



World Health Organization

Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS

Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo.

1.Salud ocupacional. 2.Promoción de la salud. 3.Lugar de trabajo - normas.
4.Enfermedades ocupacionales - prevención y control. 5.Organización Mundial de la Salud. I. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 350024 9

(Clasificación NLM: WA 440)

© Organización Mundial de la Salud, 2010

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Comentarios de los lectores:

Kazutaka Kogi, Presidente de la Comisión Internacional sobre Salud Ocupacional:

"El esquema de la fundamentación está bien conformado y preparado de una manera excelente. El documento será una base sólida para el desarrollo futuro de la promoción de los Entornos Laborales Saludables, a nivel internacional".

Tom Shakespeare, Oficinas Centrales de la OMS

"Excelente revisión de evidencia: recomendaciones y conclusiones buenas, claras y aplicables. "

Marilyn Fingerhut: Instituto Nacional para la Salud y Seguridad Ocupacionales, USA.

"¡Es un gran documento! ¡Disfruté leerlo!"

Wolf Kirsten, Consultoría Internacional en Salud:

"Muy bien hecho por su abordaje integral, cubriendo las áreas clave y al mismo tiempo manteniéndolo simple, sin recurrir a constructos científicos grandes y complejos."

Teri Palermo, Instituto Nacional para la Salud y Seguridad Ocupacionales, USA.

"Felicidades por este notable y útil documento. La atención a los temas Psicosociales, el balance trabajo familia, los temas de salud mental y su impacto en la seguridad y salud de la fuerza de trabajo es importante y no siempre reconocida. También me gusto su discusión sobre las necesidades y retos que implica una rigurosa evaluación de las intervenciones, incluyendo el costo – beneficio. Este marco de referencia es integral y proporciona orientaciones útiles para el desarrollo de programas."

Fintan Hurley and Joanne Crawford, Instituto de Medicina Ocupacional, Edimburgo, Escocia, RU

"Encontramos este reporte interesante, bien informado, amplio y útil. Incluye mucha información útil. Está escrito en un estilo accesible, lo que a ambos nos gusto"

Wendy Macdonald, Centro de Factores Ergonómicos y Humanos, Universidad de La Trobe, Victoria, Australia

"Pienso que es un documento destacadamente bueno que será extremadamente útil aparte de estar bellamente escrito. Felicitaciones a la autora y a los que han contribuido... es un placer ver tantos temas importantes entrelazados y discutidos (muy útil) en un solo documento – un verdadero tour de force."

Rob Gründemann, Organización Holandesa para la Investigación Científica Aplicada (TNO), Holanda

"He leído el documento con gran placer. Proporciona una visión general buena e integral del estado del arte de las acciones encaminadas hacia la salud en los espacios laborales y la investigación de la efectividad de las intervenciones de salud en el espacio laboral."

Tabla de Contenidos

	Página
Catalogación por la Biblioteca de la OMS	ii
Comentarios de los lectores	iii
Tabla de Contenidos	iv
Lista de Tablas y Figuras	vi
Reconocimientos	vii
Sumario Ejecutivo	1
Capítulo 1: ¿Porqué desarrollar una Fundamentos para Entornos Laborales Saludables?...	5
A. Porque es lo correcto: La ética empresarial	5
B. Porque es hacer algo inteligente: El interés empresarial	6
C. Porque es lo legal: La Ley	7
D. ¿Porqué una Fundamentación Global?.....	7
Capítulo 2: Historia de los esfuerzos globales para mejorar la salud de los trabajadores.....	10
Capítulo 3: ¿Qué es un Entorno Laboral Saludable?.....	14
A. Definiciones Generales	14
B. La definición de Entorno Laboral Saludable. de la OMS	15
C. Aproximaciones regionales a los entornos laborales saludables	16
1. Oficina Regional de África (AFRO).....	16
2. Oficina Regional de América (AMRO).....	17
3. Oficina Regional del Mediterráneo Este (EMRO).....	20
4. Oficina Regional de Europa (EURO).....	21
5. Oficina Regional del Sureste de (SEARO).....	22
6. Oficina Regional del Pacífico Oeste (WPRO).....	23
Capítulo 4: Interrelación entre Trabajo, Salud y Comunidad	25
A. Cómo el trabajo afecta la salud de los trabajadores	25
1. El trabajo Influye en la salud y seguridad físicas.....	25
2. El trabajo afecta la salud mental y el bienestar	29
3. Interrelaciones	33
4. El impacto positivo del trabajo sobre la salud	34
B. Como afecta la salud de los trabajador a la empresa	35
1. Los accidentes y heridas graves afectan a la empresa	35
2. La salud física de los trabajadores afecta a la empresa	36
3. La salud mental de los trabajadores afecta a la empresa	38
C. Como están interrelacionados la salud de los trabajadores y la comunidad.	40
Capítulo 5: Evaluación de intervenciones	44
A. La Colaboración Cochrane	44
B. Criterios generales para la evaluación	44
C. Literatura gris	46
D. El principio precautorio	47
E. Interrelación entre la participación de los trabajadores y el evaluar evidencias	47
F. Evaluación costo-beneficio de las intervenciones	48

Capítulo 6: Evidencia de Intervenciones que hacen más Saludable el Ambiente de Trabajo.....	50
A. Evidencia de efectividad de intervenciones en Seguridad y Salud Ocupacional..	50
B. Evidencia de efectividad de intervenciones Psicosociales y en la Cultura Organizacional.....	53
C. Evidencia de efectividad de Recursos Personales en Salud en el ambiente de trabajo	55
D. Evidencia de efectividad de la Participación de la Empresa en la comunidad.....	60
Capítulo 7: El Proceso: Cómo crear un entorno de trabajo saludable	65
A. Modelos de Procesos de Mejora Continua	65
B. ¿Son efectivos los sistemas de mejora continua en Salud y Seguridad Ocupacional?.....	67
C. Aspectos clave de los procesos de mejora continua en Salud y Seguridad.....	68
1. Liderazgo comprometido basado en Valores Centrales	68
2. Inclusión de los trabajadores y sus representantes	69
3. Análisis de brechas	70
4. Aprendiendo de otros	71
5. Sustentabilidad	72
D. La importancia de la Integración	73
Capítulo 8: Contexto legal y político de la salud en el espacio de trabajo.....	77
A. Instancias emisoras de estándares	78
B. Estatus global de la salud y seguridad ocupacional	81
C. Indemnizaciones para los obreros	82
D. Legislación de sindicatos.....	84
E. Estándares de empleo	85
F. Riesgos Psicosociales	87
G. Recursos Personales en el ambiente de trabajo	89
H. Integración de la empresa en la comunidad	90
I. El sector de la economía informal	91
Capítulo 9: Fundamentos y Modelo de la OMS.....	93
A. Avenidas de Influencia para un Entorno de Trabajo Saludable	94
1. El Ambiente Físico del trabajo	95
2. El Ambiente Psicosocial del trabajo	96
3. Recursos Personales de Salud en el ambiente de trabajo	97
4. Participación de la empresa en la comunidad	98
B. Proceso para la implementación de un programa para un entorno de trabajo saludable	100
1. Movilizar	101
2. Reunir	101
3. Evaluar	102
4. Priorizar.....	104
5. Planear.....	105
6. Hacer.....	106
7. Evaluar.....	106
8. Mejorar.....	108
C. Representación Gráfica	108
D. Servicios Básicos de Salud Ocupacional – El nexo	108
E. El Contexto Amplio	110
F. Conclusión.....	110
Anexo 1: Acrónimos utilizados en este documento	111
Anexo 2: Glosario de términos y frases	113
Notas finales.....	121

Tablas y Figuras

Lista de Figuras	Página
Figura ES1 Modelo de Entorno de Trabajo Saludable de la OMS, Avenidas de Influencia, Procesos y Principios Centrales	4
Figura 1.1 El Caso Empresarial en pocas palabras	6
Figura 2.1 Línea de tiempo de la evolución de la Salud en el Ambiente de trabajo a nivel global	13
Figura 4.1 Modelo de Accidente Traumático del Instituto Americano del Estrés	26
Figura 4.2 Relación entre Salud y Prosperidad	43
Figura 9.1 Las cuatro avenidas de influencia de la OMS	94
Figura 9.2 Modelo de la OMS: El Proceso de Mejora Continua para la Salud en el Ambiente De trabajo	100
Figura 9.3 La Pirámide de Necesidades de Maslow	104
Figura 9.4 Modelo de la OMS de un Entorno de Trabajo Saludable: Avenidas de Influencia, Procesos y Principios Centrales	109
Lista de Tablas y Cuadros de Texto	
Tabla 4.1 Desórdenes Mentales Comunes Y Sus Síntomas Relacionados Con El Trabajo	39
Tabla 4.2 Los Efectos Del Conflicto Trabajo – Familia En La Salud Del Trabajador, La Empresa y La Sociedad	42
Tabla 6.1 Evidencia de Efectividad de Intervenciones en Salud y Seguridad Ocupacional	51
Tabla 6.2 Evidencia de Efectividad en Intervenciones Psicosociales	54
Tabla 6.3 Evidencia de Efectividad en Intervenciones basadas en los Recursos Personales en Salud en el Ambiente de trabajo	56
Tabla 6.4 Ejemplos de Involucración Empresarial En La Comunidad	62
Tabla 7.1 Comparación entre Sistemas de Gestión de Mejora Continua/Seguridad y Salud Ocupacional	66
Cuadro 7.1 Aprendiendo de otros: WISE, WIND y WISH	72
Tabla 8.1 Países Clasificados por su Nivel Económico Nacional y Políticas del Mercado de Trabajo	78
Tabla 8.2 Porcentaje de países en las regiones de la OMS que han ratificado las Convenciones Seleccionadas de la Organización Internacional del Trabajo	80
Tabla 8.3 Convención de la OIT sobre las Compensaciones de los Trabajadores	82
Tabla 8.4 Comparación de las Compensaciones a una selección de trabajadores, Implementadas en Estados Unidos, Canadá, Australia	84
Tabla 8.5 Trabajo y Protección de la salud de los trabajadores en países Desarrollados y no Desarrollados 1880-2007	86
Tabla 9.1 Aplicación del Proceso de Mejora Continua de la OMS en Pequeñas y Grandes Empresas	107

Reconocimientos

Este documento fue escrito por Joan Burton, BSc, RN, MEd. Joan Burton es Consejera en Estrategias para la Asociación Industrial para la Prevención de Accidentes, Canadá.

Las siguientes personas conformaron el Grupo de Trabajo del Proyecto y trabajaron de manera cercana con Joan Burton en el desarrollo de este documento:

Evelyn Kortum, Coordinadora Global de Proyectos, OMS, Salud Ocupacional, Suiza

PK Abeytunga, Centro Canadiense de Salud Ocupacional y Seguridad, Canadá

Fernyo Coelho, Servicio Social para la Industria, Brasil

Aditya Jain, Instituto del Trabajo, Salud y Organizaciones, Reino Unido

Marie Claude Lavoie, Organización Mundial de la Salud, AMRO, Estados Unidos

Stavroula Leka, Instituto de Trabajo, Salud y Organizaciones, Reino Unido

Manisha Pahwa, Organización Mundial de la Salud, AMRO, Estados Unidos

También debemos dar gracias por los comentarios diligentes y atentos por parte de los colegas que han hecho la revisión exhaustiva de este trabajo:

Said Arnaout, Organización Mundial de la Salud, EMRO, Egipto

Janet Asherson, Organización Internacional de Inversionistas, Suiza

Linn I. V. Bergh, Asociación Industrial de Higiene Ocupacional y Petróleo Estatal, Noruega

Joanne Crawford, Instituto de Medicina Ocupacional, Reino Unido

Reuben Escorpizo, Investigación Suiza sobre la Paraplejia (SPF), Suiza

Marilyn Fingerhut, Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional, USA

Fintan Hurley, Instituto de Medicina Ocupacional, Reino Unido

Alice Grainger Gasser, Federación Mundial del Corazón, Suiza

Nedra Joseph, Instituto Nacional para Salud y Seguridad Ocupacional, USA

Wolf Kirsten, Consulta Internacional sobre Salud, Alemania

Rob Gründemann, Organización Holandesa para la Investigación Científica Aplicada (TNO), Holanda

Kazutaka Kogi, Comisión Internacional de Salud Ocupacional

Ludmilla Kožená, Instituto Nacional de Salud Pública, Republica Checa

Wendy Macdonald, Centro para los Factores Humanos y Ergonómicos, Facultad de Ciencias de la Salud, La Trobe University, Australia

Kiwেকে Hope Mugagga, Red de Trenes de Carga, Sudáfrica

Buhara Önal, Ministro de Seguridad Social y Laboral, Instituto de Salud y Seguridad Ocupacional, Turquía

Teri Palmero, Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional, USA

Zinta Podneice, Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo, España

Stephanie Pratt, Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional, Estados Unidos

Stephanie Premji, CINBIOSE, Universidad de Québec en Montreal, Canadá

David Rees, Instituto Nacional de Salud Ocupacional, Sudáfrica

Paul Schulte, Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional, Estados Unidos

Tom Shakespeare, Organización Mundial de la Salud, Oficinas Generales, Fuerza de Trabajo Discapacitada, Suiza

Cathy Walker, Trabajadores Automotrices Canadienses (retirados), Canadá

Matti Ylikoski, Instituto de Salud Ocupacional de Finlandia, Finlandia

La OMS desea agradecer la colaboración de Heriberto Valdez Bonilla, de la Comisaría de Prevención y Readaptación Social del Estado de Jalisco, México, por la traducción de este documento.

NOTA ACERCA DE LAS CITAS INCLUIDAS EN EL PRESENTE TEXTO:

A lo largo del documento, se encuentran numerosas citas incluidas en cuadros de texto en diversas páginas. Cada una tiene su referencia al pie de la página de la manera siguiente: “Entrevista No. _ (País), (Profesión)” Son citas tomadas de la transcripción de 44 entrevistas con profesionistas de varias disciplinas, a nivel global, realizadas para la OMS por Stephanie Mia McDonald, del Instituto de Trabajo, Salud y Organizaciones de la Universidad de Nottingham, durante Julio y Agosto de 2009

Fundamentos de la OMS Para Entornos Laborales Saludables:

Bases, Prácticas y Literatura de Apoyo.

“La prosperidad de los negocios se fundamenta mejor en la salud de los trabajadores”

Dra. Maria Neira, Directora del Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente.

Sumario ejecutivo

En la actualidad, se estima que mueren dos millones de hombre y mujeres cada año como resultado de accidentes, enfermedades o heridas relacionadas con el trabajo¹. También existen accidentes no fatales en el lugar de trabajo los cuales suman alrededor de doscientos sesenta y ocho millones de incidentes que provocan al menos tres días laborables perdidos por incapacidad y ciento sesenta millones de nuevos casos de enfermedad relacionada al trabajo². Adicionalmente ocho por ciento de la tasa global de trastornos depresivos se relaciona actualmente con riesgos ocupacionales³. Estos datos, recogidos por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), reflejan solamente los accidentes y enfermedades que ocurren en lugares de trabajo formales y registrados. En muchos países la mayoría de los trabajadores son empleados informalmente en fábricas y negocios donde no se lleva ningún registro de las enfermedades o accidentes de trabajo, mucho menos se lleva a cabo algún programa para prevenir accidentes o enfermedades. Hacerse cargo de esta impresionante tasa de mortalidad, costo económico y pérdidas a largo plazo de los recursos humanos derivada de ambientes de trabajo no saludables, es por mucho, un reto formidable para países, sectores económicos, promotores y profesionales de la salud.

En 2007 la Asamblea Mundial de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud lanzó el plan global de acciones para la salud de los trabajadores (GPA), 2008-2017, con el objetivo de proporcionar a los estados miembros, nuevos ímpetus para la acción. Esta basado en el documento de 1996: “Estrategia Global de Salud Ocupacional para Todos” de la Asamblea Mundial de la Salud; la Declaración de Stresa sobre la Salud de los Trabajadores (2006); el Marco Promocional de la Convención sobre Salud Ocupacional y Seguridad de la OIT (Convención No. 187 de la OIT) (2006), la Carta de Bangkok sobre Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado (2005) la cual también provee de importantes puntos de orientación. El Plan Global de Acción establece cinco objetivos.

1. Diseñar e implementar políticas para normar la salud de los trabajadores.
2. Proteger y promover la salud en el lugar de trabajo.
3. Promover la implementación y el acceso a los servicios de salud ocupacional.
4. Proporcionar y comunicar las evidencias de acción y práctica.
5. Incorporar la salud de los trabajadores en otras políticas.

En este contexto, el modelo de la OMS proporciona un marco teórico flexible y adaptable a diversos países, ambientes de trabajo, y culturas. La OMS desarrollará guías prácticas específicas para sectores, empresas, países y culturas, en conjunto con los colaboradores de la OMS, expertos y partes interesadas.

