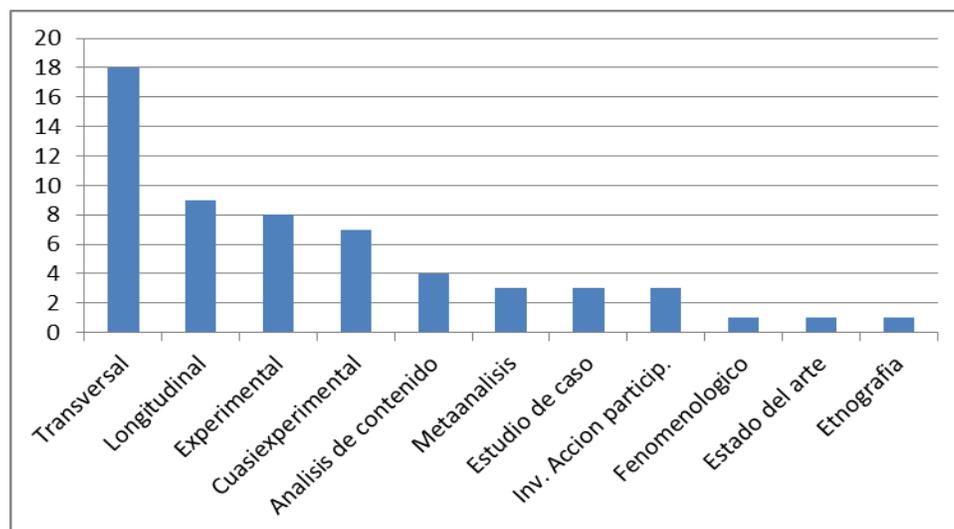
*Fuente: Elaboración propia*

### 5.2.2.3 Diseños y tipos de estudio

Un diseño de estudio hace referencia al plan definido para responder a la pregunta de investigación. A partir del análisis de los 58 documentos correspondientes a investigaciones, se identificó que 18 fueron transversales, 9 longitudinales, 8 experimentales y 7 cuasi

experimentales. Los demás casos corresponden a análisis de contenido, meta-análisis, estudios de caso, investigación acción participativa, fenomenológico y etnografía.

Grafico 5. Número de artículos de investigación según los diseños y tipos de estudio



Fuente: Elaboración propia

#### 5.2.2.4 Sujetos

En los documentos analizados según la ocupación de los trabajadores, se evidenció un interés particular por los trabajadores de la salud estudiados en 10 de las 58 investigaciones (incluyendo personal de la salud, servicios generales y administrativos), seguidos de una categoría de trabajadores en general sin especificar su ocupación (n=9), proveedores de servicios de Salud y Seguridad en el Trabajo (n=4), directivas, profesores y personal de apoyo en entidades educativas como colegios y universidades (n=4), trabajadores de entidades comerciales y de negocios (n=4), directivas y empleados de organizaciones sociales para el cuidado de adultos y personas con discapacidad (n=2), trabajadores de oficina (n=2), trabajadores de industrias manufactureras (n=2) y trabajadores agrícolas (n=2).

Las demás ocupaciones abordadas (un estudio en cada caso) fueron:

- Trabajadores de organismos de seguridad (militares y aduanas)
- Empleados de compañías de automóviles
- Trabajadores de empresas editoriales y publicitarias

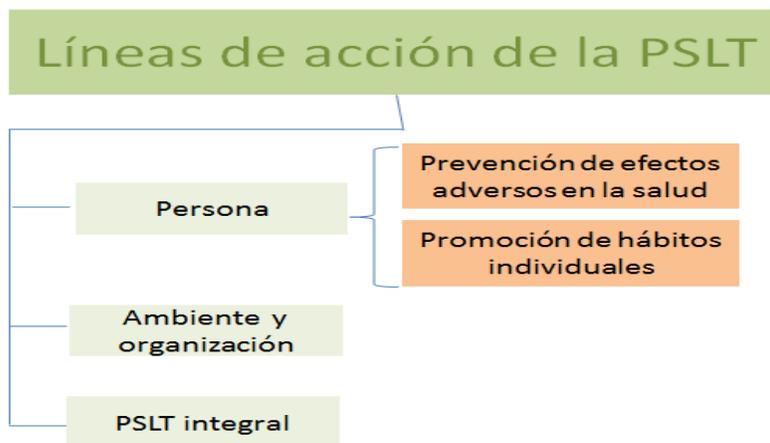
- Rama ejecutiva de gobierno
- Directivas y empleados de empresa de investigación en alimentación
- Administradores y personal de comedores en lugares de trabajo
- Empleados de puestos de alto esfuerzo físico
- Empleados de servicios postales
- Empleados de fondos de pensiones
- Trabajadores portuarios
- Conductores de camión
- Directivos y empleados de PYMES
- Trabajadores informales (artesanos, tejedores)

De acuerdo a la caracterización presentada en los documentos, de las 58 investigaciones, 55 fueron realizadas con trabajadores del sector formal de la economía (94,8%), mientras que solo en 3 casos (5,2%) se abordaron trabajadores informales (dos estudios con trabajadores agrícolas y un estudio con artesanos y tejedores).

#### 5.2.2.5 Líneas de acción

En lo referente a las líneas de acción para la implementación de procesos relacionados con la PSLT, se tienen en cuenta los elementos o aspectos hacia los cuales se dirige su desarrollo. (Figura 11).

Figura 11. Subcategoría líneas de acción de la PSLT



Fuente: Elaboración propia

En una investigación realizada en los Países Nórdicos (104) a partir de 63 publicaciones se encontró que los estudios revisados se enfocaban principalmente en la prevención de la enfermedad, más que en promover medidas positivas de salud. Adicionalmente, con la mayoría de estudios no se buscaba realizar cambios en el lugar de trabajo, pero si era visto como un espacio conveniente para orientar a las personas a cambios en sus comportamientos, estilos de vida y prevención de la enfermedad. Los resultados de este estudio arrojaron resultados similares, con 30 estudios enfocados en la persona (15 estudios sobre la prevención de efectos adversos en la salud y 15 estudios sobre la promoción de hábitos individuales), 11 estudios enfocados en el ambiente o la organización y 6 estudios relacionados con la PSLT integral.

#### **5.2.2.5.1 Línea de acción: Prevención de efectos adversos en la salud**

Los resultados evidenciaron diversos estudios enmarcados en la PSLT con una orientación hacia la prevención de diversos efectos adversos en la salud de los trabajadores, los cuales incluyen enfermedades o accidentes durante la ejecución de actividades laborales.

Prior y colaboradores (105) investigaron en los Países Bajos una cohorte de 4.198 trabajadores en un intervalo de 3,7 años y evaluaron un programa de PSLT orientado a los factores de riesgo cardiovascular. Los trabajadores fueron estratificados de acuerdo a la categoría de Factor de Riesgo Cardiovascular (FRCV) e intervinieron a los individuos con medio y alto riesgo. Se encontró que en los participantes del programa de intervención en grupos de alto riesgo se disminuyó su FRCV, mientras que en los individuos de bajo riesgo en colesterol total y en índice de masa corporal se deterioraron. Los autores recomiendan que los futuros programas puedan incluir asesoría específica a grupos de bajo riesgo para mantener un perfil de FRCV favorable.

En un estudio realizado en Australia por Freak-Poli (106) se evaluaron empleados de ocupaciones básicamente sedentarias. Luego de cuatro meses de un programa de actividad física se encontró incremento en la ingesta de frutas, de vegetales, disminución en el tiempo en permanecer sentado durante el día, en la presión sanguínea y en general mejoras en los

factores de riesgo antropométricos y comportamentales para la diabetes y la enfermedad cardiovascular.

Otros estudios que han evaluado programas de PSLT orientados a la prevención de riesgo cardiovascular se han realizado en Brasil por Cipriano y col. (107), Estados Unidos por Cahalin y col. (108), Japón por Muto y col.(109) y Korea por Choa y col. (110). Un estudio acerca de un programa de PSLT orientado al manejo de la obesidad fue realizado en Estados Unidos por Baker y col. (111) a partir del auto reporte de factores de riesgo y en cuanto a la prevención de factores de riesgo generales, un programa desarrollado en Suiza y documentado por Schilling (112). En un estudio realizado en Estados Unidos (113) en el cual se aplicó una encuesta a 250 profesionales de la salud ocupacional, se encontró que el tiempo de intervenciones era empleado principalmente en evaluación y asesorías en riesgos y por el contrario, en una mínima proporción, en el desarrollo del ambiente de trabajo.

Por otra parte, en estudios realizados en Brasil a conductores de camión se identificó el perfil y la vulnerabilidad a prácticas de riesgo relacionadas con enfermedades de transmisión sexual y el uso de sustancias psicoactivas. Los autores sugieren la implementación de estrategias educativas para la promoción de la salud y prevención de enfermedades a través de procesos de educación en salud, como una herramienta para favorecer el desarrollo de la conciencia crítica de las personas respecto a sus problemas de salud (114, 115).

Respecto a la prevención de accidentes desde los programas de PSLT, en el año 2010 se realizó en Brasil un estudio cuasi experimental con el fin de evaluar el proyecto de formación interactiva de la Red de Prevención de Accidentes de Trabajo (REPAT), como una estrategia orientada al cambio en el comportamiento de 60 trabajadores de enfermería, buscando el uso apropiado de guantes en la administración de drogas por vía intravenosa (81).

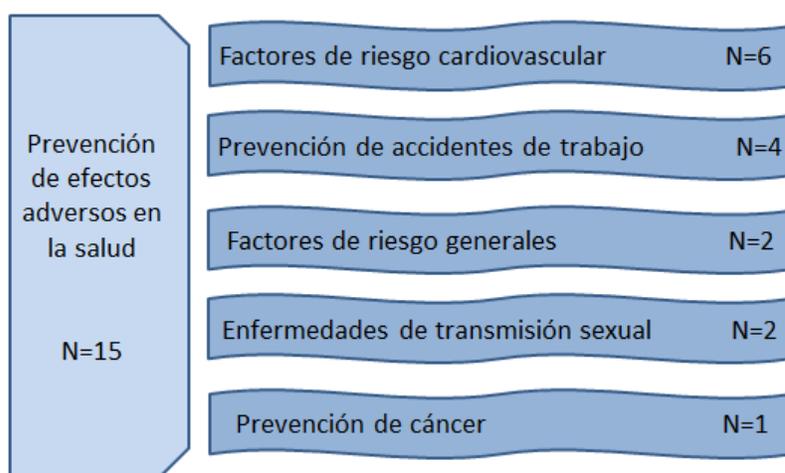
En 2008 Palucci y De Jesús (116) realizaron una revisión integrada de la literatura de modelos explicativos y de intervención para la promoción de la salud del trabajador y prevención de accidentes de trabajo con material biológico. Las autoras encontraron 11 artículos, 36,4% usaron modelos explicativos centrados en el comportamiento individual o posibilitaron la interacción entre los individuos y prestadores de servicio, 63,6% usaron

modelos de intervención para la promoción de la salud de trabajadores expuestos a riesgos biológicos.

Marziale y colaboradores (81) evaluaron un proyecto de formación interactiva, empleado como una estrategia para el cambio en el comportamiento de los trabajadores. La capacitación interactiva se llevó a cabo a través del acceso al sitio Web de la Red de Prevención de Accidentes de Trabajo. Se aplicó en 60 trabajadores enfermería de dos hospitales en el estado de Sao Paulo. En la semana antes del entrenamiento 58,3% de los trabajadores usaron guantes en la administración de drogas por vía intravenosa y, después del entrenamiento, 83,3% de los trabajadores informaron la intención de usar guantes.

En un estudio cualitativo realizado en Reino Unido por Dolan y col. (117) se exploraron las percepciones y experiencias de hombres de tras programas diferentes de PSLT orientados a la prevención del cáncer de próstata, a mejorar la conciencia de su salud y sus actitudes hacia el lugar de trabajo como un escenario apropiado para la promoción de su salud. Se encontró que los hombres en general mostraron interés en una campaña dirigida específicamente a ellos en el lugar de trabajo.

Figura 12. Aspectos de la PSLT estudiados desde la Línea de acción: Prevención de efectos adversos en la salud



Fuente: Elaboración propia

Dentro de esta línea de acción de prevención de efectos adversos en la salud, principalmente se encontraron estudios dirigidos a la prevención de factores de riesgo cardiovascular, con una orientación hacia el individuo a través de estrategias educativas. También se observa un especial interés en la prevención de accidentes biológicos en trabajadores de la salud.

#### **5.2.2.5.2 Línea de acción: Hábitos individuales**

A nivel de hábitos individuales de los trabajadores, uno de los principales aspectos abordados por las investigaciones en torno a la PSLT, identificadas en este estudio correspondió a la alimentación saludable desde los lugares de trabajo.

Bejarano y colaboradores resaltan la alimentación como una de las dinámicas centrales para la formulación de una política por su papel en la seguridad alimentaria y nutricional de la población. Los autores enfatizan en la necesidad de que el sector empresarial reconozca importancia que tiene la adopción de prácticas de nutrición adecuadas y sus consecuencias en la salud, calidad de vida y productividad de las personas a su cargo".(80) En el documento, se presentan experiencias en este tema de diversos países latinoamericanos como Venezuela, Argentina, Chile, Brasil, Uruguay, México.

En una revisión realizada en 2014 por Korre y colaboradores (118) los autores presentan una recopilación de beneficios de la alimentación basada en una dieta mediterránea que se han identificado en diversos estudios realizados en población general y plantean objetivos y estrategias para su adecuación a los lugares de trabajo. Señalan que la evidencia identificada en estudios observacionales, longitudinales y ensayos controlados ha demostrado que los patrones de la dieta mediterránea permiten mejorar el índice de masa corporal, el peso corporal, reducir la incidencia de diabetes mellitus y de factores de riesgo metabólico, disminuir la morbilidad cardiovascular y la mortalidad por enfermedades cardíacas, así como la disminución de las causas generales de mortalidad. Sugieren el uso de modalidades en los lugares de trabajo como incentivos, suplementos sin costo de alimentos clave (aceite de oliva, nueces) y manejo de precios de los alimentos, además de la modificación en la selección de los alimentos, patrones de alimentación, frecuencia de las

comidas y del abastecimiento de las comidas durante la jornada laboral. Los objetivos y estrategias propuestos por los autores se presentan en la tabla 9.

Tabla 9. Objetivos y estrategias de un programa de PSLT orientado a hábitos de alimentación.

