

LA CONTRIBUCIÓN DE LA GESTIÓN HUMANA EN LA SALUD DEL COLABORADOR EN LA ORGANIZACIÓN¹

Pablo Emilio Gómez Gómez²

1. Resumen

Objetivo: Identificar las prácticas de gestión humana que contribuyen en la salud del colaborador de la organización. **Metodología:** revisión sistemática (cualitativa-teórica) de publicaciones científicas derivadas de investigaciones y revisiones detalladas acerca de las prácticas organizacionales que contribuyen a la salud del colaborador, así como a la promoción en salud y prevención de la enfermedad en las organizaciones. Se tomaron como fuentes bibliográficas las siguientes bases de datos: American Psychological Association, SAGE Journals, Scencedirect y Scielo. Los años objetivos en la búsqueda fueron 2009 a 2016, sin embargo, se retomaron algunos artículos con fechas anteriores dada la pertinencia en la temática. Se encontraron 130 artículos utilizando los patrones de búsqueda healthy work, health at work y biopsychosocial model tanto en inglés, como en español. **Resultados:** se identificó una descripción detallada de prácticas contemporáneas que se promueven desde gestión humana con el propósito de contribuir a la salud y bienestar laboral del colaborador. Algunas de las prácticas se relacionan con el modelo biopsicosocial que expone la correlación entre en lo biológico, psicológico, social y espiritual. Al respecto, aunque algunos artículos no hablan del modelo biopsicosocial, fundamentan las prácticas de gestión humana desde los físico y psicológico con el propósito que el colaborador alcance niveles óptimos de bienestar laboral. Otra de las prácticas identificadas tiende a tener una mirada instrumentalista del

¹ Artículo de grado para obtener el título de Psicólogo. Asesor: Maríantonía Lemos Hoyos. PhD. Profesora pregrado psicología. Escuela de humanidades. Universidad EAFIT.

² Psicólogo (c) Universidad EAFIT. Miembro del Semillero en Psicología de la Salud (PSICOSALUD) de la Universidad EAFIT. Miembro del Grupo de Investigación El Método Analítico y sus Aplicaciones en las Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad EAFIT y la Universidad de Antioquia.

colaborador y argumenta las prácticas desde gestión humana con el propósito de que el colaborador no enferme y así se eviten pérdidas operacionales.

Conclusión: la contribución a la salud del colaborador trasciende las obligaciones legales que tiene la organización con el colaborador, se puede hacer desde la dimensión física, psicológica, social o por la confluencia estas por medio de la promoción en salud y de la prevención de la enfermedad.

2. Palabras Claves

Gestión humana, salud, colaborador, modelo biopsicosocial, prácticas.

3. Introducción

En los últimos años, el papel de la gestión humana dentro de la organización y su potencial para contribuir eficazmente al bienestar de los empleados para contribuir en la salud del colaborador se ha convertido en uno de los tópicos más importantes entre los profesionales de gestión humana (Bartram & Dowling, 2013). Las prácticas de gestión humana en las organizaciones influyen significativamente en las actitudes de los trabajadores, las percepciones, la toma de decisiones, las conductas, en el clima y cultura organizacional, y en general en la salud de los colaboradores. Estas pueden incluir mecanismos de apropiación de conocimiento, habilidades, capacidades, motivación, mejoras en la compensación, condiciones laborales y en las relaciones sociolaborales, entre otras (Restrepo & Jaramillo, 2012). La no adecuada aplicación de dichas prácticas traen consigo dificultades en el desarrollo humano organizacional, fallos en los sistemas y procesos complejos lo que puede representarse en pérdida humana, organizacional, social y ambiental (Bartram & Dowling, 2013; Yorio & Wachter, 2014).

4. Gestión Humana

La Gestión humana es uno de los campos que más ha evolucionado durante los últimos años al pasar de realizar actividades básicas tales como atracción de talento, vinculación y contratación, gestión del desempeño, formación, compensación, promoción del clima y la cultura; a pasar a trascender dichos procesos e iniciar consentir de manera holista los procesos que de esta se derivan para cumplir los objetivos mediante el apoyo a las estrategias organizacionales y al desarrollo de los colaboradores, siendo así el principal socio estratégico en la dirección de la organización (Calderón Hernández, Naranjo Valencia, & Álvarez-Giraldo, 2010; Chiavenato, 2009; Hernández, 2006). Al respecto, para el presente artículo se pretende identificar el aporte de la gestión humana por medio de sus prácticas a la salud del colaborador. Esta evolución ha llevado a que dicha dependencia fundamente sus procesos e implemente diversas políticas de gestión y prácticas necesarias para dirigir los aspectos de los cargos gerenciales relacionados con los colaboradores, buscando la integración y la dirección de los empleados en la organización, de forma que éstos desempeñen sus tareas de forma eficaz y eficiente propendiendo de esta manera al bienestar del colaborador (Calderón Hernández et al., 2010; Saldarriaga Ríos, 2008).