Los principios delineados en este documento se basan en la revisión sistemática, tanto del concepto *ambiente de trabajo saludable* en la literatura global, como de las políticas y prácticas para la mejora de

¹ OIT, Datos Sobre Seguridad en el Trabajo, abril 2005.

² Nota de Prensa OIT/OMS, *El Número de Accidentes y Enfermedades Relacionadas al Trabajo Continúa Incrementándose*. La OIT y la OMS se unen para hacer un llamado a desarrollar estrategias preventivas. 28 de abril de 2005.

³ OMS, 2006⁸. Prevención de Enfermedades A través de Entornos Saludables. Hacia una estimación de la tasa de enfermedades ambientales. Autores A. Prüss-Ustün and C. Corvalan.

la salud en los ambientes de trabajo. La documentación fue revisada en un seminario internacional, realizado en la OMS, en Ginebra del 22 al 23 de octubre de 2009, contando con la participación de 56 expertos de 22 países, oficinas regionales de la OMS, representantes de los programas de la OMS relacionados al tema, un representante de la OIT, dos representantes internacionales de ONGs, y representantes de trabajadores y empleados.

El reporte completo de las evidencias junto con las referencias se encuentra en el documento base *Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo (OMS 2010)*, y se encuentra disponible en línea en la dirección: http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces/en/index.html.

Este documento de apoyo está escrito principalmente para profesionales, científicos de la salud y/o seguridad ocupacional y médicos practicantes, para proporcionar bases científicas al fundamento de los entornos laborales saludables. Pretende examinar a profundidad la literatura relacionada a los entornos laborales saludables, para sugerir al final modelos de trabajo flexibles, basados en la evidencia, para construir entornos laborales saludables, que puedan ser aplicados por empleados y inversionistas en colaboración, independientemente del sector, tamaño de la empresa, el grado de desarrollo del país o el sustrato regulador o cultural del país. La frase “modelo” de entorno de trabajo saludable, se utiliza para hacer una representación abstracta de la estructura, contenidos, procesos y sistemas del concepto de entorno de trabajo saludable. El modelo incluye tanto el *contenido* de los elementos que debe contener un entorno de trabajo saludable, agrupados en 4 grandes “avenidas de influencia”, así como el *proceso* - de mejora continua- que asegura el éxito y la sustentabilidad de las iniciativas para lograr entornos Laborales saludables. Aun cuando los modelos pueden ser representados gráficamente como en la página 3, la revisión incluye descripciones y explicaciones acerca de cómo se representan y como trabajan dichos modelos.

La OMS espera que a este documento le sigan guías prácticas adaptadas a sectores y culturas específicas, las cuales completarán la revisión y proporcionarán a los empleados, inversionistas y sus representantes, asistencia práctica para la implementación de políticas de entornos laborales saludables en las empresas.

El documento de soporte está organizado en nueve capítulos, como sigue:

Capítulo 1: En él se examina la pregunta “¿Para que desarrollar un fundamento para entornos laborales saludables?, aún más, ¿Para que preocuparse de que haya entornos laborales saludables?” Se proporcionan algunas respuestas desde los puntos de vista ético, jurídico y de negocios. Se proporciona un resumen breve de las recientes directrices globales adoptadas por la OMS.

Capítulo 2 En él se amplía en panorama global y se describen documentos y declaraciones clave aceptados por la comunidad mundial a través de la OMS y la OIT, durante los últimos 60 años, referentes a los esfuerzos e iniciativas en la promoción de la salud y seguridad ocupacionales y la salud en general.

Capítulo 3 Aquí se analiza la cuestión “¿Qué es un entorno de trabajo saludable?” para ello se proporcionan algunas definiciones generales extraídas de la literatura y otras de la OMS desarrolladas para este documento. De este modo se resumen las perspectivas y el trabajo realizado en esta área en las 6 regiones de la OMS.

La OMS define entorno de trabajo saludable de la siguiente manera:

“Un entorno de trabajo saludable es aquel en el que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo en base a las siguientes indicadores:

- *La salud y la seguridad concernientes al ambiente físico de trabajo.*
- *La salud, la seguridad y el bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo incluyendo la organización del mismo y la cultura del espacio de trabajo.*
- *Los recursos de salud personales en el ambiente de trabajo, y*
- *Las formas en que la comunidad busca mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y de otros miembros de la comunidad”.*

Capítulo 4 Aquí se examina la compleja interrelación dentro del trabajo, y entre éste y la salud física y mental de los trabajadores, la comunidad y la salud de la empresa y la sociedad. Este es un capítulo clave que apoya el interés ético y de negocios del concepto entorno de trabajo saludable sobre datos duros extraídos de evidencias científicas. Comienza señalando directamente qué factores afectan la salud, seguridad, bienestar de los trabajadores y el éxito de una empresa y que están bajo el control de los trabajadores y empleadores. Estos factores conforman la base primaria de la fundamentación.

Capítulo 5 Aquí se discute el tema de la evaluación. ¿Cómo pueden los trabajadores y empleadores saber cuáles con las acciones más

afectivas y rentables de entre todas las que pueden llevarse a cabo? Este capítulo da un vistazo a la calidad de las evidencias y estudios publicados.

Capítulo 6 Examina la evidencia científica que tuvo éxito y la que no. En base a la discusión acerca de la evaluación revisada en el capítulo 5, esta sección proporciona una evidencia primaria de una revisión sistemática de la literatura.

Capítulo 7 Discute el “como” de crear un Ambiente de trabajo saludable e introduce el concepto de mejora continua o Sistemas de Administración de SSO. También incluye una discusión sobre las características clave de muchos modelos de mejora continua y examina la importancia de la integración.

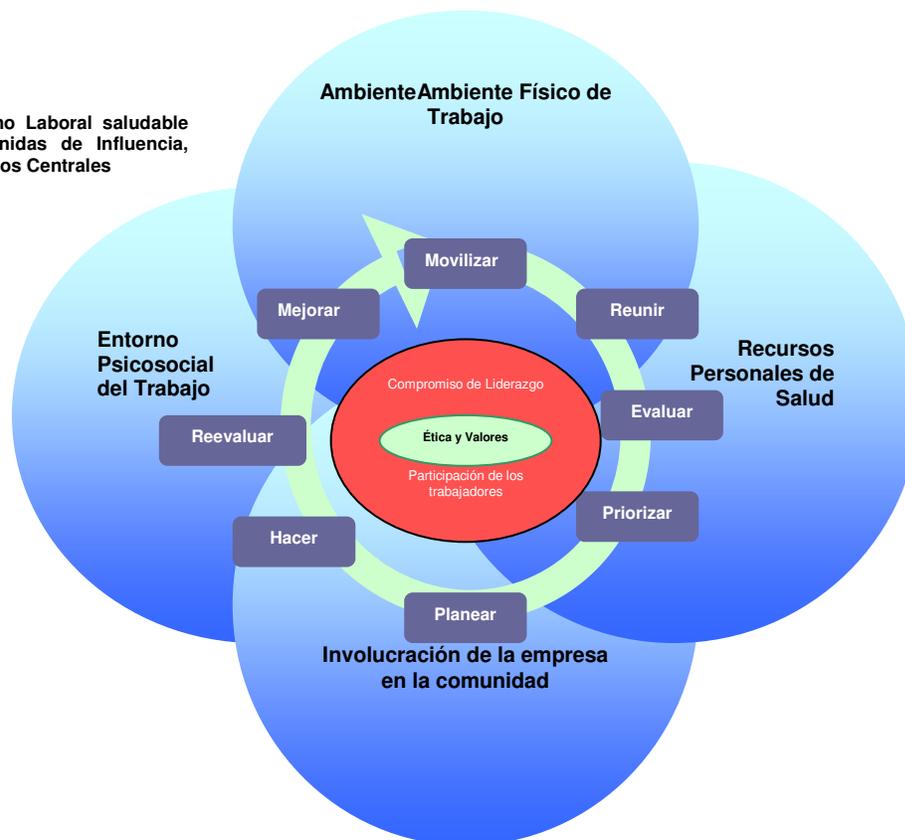
Capítulo 8 Retoma el esquema y enfoca a las temáticas referentes a Entornos Laborales Saludables de manera amplia, en el contexto legal y político de la perspectiva global. Más claramente, dado que este documento se enfoca hacia las cosas que los trabajadores y empleadores pueden hacer, el éxito de sus esfuerzos no puede dejar de ser influido, para bien o para mal, por la regulación externa y el contexto cultural del país y la sociedad en que

operan. Este capítulo discute acerca de la legislación y algunas instancias emisoras de estándares y su trabajo relacionado con la salud, seguridad y bienestar en los ambientes de trabajo.

Capítulo 9 Aquí se presenta el modelo y los fundamentos para un Entorno de Trabajo Saludable desarrollados por la OMS. Se pretende que sea un resultado natural y la conclusión de la información y evidencias presentadas en los primeros capítulos. Se discute tanto el contenido del programa para un Entorno de Trabajo Saludable, como el proceso de mejora continua previamente sugerida. Las 4 avenidas están representadas por los cuatro círculos de la definición de Entorno de Trabajo Saludable mostrados a continuación. Los 8 pasos del proceso de mejora continua se resumen en movilizar, reunir, examinar, priorizar, planear, hacer, evaluar, mejorar. Se representan gráficamente dentro del modelo tanto el contenido como el proceso así como sus principios básicos.

Además de los nueve capítulos se incluyen dos anexos consistentes en una lista de acrónimos y un glosario de términos

Figura ES1
Modelo de Entorno Laboral saludable de la OMS: Avenidas de Influencia, Proceso y Principios Centrales



Capítulo 1:

¿Porqué desarrollar fundamentos para Entornos Laborales Saludables?

Para contestar esto, quizás deberíamos contestar antes otra pregunta: ¿Para qué molestarse en procurar que existan entornos laborales saludables? Mientras que para los trabajadores y sus representantes es un asunto de interés personal, ¿Por qué debe importarle a los empleadores el que existan entornos laborales saludables? Existen varias respuestas a esto.

A. Porque es lo Correcto: Ética empresarial

Todas las religiones y filosofías mayores, desde el principio de los tiempos, han resaltado la importancia de que el individuo tenga un código moral personal que defina su interacción con los demás. El principio ético más básico es evitar hacer daño a otros.

Más allá de esto, en diferentes culturas o en diferentes épocas, ha habido o continúa habiendo muchas diferencias en lo que se considera una conducta moral. Un claro ejemplo son las actitudes y el trato hacia las mujeres en diferentes épocas y culturas. Por otra parte, en toda cultura existen creencias acerca de cuándo se considera que una conducta es buena y correcta o cuándo es errónea. Ha existido una desafortunada pero común recurrencia a mantener estos códigos morales en el concepto de códigos “personales” predominantes, y no siempre aplicados a los principios empresariales.

En años recientes, se ha puesto mayor atención a la ética empresarial, en los procesos seguidos a Enron, WorldCom, Parmalat y otros numerosos escándalos. Estos eventos altamente publicitados, dejaron ver el impacto dañino en la gente y sus familias y generó un clamor generalizado en demanda de un estándar ético más alto para la conducta empresarial.

Los sindicatos, han hecho su mejor esfuerzo en señalar las debilidades de los códigos morales de muchos inversionistas, relacionando la conducta empresarial con el dolor y sufrimiento real de los trabajadores y sus familias.

El Compendio Global de las Naciones Unidas es una plataforma de liderazgo empresarial que reconoce la existencia de principios universales relacionados con los derechos humanos, estándares de trabajo, el medio ambiente y la anti-corrupción. En la actualidad, son cerca de 7700 empresarios de cerca de 130 países los que han participado, para avanzar en su compromiso con la sustentabilidad y la ciudadanía corporativa.¹

En el XVIII Congreso sobre Seguridad y Salud en el Trabajo en Seúl Corea en el 2008, los participantes firmaron la “*Declaración de Seúl sobre Seguridad y Salud en el trabajo*”, que afirma específicamente que un ambiente de trabajo seguro y saludable es un derecho humano fundamental.²

Esta claro. Es un imperativo moral crear un ambiente de trabajo que no haga daño a la salud física o mental, a la seguridad y el bienestar de los trabajadores. Desde una perspectiva ética, si se considera como malo el exponer a los trabajadores a los asbestos en una nación industrializada, entonces debería también ser malo en una nación en vías de desarrollo, si se considera malo exponer a los hombres a sustancias químicas tóxicas o a otros factores de riesgo, debería considerarse como malo exponer a mujeres y niños. Actualmente, muchas multinacionales se administran de manera en que reparten sus códigos éticos para poder exportar la mayoría de sus procesos o condiciones dañinas a países en vías de desarrollo donde las actitudes hacia los derechos humanos, la discriminación o las cuestiones de género pueden exponer a los trabajadores a riesgos mayores.^{3,4,5} De esta manera, sacan ventaja del

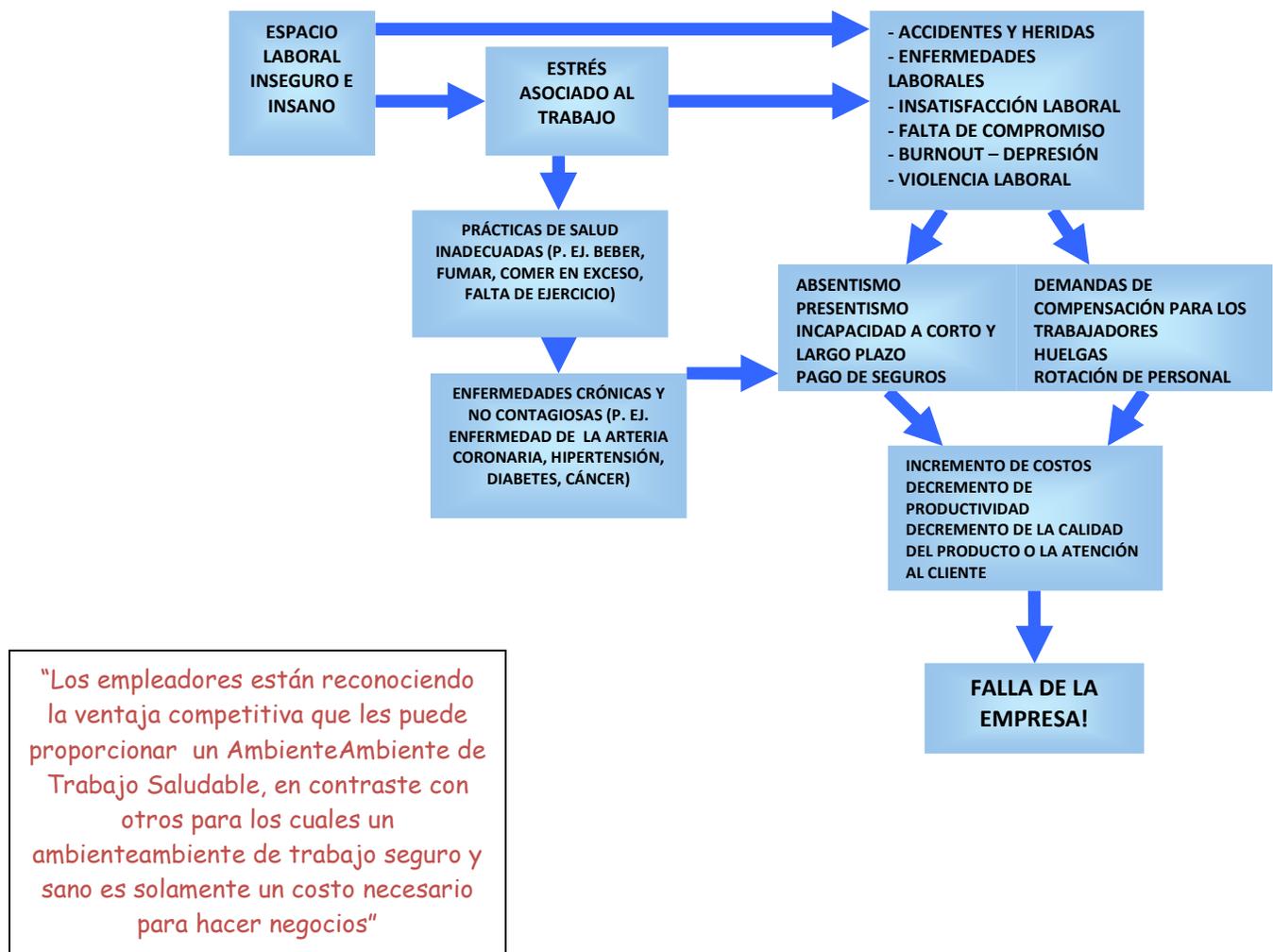
soporte legal laxo o inexistente en cuestión de salud, seguridad o medio ambiente, para sacar ganancias a corto plazo, en algo que ha sido llamado “la carrera hacia el fondo”.⁶

Por otra parte, muchos inversionistas han reconocido el imperativo moral y han ido más hacia arriba y aún más allá de la legislación mínima estándar, en lo que algunas veces se llama Responsabilidad Social Corporativa. Existen muchos estudios de caso que nos dan excelentes ejemplos de empresas que han excedido los requerimientos legales para que los trabajadores no solamente tengan un ambiente de trabajo sano y seguro, sino también una comunidad sustentable.