Retos en el lugar de trabajo	Metas/ Objetivos	Estrategias potenciales
<b>Alta ingesta de refrescos y bebidas azucaradas</b>	Incremento en el consumo de agua y bebidas con cero calorías	Educación grupal e individual Opciones de bebidas por código de colores Estrategia de máquinas expendedoras
<b>Baja calidad de aceites empleados</b>	Hacer del aceite de oliva la principal grasa para cocinar y condimentar	Educación grupal e individual Proveer los comedores del lugar de trabajo con aceite de oliva extra virgen
<b>Baja ingesta de verduras y legumbres</b>	Incrementar la ingesta promedio de tres a cuatro porciones al día	Educación grupal e individual Emplear aceite de oliva para mejorar el sabor Proveer los lugares de trabajo con barras de ensaladas y pastas derivadas de leguminosas
<b>Baja calidad de almidones</b>	Aumentar la ingesta de granos enteros sin refinar	Educación grupal e individual Proveer los comedores del lugar de trabajo con granos enteros y pastas derivadas de leguminosas
<b>Bajo consumo de pescado</b>	Aumentar la ingesta promedio a más de 2 porciones por semana	Educación grupal e individual Proveer los comedores del lugar de trabajo con pescado
<b>Alto consumo de comidas rápidas</b>	Reducir la ingesta de comida rápida poco saludable	Educación grupal e individual Ofrecer opciones saludables Ofrecer selección de alimentos con código de colores
<b>Bajo consumo de frutos secos</b>	Incrementar a más de una porción de frutos secos al día	Educación grupal e individual Proveer los comedores del lugar de trabajo con frutos secos

*Fuente: Estrategias adaptadas de Artinian et al. and Mozaffarian et al. tomado de Korre et al. (2014)*

En Brasil, Franco y col. realizaron un estudio experimental con el fin de determinar el impacto de la promoción de frutas y vegetales sobre su consumo en el lugar de trabajo (119), en una empresa pública en Río de Janeiro, Sureste de Brasil, entre 2007 y 2009. Se realizó la caracterización tanto de la empresa estudiada como de la responsable de proporcionar comidas a los empleados, se evaluó la ingesta de frutas y verduras por el personal. La intervención incluyó un componente ambiental (el restaurante de la empresa) y un componente educativo (dirigida a los individuos) y se realizó una evaluación posterior, que incluía percepciones acerca de las modificaciones realizadas en el restaurante de la empresa en cuanto a suministro de frutas y verduras, la exposición a la intervención y el consumo de frutas y verduras por parte de los trabajadores. Se encontró que su consumo aumentó entre los empleados expuestos a la intervención centrada en la promoción de estos alimentos en el lugar de trabajo.

En Dinamarca, Thorsen y col. (120) concluyeron que la sostenibilidad en el consumo de frutas y verduras es posible en los lugares de trabajo donde se aplica un enfoque participativo y de empoderamiento, autocontrol, el cambio ambiental, diálogo con los

proveedores y la creación de redes entre los comedores del lugar de trabajo. Otros estudios relacionados con programas de PSLT y hábitos de alimentación fueron realizados en Rumania por Stoia y col. (121) y a nivel de revisiones documentales por Nakade y col. (87) y por Stewart (122).

Maes y col. (123) realizaron una revisión de estudios llevados a cabo en países europeos. Fueron identificados 17 estudios enfocados en la promoción de una dieta saludable. Ocho fueron educacionales, uno empleó estrategias de modificación del ambiente de trabajo y ocho usaron una combinación de ambos (multicomponente). Los autores encontraron limitada a moderada evidencia de los posibles efectos de las intervenciones implementadas en nutrición en el lugar de trabajo. Afirman que los efectos de los programas de PSLT pueden mejorar si hay una adherencia más fuerte a los criterios de calidad establecidos para este tipo de intervenciones.

El segundo aspecto contemplado en los estudios sobre PLST centrados en hábitos individuales corresponde a la actividad física, como es el caso de Pressler y col. (85), quienes evaluaron los efectos de ejercicio físico a través de dos grupos de trabajadores sedentarios que siguieron un programa estructurado y entrenamiento en forma individual a través de un sitio web. Los investigadores no encontraron diferencias significativas entre las mediciones resultantes de los grupos estudiados.

Barene y col. (124) realizaron un estudio con 660 mujeres empleadas en un hospital de Noruega consistente en entrenamiento físico en el lugar de trabajo por medio de actividades de fútbol y zumba. Se concluyó que este tipo de actividades lograron disminuir la intensidad y duración del dolor de cuello y hombro entre las participantes.

En una revisión realizada por Marshall (125) respecto a los estudios de intervención con programas de actividad física en el lugar de trabajo, se encontró que las intervenciones adaptadas a las necesidades individuales fueron más exitosas respecto a las tasas de participación y cambios sostenidos de comportamiento, que aquellos centrados en programas corporativos de fitness y de programas genéricos de educación en salud.

Conn y col. (126) realizaron un meta-análisis sobre las intervenciones a través de actividad física en el lugar de trabajo. Se concluyó que algunas intervenciones de este tipo pueden

mejorar la salud y otros aspectos relacionados con el trabajo. Sin embargo, señalaron que los efectos fueron variables para la mayoría de los resultados por lo cual sugieren estudios futuros que permitan comparar las intervenciones y confirmar relaciones causales entre las variables.

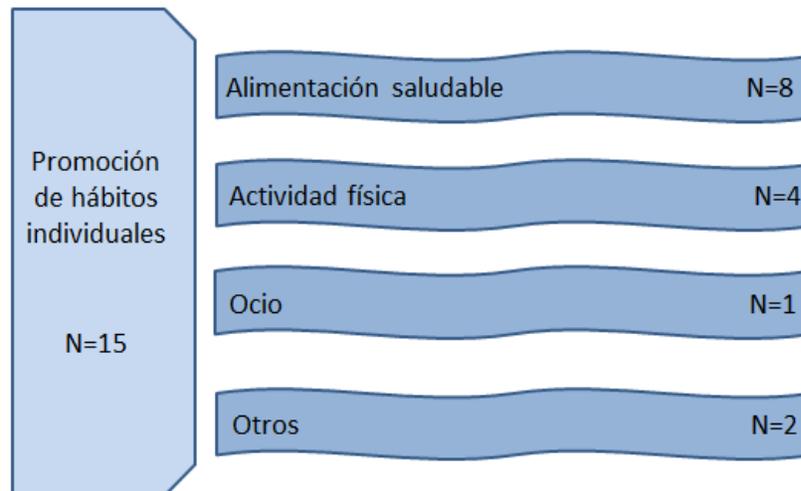
Robroek y col.(83) realizaron un ensayo grupal controlado aleatorio con el fin de evaluar el costo efectividad de un programa de PSLT a largo plazo orientado a la actividad física y la nutrición, sin embargo no encontraron diferencias significativas a nivel de actividad física, consumo de frutas y verduras, salud auto percibida ni en mediciones de tipo fisiológico.

Con el fin de comprender el significado del ocio, Andrade y Villela (2003) realizaron una investigación con 24 trabajadores de un hospital en Sao Paulo Brasil. Para ello se centraron en el futbol, considerado como una “estrategia defensiva colectiva adoptada por ellos”. Se encontró que los trabajadores dan un valor especial a las amistades y al futbol “destacando esa actividad como medio propulsor de la promoción de salud, rescate de la autoestima, alegría, libertad, creatividad, espontaneidad, preparándole mejor para la vida personal y profesional”. (127)<sup>p497</sup>. Se identificó que mientras el mundo del trabajo estaba asociado al estrés, el mundo del ocio se encontraba asociado al placer, libertad y a la promoción de la salud

Wan Chan y Perry (128) realizaron una revisión de las intervenciones de promoción de la salud en enfermeras. Entre los hallazgos identificaron una amplia variedad de intervenciones orientadas hacia estilos de vida. Identificaron reducción de riesgos en relación a pérdida de peso o prevención de ganancia de peso, también identificaron mejora de la dieta, el ejercicio e incremento en la actividad física, control del tabaquismo y del consumo peligroso de alcohol.

Panther (129) exploraron las características individuales, ambientales y del lugar de trabajo para incorporar los desplazamientos a través de caminata y uso de bicicleta hasta y desde el trabajo. El Grupo de Trabajo en Servicios Preventivos a la Comunidad de Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en Atlanta (130) ofrece recomendaciones para la mejora del peso corporal de los empleados, a través de programas de PSLT orientados en la nutrición, la actividad física o ambos componentes.

Figura 13. Aspectos de la PSLT estudiados desde la Línea de acción: Promoción de hábitos individuales



*Fuente: Elaboración propia*

En conclusión, a nivel de la línea de acción dirigida a la promoción de hábitos individuales, el principal énfasis que se ha hecho en los estudios identificados corresponde a la alimentación saludable en el lugar de trabajo, que se relaciona a su vez con la intervención en los factores de riesgo que generan enfermedades cardiovasculares, señaladas en el apartado anterior. Se señalan también los programas orientados a la promoción de la actividad física de los trabajadores y en un estudio se destaca el potencial de las actividades de ocio para promover la salud en los lugares de trabajo.

#### 5.2.2.5.3 Línea de acción: Ambiente y organización

Desde la perspectiva organizacional, se han realizado algunas aproximaciones a la PSLT. A continuación, se señalan los resultados del estudio en este aspecto:

Inauen, Jenny y Bauer (131) propusieron en el Reino Unido un marco de principios para el diseño de proyectos de PSLT que faciliten el análisis organizacional, teniendo en cuenta:

- Un enfoque orientado a datos con el objetivo de producir datos válidos, fiables y representativos

- Un enfoque orientado al cambio con el objetivo de promover la motivación, un sentido de coherencia y una capacidad de auto-análisis de los participantes

Estos dos enfoques fueron considerados junto con los elementos de análisis organizacional que corresponden a:

- Planificación: elección del procedimiento general
- Contenido de los datos: elección de alcance y aspectos
- Métodos de recolección de datos: elección de los instrumentos e informantes
- Procesamiento de la información: el análisis y la interpretación de los datos
- Objetivos de los criterios de éxito de análisis organizacional

Para la estructuración de dichos principios, se tuvo en cuenta lo planteado por la declaración de Luxemburgo y la perspectiva del cambio organizacional. Los autores afirman que los principios de diseño de datos permiten generar una adecuada base de datos para la PSLT, mientras que la aplicación de los principios de diseño orientados al cambio “hacen uso explícito de la calidad de la intervención de análisis, facilita la motivación a la gente para lograr un proceso coherente y la construcción de una capacidad de autoevaluación”.

Por otra parte, Holmqvist en Suecia, hace referencia a la PSLT enmarcada en la Responsabilidad Social Corporativa. El autor, buscando analizar los riesgos potenciales para los individuos y la sociedad, plantea que “cualquier actividad de responsabilidad social corporativa (RSC), potencialmente puede ser vista como una expresión de control de la organización a través del cual todos los aspectos del entorno organizacional llegan a ser difundidos de una manera favorable a los objetivos y perspectivas de la organización” (132). El autor señala que la PSLT puede ser entendida bajo la expresión de “control social corporativo” de la conducta del empleado, por ejemplo, para que ésta se encuentre más alineada a las normas y rutinas de la compañía. Por lo tanto, el autor sugiere que es necesario realizar un cuidadoso planteamiento de los estudios empíricos de PSLT diseñados para prevenir la enfermedad y la muerte en el trabajo a través de la mejora del ambiente de trabajo y de aquellos que buscan promover la salud de los empleados a través de la gestión de su comportamiento individual.

Auvinen y colaboradores analizaron los actores de la PSLT a partir de un estudio de caso realizado en Finlandia. Los autores señalan que la PSLT requiere de colaboración y alianzas

entre diversas partes interesadas de las organizaciones (stakeholders) y las clasifican como internos, de interface y externos. Señalan que las autoridades gubernamentales tienen un papel fundamental en direccionar los cambios hacia una PSLT a través de la legislación y regulación. Enfatizan en el papel esencial de los empleados y empleadores para el desarrollo de los servicios de PSLT y también destacan la importancia de otros actores como los fondos de pensiones y proveedores de servicios de salud ocupacional. Los autores afirman que una planeación e implementación exitosa requiere del entendimiento de todos los involucrados y del mapeo de sus posiciones (133).

Algunos de los estudios orientados a la promoción de hábitos saludables señalados en el apartado anterior, incluyeron a su vez un componente organizacional o ambiental. En el primer caso, Bejarano y colaboradores destacan la formulación de una política de alimentación laboral desde un nivel nacional hasta los centros de trabajo. Los autores reafirman la necesidad de implementar buenas prácticas empresariales y una política de responsabilidad social (80). Por su parte el componente ambiental para la promoción de hábitos saludables es señalado en Brasil por Korre (118) y en países europeos por Franco (119), Thorsen (120) y Maes (123), con modificaciones en el ambiente de trabajo incluyendo los comedores y restaurantes para favorecer la adquisición de hábitos saludables en alimentación.

Figura 14. Aspectos de la PSLT estudiados desde la Línea de acción: Ambiente y organización



Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, se evidencia que tres estudios enfocados específicamente a la promoción de la salud mental y los factores psicosociales, se abordaron desde un enfoque organizacional o del ambiente de trabajo. Bolier et al. (134) establecen una relación entre la mejora en la salud mental con factores organizacionales como es el caso de los estilos de dirección. Torp señala la relación entre el compromiso con el trabajo con aspectos como las demandas psicosociales del trabajo y el soporte social. Finalmente, Martin et al. (100) hacen referencia al bienestar a través del ambiente de trabajo.

En general se observa que en la producción científica es creciente el abordaje de los aspectos organizacionales y ambientales, que se genera principalmente en países europeos y en Brasil. Hay un progresivo interés por los aspectos organizacionales y en algunos casos los estudios han abordado modificaciones al ambiente físico de los lugares de trabajo.

#### 5.2.2.5.4 Línea de acción: PSLT integral

La PSLT integral contempla una mirada comprehensiva de los abordajes previos (persona, ambiente y organización) además de todo lo concerniente los principios expuestos en el apartado 6.2.1.3, particularmente el principio de integralidad.

Figura 15. Aspectos que influyen en la salud a tener en cuenta para un programa de PLST integral.



*Fuente: Adaptado de Shain y Kramer (2004)*

Se identificaron 7 estudios relacionados con esta línea de acción. Shain y Kramer (135), en el año 2004 señalan que la evidencia relacionada con PSLT sugiere que los programas de promoción de la salud son efectivos si consideran simultáneamente al individuo y al

ambiente, enmarcados en una concepción integral de la salud (figura 15). Afirmaron que, de acuerdo a lo identificado, se requieren mayores estudios para el análisis de diversos aspectos de la PSLT”.

En Norteamérica, Michaels y Greene (136) publicaron una propuesta a manera de herramienta que introduce conceptos claves y elementos estratégicos para la planeación de programas de bienestar en el lugar de trabajo, más allá de acciones individuales de promoción de la salud, resaltando los cambios organizacionales necesarios para un programa efectivo.

En la misma región Hymel y colaboradores señalan que, a partir de la revisión de la evidencia, hay mayores resultados en la realización de actividades que en conjunto incluyan la promoción y la protección de la salud, lográndose un mayor impacto en la salud de los trabajadores como en la productividad. Los autores definen la protección y promoción de la salud en el lugar de trabajo como la “integración estratégica y sistemática de distintas políticas y programas ambientales, de salud y seguridad en un continuo de actividades que mejoran la salud y el bienestar de la fuerza de trabajo y previene daños y enfermedades relacionadas con el trabajo” (137)<sup>p76</sup>. El estudio concluye que la promoción de la salud en los lugares de trabajo ha sido más débil que la protección de la salud y que se requiere de mayores investigaciones para fortalecer su hipótesis y para medir el impacto de los programas de bienestar y de seguridad en los trabajadores.