5. Salud: del modelo biomédico al biopsicosocial

El estudio y abordaje de la salud se ha caracterizado por el predominio de modelo biomédico, el cual fundamenta sus intervenciones en la biología molecular, y tiene una concepción dualista de la salud. Desde este paradigma, estaría por un lado la salud física, la cual se limita al orden biológico y debe ser tratada como entidad independiente de la dimensión psicológica y social; y por otro la enfermedad, la cual implicaría un desbalance químico o anomalía estructural (Engel, 2008; Lemos, Restrepo, & Richard, 2008). Dicha dualidad se remonta al año 428 a. C. época en la que Platón diferenciaba dos mundos: el mundo inteligible de las ideas y el mundo sensible de la materia. Posteriormente, dicha dualidad es introducida por Descartes (Oblitas, 2008) en el siglo XVII para hacer la diferencia entre el espíritu (*res cogitans*) y la materia (*res extensa*), y retomada a la postre por Galen, Tomas de Aquino, y Leibniz (Lemos et al., 2008). La perspectiva biomédica

logró un avance significativo gracias al desarrollo de las ciencias naturales, y a la propagación del método científico en el estudio de los fenómenos físicos y naturales propios de la modernidad en donde los médicos tienden a restringir su interés a lo biológico, dejando a los psicólogos y filósofos, los asuntos de orden psicológico y anímico (Freud, 1886-1899).

Para Oblitas (2004) nombrado por Castro (2009, p. 89), la salud corresponde al “bienestar físico, psicológico y social, que va más allá del esquema biomédico, donde abarca la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. De esta manera, la salud no es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo”.

El modelo biomédico es uno de los más utilizados en la investigación e intervención médica, psiquiátrica y psicológica; sin embargo, los hallazgos de las investigaciones realizadas por profesionales de diferentes áreas de las ciencias de la salud han permitido develar las estrechas correlaciones entre lo físico, mental, social y espiritual, y en general en la influencia en la salud como sistema, dando apertura a la propuesta del modelo biopsicosocial (Biasotto, 2014; Herrera, Herrera-Medina, Herrera-Escobar, & Nieto-Díaz, 2014; Martín-rodríguez, Pérez-san-gregorio, & Domínguez-cabello, 2014; Martins, Ferreira, & Cotta, 2014; Querejeta, 2009; Suls & Rothman, 2004). La perspectiva biopsicosocial sostiene que los procesos biológicos, psicológicos y sociales funcionan bajo la lógica de sistemas en donde los niveles de organización están conectados en relaciones jerárquicas, por lo tanto, el cambio en los primeros (y viceversa) influyen en la salud física y la enfermedad (Engel, 2008; Suls & Rothman, 2004). De manera similar, las experiencias psicológicas y los comportamientos sociales (estilos de vida) están recíprocamente relacionados con los procesos biológicos y niveles de salud (Suls & Rothman, 2004).

El modelo biopsicosocial es un medio esencial para identificar la etiología que influye en los procesos de enfermedad y de su progresión, así como de la identificación de estrategias para la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de la enfermedad (Suls & Rothman, 2004). En este sentido, se entiende a la salud como un proceso sistémico, multidimensional y amplio, por lo cual, evita caer en reduccionismos

biológicos, psicológicos, sociales o espirituales. Por su parte, para la Organización Mundial de la Salud define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2014).

Aunque se habla de salud física, mental y social, estas son consideradas como puntos de vista o entidades de acercamiento al objeto de estudio, la salud como sistema, y no como unidades de estudio separadas e independientes. En este sentido, la salud es un estado y simultáneamente un proceso dinámico en devenir puesto que continuamente experimentamos transformaciones en nuestra instancia física, psicológica y espiritual, así como en nuestras relaciones interpersonales, las cuales suponen permanentes reestructuraciones de nuestros esquemas psíquicos y relacionales (Castro, 2009; Lopera, 2011).

6. Más allá de lo individual: trabajo y salud

La salud en el trabajo puede estar influenciada por dos factores: las condiciones de trabajo y el ambiente de trabajo. Las condiciones de trabajo corresponden a los aspectos influyentes en la salud de los colaboradores, por lo cual desde el área de Gestión humana, aunado a la presión ejercida por la legislación laboral, constantemente se están definiendo políticas en los límites de la edad mínima para trabajar, el número de horas de trabajo por día y semana, horas extras, cantidad de trabajo, tiempos de descanso y alimentación, aseguramiento social, ocupacional salarial y de compensación (Gordon et al, 2009). Esto tiene como propósito cuidar del colaborador, así como propender hacia una sociedad más justa. En este sentido, la realización de una actividad laboral no debería comprometer la salud del colaborador, por lo que al hacerse, se hace necesaria la compensación económica al colaborador, lo que es llamado por Gordon et al (2009) como el *contrato social*.

De otro lado, el ambiente de trabajo hace referencia a las relaciones sociales al interior de la organización influyentes en el clima y cultura organizacional, y por lo tanto en el proceso de promoción de salud y prevención de la enfermedad de los colaboradores. Al respecto, la interacción en un ambiente percibido por el sujeto como amenazante,

perturbador e incómodo tiene efectos considerables en la salud del sujeto (Chanlat & Bédard, 2005; Federal & Geraiis, 2014). Por ejemplo, ante una situación de estrés el organismo experimenta activación fisiológica (arousal), caracterizada por la contracción del sistema vascular exacerbada por la adrenalina liberada producto de la activación, liberando además diferentes grupos de corticoides por parte de las glándulas suprarrenales que contribuyen a la contracción inicial y a la inhibición de algunas funciones inmunológicas (Byrne & Espnes, 2008; Fabrice, González, 2010).