B. Porque es una acción inteligente: Interés empresarial

La segunda razón por la que es importante la creación de Entornos Laborales Saludables, es el argumento empresarial. Éste se enfoca a los factores duros, fríos de la economía y el dinero. Muchas empresas privadas están en el negocio para hacer dinero. Las organizaciones e instituciones no lucrativas tienen como indicador de éxito, el alcanzar sus objetivos y metas, lograr una misión.

Figura 1.1 El Interés Empresarial en Pocas Palabras



Estos ambientes de trabajo requieren de trabajadores para lograr su éxito, lo que hace pertinente que se aseguren de contar con trabajadores mental y físicamente saludables a través de la promoción y protección a la salud.

La Figura 1.1 resume la evidencia para enfoque empresarial.⁷ Éste se ampliará en el capítulo 4, sección B, Como afecta la salud del trabajador a la empresa, y en la sección C, Como se interrelacionan la salud del trabajador y la de la comunidad. Existe amplia evidencia que demuestra que, a largo plazo, las compañías más exitosas y competitivas son aquellas que tienen los mejores registros de salud y seguridad, y los trabajadores más seguros, sanos y satisfechos.⁸

C. Porque es lo legal: La Ley

Si las secciones A y B representan “la zanahoria” para crear Entornos Laborales Saludables, éste es el “látigo” La mayoría de los países tienen como mínimo alguna legislación que pide a los inversionistas proteger a los trabajadores de incidentes en el ambiente de trabajo, que puedan causar daño o enfermedad. Muchos tienen regulaciones mucho más extensas y sofisticadas. Así que, actuar conforme a la ley, evitar multas o encarcelamiento para los inversionistas, directores y a veces hasta trabajadores, esta es otra razón para poner atención a la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores. El marco legislativo varía tremendamente de un país a otro. De cualquier modo, este aspecto se discutirá más ampliamente en el capítulo 8.

D. ¿Porqué una fundamentación Global?

Dadas las razones éticas, empresariales y legales para la creación de Entornos Laborales Saludables, ¿Para qué se requiere un marco referencial y una guía? Una mirada a la situación global revela que muchas, posiblemente la mayoría de las empresas, organizaciones y gobiernos no han entendido las ventajas de los Entornos Laborales Saludables o no tienen los conocimientos, habilidades o herramientas para mejorar las cosas.

Entre las agencias globales, incluida la OMS y la OIT existe el consenso de que el hecho de que a nivel global los trabajadores conformen casi la mitad de la población, es de capital importancia. Esto es importante no solo para los trabajadores en lo individual y sus familias sino también para la productividad, competitividad y sustentabilidad de las empresas u organizaciones y para la economía nacional de los países y finalmente para la economía global.⁹ La Unión Europea resalta que la falta de salud y seguridad en el trabajo no solo tiene una considerable dimensión humana sino también un gran impacto en la economía. El enorme costo económico de los problemas asociados con la seguridad y la salud en el trabajo, reducen la competitividad de las empresas e inhiben el crecimiento económico.¹⁰

La OIT estima que cada año mueren 2 millones de hombre y mujeres como resultado de accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo.¹¹ La OMS estima que cada año existen 160 millones de nuevos casos de enfermedades relacionadas al trabajo y estipula que la condiciones de trabajo generan que un tercio de ellos presenten dolor de espalda, 16% perdida de audición, 10% de cáncer de pulmón y 8% de la tasa de depresión atribuida a riesgos de trabajo.¹² Cada 3 minutos y medio, muere alguien en la Unión Europea por causas relacionadas al trabajo. Esto quiere decir que casi 167 mil muertes tan solo en Europa son resultado, ya sea por accidentes relacionados al trabajo (7,500) o males ocupacionales (159,500). Cada 4 segundos y medio, un(a) trabajador(a) de la Unión Europea protagonizará un accidente que lo/la obligará a permanecer en casa cuando menos 3 días de trabajo. El número de accidentes que causan 3 o más días de ausencia es impresionante: más de 7 millones al año.¹³

Además estas son solo figuras agregadas, sin distinguir sexo, edad, etnias, estatus de migración, ni otros datos demográficos. De cualquier modo, estudios realizados a otra escala indican que no existe aun distribución determinada entre todos estos grupos.^{14,15,16} La OMS reconoce esto estableciéndolo en el *Plan de Acción Global para la Salud de los Trabajadores* (que se expondrá más adelante), “*Se tienen que tomar medidas para reducir las desigualdades entre diferentes grupos de trabajadores en términos de niveles de riesgo... Se debe poner particular atención a los trabajadores más jóvenes y más viejos, personas con discapacidad y trabajadores emigrantes, tomando en cuenta aspectos de género.*”¹⁷

La OIT remarca que “Los problemas de seguridad y salud de las mujeres se ignoran frecuentemente o no se ven reflejados detalladamente en las investigaciones y la recolección de datos”. Las encuestas de salud ocupacional parecen poner más atención a los problemas relacionados a trabajos predominantemente masculinos y los datos obtenidos por instituciones e investigadores en salud ocupacional frecuentemente fallan en reflejar de manera adecuada las enfermedades y daños que experimentan las mujeres. Además el trabajo precario se excluye frecuentemente de la recolección de datos. Dado que mucho del trabajo de las mujeres no es retribuido, es auto empleo o se da en la economía informal, muchos accidentes no se registran.”¹⁸ La OIT reporta en su sitio web que actualmente solamente el 40% de los países reportan datos de daños ocupacionales categorizados por sexo.¹⁹

En años recientes, la globalización ha jugado un rol determinante en las condiciones de los lugares de trabajo. Mientras la expansión internacional les da oportunidad a las corporaciones multinacionales de exportar sus buenas prácticas desde el mundo desarrollado hacia las naciones en vías de desarrollo, en la realidad frecuentemente ocurre al revés. Como se mencionó anteriormente, las ganancias a corto plazo frecuentemente motivan a las multinacionales a exportar lo peor de sus condiciones de trabajo, poniendo a innumerables cantidades de niños, mujeres y hombres en riesgo en los países en vías de desarrollo.²⁰

Aun cuando estos datos ya son lo suficientemente alarmantes, solo reflejan los daños y enfermedades que ocurren en ambientes de trabajo formal y registrado. En muchos países, la mayoría de los trabajadores se encuentran en el sector informal, y no existen registros de las enfermedades o daños relacionados al trabajo.²¹

En 1995, la Asamblea Mundial de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud, aprobó la *Estrategia Global de Salud Ocupacional para Todos*. La estrategia enfatiza la importancia de la intervención primaria y anima a los países a establecer políticas y programas nacionales con la estructura y los recursos requeridos para la salud ocupacional contando con la guía y soporte de la OMS y la OIT. Diez años más tarde una encuesta por países reveló que las mejoras en los abordajes al problema de los ambientes de trabajo saludables eran mínimas y se requerían mejoras adicionales. En mayo de 2007, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el *Plan Global de Acción Sobre la Salud de los Trabajadores* (GPA, por sus siglas en inglés) para el período 2008-2017 con el objetivo de mover a los países miembros hacia estrategias de acción y darles nuevos ímpetus. Este documento clave fue la culminación de numerosos encuentros sobre salud ocupacional que se destacan en el capítulo 2.

El GPA, toma la perspectiva de la salud pública para aplicarla a diferentes aspectos de la salud de los trabajadores, incluyendo prevención primaria de riesgos ocupacionales, protección y promoción de la salud en el trabajo, determinantes sociales de la salud en el trabajo, y mejora en el desempeño de los sistemas de salud. Particularmente plantea cinco objetivos:²²

- Objetivo 1 Diseñar e implementar políticas para normar la salud de los trabajadores.
- Objetivo 2 Proteger y promover la salud en el lugar de trabajo.
- Objetivo 3 Promover la implementación y el acceso a los servicios de salud ocupacional.
- Objetivo 4 Proporcionar y comunicar las evidencias de acción y práctica.
- Objetivo 5 Incorporar la salud de los trabajadores en otras políticas.

Esta claro que estos objetivos están interconectados y se sobrepone entre si como debe ser. Por ejemplo para “proteger y promover la salud en el trabajo” (Objetivo 2) y para que los trabajadores tengan acceso a los servicios de salud ocupacional (objetivo 3), es necesario tener instrumentos guía a nivel nacional y empresarial (Objetivo 1). Todo esto puede ser posible solo si esta respaldado por la mejor evidencia científica (Objetivo 4). Además la salud de los trabajadores debe de estar integrada (Objetivo

5) en políticas de desarrollo, educacional, económico, comercial y de empleo entre otras, para poder realmente proteger y promover la salud de los trabajadores (Objetivo 2).

El GPA proporciona una guía política para el desarrollo de lineamientos, infraestructura, tecnología y acuerdos para interconectar la salud ocupacional y la salud pública de manera que proporcionen el nivel básico de salud para todos los trabajadores.²³ Se invita a todos los países a desarrollar planes nacionales y estrategias para su implementación. De tal modo las naciones y empresas pueden acudir a la OMS para obtener orientación en esta amplia sobre abundancia de información y recomendaciones mencionadas anteriormente. Por todo ello y de acuerdo al objetivo 2, la OMS ha desarrollado este marco de referencia y las consecuentes orientaciones para conformar Entornos Laborales Saludables.

Por medio de exponer el tema como algo de interés global, la OMS también espera lograr un “conglomerado crítico” en el movimiento encaminado a crear un punto de impulso para los Entornos Laborales Saludables. Si el número suficiente de países “firman” en pro de los Entornos Laborales Saludables, entonces:

- Los países pueden recibir ayuda práctica e impulso entre ellos mismos, aprendiendo de las buenas prácticas del otro.
- Las prácticas inadecuadas o pobres de algunos países no serían la excusa para las prácticas inadecuadas o pobres de otros bajo el argumento de la “competencia justa”; y
- Habría una presión directa entre naciones y empresas que provocaría que cada vez más la norma sea tener Entornos Laborales Saludables más allá de los límites mínimos legales.

Se precisa sin embargo advertir, que esta guía no es “la talla que le viene a todos” sino solamente el establecimiento de principios y lineamientos. Naina Lal Kidwai, Presidente del Comité Nacional de la India sobre Población y Salud advierte:

“...No puede haber un patrón único de prácticas a seguir para crear Entornos Laborales Saludables. Aún cuando existen algunos lineamientos básicos que toda organización debe seguir. El concepto de un ambiente de trabajo ideal, variará de industria a industria y de compañía a compañía. Una estrategia para crear Entornos Laborales Saludables debe estar diseñada de acuerdo a las características únicas, históricas, culturales, de mercado y del empleado como individuo en las organizaciones.”²⁴

Por lo tanto el propósito de esta guía es que sea flexible y pueda ser adaptada a cualquier escenario de trabajo.*

* La OMS planea publicar en un futuro, material adicional que proporcionara a las empresas guías prácticas específicas para cada sector, tamaño de empresa, país y cultura.

Capítulo 2: Historia de los Esfuerzos Globales para Mejorar la Salud de los Trabajadores

El origen y evolución de los esfuerzos para mejorar la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores, son tan complejos como la evolución de las ideas acerca de cómo alcanzar los objetivos de la OMS y la OIT para los trabajadores, a lo largo del tiempo. La OMS y la OIT unieron esfuerzos casi inmediatamente después de la formación de la OMS, mediante la conformación del Comité de Salud Ocupacional OIT/OMS reconociendo la importancia de estos temas. Aún así, el hecho de relacionar la promoción de la salud específicamente al ambiente de trabajo, es relativamente reciente. Durante varias décadas las actividades de promoción de la salud y las actividades de salud ocupacional operaron en una especie de doble vía. En años recientes estas vías han comenzado a converger y la interrelación se ha hecho más fuerte tanto al interior de la OMS como entre la OMS y la OIT.

En seguida se hace una breve cronología y descripción de los eventos y declaraciones clave:

1950.- Conformación del Comité de Salud Ocupacional OIT/OMS. Luego de la formación de la Organización Mundial de la Salud, este comité conjunto inicio la colaboración entre estas dos organizaciones, la cual continúa hasta el día de hoy.

1978.- Declaración de Alma-Ata.²⁵ Después de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud, celebrada en Alma-Ata en la entonces Unión Soviética, todos los participantes formaron esta declaración. En ella “Se anuncia un impulso a los proveedores de servicios de salud, sus usuarios y la comunidad en extenso²⁶ y nada acercará las iniciativas nacionales de salud que el acercarla tanto como sea posible a los lugares donde la gente vive y trabaja²⁷ más que llevarlas acabo en hospitales, se deben generar los ambientes adecuados para que la promoción de la salud y la salud ocupacional se desenvuelvan y crezcan.

1981.- Convenio No. 155.²⁸ Los Estados miembros de la OIT fueron conminados a establecer políticas nacionales de salud y

seguridad ocupacional, comenzando con el medio físico, y a establecer una infraestructura y soporte legal para introducir la salud y seguridad a los ambientes de trabajo. El objetivo de esta política es prevenir los accidentes y daños a la salud provenientes del trabajo. Hasta la fecha 56 naciones lo han ratificado

1985.- Convenio de la OIT 161.²⁹ Cuatro años más tarde, en la septuagésima primera sesión de la OIT, se aprobó esta Convención Sobre Servicios de Salud Ocupacional. La resolución hizo un llamado a los estados miembros, para que establecieran servicios de salud ocupacional para todos los trabajadores en los sectores públicos y privados. Estos servicios deberían incluir la vigilancia de las situaciones potencialmente peligrosas en el ambiente, vigilancia de la salud de los trabajadores, avisos y promoción relacionada a la salud del trabajador incluyendo ergonomía e higiene ocupacional, servicios de primeros auxilios y emergencias y rehabilitación vocacional. Esta convención ha sido ratificada hasta la fecha por 28 países.

1986.- Acuerdo de Ottawa.³⁰ Este documento clave, generado durante la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud de la OMS, en Ottawa, Canadá, es acreditado como el documento que introduce el concepto de la promoción de la salud como se conoce hasta ahora: “El proceso de dar a la gente la capacidad de aumentar el control sobre su salud y mejorarla”. Posteriormente legitima la necesidad de la colaboración intersectorial e introduce la “aproximación por escenarios”. Esto incluye a los espacios de trabajo como una de los escenarios clave para la promoción de la salud, al mismo tiempo que sugiere que el espacio de trabajo es un área donde debe crearse un medio ambiente de soporte para la salud.

1994.- Declaración Global de Salud Ocupacional para Todos.³¹ A través de los años se ha desarrollado una red de Centros Colaboradores en Salud Ocupacional. Estos centros colaboradores celebran una

convención aproximadamente cada 2 años para coordinar planes y actividades. En la Segunda Convención de Centros Colaboradores de la OMS, llevada a cabo en Beijing, en 1994, se firmó por parte de los participantes una Declaración Global Salud Ocupacional para Todos. Un aspecto notable de esta declaración es el acuerdo claro de que el término “salud ocupacional”, incluye la prevención de accidentes (salud y seguridad), y factores como el estrés psicosocial. Se urgió a los estados miembros a aumentar sus actividades en la salud ocupacional.

1996.- Estrategia Global sobre Salud Ocupacional para Todos.³² La Estrategia Global delineada en la Convención de los Centros Colaboradores en Salud Ocupacional de Beijing, 1994, fue aprobada por la WHA en 1996. Esta presenta un análisis breve de la situación y recomienda 10 áreas de prioridad para la acción. El área prioritaria No. 3 resalta la importancia de utilizar el Ambiente de trabajo para influir en el estilo de vida de los trabajadores (promoción de la salud) de manera que impacte positivamente en su salud.

1997.- Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud.³³ Firmada después de la Cuarta Conferencia Internacional de Promoción a la Salud, esta declaración refuerza la Carta de Ottawa, pero enfatiza la importancia de la responsabilidad social en la salud, expandiendo en número de colaboradores para la salud, incrementando la capacidad de la comunidad y empoderando a los individuos, y asegurando la infraestructura para la salud.