Singh y col. (138) realizaron un estudio con el fin de desarrollar e implementar un modelo de lugar de trabajo saludable en tres centros industriales del Norte de India e identificaron la factibilidad de aplicar un modelo integrado de PSLT. En una primera fase se realizó un taller con los diferentes actores involucrados para concretar los componentes y las herramientas requeridas para el modelo y se evaluaron 974 empleados. En la segunda fase se implementó el modelo piloto durante 12 meses y se definió una línea de base en cuanto a la prevalencia del uso del tabaco, del alcohol entre otros aspectos. Se desarrolló e implementó un modelo de lugar de trabajo saludable basado en los tres componentes clave: Ambiente físico, ambiente psicosocial y promoción de hábitos saludables.

Byrne y col. (139) realizaron en Norteamérica una evaluación de un programa de PSLT integral durante siete años que evidenció una alta participación y proporcionó estimaciones

acerca de mejoras en la salud, logrado a través de un programa voluntario basado en incentivos. Larsson y col. (140) en un estudio realizado en Suecia concluyeron que la provisión de medidas específicas de salud dirigidas al individuo y a la organización está relacionada con la salud de los empleados y que por lo tanto pueden ser parte de un enfoque integral de la PSLT. Señala que la salud es considerada como un producto de un comportamiento individual tanto como del ambiente. Sin embargo, afirma que hay pocos estudios sistemáticos y comparativos de la provisión de medidas de PSLT en organizaciones del sector público.

Mucken y colaboradores (141), publicaron experiencias exitosas con compañías Austriacas, las cuales en el año 2011, fueron premiadas como los mejores modelos de práctica para la promoción de la salud mental, con el proyecto “Work. In tune with life. Move Europe”. Entre sus principales características, se encontró la provisión de igualdad de oportunidades, compromiso, enfoque en la salud integral, implementación de medidas preventivas tanto comportamentales como ambientales. Se consideró además la aplicación de los criterios de calidad y las guías para empleados y empleadores propuestos por la ENWHP. Algunas de las actividades propuestas dentro de los programas fueron: aplicación de horarios flexibles, uso de equipos ergonómicos, rotación de puestos de trabajo, capacitación constante sin costo y provisión de actividades físicas, masaje y nutrición. Además, se promovió la supervisión regular durante las horas de trabajo, el asesoramiento individual, la promoción de un ambiente confidencial y apoyo social en el trabajo, medidas para prevenir el acoso y actividades de ocio.

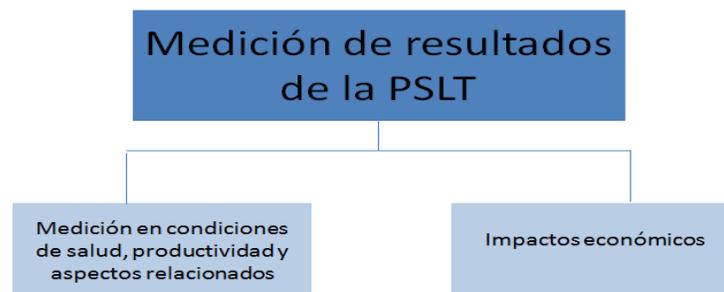
En suma, de acuerdo a los documentos analizados, la PSLT integral aborda al trabajador, al ambiente físico, psicosocial y a la organización, con una mirada comprehensiva que incluye acciones de prevención de efectos adversos en la salud y promoción de hábitos saludables. La PSLT integral considera factores organizacionales que promueven la participación de los diversos actores involucrados y es a partir de la integralidad que se llevan a cabo programas más efectivos.

### **5.2.3 Medición de resultados de la PSLT**

La tercera y última categoría que surgió en este estudio corresponde a la medición de resultados. Dicha medición ha de considerarse como el punto de partida para la toma de

decisiones. Se requiere tener en cuenta las cualidades de los instrumentos que se emplean para medir, los diversos instrumentos y criterios requeridos para la evaluación y monitoreo de aspectos relacionados con la PSLT y las condiciones de los documentos que reportan los resultados de los procesos.

Figura 16. Categoría medición de resultados de la PSLT



*Fuente: Elaboración propia*

A partir del análisis de los documentos seleccionados para este estudio, se encontró que la medición de resultados puede darse principalmente en las dos subcategorías que se representan en la figura 16. Los resultados constituyen un mecanismo para determinar los beneficios de los procesos desarrollados en los centros o ambientes de trabajo a nivel de promoción de la salud. En general, los hallazgos en la categoría de medición de resultados respecto a los aspectos que se miden se resumen en la tabla 10.

Tabla 10. Indicadores que se han empleado para la medición de resultados de la PSLT

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

*Fuente: Elaboración propia*

### ***5.2.3.1 Medición de resultados en las condiciones de salud, productividad de los trabajadores y aspectos relacionados***

La puesta en marcha de programas de PSLT exige la medición de resultados considerando aspectos como las condiciones de salud. En muchos casos el mismo estudio incluye la medición de hábitos personales, aspectos organizacionales y otros como participación, ausentismo, rendimiento, productividad, tal como lo muestran las diversas experiencias relacionadas.

En Madrid (2014), Carpintero y colaboradores (142) revisaron evidencia en la literatura científica respecto al costo efectividad de los programas de PSLT en donde evidenciaron resultados estadísticamente significativos en indicadores de salud, rendimiento y productividad en el trabajo.

Muñoz (16) realizó una búsqueda bibliográfica en la plataforma SCIELO en el contexto de América Latina con el fin de evidenciar estudios que muestren la aplicación de la estrategia PSLT . Identificó 21 artículos acerca del tema, sin embargo, la autora afirma que no se encontraron estudios que mostraran la operacionalización o evaluación de la estrategia PSLT. La misma autora señala que “Los indicadores más allá de exponer apenas datos cuantitativos en términos de enfermedades y accidentes, deben contribuir a mostrar el desarrollo de diferentes etapas de los programas implementados tanto en estructura, como en procesos y resultados, que impliquen la capacidad laboral de las personas involucradas, de forma que se pueda tener una visión integral y continua del desempeño de los trabajadores”. (4)<sup>p299</sup>.

Muñoz y Castro en el año 2010, a partir de una revisión realizada en las bases de datos Ebscohost, Jstor, Lilacs y ScienceDirect y documentos de organismos internacionales y nacionales, señalan que “Son escasas las valoraciones cuantitativas y más aún los estudios con abordaje cualitativos relacionados con efectos en productividad” A nivel nacional afirman que desde el enfoque reduccionista dado en el sistema de seguridad social, existe la tendencia a mostrar resultados de PSLT con indicadores cuantitativos de accidentalidad y enfermedad laboral.” (143)<sup>p148</sup>.

Ott y col. (144) evaluaron la incidencia de enfermedad crónica y riesgo de mortalidad en un estudio de cohorte de 24.585 empleados de ocupaciones con alta demanda física en Alemania. Los resultados mostraron que los participantes del programa experimentaron una reducción del 13 al 17% en el riesgo posterior de mortalidad en comparación con los no participantes.

En un meta análisis realizado en Norteamérica (145), en el año 2013, se analizaron estudios que evaluaron los efectos de los programas de PSLT orientados a la disminución del tabaquismo, a la mejora en la actividad física, nutrición saludable, obesidad, salud auto percibida, ausentismo debido a enfermedad, productividad o habilidades en el trabajo. Se buscó identificar la influencia de la población, características de los estudios y la intervención y estudiar la calidad sobre la efectividad en los programas. Se identificaron 18 estudios que describieron 21 intervenciones. Las investigaciones de alta calidad a nivel metodológico reportaron bajos efectos de los programas de PSLT. Se encontró además que los programas fueron más efectivos cuando hubo al menos contactos semanales, enfatizando en la necesidad de programas intensivos de PSLT. Los programas que fueron desarrollados con población joven fueron más efectivos.

Renaud y col. (146) realizaron un estudio en Canadá respecto a la implementación y resultados de un programa integral de PSLT. Se inició con 656 empleados y luego de tres años se finalizó con 905 empleados. El programa estaba orientado a proporcionar a los empleados información y apoyo a la reducción de los factores de riesgo, con un enfoque personalizado e involucrando a las directivas de la organización como participantes y promotores del programa. Constaba de seis módulos en las siguientes temáticas: la salud global, manejo del estrés, la salud del corazón (incluyendo mediciones fisiológicas: valoración de presión arterial y colesterol), alimentación saludable y actividad física. Los empleados participaron durante sus horas regulares de trabajo (incluyendo noches y fines de semana), con reemplazos organizados por sus directivos. Aunque la participación fue voluntaria, estuvo fuertemente motivada por los administradores. Las tasas de participación de los empleados en los seis módulos variaron entre 39% y 76% y el ausentismo se redujo en 28%. Los autores señalan que, desde la perspectiva de la organización, la implementación del programa fue muy exitosa.

Algunos autores como Yamamoto y col. (147) sugieren el empleo de biomarcadores como la variabilidad de la frecuencia cardíaca y el cortisol en la saliva, en la medición de los efectos de intervenciones de PSLT sobre el presentismo.

Lusa, Saarinen y Louhevaara diseñaron y evaluaron en Finlandia un método para evaluar la calidad de la promoción de salud en el trabajo (PSLT) en organizaciones de seguridad (método WHP-SEC). Se basa en los criterios de calidad del cuestionario de autoevaluación Healthy Employees in Healthy Organizations—Good Practice in Workplace Health Promotion (WHP) in Europe. Ambas organizaciones en las que fue implementado el programa (Organismos militares y de aduanas) proporcionaron expertos y apoyo financiero. Los autores señalan que “el equipo estaba formado por profesionales en el campo de la gestión administrativa y la calidad, la supervisión, planificación de la calidad y servicios de salud en el trabajo completado por investigadores del programa” (148). Se concluyó que la versión del método WHP-SEC empleada en el momento del estudio parecía ser válida, reproductiva y factible. Se afirma que ayuda a la evaluación de todo el proceso de PSLT, a las actividades de evaluación comparativa y las evaluaciones externas de la calidad de la PSLT en organizaciones de seguridad.

Shang-Wei (149) y col. realizaron una investigación en Taiwan que buscó evaluar la efectividad de las iniciativas de promoción de la salud del lugar de trabajo taiwaneses basado en las perspectivas de los empleados. Los resultados encontraron que los empleados se mostraron de acuerdo en que la PSLT mejoró sus habilidades personales de salud. “Hubo un nivel más bajo de acuerdo con respecto a otros dominios de entrada / proceso, tales como la política de lugar de trabajo saludable, ambientes de salud del lugar de trabajo de apoyo, actividades, los servicios y la eficacia de PSLT”. Los autores señalan que las empresas que proyecten iniciar programas de PSLT necesitan para llevar a cabo una evaluación detallada de la naturaleza de los lugares de trabajo y como un aspecto fundamental, las percepciones de los empleados. En este sentido Nöhammer, Stummer y Schusterschitz (150) reiteran la importancia de evaluar los programas desde el punto de vista de los empleados, afirmando que en las investigaciones se ha dado más importancia a las posiciones asumidas por los expertos, acerca de los beneficios de dichas intervenciones.

Otro estudio que presenta aspectos a ser considerados en la medición de resultados de la PSLT fue realizado en los Países Bajos por van Berkel y col. (151). El objetivo general de

este estudio fue evaluar el costo - eficacia de una intervención de lugar de trabajo en un ensayo controlado aleatorio. Las mediciones se llevaron a cabo teniendo en cuenta: alcance, cumplimiento (con el entrenamiento, coaching virtual, consumo de fruta, y otros aspectos propuestos), fidelidad (adherencia a protocolos de entrenamiento y coaching y sus barreras), juicio (satisfacción, utilidad, tiempo invertido y calidad) y contexto (barreras y facilitadores a nivel individual, social, organizacional, de los proveedores y de la intervención). Los resultados permitieron evidenciar algunos de los factores relevantes para el cumplimiento del programa.

### ***5.2.3.2 Medición de resultados en impactos económicos***

En los últimos años se ha iniciado el desarrollo de estudios dirigidos a analizar los aspectos económicos relacionados con la puesta en marcha de programas de PSLT, como se muestra a continuación:

En la revisión realizada por Carpintero y colaboradores respecto al costo efectividad de los programas de PSLT evidenciaron resultados estadísticamente significativos en aspectos puntuales como gastos de salud y disminución del número de indemnizaciones por enfermedad. Sin embargo, “en la mayoría de los artículos se observaron resultados positivos respecto al coste-efectividad global tras la aplicación de los programas, sin alcanzar significación estadística” (142)<sup>p1</sup>. Concluyen que son necesarios más estudios para establecer el impacto de los programas.

Aldana y col. (152) estudiaron el impacto financiero de un programa de PSLT realizado en un distrito escolar en Reno, Estados Unidos, con 6246 empleados. Aunque no encontraron diferencias significativas en los costos de atención de la salud entre los que participaron en alguno de los programas de bienestar y los que no participaron, si se identificó una asociación negativa significativa entre la participación y el absentismo. Los autores afirman que “los participantes en el programa tienen un promedio de tres días de trabajo perdidos menos que los que no participan en los programas de bienestar. La disminución en el ausentismo se tradujo en un ahorro de costos de US \$ 15.60 por cada dólar gastado en el programa.

En Estados Unidos, Baker y col.(111) evaluaron el uso de un modelo predictivo de retorno de la inversión (ROI) que se aplicó a una intervención de PSLT orientada al manejo de la obesidad, con el fin de demostrar el uso de modelos econométricos para establecer la justificación financiera de la PSLT. Con el estudio los autores buscaron demostrar maneras en que un modelo econométrico ROI puede ser utilizado por los empleadores para estimar el ahorro de costes de los programas de reducción de riesgos y proporcionar una justificación de negocio para sus programas de promoción de la salud. Para el caso estudiado, con 1552 empleados de compañías de diversos tamaños, se encontró una mejora significativa en el perfil de riesgo en alteraciones de salud en los participantes en el programa durante más de un año. Del total de ahorros proyectados el 59% se atribuye a los gastos reducidos de salud y el 41% se debió a mejoras en la productividad.

Cherniack, y Lahiri (153) realizaron en Norteamérica (2010) un análisis de costos evitables desde la perspectiva de la teoría de la economía de la salud y de las observaciones empíricas de diversos estudios. Los autores identificaron como principales problemas de los costos evitables, los derivados de una “falta de alineación de intereses entre los empleadores, aseguradoras, instituciones de servicio, y el gobierno”. Por otra parte, afirman que en ocasiones, la inversión en salud preventiva puede ser racionalizada a nivel de la empresa principalmente a través de los beneficios a corto plazo en una mayor productividad, en lugar de impactos a largo plazo sobre la reducción de las enfermedades crónicas.

A partir de los diferentes estudios es posible identificar que en el mundo se han desarrollado una gran variedad de alternativas para la medición de resultados de PSLT. De acuerdo a los intereses y necesidades particulares, se han planteado indicadores relacionados con las condiciones de salud, productividad, aspectos organizacionales e impactos económicos de los programas que se ha puesto en marcha y que han permitido evidenciar sus beneficios.