Lo anterior corresponde al proceso de adaptación aguda ante una situación de estrés, en donde primero hay una identificación de una situación amenazante, paso seguido el cuerpo se prepara para la acción gracias a la liberación de mediadores químicos, tales como las catecolaminas que aumentan el ritmo cardíaco, respiratorio y la presión arterial (Duval et al., 2010). El punto crítico para la salud llega cuando se somete al cuerpo a reiteradas situaciones de estrés sin que se cuente con los recursos físicos y de afrontamiento adecuados, por lo cual dicha cascada en el funcionamiento nervioso, inmune y endocrino pasa de ser un recurso psíquico adaptativo, a un proceso de formación de carga alostática, situación fisiopatológica influyente en el desarrollo de trastornos mentales, endocrinológicos, y vasculares, de alteraciones tales como, arterosclerosis, hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares e infartos de miocardio, ansiedad, depresión, malestar (Mcewen, 2007; Trucco, 2002), volviendo más vulnerable al colaborador ante futuras amenazas biológicas, psicológicas y relacionales (Chanlat & Bédard, 2005; Mcewen, 2007; Gordon & Shnall, 2009) Rodríguez Carvajal & Rivas Hermosilla, 2011; Sánchez Segura, González García, Marsán Suárez, & Macías Abraham, n.d.; Trucco, 2002)

De otro lado, de acuerdo con Gordon et al (2009) los encuentros y exposiciones crónicas a situaciones de estrés puede conducir a una percepción constante de estrés aun en situaciones normales de la vida diaria y del trabajo cotidiano. En este sentido, lo biológico y psicológico (individual) así como lo social (ambiente de trabajo) son dimensiones humanas no escindidas, sino que por el contrario están en un estado de constante relación e interdependencia.

7. Factores de riesgo para la salud en el trabajo

Las características del trabajo (cantidad, complejidad), la organización (estructura, tamaño, formalización), del empleo (salario, lugar de trabajo, condiciones físicas), la organización del tiempo de trabajo (duración, jornada, pausas), así como los riesgos psicosociales emergentes, como nuevas formas de contratación laboral, trabajo precario, producción ajustada, subcontratación, retraso en la edad de jubilación, exceso de trabajo, fuertes exigencias psicológicas (acoso laboral, violencia), desequilibrio y conflicto entre la vida laboral y personal, tienen efectos perjudiciales en la salud del colaborador puesto que se aumenta la carga física, mental y emocional del colaborador (López, Cueva, & Moreno, 2014; Gil, 2012; Londoño et al., 2010; Rojas, 2011).

Algunos comportamientos y actitudes tales como ingerir bebidas alcohólicas, fumar e irritabilidad se han asociado con el estrés laboral, en su génesis y mantenimiento. (Gordon et al, 2009); Lugo & Pupo, 2010; Alessandri, 2011). De manera similar, los trabajos que requieren poco esfuerzo físico, alto estrés laboral y ausencia o limitación de pausas activas se relacionan directamente con el sobrepeso, así como con trastornos osteomusculares (De Souza et al., 2011; Gordon et al, 2009).

Son considerados factores de riesgo la falta de formación y entrenamiento para la realización de algunas actividades, exposición a material peligroso químico, físico, radioactivo, inadecuado mantenimiento de equipos y maquinas, insuficiente iluminación y ventilación, deficiente temperatura, inadecuadas posturas y movimientos repetitivos (Casta, Garc, & Garc, 2012; De Souza et al., 2011).

El síndrome de desgaste profesional (*burnout*) como factor emergente del ritmo socio laboral contemporáneo compromete significativamente la salud del colaborador. Clínicamente es definido como “un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo” (Casta et al., 2012, p. 246). También se caracteriza por la despersonalización o falta de interés en las relaciones interpersonales, sentimientos de baja realización personal y bajo sentido tanto a lo que se hace como a la vida misma. (Aragón Paredes, Morazán Pereira, & Pérez Montiel, 2008; Quiceno & Vinaccia Alpi, 2007; Ramírez & Maturana, 2011). Este

factor en una de las principales causas de depresión y suicidios en trabajos de alto esfuerzo (Cano Langreo, Cicirello Salas, López López, Aguilar Vela, 2014; Carlos et al., 2013; Kim, Muntaner, Khang, Paek, & Cho, 2006)

A lo anterior se le suman factores individuales el excesivo trabajo con el trabajo o incluso la adicción al trabajo (workaholism). Este último es entendido como una fuerte necesidad por ir a trabajar experimentada por el colaborador lo que le puede afectar significativamente dimensiones de la vida como la familia, amigos, espiritualidad, entretenimiento, el cuidado propio, llevando al colaborador a reducir su vida al ambiente laboral, al sobreesfuerzo físico y mental (Casta & Oates, 2010; Cruz et al., 2010).

También se encuentran los riesgos psicosociales, lo cuales abarcan aspectos como los altos niveles de carga laboral, falta de autonomía, conflictos con figuras de autoridad y pares, desigualdad en los salarios, los trabajos no estables, la rotación horario, dificultades en la comunicación organizacional, ambigüedad en las responsabilidades de las funciones, no retroalimentación del desempeño, exigencias desproporcionadas en los tiempos, acoso y hostigamiento laboral, *bullying*, discriminación en los procesos de selección y en los programas de desarrollo humano (Caamaño & Ugarte, 2014; López, Seco, & Ramírez, 2012; Rojas, 2011; Ugarte, 2012).

Los anteriores factores son considerados de riesgo puesto que pueden afectar significativamente tanto la salud física como psicológica del colaborador. De manera similar, pueden ser agentes causales de estrés laboral que pueden llevar al colaborador a un estado de tensión constante que le impida el despliegue de sus capacidades, conocimientos y actitudes frente a las actividades laborales y relacionales emergentes de estas (Londoño et al., 2010; Moreno, 2011; Rojas, 2011).