1997.- Declaración de Luxemburgo sobre La Promoción de la Salud En los Ambientes De trabajo de la Unión Europea.³⁴ Mientras cada región de la OMS a estado activa de alguna manera en relación a la salud de los trabajadores (ver capítulo 3), la actividad política de los países europeos, relacionadas a crear la Unión Europea, ha acelerado su habilidad para trabajar juntos en ciertos temas. La Red Europea para la Promoción de la Salud en el Ambiente De trabajo, se formó en 1996 y en una convención celebrada en Luxemburgo al año siguiente, aprobaron esta declaración, la cual reporta el consenso acerca de la definición de Promoción de la Salud en el Ambiente De trabajo (WHP por sus siglas en inglés). Ellos definieron la WHP como “*Los esfuerzos combinados de inversionistas, empleados y sociedad para mejorar la salud y el bienestar de la personas en el trabajo. Esto*

puede alcanzarse mediante la combinación de: mejorar la organización del trabajo, el ambiente de trabajo; promover la participación activa, alentar el desarrollo personal”. El texto subsecuente deja claro que la promoción de la salud en el ambiente de trabajo incluye las mejoras en el ambiente de trabajo tanto físico como psicosocial, así como el desarrollo personal de los trabajadores respecto a su propia salud, o la promoción tradicional de la salud.

1998.- Memorandum Cardiff sobre WHP en Pequeñas y Medianas Empresas.³⁵ La red europea para la WHP siguiendo la Declaración de Luxemburgo, adoptó este memorandum que enfatiza la importancia de las PyMEs en la economía, y destaca las diferencias y dificultades para la implementación de la PSET (psel) en las PyMEs. El memorandum señala prioridades para la aplicación del PSET (psel) en las PyMEs.

1998.- Resolución 51.12 de la Asamblea Mundial de la Salud.³⁶ La 51ª Asamblea Mundial de la Salud firmó una resolución (51.12) sobre promoción de la salud adhiriéndose a la Declaración de Yakarta y haciendo un llamado al Director General de la OMS para que “aumente la capacidad de la organización y a los estados miembros a promover el desarrollo de ciudades, islas, comunidades locales, mercados, escuelas y **espacios de trabajo** promotores de la salud y servicios de salud en general”.

2002.- Declaración de Barcelona sobre “El Desarrollo en Europa de Buenas Prácticas para Un Espacio de Trabajo Saludable.³⁷ Esta declaración, dando seguimiento a la 3ª Conferencia Europea sobre PSEL, Destaca: “**no hay salud pública sin una buena salud en el espacio de trabajo**”. Y va más allá al sugerir que el mundo de trabajo puede ser el único y más poderoso determinante social para la salud. También subraya el fuerte interés de las empresas por la PSEL. Un mensaje muy claro es la importancia del trabajo conjunto de los sectores público y de la salud y seguridad ocupacional, en la promoción de la salud en el ambiente de trabajo.

2003.- Estrategia Global para la Seguridad y Salud Ocupacional.³⁸ En su 91ª conferencia anual, la Organización Internacional del

Trabajo, aprobó esta estrategia global acerca de la prevención de accidentes y enfermedades ocupacionales. Se resaltó la importancia de usar un sistema de manejo de salud y seguridad ocupacional con el enfoque de mejora continua, como era la necesidad, al igual que se generó un compromiso para tomar en cuenta los factores específicos de género en el contexto de los lineamientos de la salud y seguridad ocupacional.

2005.- Acuerdo de Bangkok para la Promoción de la Salud En un Mundo Globalizado.³⁹ Este segundo acuerdo fue firmado después de la Sexta Conferencia Global sobre Promoción de la Salud. Aún cuando es notable por diferentes razones una de ellas, la más significativa es el compromiso de hacer de la promoción de la salud “un requisito para las buenas prácticas corporativas”. Por la primera vez se reconoce explícitamente que las corporaciones y/o inversionistas deben practicar la promoción de la salud en el espacio de trabajo. También señala que los hombres y las mujeres se ven afectados de diferente manera, y estas diferencias representan retos para crear espacios de trabajo saludables para todos los trabajadores.

2006.- Declaración de Stresa sobre la Salud de los Trabajadores.⁴⁰ Los participantes de la 7ª Reunión de Centros Colaboradores en Salud Ocupacional de la OMS, en Stresa, Italia, en 2006 aprobaron esta declaración que expresa el apoyo hacia el esquema del Plan Global de Acción para la Salud de los Trabajadores. Específicamente señala que *“Existe un creciente evidencia de que la salud de los trabajadores esta determinada no solo por los riesgos tradicionales y emergentes de la salud ocupacional, sino también por las desigualdades sociales como nivel de empleo, ingreso, género y raza, así como las conductas referentes a la salud y el acceso a los servicios de salud. Por lo tanto el consiguiente mejoramiento de la salud de los trabajadores, requiere un enfoque holístico que combine la seguridad y salud ocupacionales con la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud y la contención de determinantes sociales de la salud y llegar a las familias y comunidades de los trabajadores”*.

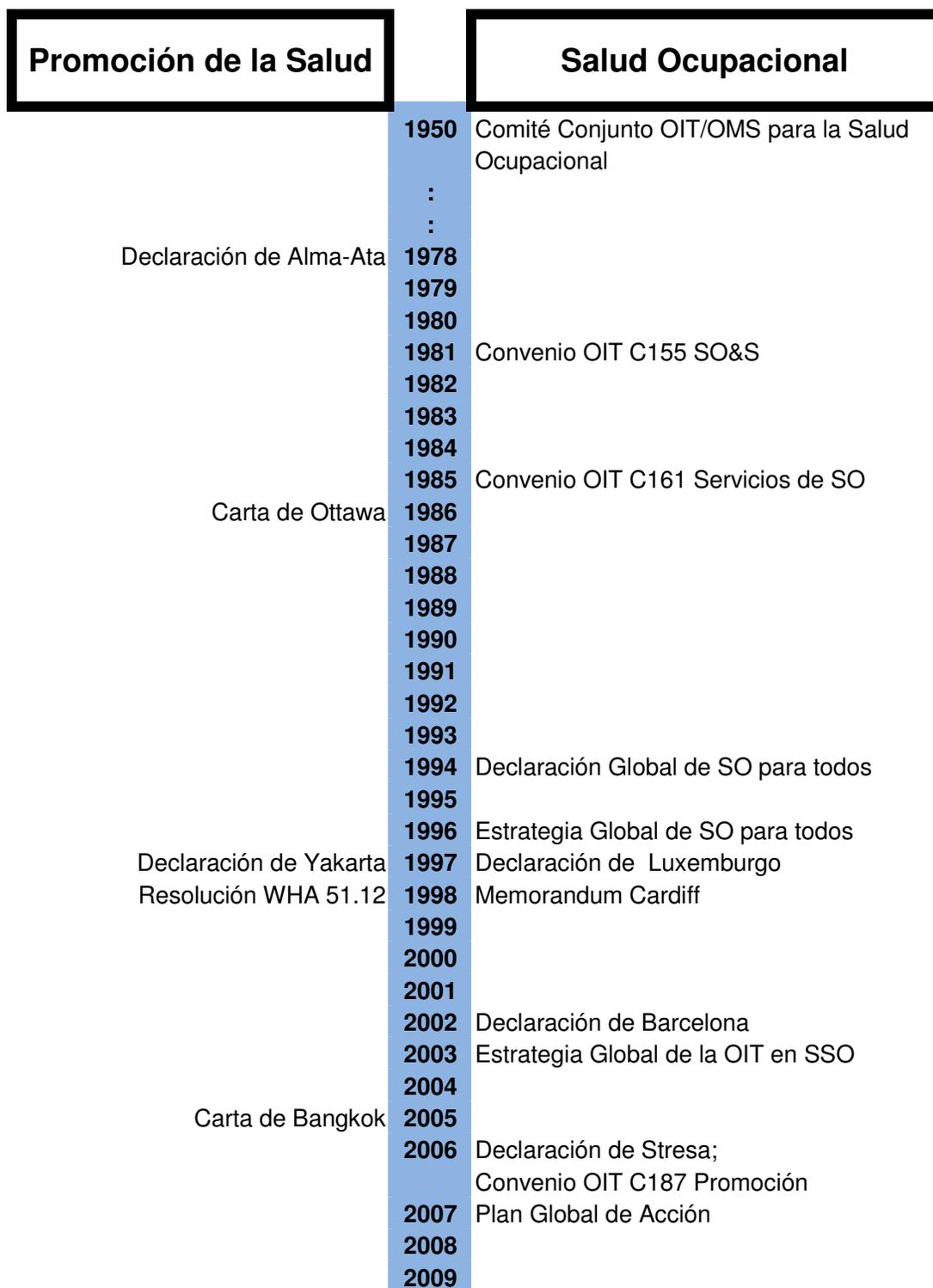
2006.- Convenio de la OIT No. 187.⁴¹ Este Esquema Promocional para la Convención sobre Salud y Seguridad Ocupacional, fue aprobado en la 95ª sesión de la OIT en 2006. Diseñado para reforzar las convenciones previas, expresamente urge a los estados miembros a promover un

abordaje de salud y seguridad ocupacional en los sistemas de administración, con una mejora continua en la salud y seguridad ocupacional, implementar una política nacional y promover una cultura nacional de prevención en salud y seguridad.

2007.- Plan Global de Acción para la Salud de los Trabajadores: Como se hizo notar en el primer capítulo, este documento crucial operacionalizó la Estrategia Global de Salud Ocupacional para Todos, de 1995, aportando objetivos claros y áreas de prioridad para la acción.

La figura 2.1 muestra de manera paralela, las dos líneas de tiempo en la promoción de la salud y la salud ocupacional. Como se mencionó anteriormente, el traslape entre los dos dominios ha venido creciendo al paso del tiempo. Ahora “Salud Ocupacional” incluye no solamente la protección a la salud sino también la promoción de la salud; y “Promoción de la Salud” debe entenderse como una actividad que debe incluir la existencia de un ambiente de trabajo diseñado para su implementación.

Figura 2.1 Línea de tiempo de la evolución global de la Salud en el Espacio de Trabajo.



Capítulo 3: ¿Qué es un Entorno Laboral Saludable?

A. Definiciones Generales

Cualquier definición de Entorno de Trabajo Saludable, debe ajustarse a la definición de salud de la OMS: *“Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la simple ausencia de la enfermedad.”*⁴². Las definiciones de entorno de trabajo saludable han evolucionado enormemente durante las últimas décadas. Desde un casi exclusivo enfoque sobre el ambiente físico de trabajo (en el esquema tradicional de la salud y seguridad ocupacionales, que consideran los riesgos físicos, químicos, biológicos y ergonómicos), la definición se ha ampliado hasta incluir hábitos de salud (estilos de vida); factores psicosociales (organización del trabajo y cultura de trabajo); y establecer nexos con la comunidad, y todo lo que pueda tener un profundo efecto en la salud del empleado.

La Oficina Regional del Pacífico Oeste de la OMS define un entorno de trabajo saludable de la siguiente manera:

*“Un Entorno de Trabajo Saludable, es un lugar donde todos trabajan unidos para alcanzar un visión conjunta de salud y bienestar para los trabajadores y la comunidad. Esto proporciona a todos los miembros de la fuerza de trabajo, condiciones físicas, psicológicas, sociales y organizacionales que protegen y promueven la salud y la seguridad. Esto permite a los jefes y trabajadores tener cada vez mayor control sobre su propia salud, mejorarla y ser más energéticos, positivos y felices.”*⁴³

El Instituto Nacional Americano para la Salud y Seguridad Ocupacionales (NIOSH) tiene una Iniciativa para la Vida De trabajo, que *“Tiene la visión de que existan espacios de trabajo libres de peligros previamente reconocidos, con políticas sustentables, programas y prácticas de promoción de la salud; y empleados con franco acceso a programas y servicios efectivos que protejan su salud, seguridad y bienestar.”*⁴⁴

Escribiendo para la revista Health Canadá, GS Lowe, hace una diferencia entre “Entorno de Trabajo Saludable” y “Organización Saludable”. Él ve el término entorno de trabajo saludable como un énfasis en el bienestar físico y mental de los trabajadores, mientras que una organización saludable considera “... supeditar la salud y el bienestar del trabajador a la manera en que la organización opera para lograr sus objetivos estratégicos.”⁴⁵

Grawitch et al., hacen notar que la definición de entorno de trabajo saludable depende del mensajero. Ellos establecen que los institutos para la familia y el trabajo consideran que la clave para un entorno de trabajo saludable está en la introducción de intervenciones efectivas para el balance vida-trabajo; el Instituto para la Salud y la Administración de la Productividad, enfatiza el rol de los programas de salud como programas dirigidos a riesgos físicos específicos para los empleados; y la revista Fortuna, con su lista de los 100 mejores lugares para trabajar, enfatiza el rol de la cultura organizacional, y utiliza la tasa de crecimiento de la compañía y su desempeño regular como indicadores secundarios de eficiencia.⁴⁶

Un tema que se retoma en muchos artículos y publicaciones sobre entornos laborales saludables, es el concepto de inclusividad o diversidad. La discusión puede tomar diferentes facetas —etnias,⁴⁷ género,⁴⁸ discapacidad⁴⁹— pero el concepto es el mismo: Un entorno de trabajo saludable debe proporcionar un ambiente abierto de accesibilidad y aceptación para personas de diferente sustrato, origen, capacidades y habilidades. También debe asegurar que se minimicen o eliminen las disparidades entre grupos de trabajadores o las dificultades que afecten a grupos específicos.

Benach, Muntaner y Santana, al escribir para la Red de Investigadores sobre las Condiciones de Empleo, introdujeron el concepto de “empleo justo” para complementar el concepto de trabajo decente de la OIT.⁵⁰ Ellos definen el empleo justo como aquel en el que existe una justa

relación entre empleados e inversionistas la cual presenta ciertas características tales como:

- Libre de coacción.
- Seguridad laboral en cuanto al contrato y la protección.
- Ingreso justo.
- Protección al trabajo y beneficios sociales.
- Respeto y dignidad en el trabajo; y
- Participación en el ambiente de trabajo.

El concepto de trabajo decente de la OIT y esta definición de empleo justo embonan en los principios que promueven la comunidad global. Estos principios conectan la ética de los negocios con los derechos humanos, estándares de trabajo, protección al medio ambiente y protección contra la corrupción.⁵¹

B. La definición de Entorno Laboral Saludable de la OMS

Existen tres elementos claros dentro de esta pequeña muestra de definiciones de entorno de trabajo saludable, y que aparecen también en otras definiciones que se encuentran en la literatura publicada:

1. La salud del empleado se incorpora generalmente a la definición de salud (física, mental y social) de la OMS y va más allá de la ausencia de afectación física;
2. Un entorno de trabajo saludable, en el sentido extenso del término es también una organización próspera desde el punto de vista de su funcionamiento y de cómo consigue sus objetivos. La salud de la empresa y la del empleado están estrechamente vinculadas.
1. Un entorno de trabajo saludable debe incluir *protección* a la salud y *promoción* de la salud.*

Las discusiones con profesionales en el diseño de entornos laborales saludables, a nivel global,

* Para definiciones de estos términos, ver anexo 2, Glosario, o para una discusión minuciosa de las diferencias entre estos términos y sus áreas de confluencia, consulte el documento de Madi HH y Hussain SJ. Promoción y Protección de la Salud: Evolución de la Promoción a la Salud: ¿Un Concepto Aislado o Basado en la Atención Primaria a la Salud? *Eastern Mediterranean Health Journal* 2008, 14 (Suplemento): S15-S22 http://www.emro.who.int/publications/emhj/14_S1/Index.htm accesado el 17 de Julio de 2009.

también indican que existe un importante vínculo y una oportunidad para la interacción entre el espacio de trabajo y la comunidad. Como resultado de una extensa consulta con expertos en este campo y también tomando referencias de La Declaración de Yakarta, La Declaración de Stresa, El Plan Global Compacto y El Plan Global de Acción para La Salud de los Trabajadores, las interacciones con la comunidad en lo subsecuente serán consideradas en este documento como un componente a tener en mente cuando se hagan esfuerzos para crear ambientes de trabajo saludables y trabajadores sanos. Esto es especialmente importante en los países en desarrollo y en pequeñas y medianas empresas (PyMES), donde los recursos limitados (o la falta de ellos) tienen un significativo impacto en la salud de los trabajadores.

Basados en estas consideraciones, lo que sigue se propone como una definición de Entorno de Trabajo Saludable de la OMS

Un entorno de trabajo saludable es aquel en el que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo en base a los siguientes indicadores:

- *La salud y la seguridad concernientes al espacio físico de trabajo.*
- *La salud, la seguridad y el bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo incluyendo la organización del mismo y la cultura del ambiente de trabajo.*
- *Los recursos de salud personales en el espacio de trabajo, y*
- *Las formas en que la comunidad busca mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y de otros miembros de la comunidad.*

Esta definición pretende dirigirse a la prevención primaria, esto es, prevenir que sucedan accidentes o enfermedades. De cualquier modo, la prevención secundaria y terciaria debe incluirse en los servicios de salud ocupacional de la empresa bajo el rubro de “recursos personales de salud” cuando no este disponibles en la comunidad. Adicionalmente se entiende que se debe crear un ambiente de trabajo que no cause recaídas o nuevos accidentes cuando alguien regresa a trabajar después de estar incapacitado por lesiones o enfermedades, sean estas relacionados a no al trabajo. Finalmente se entiende que deben ser

ambientes que acepten y apoyen a los trabajadores de edad avanzada o a los que padecen enfermedades crónicas o discapacidades.