## 6 Discusión

El estado del arte, como lo plantea Eslava, (31) es el “nivel de conocimiento y/o el grado de desarrollo alcanzado en un campo dado, con énfasis en la producción científica reciente pero sin olvidar la importancia de su construcción histórica y social”, para este caso en lo relacionado con la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo. Su importancia radica en la posibilidad de identificar los aspectos que se han considerado relevantes en la producción del conocimiento, así como la identificación de los vacíos que de una u otra forma pueden impedir o dificultar el desarrollo desde los puntos de vista de los conceptos y las prácticas en PSLT. En cuanto a las limitaciones de este estudio, es preciso enfatizar en que tal interpretación y entendimiento crítico del estado del conocimiento relacionado con la PSLT, se relaciona específicamente con los textos seleccionados de las directrices de organismos nacionales e internacionales referentes a la PSLT y los artículos científicos de las bases de datos y descriptores definidos en la metodología.

En este capítulo se exponen las reflexiones críticas generadas en este proceso y que conllevan a la interpretación y comprensión del sentido dado al conjunto de los textos analizados. Previo a la discusión de los hallazgos propios del estudio, es pertinente retomar y resaltar la metodología empleada para su desarrollo: Una postura cualitativa con una aproximación hermenéutica, en la cual se permitió el uso de herramientas cuantitativas para facilitar el proceso descriptivo y en conjunto, la interpretación y entendimiento crítico del estado del conocimiento relacionado con la PSLT. Este ejercicio hermenéutico implicó una constante identificación de los prejuicios y prevenciones de la investigadora, con el fin de hacer visible la verdad que se expresa en el texto y contrastarla con la opinión propia de acuerdo a lo planteado por Gadamer. En un primer momento, al plantear los ejes temáticos a partir de las concepciones previas acerca de la PSLT, se daba inicio al movimiento de la comprensión conocido como círculo hermenéutico en donde, según Gadamer, el todo puede entenderse desde lo individual y lo individual desde el todo (26).

Los esquemas pre elaborados corresponden al todo, mientras que cada uno de los documentos en forma individual (unidades de análisis) era el acercamiento a las partes. En la medida que se realizaban las lecturas exploratorias y luego repetidas en profundidad, se reorganizaban los esquemas previos y se repetía el ciclo hasta llegar a las categorías de análisis presentadas en los resultados del estudio a partir de los cuales surgió la discusión en torno a los conceptos de promoción de la salud y PSLT, los procesos y los resultados de la PSLT.

### **6.1 Acerca de los conceptos y principios de “promoción de la salud” y “promoción de la salud en los lugares de trabajo”**

Respecto a la construcción teórica de la promoción de la salud, Robledo y Agudelo (154) examinan las definiciones de promoción de la salud e identifican tres fases en su desarrollo. Según este planteamiento, en la fase de antecedentes (1920-1973) se evidencian distanciamientos frente al paradigma positivista y la promoción de la salud hace parte de las definiciones de salud pública. En la segunda fase, que los autores denominan la fundacional (1974-1986), la promoción de la salud tiene ya una identidad propia y logra transformarse en políticas. Se habla de un momento en el cual confluyen los paradigmas. Marca su inicio con la propuesta de Lalonde y genera una serie de transformaciones en la manera de pensar la salud. Con este nuevo concepto acerca del campo de la salud, se resalta la importancia de los comportamientos y hábitos de los individuos en lo referente a su propia salud y se comienza a considerar el concepto de la promoción de la salud. En la última fase, que los autores denominan la fase de consolidación (1987-2008), logran articularse de manera más amplia los paradigmas positivistas y no positivistas incluyendo aspectos metodológicos. Es en este periodo donde se publica la Declaración de Luxemburgo que define la PSLT como “el esfuerzo conjunto de empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el trabajo” (52)<sup>p1</sup>. Los conceptos y principios de la PSLT, por tanto, no surgieron espontáneamente en un momento determinado. Fue necesario todo un proceso de construcción de las bases de la promoción de la salud, atravesando por diferentes momentos de la historia con necesidades diversas que enriquecieron la mirada desde una concepción individual y centrada en la enfermedad, hasta una visión amplia e

integral que se ve reflejada en los primeros documentos que surgieron en relación a la PSLT. Aunque los planteamientos que surgieron a raíz de las conferencias internacionales de promoción de la salud y de los avances generados desde la creación de la Red Europea de PSLT han permitido importantes logros en materia de salud de diversos grupos de trabajadores en el mundo, se evidencia una marcada necesidad de retomar los fundamentos de la PSLT desde sus principios y conceptos, especialmente reflexionando sobre la comprensión de la integralidad y procurando la atención de aquellas poblaciones laborales que tradicionalmente han sido excluidas o mínimamente abordadas.

En el periodo analizado en este estudio y para el caso de la legislación colombiana, los documentos normativos escasamente mencionan la PSLT, sin definirse claramente pautas o lineamientos para su implementación. Desde la publicación del Código Sanitario en 1979 se consideró la salud de los trabajadores como una condición indispensable para el desarrollo del país y en la normatividad se reconoce la importancia de promover la salud de la fuerza laboral como un asunto de interés nacional. Sin embargo, las dificultades en el manejo de los conceptos y la ausencia de verdaderas políticas relacionadas, son evidentes en los diversos documentos normativos. Un ejemplo de estas dificultades a nivel conceptual se observa en el decreto ley 1295 de 1994, el cual contiene la expresión: “prevención y promoción de riesgos profesionales” (70)<sup>p15</sup>, puesto que no se busca promover los “riesgos profesionales”, sino aspectos como la salud o hábitos saludables. Además, a pesar de mencionar el término “promoción”, el documento no hace referencia a los aspectos específicos que se deben “promocionar”, en cambio sí señala lo relacionado con la prevención de enfermedades y riesgos.

Aunque la legislación a nivel nacional contempla en la actualidad las directrices de orden internacional, la falta de claridad conceptual se relaciona también con el hecho de limitar la acción de la PSLT a actividades de educación y capacitación. A lo largo de los documentos normativos se expresa la intensión en las políticas y objetivos planteados, se presentan y aun priorizan las acciones de “promoción y prevención”, se definen responsables, fuentes de financiación, se establecen sanciones por no cumplimiento, pero no se hace referencia a los contenidos o procedimientos específicos a ser desarrollados. Es aquí donde se requiere la visibilización y apropiación de los principios y fundamentos de la promoción de la salud, propuestos en la Carta de Ottawa, y en el caso de la PSLT, los señalados en la Declaración de Luxemburgo.

Esta falta de claridad en relación a los conceptos de “promoción de la salud” y “prevención de la enfermedad” que ya ha sido resaltada por otros autores. Por ejemplo, Muñoz y Castro afirman que “pese a que por más de dos décadas se ha tratado y teorizado sobre PSLT, con frecuencia se observa un tratamiento indistinto de términos que, aunque relacionados, se asumen como sinónimos, como por ejemplo, prevención de riesgos, fomento de la salud, salud ocupacional, salud y seguridad en el trabajo,- entre otros”(143)<sup>p142</sup>. Esta situación puede ser una de las razones por las cuales aún su aplicación en contextos reales no se ha evidenciado a nivel de programas estructurados y mucho menos de impactos de la PSLT. Por otra parte, García (155) afirma que la expresión “promoción y prevención” en Colombia, se entiende en forma limitada a actividades educativas que se efectúan de manera desarticulada. El autor señala que estos son conceptos restrictivos no han permitido generar impactos positivos en los perfiles de morbilidad, mortalidad y discapacidad”.

Es entonces prioritario rescatar el sentido del concepto de promoción de la salud propuesto desde la Carta de Ottawa, en donde se destaca la necesidad de proporcionar a las comunidades los medios para que mejoren su salud y tengan control sobre la misma. En este mismo documento se resalta que la promoción de la salud es “un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas” (42)<sup>p1</sup>.

De igual forma, se rescata el concepto de la PSLT concebida desde la declaración de Luxemburgo, que consiste en “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, mejorando la organización y las condiciones de trabajo, promoviendo la participación activa y fomentando el desarrollo individual” (52)<sup>p1</sup>. Adicionalmente afirma que así como el trabajo puede contribuir al desarrollo personal y a mejorar las habilidades de cada persona, también puede ocasionar daños a la salud, por lo cual reconoce a los lugares de trabajo como ambientes propicios para la promoción de la salud. De otro lado, la Conferencia de Sundsvall (44) invita a una alianza entre defensores de la salud, medio ambiente y justicia social con el convencimiento de que no es posible separar los asuntos de la salud, del medio ambiente y del desarrollo humano.

Según lo planteado en la declaración de Alma Ata, la salud es un derecho fundamental de los seres humanos y se requiere la intervención del Estado, el aporte de diversos sectores

no solamente el sector salud, entre los cuales menciona: agricultura, zootecnia, alimentación, industria, educación, vivienda, obras públicas y comunicaciones. La esencia del concepto de PSLT expresa una connotación holística orientada hacia el bienestar, calidad de vida, equidad en forma positiva, más allá de las intervenciones estrictamente necesarias para controlar enfermedades o factores de riesgo. La salud al ser comprendida como una consecuencia de los diferentes procesos de desarrollo social, económico, político, ambiental y cultural, requiere ser promovida a través de mecanismos que incluyan elementos operativos capaces de abordar los diferentes procesos de desarrollo. En este sentido, la PSLT es una estrategia integral que facilita el logro de una salud y bienestar de los trabajadores.

Uno de los aspectos que cobran vital importancia para un abordaje integral de la promoción de la salud en ambientes laborales corresponde a la intersectorialidad y la interdisciplinariedad, propuestas por la OMS (53) como principio de la PSLT. En los documentos analizados en este estudio, se encontró que, aunque las investigaciones continúan siendo desarrolladas en alguna medida por profesionales del sector de la salud, el desarrollo investigativo se ha venido fortaleciendo paulatinamente desde la salud y seguridad en el trabajo, disciplina que involucra múltiples campos de conocimiento. El protagonismo de otras disciplinas que en su conjunto pueden fortalecer la acción intersectorial relacionada con la PSLT (administración, economía, ingenierías) es aún mínima, siendo necesaria una mayor apropiación de los aspectos relacionados desde los diversos campos del conocimiento. Esto también se resalta en las conferencias de promoción de la salud, como es el caso de la Declaración de Nairobi, que señala la necesidad de fortalecer el liderazgo desde los gobiernos, orientando a la promoción de la salud en todos los sectores y ámbitos, apoyando a la acción intersectorial e interdisciplinaria (49).

García señala que en Colombia no se ha logrado posicionar la necesidad de integrar esfuerzos entre la salud pública y la salud y seguridad en el trabajo, mencionando a manera de ejemplo que el sistema de riesgos laborales es independiente del sistema de salud, evidenciándose un fraccionamiento entre trabajadores del sector formal e informal. El autor afirma que “la salud pública y la salud ocupacional son disciplinas que se han desarrollado en forma separada, aunque persiguen fines similares: la promoción y protección de la salud de las personas con un enfoque grupal” (155)<sup>p1</sup>.

La Organización Panamericana de la Salud afirma que la construcción de consensos intersectoriales es fundamental para la promoción de la salud. Al respecto señala que en la región de las Américas se observan avances en los últimos años, pero que existen diversas causas por las cuales el trabajo intersectorial aún no se desarrolla de manera óptima. Es el caso de la segmentación relacionada con la falta de comunicación entre los sectores de la administración pública en el interior de los países, la verticalidad de muchos programas y las características de la formación profesional que generalmente no favorece el enfoque interdisciplinario (156). El mismo documento argumenta la necesidad de un trabajo interdisciplinario e intersectorial al señalar que el desafío en la región consiste en armonizar los objetivos del desarrollo, la salud y el ambiente con los de la equidad social. Esta armonización requiere de la generación o revisión de toda una diversidad de políticas relacionadas con el desarrollo urbano, prestación de servicios básicos de vivienda, agua y saneamiento, así como políticas que regulen el crecimiento acelerado y desordenado de la industria que como consecuencia genera contaminación.

También es necesario revisar las políticas de explotaciones mineras y petroleras frente a su incidencia en las condiciones del ambiente y a salud de las comunidades en general, y particularmente las comunidades laborales. Las políticas del sector agrícola requieren igualmente de un minucioso análisis en lo referente al uso y distribución de la tierra, uso de agroquímicos con sus correspondientes impactos ambientales y en la salud tanto de los trabajadores, como de sus familias, comunidades rurales y consumidores de los productos. En este sentido, es evidente que la armonización de políticas no puede ser responsabilidad exclusiva de profesionales de la salud, al no poseer las competencias laborales específicas requeridas para estos asuntos, siendo prioritaria la integración de saberes y de sectores diversos de la administración pública.

Como se ha mencionado, la participación del sector salud y su rol en la promoción de la salud y en la prevención y atención de la enfermedad, es solamente un elemento para alcanzar la salud. El llamado a la acción intersectorial tampoco puede dirigirse a acciones débiles de articulación con otros sectores para la planeación y ejecución de actividades aisladas y que por lo general no impactan positivamente en las comunidades laborales. En consonancia con la declaración de Alma Ata (41), la OMS propuso que la “Acción Intersectorial para la salud” (IAH por sus siglas en inglés), que corresponde a “una

reconocida relación entre parte o partes del sector salud con parte o partes de otros sectores que han sido formados para tomar acciones sobre un tema para lograr resultados en salud en una forma más efectiva, eficiente o sustentable de lo que podría lograrse por el sector salud actuando individualmente”(157)<sup>p3</sup>.

Consecuentemente, la acción intersectorial en el caso de la PSLT permite el desarrollo de políticas públicas y planes que aborden asuntos claves desde aspectos como servicios públicos básicos, infraestructura, aspectos económicos y sociales, entre otros y es necesario que sea promovida y facilitada a nivel local, nacional y regional. La integralidad también supone que la política esté claramente articulada con la normatividad vigente, al señalar que se genere la política en “sinergia con el código laboral porque debe ser transversal al reglamento interno de trabajo y al de salud y seguridad en el trabajo”(80)<sup>p95</sup>.

Por otra parte, el principio de justicia social se relaciona con la equidad al plantearse que las desigualdades de grupos sociales que se encuentran en desventaja son situaciones injustas e inaceptables. Es claro que las relaciones de clase social existentes en el modelo de desarrollo predominante, determinan las formas de vida y trabajo de las comunidades y éstas, a su vez, determinan la salud y el bienestar. Por otra parte, las políticas públicas, en cuanto a su alcance y planteamientos, surgen a partir de las necesidades de muchos, pero también pueden verse influenciadas por los intereses de unos pocos dentro de un juego de relaciones de poder. Es a partir de allí que se hace indispensable el fortalecimiento de las capacidades de gestión y cohesión de las poblaciones laborales que carecen de una organización formal y respaldo normativo.

La justicia social implica la inclusión de la totalidad de las personas en sus ambientes de trabajo. La OPS y OMS enfatizaron en la necesidad de abordar grupos de trabajadores con necesidades específicas, incluyendo trabajadores agrícolas, industrias caseras, pequeñas y medianas empresas, mujeres trabajadoras, trabajadores de tiempo parcial, independientes y adultos mayores(1). Sin embargo, lo identificado en el estudio señala que únicamente se abordaron estas poblaciones en una mínima proporción de los artículos analizados (6 de los 90 artículos), lo cual muestra que existe un amplio camino por recorrer, con el fin de evitar que las propuestas de la PSLT continúen siendo discursos que no se llevan a la práctica.