8. Gestión Humana: contribución a la salud del colaborador

Para la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2010), basada en una definición realizada en la Declaración de Luxemburgo (Enwhp, 2007) la promoción de la salud en el lugar de trabajo es: “El esfuerzo en común de empresarios, trabajadores

y la sociedad en su conjunto por mejorar la salud y el bienestar laboral de los trabajadores” (p. 1). Ese esfuerzo se puede materializar en cuatro acciones (Enwhp, 2007; Enwhp, 2010; Gil, 2012) : a) la mejora de la organización del trabajo y del entorno laboral por medio de la creación de horario flexible, teletrabajo, pasantías; b) la promoción de la participación de los trabajadores en actividades saludables tales como el uso de las escalas, práctica de deporte y en general a la actividad física; c) la promoción de hábitos de vida saludable tales como una dieta balanceada, consumo de frutas, hábitos de sueño y descanso adecuado; d) el fortalecimiento del desarrollo personal brindando la posibilidad de fortalecer tanto las competencias del ser, como de hacer y saber.

Al respecto, las anteriores acciones incluyen 1) el compromiso de la organización para mejorar la salud en los colaboradores, 2) la participación de los empleados en los procesos de toma de decisiones (empoderamiento, responsabilización), 3) el desarrollo de una cultura de trabajo que se base en el trabajo colaborativo, 4) el mejoramiento de los procesos y actividades de manera que contribuyan a la promoción de la salud, 5) la implementación de las políticas y prácticas que mejoren la salud de los empleados, 6) el reconocimiento de que las organizaciones tienen un impacto en la gente y que esto no siempre es propicio para su salud y bienestar del colaborador (Enwhp, 2007; Enwhp, 2010).

Desde esta perspectiva, la contribución en la salud del colaborador depende de múltiples factores, por lo cual gestión humana como área es el primer responsable del diseño, ejecución y evaluación de las prácticas de gestión humana y de propender que quienes tienen colaboradores a sus cargo se apropien de estas, las usen adecuadamente en beneficio del colaborador (Calderón Hernández et al., 2010; Hernández, Giraldo, & Valencia, 2006). De esta manera, la gestión humana trasciende el área propiamente dicha y pasa a ser un proceso organizacional que involucra a todos sus miembros.

Además de las obligaciones y responsabilidades civiles y sociales que tiene la organización con el colaborador tales como la seguridad social, el salario, responsabilidad solidaria e indemnizaciones, las cuales se materializan por medio de la gestión humana (Barrientos, 2012; Pizarro & Aguad, 2013), se nombrarán algunas de las prácticas propuestas en la literatura que desde gestión humana se podrían facilitar con

el propósito de pensar en la promoción de la salud y el bienestar laboral de los colaboradores en la organización. Estas son acciones y procesos que se derivan de los propuestos por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, por lo cual no necesariamente se reducen necesariamente al aumento de salarios y beneficios extralegales.

Formación y Educación: Para Mejía, Bravo & Montoya (2012) las inversiones en formación y educación contribuyen en la promoción de la salud y el bienestar laboral de los trabajadores puesto que las probabilidades de que los conocimientos de un colaborador sean más productivos aumentan cuando éste se desenvuelve en un entorno en el que hay un alto nivel general de capital humano lo que le permite articular experiencias y saberes propios con los interactuados con otros compañeros a través de procesos de socialización.

Empoderamiento psicológico: El empoderamiento psicológico corresponde a un estado psicológico del colaborador caracterizado por 1) el sentido de significado hacia los objetivos organizacionales lo que implica un ajuste entre las creencias, valores y comportamientos del colaborador con los organizacionales; 2) sensación de control percibido para gestionar los procesos; 3) autodeterminación para tomar decisiones y 4; el impacto que tiene el colaborador a nivel estratégico, administrativo u operacional en los resultados del trabajo (Amundsen & Martinsen, 2015). Las investigaciones recientes sugieren que las prácticas de gestión percibidas de alto rendimiento, con apoyo social y con liderazgo están relacionados con el empoderamiento psicológico. Este es a su vez se encuentra asociado con una amplia gama de los resultados organizacionales positivos tales como la satisfacción laboral, compromiso organizacional, desempeño laboral, creatividad e innovación en el trabajo (Amundsen & Martinsen, 2015; Seibert, Wang, & Courtright, 2011).

Participación en toma de decisiones: Brindarle al colaborador la posibilidad de tomar la iniciativa y opinar frente a los procesos organizacionales le genera satisfacción, por lo cual contribuye al desarrollo y bienestar tanto del colaborador como de la organización, mientras que obstaculizar su actividad, su posibilidad de acción y de materializar sus ideas, lo conduce a situaciones frustrantes y de estrés Al respecto, cuando el sujeto se

reconoce y se asume por lo que es, está en la capacidad de desarrollarse (Anjos & Magro, 2008; Clot, 2010), de trascender la queja de responsabilizarse con respecto a la incorporación y aplicación de estilos laborales saludables. No es vivir un proceso de cambio acrítico, sino de elegir, para luego transformar su realidad psíquica, organizacional y social.

Flexión de las condiciones laborales en casos especiales: Las empresas que tienen como políticas la inclusión laboral a personas con discapacidad cognitiva y física tienden a flexibilizar las condiciones laborales con respecto a horarios de trabajo, el empleo en casa (teletrabajo), planes de beneficios no tradicionales, apoyos para los trabajadores que necesitarán asistencia personal o familiar (Kiernan, 2000). De manera similar tiende a ocurrir cuando un colaborador desarrolla algún tipo de enfermedad.