En los capítulos subsecuentes proporcionaremos la evidencia y el contexto para esta definición y concluiremos en el capítulo 9 sugiriendo un modelo que extenderemos en cuanto a contenido y procesos para que puede ser implementado en las empresas.

C. Aproximaciones Regionales a Los Entornos Laborales Saludables.

Las seis regiones de la OMS han interpretado el concepto de Entornos Laborales Saludables en diferentes maneras, como exponemos a continuación.

1 Oficina Regional de África (AFRO). En el año 2000 comenzó un esfuerzo conjunto de la OMS/ OIT por la salud ocupacional y seguridad en África, junto con otros participantes (OMS, OIT, EU, USA, ICOH) con el propósito de intercambiar información, infraestructura y políticas y legislación en el área de la salud y seguridad de los trabajadores. Las primeras iniciativas, incluían entrenamiento sobre pesticidas, la economía informal y la creación de una página web. Un importante factor para el éxito fue la firma de una carta de soporte por parte de los Directores Regionales de la AFRO, EMRO y los Directores Regionales para África por parte de la OIT.⁵²

En 2005 se celebró en Berlín un encuentro internacional para revisar el estatus de la salud ocupacional y seguridad en África.⁵³ En respuesta a los estímulos de la colaboración OMS/OIT, muchas naciones africanas se encuentran en el proceso de formulación de políticas y planeación de estrategias nacionales. Las barreras para desarrollar e implementar políticas consistentes y satisfactorias, así como servicios, fueron: El insuficiente nivel de colaboración entre Ministros de Salud y Trabajo, inadecuados recursos humanos, políticas débiles, falta de servicios esenciales preventivos y curativos y presupuestos insuficientes. Algunos países buscaban programas que hubieran sido exitosamente implementados en

las Regiones de Pacífico Oeste y el Suroeste de Asia (lo que se discutirá más a detalle, en la sección Pacífico Oeste, más adelante) registrados como los programas: WISE (Mejoramiento del Trabajo en Pequeñas Empresas)⁵⁴ y WIND (Mejoramiento del Trabajo en el Desarrollo Comunitario)⁵⁵ promovidos por la OIT.

Los participantes en este encuentro, provenientes de ocho países africanos, estuvieron de acuerdo en que se requería un Plan Regional de Acción en lo referente a salud y seguridad ocupacional.

"Un entorno laboral saludable es un espacio de trabajo que mejora la salud, en el sentido amplio, y que mira a los determinantes de la salud de manera amplia, en lugar de mirar limitadamente a los asuntos tradicionales de la salud y seguridad ocupacionales. Y todo esto se extiende igualmente hacia la comunidad, ocupándose de las familias y comunidades que proveen los trabajadores, y en nuestro país tenemos asuntos impotentes tales como el VIH."

Entrevista #15. Sudáfrica. Médico. SO

Existe un programa y estrategia Regional de Promoción de la Salud.⁵⁶ Dado que el área de promoción de la salud está enfocada principalmente a las secuelas, no existe todavía una línea de acción relacionada a los entornos laborales. En general hasta la fecha los esfuerzos dirigidos a los ambientes de trabajo en la Región de África, están encaminados a los riesgos físicos y el espacio físico de trabajo, incluyendo algunos temas de seguridad y salud ocupacional tradicionales.

En 2009, una encuesta global a grandes inversionistas, realizada por Buck Consultores,

encontró que entre los encuestados africanos (principalmente de Sudáfrica), el 32% proporcionaba alguna forma de “bienestar” o programas de promoción a la salud a sus empleados, lo que es un porcentaje mucho más bajo que el registrado en otras partes del mundo. El programa más común registrado entre estos inversionistas fue el de monitoreos biométricos (en el 82% de los encuestados) y el menos común fue el de soporte a enfermos (26%). El 56% de los encuestados aseguró proporcionar servicios médicos en el espacio de trabajo.⁵⁷

2. Oficina Regional de las Américas (AMRO)

La Organización Panamericana de la Salud (PAHO) funciona como la Oficina Regional de la OMS para América. En 2001, la AMRO desarrolló y publicó un Plan Regional sobre la Salud de los Trabajadores.⁵⁸ Este documento delineaba el esquema de mejora de la salud de los trabajadores en América, especialmente. El objetivo del Plan Regional, a semejanza del Plan Global para la Salud de los Trabajadores, anima a los estados miembros a tomar acciones respecto a los factores físicos, químicos, biológicos y psicosociales, así como los factores organizacionales y procesos de producción peligrosos que pueden tener un efecto adverso sobre la salud del trabajador tanto en el sector formal como en el informal. Los valores de excelencia, equidad, solidaridad, respeto e integridad se subrayan en este plan regional, así como las “tres P” de prevención, promoción y protección de los trabajadores.

Las prioridades de este Plan Regional incluyen:

- Reforzamiento de las capacidades de los países para anticipar, identificar, evaluar y controlar o eliminar riesgos y peligros en el ambiente de trabajo.
- Promover la actualización de la legislación y regulaciones sobre la salud de los trabajadores y el establecimiento de programas para mejorar la calidad de los ambientes de trabajo.
- Destacar programas de promoción a la salud y prevención de enfermedades en la salud ocupacional y proporcionar mejores servicios de salud para la población trabajadora.

La AMRO apoya y facilita muchas iniciativas a nivel regional relacionadas con la optimización

de la salud de los trabajadores, y actualmente han incluido proyectos que se avocan a:⁵⁹

- La salud de los trabajadores de la salud (atendiendo la transmisión de elementos patógenos a través de la sangre y otras enfermedades transmisibles, incluyendo la influenza pandémica H1N1/09)
- Eliminación de la Silicosis
- Eliminación de la Asbestosis
- Prevención y control del cáncer ocupacional y medio ambiental.

Los detalles acerca de las actividades de la AMRO en esta área están disponibles en el sitio web de la PAHO dedicado específicamente a la salud de los trabajadores. Su finalidad es “diseminar información precisa y detallada a cualquiera que se interese por la salud de los trabajadores en América.”⁶⁰

AMRO tiene una fuerte colaboración con la Colaboración Cochrane, particularmente con la sección de salud ocupacional. (Se discutirá más acerca de la Colaboración Cochrane en el capítulo 5.)

Adicionalmente a lo que hace la AMRO a nivel regional, los países han abordado de manera individual estas problemáticas de varias maneras. Estados Unidos y Canadá presentan variaciones considerables en el abordaje de los Entornos Laborales Saludables, esto quizás debido en parte a sus sistemas de atención primaria a la salud, tan diferentes.

Estados Unidos: En los Estados Unidos, donde existe cierta inequidad en el acceso a los servicios primarios de salud, los inversionistas han tomado un rol significativo al pagar servicios de cuidados a la salud o seguros de salud para sus trabajadores. Adicionalmente a la naturaleza controversial de la medicina americana, muchos doctores temerosos de los pleitos legales, practican la “medicina defensiva”, lo que eleva los costos de los cuidados a la salud de una manera dramática.⁶¹ Es a partir de esto que los inversionistas han reconocido el alto costo de la salud precaria y las enfermedades crónicas entre sus empleados.

La reciente encuesta Buck, mencionada anteriormente, encontró que la razón número uno para proporcionar programas de salud a los

empleados en las compañías americanas, era “reducir los costos de los seguros y la atención a la salud”. Otras partes del mundo en cambio, citan como razón número uno, mejorar la salud o la moral del trabajador y reducir el absentismo o el presentismo.⁶²

Es posible que por esta razón los esfuerzos en América por lograr ambientes de trabajo saludables, se hayan enfocado en dos áreas:

- Salud y Seguridad Ocupacional Tradicional, Atendiendo al espacio físico del trabajo. Esto, en respuesta a la fuerte labor de legislación y el refuerzo de la misma a través de la Administración de Salud y Seguridad Ocupacional (OSHA).
- Promoción de ambientes de trabajo saludables, en el sentido estricto* de impulsar a los empleados a adoptar estilos de vida saludables de manera individual, para reducir de esa manera los costos de cuidado a la salud que los inversionistas deben costear.

La muy reconocida entrega del Premio al Logro Corporativo en materia de Salud, promovido por el Colegio Americano de Medicina Ocupacional y Medioambiental otorga prestigiosos reconocimientos a las organizaciones que cumplen con los criterios de ambientes de trabajo saludables. Estos criterios se basan principalmente en dos áreas: Salud y Seguridad Físicas y Promoción de la Salud.⁶³

En 2009 el Colegio Americano de Medicina del Deporte reconoció como afiliada, a la Asociación Internacional para la Promoción de la Salud en el lugar de trabajo.⁶⁴ Esta organización promueve el adelanto en conceptos relacionados a la mejora de la salud individual dentro de las empresas.

La reciente Encuesta Global, referida anteriormente, encontró que entre los participantes americanos la mayoría otorgaban alguna forma de promoción del “estar bien” o de la salud para sus empleados. El programa más

común fue el de inmunizaciones/esterilización (en el 89% de los participantes) y el menos común fue un programa de trabajo en ciclos (13%). El 25% de los encuestados daban facilidades médicas en el espacio de trabajo.⁶⁵ El sector salud en América representa una excepción en el abordaje nacional. En años recientes han comprendido la importancia de los factores psicosociales, la cultura organizacional y la organización del trabajo y han establecido criterios para incluir estas áreas de forma que aseguren un ambiente de trabajo saludable para enfermeras y otros profesionales en la atención a la salud.⁶⁶ Y desde 1980, a un grupo de hospitales americanos, que tuvieron éxito en reclutar y retener enfermeras durante un período nacional de escasez de personal de enfermería, se les conoce como “Hospitales Magneto”. Las características de estos hospitales fueron posteriormente formalizadas por el Centro Nacional Americano de Credencialización de Enfermeras para crear el programa de reconocimiento Magneto para los hospitales. Estas características incluyen muchos temas relacionados a la organización del trabajo y el ambiente psicosocial del trabajo.⁶⁷

La NIOSH desde hace algún tiempo ha promovido un abordaje más integral de la salud en el ambiente de trabajo. En general, las empresas americanas han cambiado gradualmente hacia un abordaje más holístico.

* El término “estRICTo” se utiliza para evitar confusiones con la definición más amplia utilizada por la ENWHP, descrita más adelante, en la sección correspondiente a la Región Europea.

"Creo que un espacio laboral saludable, representa un espacio de trabajo donde el daño y padecimiento físico, así como el daño y padecimiento mental, son manejados y reducidos. Considero que también incorpora un tercer elemento, y este es el componente de bienestar de ambas partes en el ambiente de trabajo, por lo tanto ¿qué estamos haciendo para ayudar a los empleados a alcanzar el estilo de vida que podría ser el más benéfico para su salud?."

Entrevista #3, Canadá, Especialista en SSO

Canadá. Canadá ha tomado un abordaje diferente. En los setentas, Health Canadá desarrolló un modelo más integral llamado el Sistema de Salud en el Espacio de Trabajo, que proponía un abordaje de tres ramas para los espacios laborales saludables.⁶⁸ Este abordaje incluía tres "avenidas de influencia" por las cuales el empleador podría influenciar sobre la salud y bienestar del trabajador: el ambiente físico y psicosocial del trabajo, los recursos personales de salud y las prácticas personales de salud. Este modelo fue modificado subsecuentemente y adoptado por El Instituto Nacional de la Calidad, para formar las bases para El Premio Canadiense a la Excelencia, Espacio de Trabajo Saludable.⁶⁹ La IAPA (La Asociación para la Prevención de Accidentes Industriales), un centro colaborador de la OMS en Canadá en materia de salud ocupacional, jugó un rol de liderazgo facilitando encuentros de los tres Ministerios de Ontario (salud, trabajo y promoción a la salud), y de otros inversionistas canadienses, durante los cuales todos estuvieron de acuerdo en promover un modelo similar para todos sus miembros y clientes.^{70,71} Este modelo se ha divulgado en varias publicaciones de la IAPA.^{72,73} Las tres avenidas, por acuerdo general comprenden actualmente la seguridad y salud ocupacional, la cultura organizacional y los recursos personales en salud.

Tanto en Canadá como en los Estados Unidos, la Asociación Americana de Psicología ha desarrollado en años recientes la implementación de los premios Ambientes De trabajo Psicológicamente Saludables, los cuales se basan principalmente en el ambiente psicosocial de trabajo (incluyendo la cultura organizacional y la organización del trabajo). Sus criterios principales para designar un espacio de trabajo saludable se encuentran en cinco áreas clave: participación de los empleados, balance familia-trabajo, desarrollo y crecimiento del empleado, salud y seguridad y reconocimiento al empleado.⁷⁴

La encuesta Buck, realizada a un considerable número de inversionistas, encontró que entre los encuestados canadienses, la mayoría proporcionaba alguna forma de "bienestar" o programa de promoción a la salud a sus empleados. El programa más común fue el inmunizaciones/esterilización (en el 81% de los participantes) y el menos común fue el de conserjería personal en salud (4%). Las facilidades médicas en el ambiente de trabajo, fueron proporcionadas por el 17% de los encuestados.⁷⁵

Brasil: Brasil ha tomado uno de los abordajes más integrales a la salud del trabajador en AMRO. El SESI (Servicio Social para la Industria), un centro colaborador en salud ocupacional de la OMS trabaja con la industria brasileña en veintisiete estados para ayudar a reducir los accidentes y enfermedades ocupacionales, y mejorar el estilo de vida de los trabajadores mediante actividades de esparcimiento. Ellos hacen esto mediante entrenamiento, consultoría y servicio médico directo para los trabajadores. Adicionalmente, el SESI colabora con otros países latinoamericanos en la atención a problemáticas de salud mental, particularmente el abuso de drogas y el alcohol entre los trabajadores.⁷⁶ Aparte del SESI, Brasil cuenta con la ABQV (Asociación Brasileña de Calidad de Vida). Esta es una organización no lucrativa a nivel nacional que facilita la integración de empresas públicas y privadas, comunidades y profesionales de la

salud en todo el país, con el propósito de animar y apoyar a las organizaciones para que implementen intervenciones de calidad de vida y bienestar para sus empleados.⁷⁷

Una encuesta global reciente a grandes inversionistas encontró que entre los encuestados latinoamericanos (principalmente Brasil), el 44% proveía de alguna forma de bienestar o programa de promoción a la salud para sus empleados. El programa más común fue el de inmunizaciones/esterilización (en el 73% de los participantes) y el menos común fue el de trabajo por ciclos (5%). Las facilidades médicas en el ambiente de trabajo fueron proporcionadas por el 59% de los encuestados.⁷⁸

3. Oficina Regional del Mediterráneo Este (EMRO)

En 2005 se llevó a cabo una conferencia a la que acudieron 16 países en la región de la OMS en el Mediterráneo Este, para discutir el estatus de los servicios de salud ocupacional en la región.⁷⁹ Se estuvo de acuerdo entre los estados miembros de que los sistemas de servicios de atención primaria a la salud eran los mejor posicionados para proporcionar servicios de salud ocupacional. Se hizo notar que la mayoría de los países estaban haciendo progresos para proveer servicios de salud ocupacional básica dentro de los sistemas de atención primaria a la salud, pero existían grandes diferencias entre países. Además, el enfoque de los servicios proporcionados es más bien curativo o de prevención terciaria. Los estados miembros identificaron algunas barreras para mejorar la cobertura de los servicios en salud ocupacional tales como falta de legislación, falta de estándares y expertos, falta de coordinación (y algunas veces conflicto) entre las autoridades correspondientes (más notable aun entre Ministros del Trabajo y de la Salud), falta de participación de las organizaciones de inversionistas y de ONGS, insuficientes recursos humanos y financieros y falta de programas educacionales para desarrollar expertos.