Se evidencia entonces la perpetuación de un modelo tradicional de exclusión ya que en la literatura científica relacionada con PSLT no se alcanza a visualizar las problemáticas de precarización y vulnerabilidad del sector laboral informal. Por lo tanto, el llamado de la OPS y OMS debe mantenerse vigente en las discusiones para la generación de políticas referentes a la salud de los trabajadores, considerando las características particulares de los sectores laborales que han sido excluidos o mínimamente abordados.

De otro modo, la participación se considera un elemento crucial en el desarrollo de la PSLT. Las acciones que surgen a partir de la participación de los trabajadores logran verdaderos impactos en relación a los objetivos que se pretende alcanzar. Es de enfatizarse en la importancia de que los trabajadores conozcan la organización, las instancias de salud y seguridad en el trabajo, sus funciones y formas de participación, lo cual facilita la participación en los procesos de PSLT, como fue planteado por Souza Soares et al. (92). En las diversas experiencias exitosas, se ha enfatizado en la adhesión voluntaria de los trabajadores y el compromiso adquirido.

La participación, más allá de ser un espacio de socialización de información o una estrategia para cambiar comportamientos en pro de un objetivo impuesto por autoridades o directivas de un lugar de trabajo, debe constituirse en una herramienta transformadora que brinde una posibilidad real de garantizar la evolución de políticas de salud y bienestar en las comunidades laborales. La participación surge a partir de una identificación de necesidades en común, interés por el cambio, sentido de pertenencia y en su más alto desarrollo requiere de una gran capacidad organizativa.

Muñoz y Castro (4) concluyen que las dificultades para el desarrollo de la participación de los trabajadores de las tres instituciones hospitalarias que analizaron, son dadas por las políticas organizacionales y las formas de contratación existentes en el sector salud en Colombia, por lo cual consideran necesario que se promuevan acciones que involucren al trabajador, partiendo de políticas institucionales orientadas a la participación efectiva en procesos relacionados con la PSLT.

En los documentos analizados se observan en general la existencia de niveles de participación básicos centrados en la información, toma de decisiones a nivel individual para

la realización de actividades, pero en general no se llega a un nivel de participación de los trabajadores que implique decisiones respecto a programas, proyectos o políticas en sus lugares de trabajo relacionadas específicamente con la promoción de la salud, con lo cual se daría paso al empoderamiento. Este concepto, muy relacionado con la participación, fue resaltado en la declaración de Alma Ata y reiterado por la OMS (53) como principio fundamental de la PSLT y se relaciona con procesos de concertación, desarrollo de acciones, seguimiento, evaluación de resultados y control de los programas o proyectos, además de una incidencia real en la formulación y evaluación de políticas. Es por ello urgente para los organismos gubernamentales, el desarrollo de acciones orientadas a promover el empoderamiento de los grupos laborales menos favorecidos. Al potenciar el empoderamiento de los trabajadores se estarán generando como consecuencia, oportunidades de promoción de la salud en sus ambientes laborales. Al respecto, Calvalho plantea que la educación para la salud tiene un gran desafío, ya que no debe limitarse a mejorar la información e inducir comportamientos, sino que un proceso de empoderamiento social debe estar orientado a promover la reflexión crítica, así como la capacidad para intervenir y gestionar las diversas problemáticas sociales (158).

## **6.2 Los procesos de la PSLT**

Al observar la cobertura de diez años en la producción documental sobre la PSLT, se reconocen algunas transformaciones dadas en el proceso investigativo. El panorama general de estado del arte de la PSLT muestra una tendencia clara hacia metodologías cuantitativas. Aunque hay esfuerzos para el abordaje de las problemáticas de la salud de los trabajadores bajo enfoques alternativos, persiste la prevalencia del enfoque positivista en la investigación de estas temáticas. Al considerar que la relación salud – trabajo se ha sustentado principalmente en enfoques cuantitativos, desde un paradigma positivista, se reconoce que prevalece un abordaje que vincula ésta temática con un enfoque médico tradicional que se orienta desde y hacia la cuantificación de los riesgos. La relación salud - trabajo es un proceso histórico social, que requiere de herramientas apropiadas que faciliten su comprensión. En este sentido, Lacaz (29) señala que los límites en la construcción del conocimiento desde el abordaje tradicional de la relación salud - trabajo hacen que se

dificulte considerar y aprehender otro tipo de relaciones y que a partir de la visión empirista tradicional de la clínica se impide que considerar y operar sobre conexiones de mayor complejidad. Por lo tanto, se requiere potenciar los procesos investigativos para el estudio de la relación salud trabajo.

Un hallazgo interesante de este estudio corresponde a los paradigmas de investigación sobre PSLT identificados en Brasil, país que además de ser el mayor investigador en el área en la región de América Latina y el Caribe, logra un equilibrio en cuanto a los estudios desde el positivismo y la sociología comprensiva. Retomando a Robledo y Agudelo puede considerarse como un claro ejemplo de desarrollo en la fase de consolidación de la promoción de la salud, en donde se articulan con mayor amplitud los paradigmas positivistas y no positivistas (154). Por lo tanto, es en este aspecto un modelo de investigación a seguir por parte de los países de la región.

En cuanto a la producción científica relacionada con la PSLT, se observó un máximo desarrollo entre los años 2009 – 2010. El documento publicado por la OMS referente a los Entornos Laborales Saludables (65), examinó la relación entre trabajo, salud física y mental de los trabajadores, la comunidad y la salud de la empresa y la sociedad. Este planteamiento parte del análisis de los factores que afectan la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y el éxito de las empresas y que se encuentran bajo el control de los trabajadores y empleadores, desde el punto de vista de mejora continua del Ciclo Deming. Aunque menciona la necesidad de inclusión de trabajadores informales, las metodologías planteadas en este documento se adecuan a las estructuras laborales formales, como se discutió en lo referente al principio de justicia social. Se evidencia la tendencia en su orientación a ambientes empresariales del mismo modo que ocurre en las investigaciones analizadas en este estudio, en las cuales se abordan grupos de trabajadores organizados pertenecientes al sector formal de la economía y solo en contados casos se abordan trabajadores no organizados. Son precisamente estos vacíos y la falta de investigación y conocimiento sobre estos trabajadores y sus particularidades los que llevan a que se conciben limitadas políticas y programas orientados a la promoción de la salud en estos espacios laborales no formales.

La situación de los trabajadores de la economía informal se ha hecho más compleja en los últimos años, debido a los cambios generados por la globalización y las políticas

macroeconómicas. Esta población se ha incrementado rápidamente en la mayoría de los países de mediano y bajo ingreso (9). En el caso específico del sector de la agricultura, la OIT estima que alrededor de 1.100 millones de personas viven en condiciones de pobreza extrema (159). La Encuesta de Condiciones de Trabajo en Europa (EWCS) realizada en el año 2005, señaló que la agricultura es el sector que tiene mayor porcentaje de trabajadores con contratos temporales (43,9%), comparada con el porcentaje en los demás sectores (16,7%). Este sector en Europa es también el que tiene la más alta proporción de empleados sin contratos (160). En general las condiciones de salud en las zonas rurales se ven afectadas por que los servicios básicos son habitualmente insuficientes y además las comunidades rurales a menudo cuentan con limitadas oportunidades de educación e información sobre los riesgos a los cuales están expuestos (159).

Los trabajadores informales carecen de un respaldo a nivel de normatividad que favorezca el desarrollo de unas condiciones adecuadas de trabajo, así como el soporte para el mantenimiento de condiciones de salud y seguridad durante el desempeño de sus actividades laborales. En el caso de que se haya iniciado el desarrollo de lineamientos normativos en los niveles nacionales o locales, pueden evidenciarse obstáculos para una puesta en marcha eficaz de acciones orientadas a favorecer las condiciones de salud de estas poblaciones laborales. Estos obstáculos pueden asociarse con la ausencia de una reglamentación específica para concretar las acciones, la falta de claridad en la designación de responsables, las dificultades en la asignación de recursos y demás aspectos relacionados con los conflictos que pueden generarse durante la implementación de políticas.

A manera de ejemplo, en Colombia se ha contemplado en los últimos años la realización de acciones orientadas hacia la salud de los trabajadores informales, tal como se divulgó en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (71) y en el Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo 2013 – 2021 (77). Con estos documentos normativos, entre otros, se ha buscado fortalecer la gestión articulada entre el sector trabajo y el sector salud para el abordaje de la seguridad y salud laboral de los trabajadores informales quienes no cuentan con aseguramiento en riesgos laborales. En ambos documentos se designan como responsables de las acciones al Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud, aseguradoras de riesgos laborales, empleadores, secretarías locales de salud, empleadores y gremios por sectores laborales. Para algunos de los objetivos definidos en los planes mencionados, aún

no es clara la competencia específica de cada uno de estos actores en cuanto a la totalidad de acciones que sería necesario desarrollar.

En el caso de la ciudad de Bogotá, es la Secretaría Distrital de Salud la entidad que está a cargo de este proceso. Se proponen acciones de amplia cobertura y con un enfoque orientado a la promoción del trabajo digno y saludable a través de la estrategia de entornos laborales saludables, brindando asistencia a los trabajadores informales directamente en sus centros o lugares de trabajo (161). Estas acciones son ejecutadas a través de la red de hospitales públicos del distrito capital. Es en este punto donde surge una situación que puede ser considerada como una gran paradoja de los trabajadores del sector salud. Aun siendo los hospitales instituciones que buscan solucionar problemas de salud, en muchos casos el reconocimiento de los aspectos que afectan la salud de su personal recibe mínima atención, no obstante la relación existente entre la salud del personal y la atención del paciente (162).

Esta situación laboral de los trabajadores del sector de la salud tiene raíces comunes con las formas de trabajo precario de diversos sectores de la economía en los países en vía de desarrollo. Las grandes transformaciones que se han dado en las últimas décadas en el mundo del trabajo se relacionan con el surgimiento del neoliberalismo como una nueva doctrina económica que fue la base para pasar hacia un modelo económico de acumulación flexible. La flexibilidad fue promovida como un mecanismo para mejorar el desempeño de las empresas y adaptarse a un contexto competitivo, para favorecer la creación de empleo y para generar oportunidades de autonomía, entre otros aspectos. Sin embargo, en forma paralela a la puesta en marcha de este modelo de producción, se ha venido observando un impacto negativo en los derechos de los trabajadores en cuanto a aspectos salariales, de estabilidad laboral y en general una tendencia creciente a la precarización laboral. Como lo plantea la OPS, la flexibilización laboral fue definida como la estrategia para la competitividad internacional que incide en las formas de contratación es decir, se implementa a través de mecanismos como la reducción de los empleos fijos o regulares, el establecimiento de empleos temporales, la contratación de trabajadores de acuerdo a las demanda o necesidades del mercado (OPS 2006 ).

Según señaló EMCONET (Employment Conditions Knowledge Network), red que surgió de la Comisión de Determinantes de la Salud de la OMS, el crecimiento económico y el

aumento de las desigualdades sociales y económicas que han surgido a partir del neoliberalismo y la globalización, han disminuido en el mundo, el promedio de puestos de trabajo de calidad adecuada y unas condiciones laborales dignas. En el reporte de EMCONET del año 2007, se reafirma la necesidad de “un mayor equilibrio de poder en las relaciones de empleo en la mayor parte del mundo para lograr el crecimiento del empleo decente y mejorar la salud de los trabajadores” (9) y enfatiza en que la búsqueda del desarrollo económico de los países no tiene que darse a costa de la salud de las personas que hacen que el desarrollo sea posible. Adicionalmente las reformas en el sector salud que se han dado en los últimos años en Latinoamérica y particularmente en Colombia, han profundizado las deficiencias en las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores del sector de la salud. Estas situaciones conllevan a pensar que estos trabajadores de la salud se encuentran distantes de verse favorecidos por procesos de PSLT, siendo este hecho similar en muchos hospitales a nivel nacional y en general en los países en vía de desarrollo.

Es así como, por ejemplo, en los hospitales de la red pública de Bogotá, hay un predominio de la vinculación por contratos para el personal que presta servicios asistenciales, con frecuencia de renovación menor a seis meses (en muchos casos de renovación mensual), lo cual puede generar incertidumbre en los trabajadores. También son comunes las jornadas de trabajo intensivas, deficientes condiciones de espacio físico (en cuanto a inadecuada iluminación y ventilación, ruido, hacinamiento), deficiencia en los espacios físicos destinados a la alimentación y al descanso (163), mobiliario insuficiente e inadecuado para el desempeño de las funciones, frecuente rotación del personal y escasa participación del personal en las actividades propuestas desde salud ocupacional, las cuales están básicamente orientadas a brindar o solicitar información así como a realizar actividades esporádicas y aisladas que organiza la institución para la promoción de hábitos laborales saludables. Estos mismos trabajadores de la salud, entre otras disciplinas, en medio de sus deficientes condiciones de trabajo, son los llamados a promover ambientes de trabajo saludables a las poblaciones laborales de la economía informal, hecho que necesariamente genera inquietud en cuanto a cuál puede ser la verdadera magnitud de los resultados e impactos de estos procesos. Es entonces cuando urge una profunda reflexión por parte de la academia, el gobierno y la sociedad civil, acerca del papel de los equipos interdisciplinarios tradicionalmente liderados por profesionales de la salud en los procesos de PSLT y la relación de sus acciones y resultados con sus propias condiciones de trabajo.

Otro aspecto considerado relevante en este estudio se relaciona con las líneas de acción que se identificaron en las investigaciones sobre PSLT. En este sentido, el ideal propuesto por las directrices internacionales se orienta a un abordaje integral de la PSLT. Específicamente, en la Declaración de Luxemburgo se enfatiza que este el esfuerzo entre empresarios, trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el trabajo puede conseguirse a partir de la combinación de actividades orientadas en diversos frentes: mejorar la organización y las condiciones de trabajo, promover la participación activa y fomentar el desarrollo individual.

De modo similar, la Estrategia de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo de América Latina y el Caribe (1) afirma que se reconoce el efecto combinado de los factores personales, ambientales, organizacionales, comunitarios, sociales e informativos sobre el bienestar del trabajador. Dicho documento se basó en la Carta de Ottawa (42), sobre la Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y propuso una serie de áreas de intervención de la PSLT: En un primer momento, la OMS y OPS plantean la construcción de políticas públicas de trabajo saludable en los diferentes sectores y niveles (Desde internacionales hasta locales), que incluyan definiciones políticas y operativas, de tal forma que se facilite la expedición de normas, reglamentos, planes y programas. Consideran por otra parte necesaria la creación de ambientes favorables de trabajo, con la identificación y mejora de las condiciones de trabajo, el análisis de los procesos productivos y la identificación de las necesidades de los trabajadores. Otro aspecto que hace parte en la propuesta de estos organismos internacionales se relaciona con el impulso de la organización de los trabajadores, su participación y la promoción de la acción comunitaria intersectorial para impulsar los propósitos de la PSLT. Se plantea también el desarrollo de habilidades y responsabilidades, tanto de tipo individual como colectivo con el fin de proteger y mejorar su propia salud. Es en este punto donde se incluyen las capacitaciones sobre condiciones de trabajo específicas que pueden alterar la salud, métodos de protección y acciones para el fomento de comportamientos saludables del trabajador (disminución del consumo de tabaco, alimentación adecuada y actividad física periódica). Finalmente, la OMS y OPS plantean la importancia de revisar y reorientar los servicios de salud dirigidos a los trabajadores, enfatizando en todos los aspectos relacionados con la promoción de la salud, facilitando el acceso a dichos servicios. Las directrices son claras al señalar que es

necesario ir más allá de enfoque netamente clínico, buscando soluciones desde el punto de vista de la PSLT (1).