Adecuada utilización de la mecánica corporal: De acuerdo con el puesto de trabajo de cada individuo debe de estar ajustada de acuerdo con la morfología y la tarea. En consecuencia, como práctica de cuidado, se debe observar características de las exigencias biomecánicas de los colaboradores, entre estas: postura, fuerza, movimiento) fuerza, movimiento, ciclos, ritmos, posturas, duración de los procesos y la identificación de potenciales riesgos ergonómicos. La adecuada utilización de la mecánica corporal ayuda en el cuidado del sistema visual, cardiovascular, osteomuscular, y en el estado emocional.(C. P. Ardila & Rodríguez, 2013; De Souza et al., 2011; Muñoz, Vanegas, & Marchetti, 2012).

Pausas activas: Son actividades físicas que realiza el colaborador durante la jornada laboral que les permiten a las diferentes partes del cuerpo un cambio en la rutina y descanso cognitivo con el propósito de prevenir trastornos osteomusculares, revitalizar la energía corporal y mejorar la atención durante la jornada laboral. También se le atribuyen beneficios sociales puesto que es un espacio relacional y de integración cuando se hace grupal (Castro Arias et al., 2011; Díaz, Mardones, Mena, Rebolledo, & Castillo, 2011).

Seguridad y salud ocupacional: Son acciones que van desde la elaboración de señales de riesgos, peligros, revisión de extintores, capacitaciones, entrega y promoción de la

utilización de elementos de protección personal, planes de acciones de emergencia, evaluación y prevención de riesgos, atención primaria en salud, hasta consulta médica y psicológica (Ardila & Muñoz, 2009; Carvajal & Pellicer, 2009; Sosa, Mattassini, Marco, & Ferrari, 2008)

Gestión del clima y de la cultura organizacional: Implica acciones de promoción de un cálido ambiente de trabajo, así como acciones de prevención e intervención ante la identificación o referencia de un clima caracterizado por conflictos e indiferencias. Por otra parte, también hace referencia a la promoción y mantenimiento de factores característicos y diferenciales de la organización asociados a la identidad de la misma (Guillén & Aduna, 2008; Quiroga, 2007; Segredo, 2013). Intervenir en el clima y la cultura organizacional por medio de dispositivos conversacionales contribuye a la solución de conflictos, disminución en las tensiones de las relaciones de poder, permiten que los colaboradores pueden materializar discursivamente sus no conformidades (catarsis) con el propósito de tomar acción en beneficio de todos los miembros de la organización y de la productividad (Salazar, Guerrero, Machado, & Cañedo, 2009).

Lo anterior, se concretiza e incluye mediante políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el contexto organizacional. De acuerdo con la carta de Ottawa de 1986 la promoción de la salud “consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (Sanabria, 2011, p. 112) lo cual desde la gestión humana se puede hacer mediante la promoción de estilos de vida saludable tales como: alimentación saludable, ejercicio y actividad física (pausas activas), adecuada ergonomía, lavado de manos y cepillado de los dientes, hábitos de sueño saludable, estimular la creación de espacios conversacionales y relacionales, incentivar las visitas periódicas al servicio de medicina y psicología, entre otras actividades. De otro lado, para la OMS la prevención de la enfermedad son “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (Sanabria, 2011, p. 112). Esta incluye tres acciones de prevención: la prevención primaria, secundaria y terciaria (Julio, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011; Mingote, 2011). Las actividades de promoción y prevención se pueden

realizar a nivel individual, grupal y colectivo. Existen diferentes maneras de intervenir en la organización para promover la salud, las cuales tienden a ser grupales y dependerá del caso particular. A continuación, presentamos un modelo de prevención de la enfermedad, el cual es transversal en la aplicación en diferentes campos ocupacionales.

La intervención primaria: Está orientada a fortalecer acciones en salud que favorezcan la disminución de prácticas o factores que pudieran llegar a afectar la salud. Algunos de estos factores de riesgo son: el consumo de alcohol y uso de cigarrillo, sedentarismo, hábitos inadecuados de sueño y alimentación, no utilización de los elementos de protección personal, posturas inadecuadas, episodios ocasionales de estrés y ansiedad, entre otras.

Intervención secundaria: Se orienta al diagnóstico precoz de algunos problemas de salud derivados de los anteriores factores de riesgo identificados. El propósito de la intervención es retardar o inhibir la aparición de síntomas puesto que la alteración de la salud no está tan avanzada. Algunos son: alcoholismo y tabaquismo en su etapa inicial, sobrepeso, trastornos alimenticios, dolores osteomusculares, dolores en los ojos, incidentes laborales, episodios frecuentes de estrés y ansiedad.

Intervención terciaria: Se centra en la intervención directa al problema procurando disminuir las recaídas y retomar los hábitos que promueven el detrimento de la salud del colaborador. En esta fase se hace una intervención directa, por ejemplo, sobre el alcoholismo y el tabaquismo y sus efectos, la obesidad, los trastornos osteomusculares, los accidentes laborales, el episodios constantes de estrés y ansiedad.

Creo que esto debería tener alguna síntesis antes de pasar a la conclusión porque siento esto desagregado.

9. Conclusión

La contribución del área de gestión humana a la salud del colaborador se puede realizar mediante la promoción de diversos hábitos y prácticas, así como la evitación de otras. De las prácticas retomadas, no se identificó énfasis en la asignación de determinados

puestos de trabajo, devengar cierta cantidad de dinero dado que parte del desarrollo del colaborador es pensar sobre sus funciones en la organización, sobre qué tanto está influenciando lo que él hace en el despliegue de sus potencialidades. Una persona puede sentirse realizada a través la materialización de idea. Es decir, lo virtuoso en el trabajo se asocia con esa capacidad de desarrollo, a su vez, el sentimiento de virtud es experimentado por el colaborador por la posibilidad que tenga de participar activamente en los procesos organizacionales. Sin embargo, la concepción de ser humano a partir del desarrollo implica el reconocimiento del mismo en las condiciones singulares de la organización.