En respuesta al Plan Global de Acción, se organizó un taller regional en mayo de 2008 para desarrollar estrategias nacionales y planes de acción para la salud de los trabajadores. El

resultado más importante de este taller fue la adopción del esquema regional para la implementación del GPA (Plan Global de Acción) sugerido para el período 2008-2012, que subraya la importancia de la adopción de las iniciativas para la creación de entornos laborales saludables, como una de las principales directivas estratégicas. La Tercera Conferencia Árabe sobre Salud y Seguridad Ocupacionales, organizada por la Organización Árabe del Trabajo, en noviembre de 2008, adoptó oficialmente la iniciativa para los entornos laborales saludables de manera oficial en la Declaración de Manama, basado en los esfuerzos de la OMS.⁸⁰

En 2008, la Región publicó una estrategia de promoción de la salud para el Mediterráneo Este para los años 2006 – 2013. Dado que establece el soporte general para la promoción de la salud, no está ligado específicamente con la promoción de la salud en el espacio de trabajo.⁸¹

En 2009 los Ministros de Salud del Consejo de Cooperación del Golfo (GCC), lanzó La Estrategia del Golfo para la Salud y Seguridad Ocupacionales la cual adopta la iniciativa para la conformación de entornos laborales saludables.

Algunos países se han adherido a la creación de entornos laborales saludables de manera individual. Omán, desde 2007 ha sido un pionero en la EMRO, como lo demuestra por su cooperación al facilitar la creación de entornos laborales saludables en la mayoría de compañías que trabajan en dicho país.

Comenzando en 1994, Pakistán fue parte de un programa basado en la OIT cuyo acrónimo fue POSITVE (Iniciativa de las Uniones Obreras para las Mejoras en la Seguridad Orientadas a la Participación), la cual fue muy efectiva en reducir factores de riesgos y accidentes en el Ambiente de trabajo.⁸²

Como en la Región África, las prioridades en el lugar de trabajo en ese tiempo tenían que ver con el ambiente físico, para eliminar o controlar peligros para la salud y seguridad físicas. El

sector informal, la cuestión de género y las pequeñas empresas fueron consideradas como las principales preocupaciones. Un abordaje único ha sido implementado en la región a través de la publicación de una serie de folletos sobre “Educación para la salud a través de la religión”, los cuales tratan acerca de la promoción de la salud, atención primaria, protección ambiental y otros tópicos relacionados con la salud en el contexto de la Ley Islámica.⁸³

"Yo veo un espacio laboral saludable como un concepto amplio que mejorará la salud de los trabajadores, no solo de manera directa en el lugar de trabajo, sino utilizando el espacio de trabajo como un excelente punto de contacto con la salud -la salud personal - para acercarlos y promover estilos de vida saludables."

Entrevista #1 Fainta Profesional en SSO

4. Oficina Regional de Europa (EURO).

La Región Europea tiene uno de los abordajes más integral, rico en recursos y sofisticado, aunque no siempre unificado, hacia los entornos laborales saludables. Muchos estados miembros son conocidos a nivel global por sus avances en esta área y sirven de modelo a otro. Los centros colaboradores en Salud Ocupacional de la OMS en esta región dan regularmente asesoría a las otras regiones. La Unión Europea ha proporcionado un foro unificador para facilitar el desarrollo de definiciones, abordajes y estándares de extinción regional. De cualquier modo, desde que los países en la región se han estado integrando a la Unión Europea, a través de los años, la diferencia entre los primeros miembros y los más recientes estas emergiendo y continúan desafiando la consistencia de los abordajes en la región.

Existen numerosos grupos y redes de países europeos, empresas e instituciones que se ocupan de la salud en el Ambiente de trabajo:

- Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades de la Comisión Europea⁸⁴
- Empresas por la Salud.⁸⁵
- Agencia Europea Para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, EU-OSHA (auspiciada por la UE)⁸⁶
- Red Europea de Educación y Capacitación en Seguridad y Salud Ocupacionales (ENETOSH)⁸⁷
- Red Europea Para la Promoción de la Salud en el Ambiente de Trabajo (ENWHP)⁸⁸
- Red Europea de Organizaciones Profesionales de Seguridad y Salud (ENSHPO)⁸⁹
- Red Europea de Centros Colaboradores para la Salud Ocupacional de la OMS⁹⁰
- Red Europea de Puntos Focales en la Salud de los Trabajadores a Nivel Nacional⁹¹
- Eurosafe: Asociación Europea para la Prevención de Accidentes y Promoción de la Seguridad⁹²
- Federación de Sociedades Europeas de Ergonomía (FEES)⁹³
- Federación de Enfermeras en Salud Ocupacional en la Unión Europea (FOHNEU)⁹⁴

Dado que cada uno de estos grupos o redes tiene su propio giro y énfasis, en total logran un enfoque muy integral. Algunos tratan sobre los aspectos más tradicionales de la salud ocupacional y la seguridad, atendiendo riesgos físicos, químicos, biológicos, ergonómicos y mecánicos. Otros se enfocan más al ambiente psicosocial y la cultura organizacional, pero todos ellos tienen una fuerte conexión entre ellos, la salud de los empleados, de la salud de la empresa y la salud de la comunidad. Por ejemplo, la ENWHP, ha definido la promoción de la salud en el ambiente de trabajo como: “La combinación de esfuerzos de inversionistas, empleados y sociedad para mejorar la salud y bienestar de las personas en el trabajo. Esto se logra mediante la combinación de:

- *Mejorar la organización del trabajo y en ambiente de trabajo.*
- *Promover la participación activa de los empleados en actividades de salud.*
- *Promover el desarrollo personal*⁹⁵

Esto nos lleva a decir que las actividades de promoción de la salud en el ambiente de trabajo incluyen la responsabilidad social de la empresa, estilos de vida, salud mental y estrés y cultura corporativa, incluyendo liderazgo y desarrollo de equipos de trabajo.

La encuesta Buck del 2009 a grandes inversionistas encontró que entre los encuestados europeos, el 42% proporciona algún programa de promoción a la salud o bienestar a sus empleados. El programa más común fue el de proporcionar membresías para gimnasio/fitness (71% de los encuestados) y el menos común fue el de colocar máquinas expendedoras de comida saludable (15%). Las facilidades médicas en el ambiente de trabajo fueron proporcionadas por el 54% de los encuestados.⁹⁶

5. Oficina Regional para el Sureste de Asia (SEARO)

Se estableció una Estrategia Regional para la Salud Ocupacional y Medioambiental, luego que la Oficina Regional de la OMS para el Sureste de Asia notó en 2002, que esta región tenía la más alta tasa regional de enfermedades atribuibles a factores de riesgo ocupacionales.

"Para asegurar que los trabajadores regresen a casa tan sanos y seguros como llegaron a su trabajo, los trabajadores no deberían enfrentar riesgos. Desde los químicos y físicos, hasta los Psicosociales, el acoso y otros. Lo más importante es el control de riesgos en el trabajo."
Entrevista #23, Alemania, SO

Estos factores incluían accidentes de trabajo, exposición de trabajo a factores ergonómicos y cancerígenos, polvos y ruido.⁹⁷ La Estrategia Regional esta dirigida a desarrollar políticas

nacionales y planes de acción, con especial énfasis en sector informal. Se hace hincapié en proporcionar servicios de salud ocupacional básicos, a través de la conexión con el sistema de atención primaria a la salud.

"Con frecuencia se ve al Ambiente de Trabajo Saludable como un medio muy controlador y también con frecuencia como un ambiente donde los riesgos están controlados, se llevan a cabo inspecciones y se previenen accidentes.

Pero también existe otra forma de entenderlos la cual nos hace verlos como un ambiente de promoción a la salud en donde el ambiente de trabajo proporciona oportunidades para promover la salud y prevenir enfermedades"

Entrevista #13, India, Salud Pública

En 2005 la SEARO desarrolló por separado, una Estrategia Regional para la Promoción de la Salud, la cual confirmo en 2008. Esta estrategia, no refiere alguna especial conexión con los lugares de trabajo, a excepción de la relación establecida en los abordajes "por escenarios".⁹⁸

Existe cooperación interregional eventualmente, dado que algunos países de la SEARO (Nepal, Tailandia, Bangladesh), han participado en el programa POSITIVE de la EMRO (con Pakistán).⁹⁹ y en los programas WISE/WIND, organizados por la Región del Pacífico Oeste.¹⁰⁰

Algunos países han implementado de manera individual, iniciativas integrales de Entornos Laborales Saludables. Por ejemplo en 2007, la Oficina Nacional de la OMS en India, apoyo un estudio hecho por la Confederación de la Industria de la India, para estudiar y hacer recomendaciones para desarrollar Entornos Laborales Saludables en ese país.¹⁰¹ Uno de los mensajes claves en ese reporte es que la pertinencia de tener entornos laborales saludables debe establecerse en el contexto de la excelencia en los negocios, debido a la fuerte interconexión entre la salud del empleado y de la empresa. Otros mensajes fueron la

importancia de la participación de los trabajadores, la necesidad de la mejora continua con seguimientos de evaluación y medida, la importancia de incluir la promoción de la salud en el ambiente de trabajo, y la necesidad de la inversión social de las corporaciones en la comunidad.

6. Oficina Regional del Pacífico Oeste (WPRO)

Al ser una de la regiones con mayor diversidad étnica y económica, con una tercera parte de la población global, la Región de la OMS para el Pacífico Oeste tiene la oportunidad de tener un impacto significativo en la salud global. En 1999 esta región asumió un liderazgo al desarrollar una guía integral para la salud en el Ambiente de trabajo: *Lineamientos Regionales para el Desarrollo de Entornos Laborales Saludables*.¹⁰² Esta guía está basada en la definición de ambiente de Trabajo Saludable anotada en la primera página de este capítulo. Aquí se expande la definición para decir que:

Un Ambiente de Trabajo Saludable tiende a:

- *Crear un ambiente de trabajo sano, seguro y sustentable.*
- *Asegurar que la promoción y la protección a la salud pasen a formar parte integral de las tácticas administrativas.*
- *Destacar aquellos estilos de trabajo y de vida que conducen a la salud.*
- *Asegurar la participación total de la organización.*
- *Extender el impacto positivo hacia el medio ambiente y la comunidad que rodea a la empresa.*

La guía promueve cinco principios que deben estar incluidos dentro de un programa de Entornos Laborales Saludables:

1. **Integrador:** Debe incorporar intervenciones individuales y organizacionales que creen un Ambiente sano y seguro y un cambio conductual.
2. **Participativo y empoderador:** Los trabajadores de todos los niveles deben estar incluidos en la determinación de necesidades tanto como en la de las soluciones.
3. **Cooperación multisectorial y multidisciplinaria:** Para atender las

múltiples determinantes de la salud, se debe involucrar a un amplio rango de profesionales y sectores.

4. **Justicia social:** Todos los miembros del ambiente de trabajo deben ser incluidos en programas sin distinción de rango, género, grupo étnico o estatus de trabajo.
5. **Sustentabilidad:** Los cambios deben incorporarse a la cultura de Ambiente de trabajo y las prácticas administrativas, para poder mantenerse a través del tiempo.

Luego, las directrices continúan con el diseño de un proceso de mejora continua que debe seguirse al implementar el programa para asegurar su éxito y sustentabilidad. Se hacen sugerencias para las acciones a nivel nacional, provincial y local. Se señala un proceso de ocho pasos a seguir en el Ambiente de trabajo de la siguiente manera:

1. Asegurar el soporte directivo.
2. Establecer un equipo coordinador.
3. Conducir la asesoría de necesidades.
4. Priorizar necesidades.
5. Desarrollar un Plan de Acción.
6. Implementar el Plan.
7. Evaluar el proceso y los resultados.
8. Revisar y actualizar el programa.

La guía continúa con más detalle e incluye estudio de casos y herramientas que pueden ser utilizadas en las empresas.

La Región del Pacífico Oeste realizó pilotajes en cuatro empresas de Malasia^{103,104,105,106} y dos Ciudades en Vietnam, donde el modelo fue implementado en varios cientos de PyMES y fue evaluado luego de un año.¹⁰⁷ Los resultados de las evaluaciones demostraron que es posible utilizar exitosamente este modelo tanto para mejorar la salud del trabajador como la efectividad de la organización.

Además estas actividades que utilizan los lineamientos de la OMS, la OIT ha promovido iniciativas de mejora de los Entornos Laborales a nivel comunidad tales como el WISE^{108,109}, WIND¹¹⁰, y WISH (Programa de Mejora en el Ambiente de Trabajo para un Hogar Seguro)¹¹¹ dirigidos al sector informal y las PyMES de los países Asiáticos. Estos modelos están basados en la idea de los programas de entrenamiento

orientados a la acción participativa. Los seis principios son:

1. Programar tomando como base las practicas locales.
2. Utilizar el aprendizaje por ejecución.
3. Fomentar el intercambio de la experiencia.
4. Acoplar las condiciones de trabajo con otras metas directivas.
5. Enfocarse a los logros.
6. Promover la involucración de los trabajadores.

"Los espacios laborales saludables pueden clasificarse en tres áreas clave: seguridad en máquinas o equipo; no debe haber riesgos o peligros debidos a agentes físicos, químicos y biológicos; y el tercer factor son los factores humanos - los trabajadores deben estar libres de factores psicosociales - estrés - y también debe haber salud en su estilo de vida."

Entrevista #11, República de Corea, Médico en SO y Epidemiólogo

El

Como en otras regiones, algunos países de manera individual han llevado el liderazgo. En la WPRO, Singapur ha demostrado como el Gobierno puede jugar un rol activo y exitoso en la promoción de la salud en los espacios de trabajo. El Gabinete Gubernamental para la Promoción de la Salud tiene un programa integral para la promoción de la salud en el espacio de trabajo que provee recursos, herramientas e incentivos para los empresarios que promuevan efectivamente la salud en el espacio de trabajo.¹¹³

La encuesta Buck de 2009 demostró que entre los encuestados asiáticos (principalmente China, Japón y Singapur), el 43% proporcionaba algún programa de bienestar o promoción a la salud para sus empleados. El programa más común fue el de monitoreo biométrico (en el 87% de los encuestados), y en menos común fue el de ciclos de trabajo (5%). Los servicios médicos en el lugar de trabajo fueron proporcionados por el 30% de los encuestados.¹¹⁴

proceso WISE comienza con una serie de programas de entrenamientos cortos con pequeños grupos de dueños/ administradores de PyMES. El ambiente físico de trabajo, el ambiente social del trabajo y algunos factores de salud personal se cubren mediante entrenamiento interactivo, en que los participantes son animados a compartir ideas y resolver problemas juntos. Esto se sigue mediante el uso una lista de chequeo para acciones WISE en el lugar de trabajo, estableciendo prioridades e implementando soluciones seguido de una revisión y mejora. Una clave para el éxito es establecer una red de entrenadores WISE en las comunidades. Los resultados han demostrado que este método puede resultar una intervención de bajo costo con mejoras significativas en la salud y seguridad en el ambiente de trabajo.¹¹²

Capítulo 4: Interrelaciones entre Trabajo, Salud y Comunidad

Nadie estaría en desacuerdo en que el trabajo, la salud y la comunidad están relacionados. Pero, ¿cómo exactamente? Vienen a la mente varias preguntas:

- ¿Las condiciones laborales precarias son causa de precaria salud mental y física?
- ¿La pobre salud mental o física resultan en pobres niveles de desempeño y productividad en el trabajo?
- ¿La salud de los trabajadores tiene algún impacto en el éxito y la competitividad de la organización?
- ¿La comunidad en la que opera el espacio de trabajo afecta la salud de los trabajadores?
- ¿La salud de los trabajadores o las condiciones del espacio de trabajo afectan a la comunidad?

La respuesta de todas estas preguntas es probablemente un “sí” experimentado, en alguna manera. Echemos un vistazo a parte de la evidencia. (Hablabamos de los tipos de evidencia en el Capítulo 5).

A. Cómo el Trabajo Afecta la Salud de los Trabajadores.

En esta sección hemos separado los efectos del trabajo sobre la salud y seguridad física de los efectos del trabajo sobre la salud y seguridad mental, siguiendo con una discusión acerca de la interacción entre ambas. Esto se hace para resaltar ambos grupos de evidencia, frecuentemente separados, y también para enfatizar el hecho de que el entorno laboral contiene tanto peligros físicos como psicosociales. Pero en muchos sentidos esta es una división muy artificial. Mente y cuerpo son uno y lo que afecta a uno, inevitablemente afecta al otro. Otra forma de organizar este capítulo podría haber sido separar los efectos en la seguridad de los efectos en la salud, pero

esa división es igualmente artificial. Por lo tanto, pedimos al lector que disculpe el traslape y la duplicación aparente.

1. El trabajo influye en la salud y seguridad físicas

Los peligros que amenazan la seguridad física de los trabajadores incluyen, por ejemplo, riesgos mecánicos/por máquinas; riesgos eléctricos; deslizamientos o caídas de alturas; riesgos ergonómicos tales como movimientos repetitivos, posiciones forzadas y esfuerzo excesivo; fragmentos volátiles que pueden dañar un ojo; o riesgo de accidentes en vehículo automotor a causa del trabajo. Los peligros a la seguridad física, con la notable excepción de los accidentes en vehículo, son regularmente el primer tipo de riesgos que se incluye en la legislación sobre salud y seguridad, cuando ésta existe. Si resultan daños derivados de estos riesgos, es muy probable que estén cubiertos por algún tipo de compensación de la empresa a los trabajadores (nuevamente con la excepción de accidentes automovilísticos y también de los desórdenes músculo esqueléticos (DMEs).