La PSLT integral contempla una mirada comprehensiva de la persona, el ambiente y la organización y como lo afirman Shain y Kramer (135), la evidencia relacionada con PSLT sugiere que los programas de promoción de la salud son efectivos si consideran simultáneamente al individuo y al ambiente, enmarcados en una concepción integral de la salud. De modo similar, Hymel y colaboradores definen la protección y promoción de la salud en el lugar de trabajo como la “integración estratégica y sistemática de distintas políticas y programas ambientales, de salud y seguridad en un continuo de actividades que mejoran la salud y el bienestar de la fuerza de trabajo y previene daños y enfermedades relacionadas con el trabajo” (137). Los autores concluyen que la PSLT ha sido más débil que la protección de la salud y que existe la necesidad de desarrollar más investigaciones para medir el impacto de los programas en los trabajadores.

Los resultados de este estudio evidenciaron que la mayoría de investigaciones identificadas tienen una orientación hacia el desarrollo de habilidades y responsabilidades individuales, centradas básicamente en la prevención de la enfermedad. Principalmente se encontraron estudios dirigidos a la prevención de factores de riesgo cardiovascular, aunque también se contemplan estudios centrados en eventos que causan alteraciones en la salud como los accidentes en las actividades laborales. Como un segundo aspecto orientador de los estudios, se encontró el énfasis dado a los hábitos individuales de los trabajadores, centrados principalmente en la alimentación saludable y la actividad física en desde los lugares de trabajo.

Estos resultados coinciden con una investigación realizada en los Países Nórdicos (104) a partir de 63 publicaciones, en donde se encontró que los estudios revisados se enfocaban principalmente en la prevención de la enfermedad, más que en promover medidas positivas de salud. Adicionalmente, con la mayoría de estudios no se buscaba realizar cambios en el lugar de trabajo, pero si era visto como un espacio conveniente para orientar a las personas a cambios en sus comportamientos, estilos de vida y prevención de la enfermedad.

En cierta manera puede entenderse esta preocupación por parte de quienes han desarrollado los estudios y las intervenciones, orientando de manera prioritaria sus

esfuerzos investigativos hacia una necesidad palpable: la realidad mundial de las enfermedades no transmisibles. Uno de los principales factores de riesgo que se asocian al aumento de mortalidad y morbilidad, según la OMS corresponde a la obesidad, estimándose para el año 2014 cerca de un 13% de la población adulta con esta condición. (2). En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, corresponden a la mayoría de las muertes por enfermedades no transmisibles con 17,5 millones ocurridas cada año, seguidas de cáncer con 8,2 millones, las enfermedades respiratorias con 4 millones y la diabetes con 1,5 millones. Considerando que la inactividad física, las dietas inadecuadas el consumo de tabaco y de alcohol aumentan el riesgo de fallecimiento a causa de una de las enfermedades no transmisibles (3), se evidencia la necesidad de intervenir en esta problemática, para lo cual los lugares de trabajo han sido los espacios que brindan una alternativa en este sentido. Además, en línea con lo planteado, Dimov (164) afirma que los lugares de trabajo ofrecen importantes oportunidades para llevar a cabo diversas intervenciones propias de la salud pública, tales como detección y tratamiento de tuberculosis, inmunizaciones contra enfermedades infecciosas, control de problemáticas como el tabaquismo, así como promoción de una dieta saludable, actividad física, bienestar y salud mental.

Sin embargo, en este punto es necesario insistir en que es fundamental, además del énfasis dado a las habilidades y responsabilidades individuales de los trabajadores, se aborde de manera crítica a los lugares de trabajo a través de cambios ambientales e intervenciones organizacionales considerando lo propuesto en las directrices internacionales. Desde estas perspectivas se han realizado algunos acercamientos, sin embargo, se requiere continuar con los esfuerzos hacia un abordaje integral. Este hecho ha sido también señalado por Carvalho (158) quien observó, a partir de un análisis de los procesos de abordaje de la salud en Canadá, que los programas y actividades de promoción estaban más orientados a prácticas educativas que pretenden modificar exposición a riesgos generados por “comportamientos inadecuados” de las personas. El autor señala que, aunque estos procesos han tenido efectos positivos en algunos grupos poblacionales, ha sido mínimo el impacto general en las condiciones de vida de la población. Según Carvalho, este hecho puede explicarse por el énfasis en los estilos de vida sin una adecuada fundamentación conceptual.

Se concluye entonces que el mantenimiento y los posibles efectos de la adquisición de hábitos personales no dependen únicamente de factores individuales y que la promoción de la salud no consiste exclusivamente en la prevención de enfermedades o factores de riesgo.

### **6.3 La medición de resultados de la PSLT**

Con el fin de hacer seguimiento y evaluación a las diferentes fases en los procesos de implementación de la PSLT y para determinar su efectividad, se hace necesaria la realización de mediciones a partir de unos procedimientos previamente definidos.

La evaluación puede ser entendida como una actividad de reflexión sobre la acción previamente programada, que puede realizarse para antes, durante o después de la implementación de una política, programa o proyecto. Para ello se emplean procedimientos sistemáticos de recolección, análisis e interpretación de información y se realizan comparaciones respecto de unos ciertos parámetros definidos. La evaluación permite emitir juicios valorativos sobre las actividades y los resultados de las intervenciones sociales. Por otra parte, Nlremberg señala que la evaluación permite identificar necesidades y formular recomendaciones para ajustar las acciones en la medida de lo necesario.

Como lo plantea Castro los indicadores deben contribuir a mostrar el desarrollo de diferentes etapas de los programas implementados atravesando por su estructura, proceso y resultados, que permitan evidenciar una visión integral del desempeño de los trabajadores y de sus condiciones de salud y trabajo.

Según lo afirmado por Cherniack, con frecuencia la inversión en salud preventiva puede ser vista a nivel de la empresa a través del aumento de la productividad en forma exclusiva. Es decir, un mejor estado de salud es considerado como un beneficio a corto plazo en productividad, sin considerar de una manera más amplia los impactos de estos programas a largo plazo sobre la reducción de las enfermedades crónicas.

A raíz de las transformaciones de la sociedad en las últimas décadas, la dimensión económica hace parte fundamental de todos los aspectos de la vida y específicamente del mundo del trabajo. Se hace necesario precisar la relación costo efectividad de las intervenciones y estructurar tiempos, acciones y costos. Sin embargo, es prioritario resaltar que el beneficio económico no debe primar sobre la salud y bienestar de los trabajadores.

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

## 7 Conclusiones

- La PSLT es un concepto con una connotación holística orientada hacia el bienestar más allá de las intervenciones requeridas para controlar enfermedades o factores de riesgo. Aunque hay importantes avances soportados en las publicaciones científicas, documentos normativos y lineamientos internacionales, puede afirmarse que la aplicación de la estrategia de PSLT en el mundo no se está dando bajo el principio de integralidad. Las principales aproximaciones a experiencias de PSLT integral con soporte científico se han generado en los países europeos.
- De los 90 artículos científicos seleccionados de las bases de datos analizadas, se identificó que la producción mundial acerca de la PSLT es publicada principalmente en Europa y Norteamérica con 38 y 28 publicaciones respectivamente, seguida de Suramérica con 13 publicaciones, destacándose Brasil por el desarrollo de investigación en el área. De la totalidad de artículos de las bases de datos, 58 documentos son resultados de investigación, 15 revisiones y 17 corresponden a otros tipos de documentos. Se identificaron tres grandes categorías para el abordaje de la PSLT: Desarrollo conceptual, metodologías en el estudio de la PSLT y medición de resultados.
- El desarrollo conceptual de la PSLT se ha dado durante cuatro décadas alrededor del mundo, partiendo de las concepciones de la Promoción de la Salud. Aunque hay importantes desarrollos en materia conceptual y normativa de la PSLT, es mucho lo que aún hace falta para llevar a la práctica desde la visión holística del concepto. El modelo económico imperante a nivel global se relaciona con las dificultades para el desarrollo de políticas y para la puesta en marcha de procesos integrales de PSLT.

- A partir de los lineamientos y avances generados, los organismos internacionales han logrado influir sobre la legislación de los países y junto a otras políticas gubernamentales se han evidenciado algunos logros relacionados con la salud de los trabajadores. Sin embargo, este hecho no es común en todas las regiones del mundo, siendo los países en vía de desarrollo aquellos en los que no se ha logrado impactar de la manera deseada. En el caso de la legislación colombiana, se ha avanzado en la inclusión de los contenidos de las directrices internacionales sobre PSLT, pero aún se evidencia falta de claridad conceptual y de desarrollo de verdaderas políticas orientadas al bienestar del trabajador más que a la productividad y fortalecimiento económico, limitando la acción de la PSLT a actividades de educación y capacitación.
- En cuanto a las metodologías empleadas en los estudios de PSLT, los resultados de evidenciaron que la mayoría de investigaciones identificadas tienen una orientación hacia el desarrollo de habilidades y responsabilidades individuales, centradas básicamente en la prevención de la enfermedad. Principalmente se encontraron estudios dirigidos a la prevención de factores de riesgo cardiovascular, aunque también se contemplan estudios centrados en eventos que causan alteraciones en la salud como los accidentes en las actividades laborales. Como un segundo aspecto orientador de los estudios, se encontró el énfasis dado a los hábitos individuales de los trabajadores, centrados principalmente en la alimentación saludable y la actividad física en desde los lugares de trabajo. En general, se plantean reiterativamente programas de promoción de la salud con una visión orientada al riesgo, con un enfoque unicausal de la seguridad y salud en el trabajo, más allá de una identificación de los factores que pueden ser protectores y favorecer la salud de los trabajadores.
- Se observa una clara tendencia al empleo de metodologías cuantitativas. Aunque en algunos casos hay esfuerzos para el abordaje de problemáticas de la salud de los trabajadores bajo enfoques alternativos, prevalece aún el enfoque positivista.

- En lo relacionado con la medición de resultados, los estudios analizados arrojaron el empleo de diversos indicadores relacionados con las condiciones de salud, productividad, aspectos organizacionales e impactos económicos de los programas que se ha puesto en marcha y que han permitido evidenciar sus beneficios.
- Las alternativas para la medición de los resultados de la PSLT evidenciadas en el estudio invitan a renovar los indicadores actuales propuestos por la normatividad y empleados por los centros de trabajo, que se limitan a la medición de niveles de accidentalidad, morbilidad, días de trabajo perdidos y otros, desde una mirada de riesgo y enfermedad. La PSLT facilita medición de aspectos positivos, ya que es la promoción de dichos aspectos la esencia de la estrategia.
- Aunque las directrices de organismos internacionales han resaltado la importancia de la intersectorialidad y la interdisciplinariedad en los procesos de PSLT, el protagonismo de otras disciplinas diferentes a las relacionadas específicamente con el sector salud es aún mínimo.
- La OPS y la OMS enfatizan en el principio de justicia social y en la inclusión de grupos de trabajadores con necesidades específicas como los trabajadores informales, agrícolas, industrias caseras, PYMES, mujeres trabajadoras, independientes y adultos mayores. Sin embargo, la realidad está distante de lo propuesto por estas directrices, ya que este estudio evidenció que en muy pocos casos (6 de 90 artículos) se abordaron estos grupos laborales. La investigación en PSLT se ha orientado a ambientes laborales formales y organizados. Se corrobora la perpetuación de un modelo tradicional de exclusión, ya que en la literatura científica relacionada con PSLT no es posible visualizar las problemáticas de precarización y vulnerabilidad del sector laboral informal, desconsiderando sus características particulares, pues han sido mínimamente abordados a pesar de representar la mayor proporción de trabajadores en muchos países de América Latina.
- La participación de los trabajadores es un elemento fundamental para el desarrollo de la PSLT, lográndose verdaderos impactos cuando se logra una participación efectiva con adhesión voluntaria, compromiso de los trabajadores y estímulos a la gestión. En este estudio se identificó que la participación de los trabajadores se

---

encuentra principalmente en niveles básicos de información, toma de decisiones de impacto individual, pero solo en limitados casos se llega a niveles que impliquen decisiones respecto a programas, proyectos o políticas en los lugares de trabajo en relación con la PSLT.

## 8 Recomendaciones

- Retomar los fundamentos de la PSLT desde sus principios y conceptos, particularmente en su comprensión de la integralidad y procurando la atención de aquellas poblaciones laborales tradicionalmente excluidas o mínimamente abordadas.
- Dar continuidad al fortalecimiento del desarrollo conceptual de la PSLT, incluyendo sus componentes, líneas de acción y mecanismos para su puesta en marcha, con el fin de lograr una mayor claridad conceptual para la implementación de políticas, planes y programas relacionados.
- Fortalecer la apropiación de los aspectos relacionados con la PSLT desde los diversos campos de conocimiento, así como el liderazgo de los gobiernos para orientar la implementación de la estrategia en todos los sectores y ámbitos, promoviendo la acción intersectorial e interdisciplinaria.
- El abordaje a las poblaciones minoritarias y tradicionalmente excluidas como parte del llamado de la OPS y OMS debe mantenerse vigente en las discusiones académicas junto con el gobierno, centros de trabajo y agremiaciones con el fin de promover la generación de políticas nacionales e institucionales de PSLT.
- Los organismos gubernamentales y centros de trabajo deben enfatizar en la promoción de la participación para la PSLT caracterizada por información y adhesión voluntaria, principalmente orientado a la incidencia real de los participantes en la formulación y evaluación de políticas, planes y proyectos.

- Potenciar los procesos investigativos para el estudio de la relación salud – trabajo, enriqueciendo con metodologías cualitativas desde enfoques alternativos al positivista que ha sido el tradicional. Promover alternativas frente a la mirada positivista y unicausal que restringe las políticas, así como frente al énfasis en el desarrollo económico y productivo del modelo hegemónico le impone al mundo del trabajo, por encima del desarrollo humano y del ambiente.
- Se recomienda que a nivel de la academia se revisen y actualicen los planes curriculares en los programas de pregrado y posgrado relacionados con la salud y seguridad en el trabajo. La PSLT debería contemplarse con una mayor amplitud y desde su integralidad, profundizando en su desarrollo conceptual, principios y estrategias para su aplicación práctica.
- La academia, el gobierno y la sociedad civil deben propiciar espacios de reflexión acerca del papel del profesional de la salud como líder en los procesos interdisciplinarios de PSLT y la relación de sus acciones y resultados con sus propias condiciones de trabajo.

## Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Estrategia para el fortalecimiento de la promoción de la salud en los lugares de trabajo en América Latina y el Caribe. Anexo 6. Relatoría Taller Estrategia de promoción de la salud en los trabajadores en América Latina y el Caribe Temas: Empresas, centros y puestos de trabajo saludables [Internet]. 2000 [accesado 8 May 2012]:[23 p.]. Available from: [http://www.who.int/occupational\\_health/regions/en/oehpromocionsalud.pdf](http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehpromocionsalud.pdf).
2. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N°311 2015 [Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>].
3. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Nota descriptiva. 2015 [Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>].
4. Muñoz A, Castro E. Promoción de la salud en los lugares de trabajo: Entre ideal e irreal. Med Segur Trab [Internet]. 2010 [accesado 4 Sept 2012]; 56 (221):[288 - 305 pp.]. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v56n221/original3.pdf>.
5. Universidad Nacional de Colombia. Vicerrectoría de Investigación y Extensión. Plan Global de Desarrollo. Agendas de Conocimiento.(2010) [accesado 3 Oct 2012]. Available from: [http://www.viceinvestigacion.unal.edu.co/VRI/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=34&Itemid=117](http://www.viceinvestigacion.unal.edu.co/VRI/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=34&Itemid=117).
6. Universidad Nacional de Colombia. Vicerrectoría de Investigación y Extensión. Plan Global de Desarrollo. Agendas de Conocimiento. Agenda Salud y Vida. Documento para discusión.(Octubre de 2012). [accesado 4 Oct 2012]. Available from: [http://www.viceinvestigacion.unal.edu.co/VRI/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=34&Itemid=117](http://www.viceinvestigacion.unal.edu.co/VRI/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=34&Itemid=117).
7. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales.2011. [accesado 25 Oct 2012]. Available from: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/ES\\_WHS2012\\_Brochure.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Brochure.pdf).
8. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales.2014.
9. Employment Conditions Knowledge Network - EMCONET. Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Employment Conditions and Health Inequalities. Final Report to the WHOSept 2007 [accesado 8 Oct 2012]. Available from: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/articles/emconet\\_who\\_report.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf).
10. Lang E, Hersey J, Lynch C, Isenberg K, Majestic E. Building company health promotion capacity : A unique collaboration between cargill and the Centers for Disease Control and Prevention. Preventing chronic disease Public health research, practice and policy [Internet]. 2009 [accesado 8 May 2012]; 6 (2) [2 p.]. Available from: [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/apr/pdf/08\\_0198.pdf](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/apr/pdf/08_0198.pdf).
11. Comisión Europea. Comunicado de prensa. Condiciones de trabajo: una nueva encuesta revela que hay un deterioro y que existen grandes disparidades en el grado de satisfacción de los trabajadores. Bruselas, 2014. Available from: [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-14-467\\_es.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-467_es.htm).
12. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Boletín de prensa. Medición del empleo informal y seguridad social. Trimestre abril - junio de 2014. Bogotá. Available from:

[https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech\\_informalidad/bol\\_ech\\_informalidad\\_abr\\_jun2014.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_informalidad/bol_ech_informalidad_abr_jun2014.pdf).

13. Escuela Nacional Sindical. Informe sobre el estado del trabajo decente en Colombia. Medellín, 2011.
14. Colombia, Ministerio de Trabajo. Organización Iberoamericana de Seguridad Social OISS. Informe ejecutivo II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales. Bogotá, 2013. Available from: [http://ccs.org.co/salaprensa/images/Documentos/INFORME\\_EJECUTIVO\\_II%20ENCST.pdf](http://ccs.org.co/salaprensa/images/Documentos/INFORME_EJECUTIVO_II%20ENCST.pdf).
15. Colombia. Ministerio del Trabajo. Boletín. Disponible en [www.mintrabajo.com.gov/abril-2015](http://www.mintrabajo.com.gov/abril-2015).
16. Muñoz AI. Promoción de la salud en los lugares de trabajo: Teoría y Realidad. Med Segur Trab [Internet]. 2010 [accesado 15 May 2012]; 56 (220) [220-5 pp.]. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2010000300004&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2010000300004&script=sci_arttext).
17. Marx K. El Capital. México1975.
18. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2646 Capítulo 1.: Bogotá; 2008.
19. Betancourt O. Salud y seguridad en el trabajo. Quito: OPS- OMS - FUNSD; 1999.
20. Guerrero J, Puerto Y. Productividad, trabajo y salud: la perspectiva psicosocial. Revista Colombiana de Psicología [Internet]. 2007; 16:[203-34 pp.].
21. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2646 de 2008. Por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional. 2008.
22. Castro E. Promoción de la salud en los lugares de trabajo. Caso: Instituciones de Salud de Tercer nivel de Bogotá. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
23. Betancourt O. Enfoque alternativo de la salud y seguridad en el trabajo. Quito: FUNSD. IESS, Prevención es desarrollo; 2007.
24. Lerma HD. Metodología de la investigación: Propuesta, anteproyecto y proyecto. 2° ed. Bogotá: ECOE; 2003. 122 p.
25. Grondin J. Que es la hermeneutica. Barcelona2008.
26. Gadamer HG. Verdad y método. Colección Hermeneia. . Available from: [http://www.olimon.org/uan/gadamer-verdad\\_y\\_metodo\\_ii.pdf](http://www.olimon.org/uan/gadamer-verdad_y_metodo_ii.pdf).
27. Minayo MC. Hermeneutica - dialética como caminho do pensamento social. In: Fiocruz, editor. Caminhos do pensamento: epistemología e método. Río de Janeiro2003. p. 83-107.
28. Muñoz AI. Experiencias de investigación cualitativa en salud: Adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Universidad Nacional de Colombia. Grupo de Investigación Salud y cuidado de los colectivos. Bogotá,2011.
29. Lacaz F. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho- saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2007; 23(4):[757-66 pp.].
30. Hoyos C. Un modelo para la investigación documental: Guía teórico-práctica sobre construcción de Estados del Arte. Señal, editor. Medellín.2000.
31. Eslava D, Puntel de Almeida MC. Representaciones sociales de salud y enfermedad: Investigando el estado del arte. Cienc enferm [Internet]. 2002 [accesado 02 Oct 2012 ]; 8(2):[59-72 pp.]. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532002000200007&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000200007&lng=es).
32. Galeano ME. Estrategias de investigación social cualitativa. El giro en la mirada. La carreta editores. Medellín 2004.

33. Londoño OL, Maldonado LF, Calderón LC. Guía para construir estados del arte. Internacional Corporation of networks of knowledge. Bogotá, 2014.
34. EMBASE Biomedical Answers [en línea]. Amsterdam. [2012]. EMBASE – Información [accesado 8 Oct 2012]. Available from: <http://www.embase.com/info/>.
35. SCIELO - Scientific Electronic Library Online [en línea]. Sao Paulo (Brasil). [2012] Sobre el Scielo. Modelo Scielo. FAPESP CNPq FapUnifesp BIREME. [accesado 8 Oct 2012]. Available from: <http://www.scielo.org/php/level.php?lang=es&component=44&item=1>.
36. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas -CIOMS, Organización Mundial de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos 2002 [accesado 5 Oct 2012]. Available from: [http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas\\_eticas\\_internacionales.htm](http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm).
37. Colombia. Ministerio de Salud. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Resolución 8430 de 1993 [accesado 05 Oct 2012]. Available from: [www.dib.unal.edu.co/promocion/etica\\_res\\_8430\\_1993.pdf](http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf).
38. Universidad Nacional de Colombia. Consejo Académico. Acuerdo 035 de 2003. Por el cual se expide el Reglamento sobre propiedad intelectual en la Universidad Nacional de Colombia. Acta 8. (3 Dic 2003). [accesado 3 Oct 2012]. Available from: <http://www.legal.unal.edu.co/sisjurun/normas/Norma1.jsp?i=34248>.
39. Organización de las Naciones Unidas para la educación, la ciencia y la cultura - UNESCO. Declaración universal sobre bioética y derechos humanos. Instrumentos Normativos. UNESCO. ORG 2005 [[accesado 5 Oct 2012]. Available from: [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html).
40. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Gobierno de Canadá. Ottawa. 1974. .
41. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. Ginebra: OMS. 1978. .
42. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud [Internet]. 1986 [accesado 8 May 2012]. Available from: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>.
43. Organización Mundial de la Salud. Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Políticas a favor de la salud. Adelaide Australia.
44. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud. Suecia.
45. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Santafé de Bogotá. Conferencia internacional sobre la promoción de la salud. 1992.
46. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la salud en el Siglo XXI. Cuarta conferencia internacional sobre la promoción de la salud, Julio de 1997. Indonesia. [Accesado Oct 25 de 2012]. . Available from: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_sp.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf).
47. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: Hacia una mayor equidad. Mexico, 2000.
48. Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok. Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Bangkok, 2005.
49. Organización Mundial de la Salud. La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en promoción de la salud, 2009.
50. Organización Mundial de la Salud. Octava conferencia mundial de promoción de la salud. Helsinki, Finlandia, 2013.
51. Organización Mundial de la Salud. Salud ocupacional para todos. Estrategia Mundial. 1995.

52. Red Europea de la promoción de la salud en el trabajo. España, Ministerio de empleo y seguridad social. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Declaración de Luxemburgo 1997 [accesado 8 May 2012]. Available from: <http://www.insht.es/PromocionSalud/Contenidos/Promocion%20Salud%20Trabajo/Documentos%20ENWHP/>.
53. Organización Mundial de la Salud. The Health-Promoting Workplace: Making it Happen. OMS. 1998.
54. The European Network for Workplace Health Promotion ENWHP. Memorando de Cardiff. 1998.
55. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Plan Regional de Salud de los Trabajadores, 1999.
56. The European Network for Workplace Health Promotion ENWHP. Decálogo de Sicilia, 2001.
57. The European Network for Workplace Health Promotion ENWHP. Declaración de Barcelona, 2002.
58. Organización Internacional del Trabajo. Marco de promoción en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo, 2004.
59. Organización Internacional del Trabajo. Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y la salud en el trabajo C187, 2006.
60. Comunidad Andina. Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo. San Isidro, Perú, 2006.
61. Organización Mundial de la Salud. Salud de los Trabajadores: Plan de acción mundial 2008 - 2017. 60° Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. 2007 [accesado 19 sept 2012]. Available from: [http://www.who.int/occupational\\_health/WHO\\_health\\_assembly\\_sp\\_web.pdf](http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_sp_web.pdf).
62. Organización Internacional del Trabajo, Asociación Internacional de la Seguridad Social. Declaración de Seul. XVIII Congreso mundial de seguridad y salud en el trabajo. 2008.
63. Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Estrategia Iberoamericana de Seguridad y Salud en el trabajo 2010-2013, 2009.
64. The European Network for Workplace Health Promotion ENWHP. Declaración de Edimburgo, 2010.
65. Organización Mundial de la Salud. Entornos laborales saludables: Fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, prácticas y literatura de apoyo. 2010 [accesado 17 Sept 2012]:[137 p.]. Available from: [http://www.who.int/occupational\\_health/evelyn\\_hwp\\_spanish.pdf](http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf).
66. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Ambientes de Trabajo saludables: Un modelo para la acción. 2010.
67. Organización Internacional del Trabajo. Plan of action 2010-2016 to achieve widespread ratification and effective implementation of the occupational safety and health instruments. Génova, 2010.
68. The European Network for Workplace Health Promotion ENWHP. European Network for Workplace health promotion. Brochure. 2012.
69. Organización Internacional del Trabajo. Creating Safe and Healthy Workplaces for all. Melbourne, 2014.
70. Colombia. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Ministerio de Salud. Decreto 1295 de 1994. Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. (22 Jun 1994). [accesado 3 Oct 2012]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=2629>.
71. Colombia. Ministerio de Salud. Plan Decenal de Salud Pública. 2012 - 2021. Bogotá.
72. Colombia. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Ministerio de Salud. Resolución 1016 de 1989. Por la cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud

- Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país.(1989). [accesado 3 Oct 2012]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5412>.
73. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Fondo de Riesgos Profesionales. Plan Nacional de Salud Ocupacional 2008 - 2012.
74. Colombia. Ley 1438 de 2011. Por el cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
75. Colombia. Congreso de la República. Ley 1562 de 2012. Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional.(11 Jul 2012) [accesado 3 Oct 2012]. Available from: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley156211072012.pdf>.
76. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 723 de 2013. Por el cual se reglamenta la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales a las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios y de los trabajadores independientes que laboran en actividades de alto riesgo y se dictan otras disposiciones. Bogotá.
77. Colombia. Ministerio de Trabajo. Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo 2013 - 2021. Bogotá.
78. Colombia. Ministerio del Trabajo. Decreto 1443 de 2014. Por el cual se dictan disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. Bogotá2014.
79. Vargas P, Trujillo S, Muñoz A. Desarrollo conceptual de la promoción de la salud en los lugares de trabajo. Enfermería Global [Internet]. 2010 [accesado 8 May 2012]; 9 (3):[3 p.]. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/110931>.
80. Bejarano Roncancio JJ, Díaz Beltrán MdP. Alimentación laboral: Una estrategia para la promoción de la salud del trabajador. Rev fac med unal [Internet]. 2012 [accesado 8 Abril 2014]; 60 (Supl):[87-97 pp.]. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-00112012000500009\(=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112012000500009(=es).
81. Marziale MH, Zapparoli AdS, Fellil VE, Anabukil MH. Rede de Prevenção de Acidentes de Trabalho: uma estratégia de ensino a distância. Rev bras enferm [Internet]. 2010 [accesado 6 Abr 2014]; 63(2) Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/13.pdf>.
82. Bolier L, Ketelaar SM, Nieuwenhuijsen K, Smeets O, Gartner FR, Sluiter JK. Workplace mental health promotion online to enhance well-being of nurses and allied health professionals: A cluster-randomized controlled trial. Internet Interventions. 2014;1(4):196-204.
83. Robroek SJ, Polinder S, Bredt FJ, Burdorf A. Cost-effectiveness of a long-term Internet-delivered worksite health promotion programme on physical activity and nutrition: a cluster randomized controlled trial. Health Educ Res. 2012.
84. Haruyama Y, Fukuda H, Arai T, Muto T. Change in lifestyle through health promotion program without face-to-face intervention in a large-scale Japanese enterprise. Journal of Occupational Health. 2013;55(2):74-83.
85. Pressler A, Knebel U, Esch S, Kolbl D, Esefeld K, Scherr J, et al. An internet-delivered exercise intervention for workplace health promotion in overweight sedentary employees: A randomized trial. Preventive Medicine. 2010;51(3-4):234-9.
86. Melzner J, Heinze J, Fritsch T. Mobile Health Applications in Workplace Health Promotion: An Integrated Conceptual Adoption Framework. Procedia Technology. 2014;16(0):1374-82.
87. Nakade M, Muto T, Hashimoto M, Haruyama Y. Internet-based education program of nutrition as a workplace health promotion tool – A review of the literature. International Congress Series. 2006;1294(0):135-8.
88. Yoshita K, Tanaka T, Kikuchi Y, Takebayashi T, Chiba N, Tamaki J, et al. The evaluation of materials to provide health-related information as a population strategy in the worksite: The High-

risk and Population Strategy for Occupational Health Promotion (HIPOP-OHP) study. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 2004;9(4):144-51.

89. Muñoz AI, Castro E. Participación: una apuesta para cuidar de los que cuidan la salud. *Av enferm* [Internet]. 2010 [accesado 8 Abr 2014]; 28:[39-51 pp.]. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002010000300004\(=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002010000300004(=es).

90. Ferreira E, Brito J, Neves MY, Athayde M. A Promoção da Saúde a partir das situações de trabalho: considerações referenciadas em uma experiência com trabalhadores de escolas públicas. *Interface - Comunic, Saude, Educ* [Internet]. 2009 [accesado 9 Abr 2014]; 13(30):[107-19 pp.]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000300010\(=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300010(=pt).