La contribución de gestión humana a la salud de los colaboradores en la organización implica: evitar prácticas y condiciones laborales que vayan en detrimento de la salud, asignar actividades, espacios laborales de acuerdo a las condiciones físicas y psicológicas requeridas; así como la implementación de un adecuado sistema de seguridad y salud en el trabajo tendiendo en consideración que en el ser humano como unidad intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales.

La salud en el trabajo requiere del mejoramiento ambiental laboral de los beneficios económicos (no se reduce a estos), sociales y de productividad (Restrepo & Jaramillo, 2012). Un colaborador con sensación de salud puede realizar mejor el trabajo así como puede encontrar en el trabajo una vía de desarrollo de sus potencialidades humanas (Salazar et al., 2009).

La contribución a la salud del colaborador trasciende las obligaciones legales que tiene la organización con el colaborador, se puede hacer desde la dimensión física, psicológica, social (individual, grupal o colectiva) o por la confluencia estas por medio de la promoción en salud y de la prevención de la enfermedad.

Gestión humana en las organizaciones está conformada por equipos de trabajo interdisciplinario lo que favorece puntos de vista diferentes que permitan un mejor inclusión y diversidad en la puesta en marcha de intervenciones.

10. Bibliografía

- Amundsen, S., & Martinsen, O. L. (2015). Linking Empowering Leadership to Job Satisfaction, Work Effort, and Creativity: The Role of Self-Leadership and Psychological Empowerment. *Journal of Leadership & Organizational Studies*. <http://doi.org/10.1177/1548051814565819>
- Anjos, D., & Magro, R. (2008). A função psicológica do trabalho. *Pro-Posições*, 19(1), 221–224.
- Aragón Paredes, M. B., Morazán Pereira, D. I., & Pérez Montiel, R. (2008). Síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital. *Salud Mental*, 2(1981), 33–38.
- Ardila, A., & Muñoz, A. (2009). Bioseguridad con énfasis en contaminantes biológicos en trabajadores de la salud. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 2135–2141. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600020&lng=en&tlng=es.
- Ardila, C. P., & Rodríguez, R. M. (2013). del trabajo, 59(230), 102–111.
- Barrientos, M. (2012). La obligación de seguridad en la subcontratación laboral: prvisibiliad del hecho y del daño. *Revista Chilena de Derecho Privado*, 39(1), 77–111. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=89164991&lang=es&site=ehost-live>
- Bartram, T., & Dowling, P. J. (2013). An international perspective on human resource management and performance in the health care sector: toward a research agenda. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(16), 3031–3037. <http://doi.org/10.1080/09585192.2013.775024>
- Biasotto, F. (2014). 488 488. *Psicología, Ciencia Y Profesión*, 34(2), 488–499.
- Byrne, D. G., & Espnes, G. A. (2008). Occupational stress and cardiovascular disease. *Stress and Health*, 238(July), 231–238. <http://doi.org/10.1002/smi>
- Caamaño, E., & Ugarte, J. (2014). El acoso laboral: Tutela y prueba de la lesión de los derechos fundamentales. *Ius et Praxis*, 20(1), 67–90. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0->

84906515352&partnerID=tZOtx3y1

- Calderón Hernández, G., Naranjo Valencia, J. C., & Álvarez-Giraldo, C. M. (2010). Gestión humana en la empresa colombiana: sus características, retos y aportes. Una aproximación a un sistema integral. *Cuadernos de Administración*, Vol.23(No.41), 13–36.
- Cano Langreo, M. Cicirello Salas, S. López López, A. Aguilar Vela, M. (2014). Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. *Medicina Y Seguridad Del Trabajo*, 60(234), 198–218. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v60n234/revision4.pdf>
- Carvajal, G., & Pellicer, E. (2009). Tendencias en Investigación Sobre Seguridad y Salud Laboral. Propuesta Metodológica Aplicada al Sector de la Construcción. *Revista Ingenierías Universidad de Medellín*, 8(15), 63–73. Retrieved from <http://revistas.udem.edu.co/ojs/index.php/ingenierias/article/view/62>
- Casta, E., Garc, J. E., & Garc, A. (2012). dentists of the education sector and private, 58(228), 246–260.
- Casta, E., & Oates, W. E. (2010). Adicción al trabajo (workaholism). *Patología psicosocial*, 18(1), 57–66.
- Castro Arias, E., Múnera, J. E., Sanmartín Velásquez, M., Valencia Zuluaga, N. A., Valencia Gil, N. D., & González Palacio, E. V. (2011). Efectos de un programa de pausas activas sobre la percepción de desórdenes músculo-esqueléticos en trabajadores de la Universidad de Antioquia. *Educación Física Y Deporte*, 30(1), 389–399. Retrieved from <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/educacionfisicaydeporte/articloe/view/389>
- Chanlat, A., & Bédard, R. (2005). La Administración, Una Cuestión de Palabra, 1–32.
- Chiavenato, I. (2009). *Componentes de la remuneración total. Gestión del talento humano*.
- Clot, Y. (2010). Trabalho e Poder de Agir, 36(123), 368.
- Cruz, M. L., Chaves, M., Barcellos, R., Da Silva, L., De Oliveira, I., & Pedrao, L. (2010). Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud Overwork and mental health problems in health workers Introducción. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(1), 52–64.
- De Castro, A., Mebarak, M., Salamanca, M., & Quintero, M. (2009). Salud mental : un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología Desde*

El Caribe, 23, 83–112.