A pesar de que probablemente la mayoría de los países tiene algún tipo de legislación para prevenir este tipo de daños, éstos siguen ocurriendo con una frecuencia alarmante. De los decesos por accidentes y enfermedades laborales en 1998, aproximadamente 346,000 fueron causados por heridas traumáticas en el espacio de trabajo¹¹⁵ con una cifra adicional de 158,000 a causa de accidentes de trayecto en vehículo de motor.¹¹⁶ Lo que es más preocupante es que la tasa de accidentes fatales anual estimada por cada 100,000 trabajadores, pasó de un nivel mínimo de <1, a uno mayor de 30, en diferentes países. Y la tasa estimada de accidentes (heridas que requieren al menos tres días de ausencia del trabajo) subió de un nivel mínimo de 600 por

año por cada 100,000 trabajadores, a un nivel más alto de 23,000.¹¹⁷ El costo humano y económico de estas frías estadísticas es incalculable.

Aún cuando es habitual pensar solamente en los riesgos físicos como los únicos que tienen efecto en la seguridad de los trabajadores, no siempre es así. Algunas veces los riesgos no físicos o riesgos psicosociales también pueden afectar la seguridad física. (Vea la discusión sobre los riesgos psicosociales más adelante, sección A2.) Por ejemplo, la percepción de sobrecarga de trabajo tiene una fuerte asociación con accidentes entre trabajadores jóvenes.¹¹⁸

De hecho, los riesgos psicosociales pueden asociarse con los accidentes de manera directa o indirecta. Cuando los empleados carecen de suficiente influencia sobre las condiciones peligrosas del espacio de trabajo, carecen del control necesario para abatir las amenazas a su vida o a su integridad física. Por lo tanto, la falta de control puede contribuir directamente a un daño. Por otra parte, las influencias indirectas pueden ser igualmente dañinas. Los trabajadores que enfrentan riesgos psicosociales pueden:

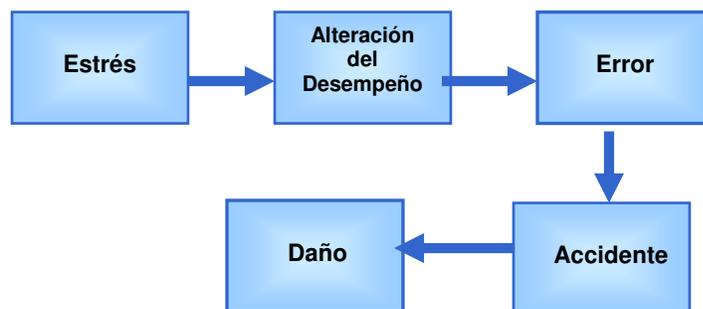
- Dormir mal
- Sobre automedicarse
- Beber en exceso
- Sentirse deprimidos
- Sentirse ansiosos, irritables y nerviosos
- Sentirse intolerantes y enojados (frecuentemente debido a sentimientos de injusticia e inequidad)

Cuando las personas se involucran en estas conductas o caen presas de estos estados emocionales es muy probable que:

- Se vuelvan momentáneamente distraídos
- Cometan errores de juicio peligrosos
- Sus cuerpos estén estresados, incrementando la probabilidad torceduras y contracturas
- Fallen en actividades normales que requieren coordinación mano – ojo o pie - ojo.

El Instituto Americano del Estrés ha desarrollado el siguiente Modelo de Accidente Traumático:¹¹⁹

Figura 4.1 Modelo de Accidente Traumático del Instituto Americano del Estrés



Liderazgo y Seguridad

Dado que el estilo de liderazgo de los ejecutivos define usualmente la cantidad de control o influencia que los trabajadores tendrán, es razonable asumir que un estilo “transformacional” de liderazgo* en oposición a un estilo autoritario, puede influenciar los resultados en seguridad. Esto ha demostrado ser cierto. Una investigación realizada por Barling et al encontró que el estilo de liderazgo afecta la seguridad ocupacional por sus efectos en la percepción del clima de seguridad, la conciencia de seguridad y los eventos relacionados a la seguridad.¹²⁰ También encontraron que la existencia de trabajos de alta calidad que incluyen mucha autonomía (control o influencia), variedad y capacitación, afectan directa e indirectamente los daños ocupacionales a través de la influencia mediadora de la moral del empleado y la satisfacción laboral.¹²¹

Violencia y Seguridad

La violencia en el espacio laboral es una amenaza seria para la seguridad de los trabajadores en muchos países desarrollados y

* El Liderazgo Transformacional es un estilo que incluye la influencia idealizada (tomar decisiones basadas en determinantes éticos), motivación inspiracional (motivar a los trabajadores inspirándolos, en lugar de restarle sentido a lo que hacen), estimulación intelectual (animar a los trabajadores a crecer y desarrollarse) y consideración individual (permitir flexibilidad en cómo manejar las situaciones.)

en vías de desarrollo. Un desbalance entre el esfuerzo y la recompensa pueden generar un sentimiento de injusticia en los trabajadores, llevándolos a sentimientos de ira que pueden ser dirigidos contra un supervisor o compañero de trabajo. Otros riesgos psicosociales como el acoso laboral pueden crear profundos sentimientos de ira y frustración. La ira puede manifestarse de muchas maneras que son la expresión de violencia potencial:

- Conductas riesgosas
- Abuso emocional o verbal
- Bullying, acoso o mobbing
- Asaltos
- Conducta suicida
- Irritabilidad.

La violencia en el espacio laboral es de particular importancia para las mujeres, quienes están en una situación de riesgo especial para ser víctimas de violencia en el trabajo.¹²²

Mientras que la mayoría de casos de agresión o violencia general son presentados por hombres, la tasa de exposición a homicidios en el espacio de trabajo es muchas veces más alta para las mujeres que para los hombres.¹²³ De la misma manera, la exposición a la violencia mental (bullying, acoso sexual) es significativamente más alta para las mujeres que para los hombres.¹²⁴

Salud Física

La salud física incluye todo un espectro de condiciones, desde haber diagnosticado enfermedades, en un extremo, pasando por la condición en la cual la persona no presenta un mal específico pero que no se encuentra al nivel máximo de su salud potencial, hasta la salud desbordante y el máximo potencial de salud y bienestar, en el otro extremo. El trabajo puede impactar cualquier posición del trabajador dentro de este continuo.

Mientras que las heridas traumáticas son usualmente perceptibles tanto para los observadores como para la víctima, esto no es ciertamente el caso de las enfermedades ocupacionales y los daños acumulativos tales como la pérdida de la audición inducida por

ruido y muchos desórdenes músculo esqueléticos. Frecuentemente toma años para que una enfermedad sea evidente en el trabajador, por lo que la relación con el espacio de trabajo puede ser poco clara o no reconocida. Por esta razón, las enfermedades ocupacionales y los daños acumulativos han sido groseramente subreportados y generalmente subestimados en cuanto a su costo. La OMS estima que cada año mueren 1.7 millones de personas a causa de enfermedades ocupacionales y suceden 160 millones de nuevos casos de enfermedades profesionales.¹²⁵ Esto incluye enfermedades contagiosas y no contagiosas (ENC): enfermedades infecciosas tales como el VIH, hepatitis B y C, entre trabajadores de la salud, varias formas de cáncer como el mesothelioma por exposición a asbestos, otros cánceres por exposición a solventes: enfermedades respiratorias crónicas como la silicosis o el asma ocupacional; enfermedades de la piel como el melanoma maligno por exposición al sol, o dermatitis por exposición a solventes; desórdenes físico – neurológicos como la sordera inducida por ruido; problemas reproductivos como la infertilidad y abortos como resultado de la exposición a agentes químicos o biológicos; y muchos otros.

Las estimaciones varían al igual que la contribución de los espacios laborales a la totalidad de casos de estas enfermedades que tienen causas no asociadas al trabajo. Pero el costo es significativo, la OMS estima que el 16% de casos de pérdida de la audición, 11% de asma, 9% de cáncer de pulmón se deben a exposición ocupacional, mientras que el 40% de casos de infección por hepatitis B and C en trabajadores de la salud se deben a heridas por jeringas sufridas en el trabajo.¹²⁶ La OMS afirma que cada año, 200,000 personas mueren por cáncer relacionado al trabajo.¹²⁷ Y como se dijo en el capítulo 1, estas enfermedades no están distribuidas regularmente ya que las mujeres y otros grupos vulnerables experimentan más que las que refieren.

DMEs

Los Desórdenes Músculo Esqueléticos (DMEs) algunas veces conocidos como lastimaduras repetitivas o desórdenes traumáticos acumulativos, son una forma de daño físico que puede ubicarse en el contexto de las enfermedades ocupacionales. En el caso de enfermedad, un DME no es detectado inmediatamente y puede llevar días, meses o incluso años de exposición al riesgo antes de que afecte al trabajador. Los factores de riesgo comúnmente reconocidos son el esfuerzo excesivo, posturas forzadas y repetición. Estos factores se encuentran frecuentemente en tareas con grandes componentes físicos, especialmente en aquellas en que tienen un alto índice de tareas monótonas o repetitivas. Los trabajos pueden implicar labores pesadas o pueden ser trabajos “de cuello blanco” con un porcentaje considerable de trabajo con la computadora. En países desarrollados, las mujeres están más expuestas que los hombres a movimientos altamente repetitivos y su riesgo de DMEs es varias veces más grande.^{128,129,130}

Lo que no es comúnmente entendido es que las condiciones psicosociales relacionadas con la organización del trabajo también pueden actuar como factores de riesgo.^{131,132} La idea de que el estrés psicológico puede contribuir o causar DMEs no es solo una obvia intuición, y se ha realizado mucha investigación para determinar los mecanismos por los que esto ocurre. Muchos y diferentes mecanismos que intervienen durante el estrés probablemente contribuyen a esta correlación, incluyendo el incremento de tensión muscular involuntaria y niveles de cortisol, cambios en la percepción del dolor y disminución en la restauración muscular y los niveles de testosterona.¹³³

Trabajo y Hábitos Personales de Salud

Proteger la salud retirando los peligros del espacio laboral, y por lo tanto evadiendo las enfermedades no garantiza que los trabajadores experimenten una salud excelente. La salud de un empleado también está influenciada por sus hábitos personales de salud. ¿El trabajador fuma? ¿tiene una dieta nutritiva? ¿Hace

suficiente ejercicio? ¿Su sueño es reparador? ¿Maneja seguro? ¿Abusa en el consumo de alcohol o drogas? No hay necesidad de dar más evidencia científica o de explicar que estas conductas tienen un tremendo impacto en la salud. La pregunta es, ¿el trabajo tiene alguna influencia sobre estas conductas?

La investigación ha demostrado que los lugares de trabajo libres de tabaco están asociados con un consumo diario más bajo entre los empleados y una menor prevalencia del fumar;¹³⁴ y que por el contrario, el incremento en el estrés en el espacio laboral lleva a incrementar el consumo de cigarrillos.¹³⁵ Este es un ejemplo probado de como afecta el espacio de trabajo en la conducta relacionada con la salud personal. Además, el derroche de energía durante las horas de trabajo está asociado negativamente con la actividad física en el tiempo libre.¹³⁶

Existen muchas otras respuestas de “sentido común” a esta pregunta, las cuales no necesariamente están basadas en evidencia científica. Por ejemplo, si una empresa cuenta con una cafetería con comida barata, gratuita o subsidiada y solamente sirve “comida chatarra”, es probable que esto induzca a los trabajadores para comer alimentos no sanos, cuando menos mientras están en el trabajo. Si el trabajo es estresante, muchos empleados reaccionarán incrementando malos hábitos que le ayuden (temporalmente) a lidiar con el estrés, como tomar alcohol en exceso o fumar más. Si los trabajadores esperan trabajar largas horas y un significativo tiempo extra, será difícil para ellos incorporar la actividad física a su programa diario. Es bastante evidente que el trabajo puede, y lo hace, influenciar las elecciones personales sobre salud pudiendo incrementar los factores de riesgo tanto para enfermedades agudas y crónicas, contagiosas y no contagiosas.

Los factores relacionados al trabajo que influyen en la habilidad del trabajador para adoptar un estilo de vida saludable no son siempre neutrales en cuestión de género. Las mujeres

suelen tener trabajos con un menor grado de libertad de decisión¹³⁷, de tal modo que aún cuando haya flexibilidad para permitir tiempo para hacer ejercicio, las mujeres pueden no tener tanto margen para hacerlo como los hombres. Además, es bien conocido que las mujeres que trabajan fuera de casa generalmente realizan más trabajo no remunerado en el hogar, antes y después del trabajo, que los hombres.¹³⁸ Mientras los hombres tienden a hacer reparaciones en el hogar o a dar mantenimiento al auto, las mujeres generalmente cocinan, limpian, cuidan a los niños o a los parientes enfermos. Este tipo de trabajo usualmente no puede ser pospuesto, lo que resulta en un tiempo libre para las mujeres más fragmentado que el de los hombres.¹³⁹

"Ud. puede tener asesoría y puede tener acceso a actividad física, a dejar de fumar, a comida sana en el espacio de trabajo. Esas son conductas saludables. Pero tiene que tener facilitadores saludables. Esto es, el jefe que lo comprometa a esas conductas - comiendo mejor, ejercitándose y no fumando."

Entrevista #17, Suiza. Med. Epidemiólogo.

2. El trabajo afecta la salud mental y el bienestar

Desde hace algún tiempo se ha hecho un señalamiento general de que las enfermedades mentales entre los trabajadores pueden impactar negativamente en el desempeño del trabajo, y entre los empleadores más concientes, incluso el reconocimiento de que el espacio de trabajo es un escenario que puede ayudar a la identificación de la enfermedad mental, y facilitación del tratamiento adecuado. Pero existe poca comprensión de como el trabajo impacta en la salud mental o posiblemente contribuya al desarrollo de enfermedades o desórdenes mentales.¹⁴⁰

"En términos del entorno psicosocial del trabajador, ese lleva directamente a la salud mental que se promueve o no en el espacio de trabajo, y también a la habilidad que siente el trabajador que tiene para desempeñar su trabajo. Esto se relaciona con el concepto de autoeficacia, no solo en términos de, cuidar su propia salud, sino de que utilice el trabajo como parte de su bienestar mental."

Entrevista #42, Suiza, Prevención en MSD

La mayoría de las enfermedades mentales tienen múltiples causas, incluyendo la historia familiar, hábitos de salud, género, genética, historia personal y experiencias, acceso a apoyos, y habilidades de afrontamiento.¹⁴¹ Joti Samra y sus colegas en el Consorcio para la Salud Organizacional y el Cuidado de la Salud Mental¹⁴² (un colectivo de investigadores en salud mental, consultores y especialistas de la Universidad Simon Fraser en Canadá) revisaron la literatura acerca de este tema. Ellos concluyeron que *"Los factores del espacio laboral pueden incrementar la posibilidad de ocurrencia de un desorden mental, empeorar un desorden mental....puede contribuir directamente al distrés mental (desmoralización, humor depresivo, ansiedad, burnout, etc.) El distrés mental puede no llegar a niveles diagnosticables como desorden mental y aún así ser una fuente de sufrimiento considerable para el empleado ..."*¹⁴³

La investigación en los pasados 30 años ha demostrado claramente que varias situaciones en el espacio de trabajo pueden ser etiquetadas como "riesgo psicosocial" porque están relacionadas con las condiciones psicológicas y sociales del espacio de trabajo, más que con las condiciones físicas, y que pueden ser dañinas para la salud mental (y física) de los

trabajadores. Algunas veces se mencionan como *estresores laborales*.