91. Borges JC, Azevedo É. Aqui ninguém domina ninguém: sentidos do trabalho e produção de saúde para trabalhadores de assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 [accesado 8 Abr 2014]; 29(8):[1595-604 pp.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n8/v29n8a12.pdf>.

92. De Souza JF, Cezar-Vaz MR, Sant'Anna CF. Prevenção de agravos e promoção da saúde: um estudo com trabalhadores portuários. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2011 [accesado 9 Abr 2014]; 20(3):[ 425-34 pp.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/02.pdf>.

93. Rongen A, Robroek SJW, Burdorf A. The importance of internal health beliefs for employees' participation in health promotion programs. *Preventive Medicine*. 2014.

94. Dellve L, Skagert K, Vilhelmsson R. Leadership in workplace health promotion projects: 1- And 2-year effects on long-term work attendance. *European Journal of Public Health*. 2007;17(5):471-6.

95. Robroek SJW, Vathorst SVD, Hilhorst MT, Burdorf A. Moral issues in workplace health promotion. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2012;85(3):327-31.

96. Naumanen P. The health promotion of aging workers from the perspective of occupational health professionals. *Public Health Nursing*. 2006;23(1):37-45.

97. Crawford JO, Graveling RA, Cowie HA, Dixon K. The health safety and health promotion needs of older workers. *Occupational Medicine*. 2010;60(3):184-92.

98. Thurston WE, Blundell-Gosselin HJ. The farm as a setting for health promotion: results of a needs assessment in South Central Alberta. *Health & Place*. 2005;11(1):31-43.

99. Manothum A, Rukijkanpanich J. A participatory approach to health promotion for informal sector workers in Thailand. *Journal of injury & violence research*. 2010;2(2):111-20.

100. Martin A, Sanderson K, Scott J, Brough P. Promoting mental health in small-medium enterprises: An evaluation of the "business in mind" program. *BMC Public Health*. 2009;9.

101. Minayo MC. *Investigación social. Teoría, método y creatividad*. Lugar, editor. Buenos Aires,2003.

102. Gianella A. *Las disciplinas científicas y sus relaciones*. *Anales de la educación común* [Internet]. 2006; 2(3).

103. Hernández R, Fernández C, Baptista Lucio P. *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill; 1997.

104. Torp S, Forbech H. Is workplace health promotion research in Nordic Countries really on the right track? *Scandinavian Journal of public health* [Internet]. 2014; 42(15): 74-81.

105. Prior JO, Van Melle G, Crisinel A, Burnand B, Cornuz J, Darioli R. Evaluation of a multicomponent worksite health promotion program for cardiovascular risk factors - Correcting for the regression towards the mean effect. *Preventive Medicine*. 2005;40(3):259-67.

106. Freak-Poli R, Wolfe R, Backholer K, de Courten M, Peeters A. Impact of a pedometer-based workplace health program on cardiovascular and diabetes risk profile. *Preventive Medicine*. 2011;53(3):162-71.

107. Cipriano G, Neves LMT, Cipriano GFB, Chiappa GR, Borghi-Silva A. Cardiovascular disease prevention and implications for worksite health promotion programs in Brazil. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2014;56(5):493-500.
108. Cahalin LP, Myers J, Kaminsky L, Briggs P, Forman DE, Patel MJ, et al. Current Trends in Reducing Cardiovascular Risk Factors in the United States: Focus on Worksite Health and Wellness. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2014;56(5):476-83.
109. Muto T, Hashimoto M, Haruyama Y, Fukuda H. Evaluation of a workplace health promotion program to improve cardiovascular disease risk factors in sales representatives. *International Congress Series*. 2006;1294(0):131-4.
110. Cho SW, Kang JY, Park YK, Paek YM, Choi TI. A 12-week worksite health promotion program reduces cardiovascular risk factors in male workers with the apolipoprotein E2 and apolipoprotein E3 genotypes, but not in apolipoprotein E4 genotype. *Nutrition Research*. 2009;29(8):542-50.
111. Baker KM, Goetzel RZ, Pei X, Weiss AJ, Bowen J, Tabrizi MJ, et al. Using a return-on-investment estimation model to evaluate outcomes from an obesity management worksite health promotion program. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2008;50(9):981-90.
112. Schilling J, Faisst K, Lee CY, Candinas B, Gutzwiller F. The Check Bus project and its effectiveness on health promotion at work. *Journal of Occupational Health*. 2005;47(2):136-42.
113. Naumanen P, Liesivuori J. Workplace Health Promotion Activities of Finnish Occupational Health Nurses. *Public Health Nursing*. 2009;26(3):218-28.
114. Masson VA, Monteiro MI. Estilo de vida, aspectos de saúde e trabalho de motoristas de caminhão. *Rev bras enferm* [Internet]. 2010 [accesado 6 Abr 2014]; 63(4) Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/06.pdf>.
115. Masson VA, Monteiro MI. Vulnerabilidade à Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e uso de drogas psicoativas por caminhoneiros. *Rev bras enferm* [Internet]. 2010 [accesado 7 Abr 2014]; 63(1) Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a13.pdf>.
116. Palucci MH, De Jesus LC. Modelos explicativos e de intervenção na promoção da saúde do trabalhador. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2008 [accesado 8 Abr 2014]; 21(4) [654-9 pp.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a19v21n4.pdf>.
117. Dolan A, Staples V, Summer S, Hundt GL. 'You ain't going to say...I've got a problem down there': Workplace-based prostate health promotion with men. *Health Education Research*. 2005;20(6):730-8.
118. Korre M, Tsoukas MA, Frantzeskou E, Yang J, Kales S. Mediterranean Diet and Workplace Health Promotion. *Curr Cardiovasc Risk Rep* [Internet]. 2014; 8:416.
119. Franco AS, De Castro IRR, Wolkoff DB. Impact of the promotion of fruit and vegetables on their consumption in the workplace. *Revista de Saude Publica*. 2013;47(1):29-36.
120. Thorsen AV, Lassen AD, Tetens I, Hels O, Mikkelsen BE. Long-term sustainability of a worksite canteen intervention of serving more fruit and vegetables. *Public health nutrition*. 2010;13(10):1647-52.
121. Stoia M, Oancea S. Workplace Health Promotion Program on Using Dietary Antioxidants (Anthocyanins) in Chemical Exposed Workers. *Procedia Engineering*. 2012;42(0):1989-96.
122. Stewart-Knox BJ. Eating and stress at work: The need for public health promotion intervention and an opportunity for food product development? *Trends in Food Science & Technology*. 2014;35(1):52-60.
123. Maes L, Van Cauwenberghe E, Van Lippevelde W, Spittaels H, De Pauw E, Oppert J-M, et al. Effectiveness of workplace interventions in Europe promoting healthy eating: a systematic review. *European Journal of Public Health* [Internet]. 2011; Vol. 22, No. 5:[677–82 pp.].

124. Barene S, Krustup P, Holtermann A. Effects of the workplace health promotion activities soccer and zumba on muscle pain, work ability and perceived physical exertion among female hospital employees. *PLoS ONE*. 2014;9(12).
125. Marshall AL. Challenges and opportunities for promoting physical activity in the workplace. *Journal of science and medicine in sport / Sports Medicine Australia*. 2004;7(1 Suppl):60-6.
126. Conn VS, Hafdahl AR, Cooper PS, Brown LM, Lusk SL. Meta-Analysis of Workplace Physical Activity Interventions. *American Journal of Preventive Medicine*. 2009;37(4):330-9.
127. Aukar RA, Villela SM. Lazer, a vida alem do trabalho para uma equipe de futebol entre trabalhadores de hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]*. 2003 [accesado 9 Abr 2014]; 11(4) Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a12.pdf>.
128. Chan CW, Perry L. Lifestyle health promotion interventions for the nursing workforce: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21(15-16):2247-61.
129. Panter J, Desousa C, Ogilvie D. Incorporating walking or cycling into car journeys to and from work: The role of individual, workplace and environmental characteristics. *Preventive Medicine*. 2013;56(3-4):211-7.
130. A Recommendation to Improve Employee Weight Status Through Worksite Health Promotion Programs Targeting Nutrition, Physical Activity, or Both. *American Journal of Preventive Medicine*. 2009;37(4):358-9.
131. Inauen A, Jenny G, Bauner G. Design principles for data- and change-oriented organisational analysis in workplace health promotion. *Health Promotion International [Internet]*. 2011; Vol. 27 N.2:[275 - 83 pp.].
132. Holmqvist M. Corporate social responsibility as corporate social control: The case of worksite health promotion. *Scandinavian Journal of Management*. 2009;25(1):68-72.
133. Auvinen A-M, Kohtamäki K, Ilvesmäki A. Workplace Health Promotion and Stakeholder Positions: A Finnish Case Study. *Archives of Environmental & Occupational Health [Internet]*. 2012; 67:3, 177-184. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/19338244.2011.598892>.
134. Bolier L, Ketelaar SM, Nieuwenhuijsen K, Smeets O, Gärtner FR, Sluiter JK. Workplace mental health promotion online to enhance well-being of nurses and allied health professionals: A cluster-randomized controlled trial. *Internet Interventions*. 2014;1(4):196-204.
135. Shain M, Kramer D. Health promotion in the workplace: framing the concept; reviewing the evidence. *Occupational Environmet Medicine [Internet]*. 2004 [accesado 18 May 2012]; 61. Available from: <http://oem.bmj.com/content/61/7/643.full>.
136. Michaels CN, Greene AM. Worksite wellness: increasing adoption of workplace health promotion programs. *Health Promotion Practice [Internet]*. 2013; Vol. 14, No. 4 473–479.
137. Hymel PA, Loeppke RR, Baase CM, Burton WN, Hartenbaum NP, Hudson TW, et al. Workplace health protection and promotion: A new pathway for a healthier-and safer-workforce. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2011;53(6):695-702.
138. Thakur J, Bains P, Kar S, Wadhwa S, Moirangthem P, Kumar R, et al. Integrated healthy workplace model: An experience from North Indian industry. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2012;16(3):108-13.
139. Byrne DW, Goetzel RZ, McGown PW, Holmes MC, Beckowski MS, Tabrizi MJ, et al. Seven-year trends in employee health habits from a comprehensive workplace health promotion program at Vanderbilt University. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2011;53(12):1372-81.
140. Larsson R, Ljungblad C, Sandmark H, Akerlind I. Workplace health promotion and employee health in Swedish municipal social care organizations. *Journal of Public Health (Germany)*. 2014;22(3):235-44.

141. Burkert N, Mucken J, Großschädl F, Sprenger M, Rohrauer-Näf G, Ropin K, Martinel E, et al. Good practice models for public workplace health promotion projects in Austria: promoting mental health. *Wien Med Wochenschr* [Internet]. 2014; 164:141–145.
142. Carpintero P, Lago S, Neira A Terol I. ¿Es coste-efectivo el desarrollo de programas de promoción de la salud en los lugares de trabajo? Is it cost-effective the development of health promotion programs in the workplace?: a systematic review. *Med segur trab*. 2014:566-86.
143. Muñoz AI, Castro E. De la promoción de la salud a los ambientes de trabajo saludables *Salud trab* [Internet]. 2010 [accesado 8 Abr 2014]; 18(2):[141-52 pp.]. Available from: <http://www.scielo.org.ve/pdf/st/v18n2/art06.pdf>.
144. Ott MG, Yong M, Zober A, Nasterlack M, Messerer P, Pluto RP, et al. Impact of an occupational health promotion program on subsequent illness and mortality experience. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2010;83(8):887-94.
145. Rongen A, Robroek SJW, van Lenthe FJ, Burdorf A. Workplace Health Promotion: A Meta-Analysis of Effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*. 2013;44(4):406-15.
146. Renaud L, Kishchuk N, Juneau M, Nigam A, Tetreault K, Leblanc MC. Implementation and outcomes of a comprehensive worksite health promotion program. *Canadian Journal of Public Health*. 2008;99(1):73-7.
147. Yamamoto S, Loerbroeks A, Terris DD. Measuring the effect of workplace health promotion interventions on "presenteeism": A potential role for biomarkers. *Preventive Medicine*. 2009;48(5):471-2.
148. Lusa S, Saarinen K, Louhevaara V. Method to evaluate the quality of work place health promotion in security organisations. *International Congress Series*. 2005;1280(0):382-5.
149. Wei S, Ding J, Tin K, Hui C, Feng C, Ping L, et al. Employees' Perception of Workplace Health Promotion Initiatives in Taiwan: A Cross-sectional Survey of 30 Worksites. *Industrial Health* [Internet]. 2009; 47:[551-9 pp.].
150. Nohammer E, Stummer H, Schusterschitz C. Improving employee well-being through worksite health promotion? The employees' perspective. *Journal of Public Health*. 2011;19(2):121-9.
151. Van Berkel J, Boot CRL, Proper KI, Bongers PM, Van Der Beek AJ. Process evaluation of a workplace health promotion intervention aimed at improving work engagement and energy balance. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2013;55(1):19-26.
152. Aldana SG, Merrill RM, Price K, Hardy A, Hager R. Financial impact of a comprehensive multisite workplace health promotion program. *Preventive Medicine*. 2005;40(2):131-7.
153. Cherniack M, Lahiri S. Barriers to implementation of workplace health interventions: an economic perspective. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*. 2010;52(9):934-42.
154. Robledo R, Agudelo C. Aproximación a la construcción teórica de la promoción de la salud. *Rev salud pública (Colombia)* [Internet]. 2011 [accesado 10 Jun 2012]; 13 (6):[1031-50 pp.]. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n6/v13n6a15.pdf>.
155. García JC. Promoción de la salud en los lugares de trabajo: una oportunidad por desarrollar *Av Enferm* [Internet]. 2009 [accesado 9 Abr 2014]; 27(1):[124 – 9 pp.]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v27n1/v27n1a13.pdf>.
156. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. *Salud de las Américas*. Washington. D.C., 2007.
157. Organización Mundial de la Salud OMS. *Intersectorial Action for Health: A cornerstone for Health for All in the Twenty First Century Report to the international conference*. 20-23 de abril de 1997. p.3 Halifax, Canada.
158. Carvalho SR. Promoción de la salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colectiva* [Internet]. 2008; 4(3):335-347.

159. Organización Internacional del Trabajo OIT. Seguridad y salud en la agricultura. Safework. Ginebra, 2000.
160. Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo. Cuarta Encuesta Europea sobre las condiciones de Trabajo. Irlanda, 2005.
161. Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. Guía Operativa de ámbito Laboral “Trabajo decente y saludable, 2015.
162. España. Ministerio de sanidad y consumo. La implantación de promoción de la salud en hospitales, manual y formularios de autoevaluación. Madrid, 2007.
163. Castro E, Muñoz AI. Flexibilización y precarización en el sector salud: Desafíos para la PSLT. En: Experiencias de investigación en salud y seguridad en el trabajo. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2012.
164. Dimov I, Kortum E. Who strategies and action to protect and promote the health of workers. Med segur trab [Internet]. 2007 [accesado 8 Abril 2014]; 53(209):[1-4 pp.]. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2007000400002<=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2007000400002<=es).