- De Souza, C. D. S., Lima da Silva, J. L., Antunes Cortez, E., Schumacher, K. P., Moreira, R. C. S., & De Almeida Nilson, T. (2011). Riesgos ergonómicos de lesión por esfuerzo repetitivo del personal de enfermería en el hospital. *Enfermería Global*, 10(23), 251–263. <http://doi.org/10.4321/S1695-61412011000300018>
- Del, M., López, R., Adriana, S., Cueva, G., & Moreno, M. P. (2014). Factores de Riesgo Psicosocial y Burnout en Población Económicamente Activa de Lima , Perú, 1–6.
- Díaz, X., Mardones, M. A., Mena, C., Rebolledo, A., & Castillo, M. (2011). Pausa activa como factor de cambio en actividad física en funcionarios públicos Active break as a changing factor in the physical activity of public officials. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(3), 306–313. <http://doi.org/10.1590/S0864-34662011000300011>
- Duval, F., Félix, G., & Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés Neurobiology of stress. *Rev CHIL NEURO-PSIQUIAT*, 48(4), 307–318.
- Engel, G. L. (2008). ScIE The Need for a New Medical Model :, 196(4286), 129–136.
- Enwhp. (2007). Luxembourg Declaration The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion, 1–6. Retrieved from http://www.ispesl.it/whp/documenti/manifesti/Luxembourg_Declaration_2007.pdf
- Europea, A., Adem, T., Por, T., & En, T. (n.d.). Promoción de la salud en el trabajo para los empresarios ¿ Qué es la promoción de la salud en el trabajo ?, 1–2.
- FREUD, Sigmund (1886-1899) - Obras completas, I. Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud (Ammorortu, Buenos Aires, 1982-1992).pdf. (n.d.).
- Gil-Monte, P. R. (2012). [Psychosocial risks at work and occupational health]. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Pública*, 29(2), 237–41. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22858772>
- Guillén, I. J., & Aduna, A. P. (2008). La influencia de la cultura y del estilo de gestión sobre el clima organizacional. Estudio de caso de la mediana empresa en la delegación. *Estudios Gerenciales*, 24(106), 47–64. [http://doi.org/10.1016/S0123-5923\(08\)70031-7](http://doi.org/10.1016/S0123-5923(08)70031-7)
- Hernández, G. C. (2006). L a Gestión Humana Y Sus Aportes a Las Organizaciones, 19(31), 9–55.
- Hernández, G. C., Giraldo, C. M. Á., & Valencia, J. C. N. (2006). Gestión humana en las organizaciones un fenómeno complejo: Evolución, retos, tendencias y perspectivas de investigación. *Cuadernos de Administración*, 19(32), 225–254. Retrieved from

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=25257944&lang=es&site=ehost-live>

- Herrera, J., Herrera-Medina, R., Herrera-Escobar, J., & Nieto-Díaz, A. (2014). Reduction of maternal mortality due to preeclampsia in Colombia - an interrupted time-series analysis. *Colombia Médica*, 45(36), 25–31.
- Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Prensa Médica Latinoamericana*, XXXIII(1), 11–14.
- Kiernan, W. (2000). Where We Are Now: Perspectives on Employment of Persons with Mental Retardation. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 15(2), 90–96. <http://doi.org/10.1177/108835760001500204>
- Kim, I. H., Muntaner, C., Khang, Y. H., Paek, D., & Cho, S. II. (2006). The relationship between nonstandard working and mental health in a representative sample of the South Korean population. *Social Science and Medicine*, 63(3), 566–574. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.02.004>
- Lemos, M., Restrepo, D., & Richard, C. (2008). Revisión crítica del concepto “psicosomático” a la luz del dualismo mente-cuerpo. *Pensamiento Psicológico*, 4, 137–147.
- Londoño, N. H., Marín, C. A., San, U. De, Juárez, F., Palacio, J., Muñiz, O., ... Universidad, L. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales Psychosocial and environmental risk factors associated with mental disorders, 17, 59–68.
- Lopera Echavarría, J. D. (2011). Psicología y Salud Psíquica. *Index de Enfermería*, 20(1-2), 81–85. <http://doi.org/10.4321/S1132-12962011000100017>
- López, C., Seco, E., & Ramírez, D. (2012). Prácticas de acoso laboral en empresas colombianas: una mirada estructural e inter-subjetiva. *Cuadernos de Administración*, 24(43), 307–328. Retrieved from <http://www.soporte.uv.mx:2062/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=93963266-68f6-4e46-8559-df0067ea0b9d@sessionmgr4005&hid=4209> http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/cuadernos_admon/article/view/2613/1881
- Lugo, N. S., & Pupo, E. C. (2010). Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo en el área de salud del policlínico “Dr. Jorge Ruiz Ramírez.” *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(2), 125–131. <http://doi.org/10.1590/S0864-34662010000200005>
- Martín-rodríguez, A., Pérez-san-gregorio, M. A., & Domínguez-cabello, E. (2014).

Biopsychosocial functioning among cirrhotic patients in various stages of transplant process in comparison to liver transplant recipients, *30*, 83–92.

Martins, C., Ferreira, R., & Cotta, M. (2014). TRABALHADORES COM DEFICIÊNCIA : VIVÊNCIAS DE PRAZER E SOFRIMENTO TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD : EXPERIENCIAS DE PLACER Y WORKERS WITH IMPAIRMENT : EXPERIENCES OF PLEASURE AND. *Psicología Y Sociedad*, *26*(1), 214–223.

Mcewen, B. S. (2007). Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation : Central Role of the Brain, 873–904. <http://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>.

Mejía-Giraldo, A., Bravo-Castillo, M., & Montoya-Serrano, A. (2012). El Factor Del Talento Humano En Las Organizaciones: Análisis Desde Una Perspectiva Crítica / Human Talent Factor in Organizations: Analysis From a Critical Perspective. *Ingeniería Industrial*, *34*(1), 2–11. Retrieved from <http://rii.cujae.edu.cu/index.php/revistaind/article/view/548>

Mingote, J. (2011). El trabajador con problemas de salud mental. Pautas generales de detección, intervención y prevención. *Medicina Y Seguridad Del Trabajo*, *57*(a), 188–205.

Mingote, J., Crespo, D., Hernández, M., Navio, M., & Garcia, C. (2013). Suicide prevention in doctors, *59*(231), 176–204.

Moreno Jiménez, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina Y Seguridad Del Trabajo*, *57*, 4–19. <http://doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500002>

Muñoz, C., Vanegas, J., & Marchetti, N. (2012). Factores de riesgo ergonómico y su relación con dolor musculoesquelético de columna vertebral : basado en la primera encuesta nacional de condiciones de empleo , equidad , trabajo , salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile (ENE. *Medicina Y Seguridad Del Trabajo*, *58*(228), 194–204.

Oblitas, L. (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Psicología (02549247)*, *XXVI*(2). Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&auth type=crawler&jrnl=02549247&AN=36445048&h=kMBeKXMHwXLz9JjR56PcHNq90Lat43ODv7aUkc1FUMi+vOik0+Bwxj6O0wRGTJibGSYFdXpyYog6EWWoT00aA==&cr=c>

OMS. (2015). OMS | Preguntas más frecuentes. Retrieved from <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

- Pizarro, C., & Aguad, A. (2013). Obligaciones y Responsabilidad Civil. *Revista Chilena de Derecho Privado*, 16(2004), 217–220.
- Querejeta, M. (2009). Las herramientas del nuevo paradigma de la salud en el siglo XXI: CIE / CIF. *Revista Española de Salud Pública*, 83(6), 771–773. <http://doi.org/10.1590/S1135-57272009000600001>
- Quiceno, J. M., & Vinaccia Alpi, S. (2007). Burnout: “síndrome de quemarse en el trabajo (SQT).” *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 117–125. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2524858&info=resumen&idioma=SPA>
- Quiroga, D. (2007). Comunicación, clima y cultura organizacional para la gestión del conocimiento . PYMEs metalmeccánicas de Cali. *Universidad & Empresa*, 6(13 julio diciembre), 9–36.
- Ramírez, M., & Maturana, S. L. (2011). Síndrome de Burnout entre hombres y mujeres medido por el clima y la satisfacción laboral. *Polis*, 30, 1–12. Retrieved from <http://polis.revues.org/2355#text>
- Restrepo, D., & Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 30(2), 202–11.
- Rodríguez Carvajal, R., & Rivas Hermosilla, S. De. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina Y Seguridad Del Trabajo*, 57, 72–88. <http://doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500006>
- Rojas, P. G. (2011). Factores de Riesgo Psicosocial y Satisfacción Laboral en una empresa subcontratista del área.
- Salazar, J. G., Guerrero, J., Machado, Y., & Cañedo, R. (2009). Clima y cultura organizacional: dos componentes esenciales en la productividad laboral. *Acimed*, 20(4), 67–75.
- Saldarriaga Ríos, J. G. (2008). Gestión humana: tendencias y perspectivas. *Estudios Gerenciales*, 24(107), 137–159. [http://doi.org/10.1016/S0123-5923\(08\)70040-8](http://doi.org/10.1016/S0123-5923(08)70040-8)
- Sanabria, P. (2011). Reflexiones alrededor del concepto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. *Revista Facultad de Medicina*, 19(1), 112–113.
- Sánchez Segura, M., González García, R. M., Marsán Suárez, V., & Macías Abraham, C. (n.d.). Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología Y Hemoterapia*, 22(3). Retrieved from

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892006000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Segredo, A. (2013). Clima organizacional en la gestión del cambio para el desarrollo de la organización. *Revista Cubana de Salud*, 39(2), 385–393. <http://doi.org/http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v39n2/spu17213.pdf>
- Seibert, S. E., Wang, G., & Courtright, S. H. (2011). Antecedents and consequences of psychological and team empowerment in organizations: A meta-analytic review. *Journal of Applied Psychology*, 96(5), 981–1003. <http://doi.org/10.1037/a0022676>
- Sosa, A., Mattassini, L., Marco, L., & Ferrari, R. (2008). Formación Básica en Higiene y Seguridad Laboral para Ingenieros Basic Education in Hygiene and Occupational Safety for Engineers. *Formación Universitaria*, 1(3), 183–186. <http://doi.org/10.4067/S0718-50062008000300006>
- Suls, J., & Rothman, A. (2004). Evolution of the Biopsychosocial Model : Prospects and Challenges for Health Psychology, 23(2), 119–125. <http://doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.119>
- Trucco, M. (2002). Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40, 8–19. <http://doi.org/10.4067/S0717-92272002000600002>
- Ugarte, J. (2012). El acoso laboral : entre el Derecho y la Psicología [“ Harassment at Work : Between Law and Psychology ”], 221–231.
- Undurraga, A. (2011). Historia del Cáncer Pulmonar : otro monstruo creado por el hombre, 35–50.
- Yorio, P. L., & Wachter, J. K. (2014). The impact of human performance focused safety and health management practices on injury and illness rates: Do size and industry matter? *Safety Science*, 62, 157–167. <http://doi.org/10.1016/j.ssci.2013.08.014>