Demanda/Control, y Esfuerzo/Recompensa

El trabajo pionero de Karasek y Theorell que comenzó en los 1970s destacó que ciertos factores del trabajo, específicamente la alta demanda y el bajo control o libertad de decisión, incrementaban grandemente el riesgo de una variedad de enfermedades o desórdenes mentales, incluyendo la ansiedad y la depresión.¹⁴⁴ Ellos desarrollaron la muy conocida teoría demanda – control – soporte de la tensión laboral. Dado que las mujeres tienden a tomar trabajos que otorgan menor control que los de los hombres, ellas se ven afectadas más adversamente que los hombres en este sentido. Otro investigador clave en este campo, lo ha sido por décadas Johannes Siegrist, quien desarrolló un modelo que demostró que un desbalance entre el esfuerzo mental desarrollado para el trabajo, y las recompensas recibidas (en términos de reconocimiento, apreciación, respeto, etc. tanto como financieras) estaba relacionado con una variedad de problemas físicos y mentales.¹⁴⁵

La investigación abundante y constante en este campo contribuye a refinar los primeros hallazgos. Por ejemplo, un estudio reciente basado en población encontró que los trabajadores hombres que reportaron alta demanda y bajo control en el espacio de trabajo, estaban más propensos a presentar una depresión mayor, mientras que las mujeres en la misma situación fueron más propensas a tener más síntomas de depresión menor; la inseguridad laboral se relacionó con depresión mayor en los hombres, pero no en las mujeres; y un desbalance entre trabajo y familia fue el factor más fuertemente asociado con desórdenes mentales en ambos géneros.¹⁴⁶ La Clínica Mayo afirma que el burnout es más probable entre personas con poco o nulo control sobre el trabajo.¹⁴⁷ Health Canada resume mucha de la literatura en esta áreas en su documento del 2000, “*Best Advice on Stress Risk Management in the Workplace*” y concluye

que estos factores (demanda, control, esfuerzo, recompensa) pueden duplicar o triplicar el riesgo de un desorden del estado de ánimo como la depresión o la ansiedad.¹⁴⁸

Los esfuerzos por determinar la proporción de enfermedad mental atribuible a factores de la organización del trabajo son continuos, pero la fracción etiológica ha sido estimada dentro del rango del 10% al 25%, dependiendo de las características del espacio de trabajo.¹⁴⁹

Una revisión exhaustiva de la evidencia científica de los efectos del trabajo sobre la salud mental iría más allá de los alcances de este documento. Hace 15 años, Barnett & Brennan reportaron mas de 100 estudios empíricos solamente sobre el modelo demanda – control – soporte¹⁵⁰ y la investigación continúa proliferando. Kelloway and Day revisaron la vasta literatura acerca de como el trabajo impacta en la salud y reportaron que existe una sólida evidencia científica de que la salud mental es impactada negativamente por: Sobre trabajo, estresores de rol como conflicto, ambigüedad y conflicto interno de rol, trabajo nocturno y horas extras; liderazgo de pobre calidad; agresión en el espacio de trabajo, tal como acoso y bullying; y percepción de control sobre la tarea.¹⁵¹ Ellos también resaltaron que otros aspectos del trabajo pueden desarrollar positivamente la salud mental de los trabajadores.

Conflicto Trabajo - Familia

Una área específica de la salud del trabajador que está recibiendo una atención significativa en años recientes, es el área del balance trabajo – vida personal o conflicto trabajo – familia. Las investigaciones señalan cuatro áreas principales que tienen efectos variables sobre la salud de los empleados, la salud organizacional, las familias y la sociedad. Estas cuatro extensas áreas son la sobrecarga de rol, tensión del cuidador, interferencia trabajo – familia e interferencia familia - trabajo. En general, los trabajadores que reportan altos niveles de conflicto trabajo – familia, presentan arriba de 12 veces mas burnout y dos o tres veces más

depresión que los trabajadores con un mayor balance trabajo – vida personal.¹⁵²

La relación entre el conflicto trabajo – familia y el género, es extremadamente compleja y algunas veces sorprendente, como lo han determinado investigadores canadienses. Diferentes tipos de conflictos afectan a los dos géneros de manera diferente, y las variadas intervenciones en el espacio de trabajo y las estrategias personales de afrontamiento difieren en efectividad en ambos géneros por igual. Por ejemplo, en la investigación canadiense realizada en 2001, el rol de “cuidador” no estaba tan asociado con el género como en el pasado. Los hombres aparecen dedicando tanto tiempo en actividades referentes al cuidado de los niños, como las mujeres. No obstante, los investigadores señalaron, “se debe hacer notar que esta actitud ‘conciente’ respecto a la distribución de los deberes del hogar, no se extiende a las labores domésticas, las cuales se perciben aún como ‘trabajo de mujeres’” Además, los hombres y las mujeres consideran diferentes aspectos de una cultura organizacional como particularmente problemáticos, desde la perspectiva de lo que el trabajo interfiere en la familia, y existen diferentes fuentes de interferencia de la familia con el trabajo para cada género.¹⁵³

Aún cuando el citado trabajo fue hecho en Canadá y puede aplicarse perfectamente a muchos países desarrollados, la situación en los países en desarrollo es indudablemente mucho muy diferente respecto a los roles masculino – femenino en la familia. Globalmente es más común que las mujeres trabajen en el sector informal y además trabajen en sus hogares.¹⁵⁴ Esta situación, en la cual una mujer hace trabajo remunerado en su casa mientras atiende simultáneamente a los hijos, desarrollando el usual “trabajo de mujeres” cocinando y realizando el trabajo doméstico, da un nuevo significado a la frase conflicto trabajo - familia.

Inseguridad en el Trabajo

Se ha demostrado que la inseguridad auto percibida en el trabajo es el principal indicador

de varias condiciones psiquiátricas como la depresión menor. Esto es especialmente notorio en los casos de inseguridad laboral crónica. Aún cuando el personal expuesto a la inseguridad laboral crónica recupera algo de seguridad laboral, los daños psicológicos no siempre son revertidos después de retirada la amenaza.¹⁵⁵

Cultura Laboral Incluyente

Aún cuando la moral y la satisfacción laboral no son necesariamente componentes de la salud mental o física, si contribuyen y tienen un impacto en la salud física y mental de los empleados. Uno de los factores de un espacio de trabajo saludable que se ha mencionado desde el principio es el concepto de cultura organizacional inclusiva – aquella que es abierta y acepta las diferencias de grupo étnico, género e individuos con capacidades diferentes. Por ejemplo, los espacios adaptados para personas con capacidades diferentes han demostrado que no incrementa la productividad, pero genera una gran confianza y confirma el alineamiento de los valores corporativos con los valores de los trabajadores.¹⁵⁶

Factores de Riesgo para Desórdenes Mentales en el Espacio de Trabajo

COMH ha desarrollado recientemente un recurso basado en internet llamado Guarding Minds @ Work,¹⁵⁷ que incluye herramientas de valoración para asistir a los empleados en la evaluación de los riesgos psicosociales y desarrollar estrategias para superarlos. Ellos basan su herramienta en doce factores psicosociales de riesgo que poseen una sólida evidencia científica para señalar sus efectos sobre la salud mental. Son los siguientes:

1. **Apoyo Psicológico:** un entorno laboral donde los compañeros y supervisores asisten a los empleados en sus preocupaciones psicológicas y de salud mental, y responden apropiadamente cuando se necesita.
2. **Cultura Organizacional:** un entorno laboral caracterizado por la confianza, honestidad y equidad.
3. **Liderazgo y expectativas claras:** un entorno laboral en el que existe un

liderazgo efectivo y apoyo que ayuda a los empleados a saber que tienen que hacer, como contribuye su trabajo a la organización y si se avecinan cambios.

4. **Educación y respeto:** un entorno laboral donde los empleados son respetuosos y considerados en sus interacciones con los otros compañeros, con visitantes, clientes y el público en general.
5. **Ajuste psicológico al trabajo:** un entorno laboral donde existe un buen ajuste entre las competencias interpersonales y emocionales del empleado, sus habilidades para el trabajo y la posición que ocupa.
6. **Crecimiento y desarrollo:** un entorno laboral donde los empleados son animados y apoyados en el desarrollo de sus habilidades interpersonales, emocionales y laborales.
7. **Reconocimiento y recompensa:** un entorno laboral donde existe el reconocimiento apropiado y la valoración del esfuerzo del empleado de manera oportuna y equitativa.
8. **Participación e influencia:** un entorno laboral donde los empleados son incluidos en las discusiones acerca de como se ha realizado su trabajo y como se toman las decisiones.
9. **Administración de la carga de trabajo:** un entorno laboral donde los deberes y responsabilidades pueden realizarse exitosamente dentro del tiempo disponible.
10. **Compromiso:** un entorno laboral donde los empleados disfruten y se sientan conectados con su trabajo, y donde se sientan motivados a hacer bien su trabajo.
11. **Balance:** un entorno laboral donde se reconoce la necesidad de balance entre las demandas del trabajo, familia y vida personal.
12. **Protección psicológica:** un entorno laboral donde la seguridad psicológica de los trabajadores esté asegurada.¹⁵⁸

Por su parte, la Dirección de Salud y Seguridad del Reino Unido, hace algunos años desarrolló Estándares de Dirección en un esfuerzo por reducir los riesgos psicosociales en los espacios laborales. Ellos hicieron una revisión similar de la literatura, y presentaron seis factores que contaban con sólida evidencia científica acerca de su impacto en la salud mental:

1. **Demandas:** carga de trabajo, patrones de trabajo y entorno laboral
2. **Control:** que tanto tiene que decir/opinar una persona acerca de la manera de hacer su trabajo
3. **Apoyo:** esto incluye el impulso, financiamiento y recursos proporcionados por la organización, grupo de directivos y colegas
4. **Relaciones:** esto incluye el promover el trabajo positivo para evitar conflictos y el soportar conductas inaceptables
5. **Rol:** implica saber si las personas entienden su rol dentro de la organización y si la organización se asegura de que no tengan roles conflictivos.
6. **Cambio:** como se gestiona y comunica el cambio organizacional (grande o pequeño) dentro de la organización.¹⁵⁹

La OMS ha publicado recientemente una guía y un sitio web dedicados a la Gestión de Riesgos Psicosociales.¹⁶⁰ Nuevamente, la extensa investigación identificó que los siguientes factores psicosociales representan un grave riesgo para la salud de los trabajadores:

- **Contenido de la tarea:** falta de variedad, ciclos de trabajo cortos, trabajo fragmentado o sin sentido, desaprovechamiento de habilidades, incertidumbre.

- **Carga y ritmo de trabajo:** la sobrecarga o poca carga de trabajo, ritmo mecánico, presión de tiempo.
- **Horario de trabajo:** cambios de turno, trabajo nocturno, horarios inflexibles, horario indefinido, jornadas extensas u horarios no sociables.
- **Control:** poca participación en la toma de decisiones, falta de control en la sobrecarga de trabajo, ritmo de trabajo y horarios.
- **Entorno y equipo:** equipo insuficiente, inapropiado sin mantenimiento, pobres condiciones del entorno como falta de espacio o luz, ruido excesivo.
- **Cultura y función Organizacional:** pobre comunicación, falta de soporte para resolver problemas y para desarrollo personal
- **Relaciones interpersonales en el trabajo:** aislamiento social o físico, conflictos interpersonales, pobre relación con supervisores o compañeros, falta de soporte social.
- **Rol en la organización:** Ambigüedad de rol, conflicto de rol, ser responsable de personas
- **Relación del trabajo con el hogar:** demandas conflictivas en el trabajo y el hogar, poco apoyo en el hogar, problemas por doble carrera.
- Mercado de trabajo inestable, contratos precarios
- Globalización
- Nuevas formas de empleo y prácticas de contratación
- Inseguridad laboral
- La fuerza laboral envejecida
- Jornadas laborales extensas
- Intensificación del trabajo, alta carga/presión de trabajo
- Producción esbelta o “Lean”/Trabajo subcontratado u Outsourcing.

Evidentemente, aún cuando se usan diferentes términos o interpretaciones ligeramente diferentes, existe mucho consenso acerca cuales son los más importantes factores psicosociales relacionados con la organización del trabajo o la cultura organizacional que afectan la salud mental. Y no existe mucho desacuerdo acerca de que estos factores tienen un profundo efecto sobre la salud mental y el bienestar de los trabajadores.

3. Interrelaciones

En las dos secciones precedentes, se habló acerca de la salud y seguridad mental y física por separado. Sin embargo es de capital importancia entender que estos dos aspectos de la salud no son entidades separadas y distintas, sino que de hecho están estrechamente entrelazadas. Cuando se daña la salud física, afecta la mente, y cuando la salud mental y el bienestar se dañan, esto afecta al ámbito físico.

Riesgos que afectan tanto la salud física como mental

Condiciones del espacio de trabajo que llevan al extremo una situación de la Alta Demanda/Bajo Control (niveles de demanda superiores al 25% nivel de control inferior al 25%) en comparación con condiciones de alta demanda/alto control, están asociados con efectos tanto físicos como mentales, incluyendo:¹⁶²

- Una tasa más que el doble de problemas cardíacos y cardiovasculares

Finalmente la UE ha revisado 42 riesgos psicosociales y los ha clasificado de acuerdo a aquellos que son riesgos “emergentes” en SSO, lo que indica dos cosas: que son riesgos nuevos que están empeorando.¹⁶¹ Hubo ocho, acerca de los cuáles se dio el mayor consenso sobre el hecho de que están emergiendo:

- Presencia significativamente más alta de ansiedad, depresión y desmoralización
- Niveles significativamente más altos de ingesta de alcohol y medicamentos sin prescripción médica.
- Susceptibilidad significativamente más elevada a un amplio rango de enfermedades infecciosas.

Condiciones de Alto Esfuerzo/Baja Recompensa dentro del espacio de trabajo, llevadas al extremo (nivel más alto de esfuerzo 33%, nivel más bajo de recompensa 33%), comparado con condiciones de alto esfuerzo/alta recompensa, están asociados a efectos tanto físicos como mentales, incluyendo:^{163,164}

- Más del triple de problemas cardiovasculares
- Incidencia significativamente más alta de ansiedad, depresión y problemas relacionados con conflictos.
- Riesgo elevado de diabetes de tipo 2, de reciente aparición
- Incremento del índice de masa corporal y del consumo de alcohol.

La rotación de turnos ha sido ampliamente reconocido por tener efectos dañinos tanto en la salud mental como física. Algunos de los efectos físicos de la rotación de turnos de trabajo es el incremento en el riesgo de desarrollar cáncer de mama, ciclos menstruales irregulares, abortos, úlceras, constipación, diarrea, insomnio, presión arterial elevada, y enfermedades del corazón.¹⁶⁵ Algunos de los efectos sobre el bienestar, provocados por la rotación de turnos son niveles elevados de ansiedad, depresión, conflicto trabajo-familia y aislamiento social.¹⁶⁶

La inseguridad laboral no solo tiene efectos sobre la salud mental, como se mencionó anteriormente, sino también en la salud física. La reducción de una empresa, lo que puede llevar a una significativa inseguridad laboral, está relacionada con una salud autoreferida

pobre y largos períodos de ausencia del trabajo relacionada a desórdenes musculoesqueléticos. Aquellos que trabajan continuamente en empleos precarios, están en más alto riesgo de presentar molestias físicas y mentales, incluyendo desórdenes musculoesqueléticos y riesgo de morir por cánceres relacionados con el fumar y el abuso en el consumo de alcohol.¹⁶⁷ Adicionalmente, se ha observado una mortalidad por afecciones cardíacas incrementada en situaciones en que la reducción es significativa (más del 18% de la fuerza de trabajo).¹⁶⁸

Interrelación entre los factores de riesgo personales y del espacio de trabajo

Otra perspectiva interesante es la que se enfoca a las interrelaciones entre los factores de riesgo del entorno laboral y los factores de riesgo personales. Existe un creciente acopio de evidencia que evidencia las sinergias entre estos dos grupos de riesgos. Por ejemplo, se reconoce que el fumar aumenta el riesgo de contraer alergias ocupacionales¹⁶⁹, y puede multiplicar (más que solamente aumentar) el riesgo de cáncer de pulmón por exposición a asbestos¹⁷⁰. La obesidad tiene una compleja interrelación con los riesgos ocupacionales. P. A. Schulte et. al. afirman que la obesidad “ha demostrado afectar la relación entre los riesgos ocupacionales y las enfermedades o accidentes. Puede ser también un factor coadyuvante para ello. En el mismo sentido, los riesgos laborales pueden afectar las relaciones obesidad-enfermedad, ser un factor de riesgo coadyuvante para enfermedades o accidentes o para la obesidad. El diseño del espacio de trabajo, la organización del trabajo y la cultura laboral también pueden influenciar el riesgo de enfermedad.”¹⁷¹

4. El impacto positivo del trabajo sobre la salud

Las páginas anteriores destacaron los efectos negativos del trabajo sobre la salud física y mental de los trabajadores, sobre su seguridad y bienestar. Pero este documento estaría incompleto y sería desorientador si no

señalamos el impacto positivo general que el trabajar tiene sobre los trabajadores.

"Proteger la existencia de alguien. Esto significa tener un ingreso fijo y seguro. Esto es extremadamente importante y no depende del nivel del ingreso. El punto es tener seguridad en el trabajo. Este es el principal criterio [para un espacio laboral saludable] referido por los empleados."

Entrevista #22 Alemania. Doctor en SO

Generalmente hablando, el trabajo es bueno para la salud física y mental, comparado con la cesantía o el desempleo.¹⁷² El empleo es ordinariamente el medio principal por el que se obtienen los recursos económicos adecuados para el bienestar material y la participación plena en la sociedad, y con frecuencia es parte central de la identidad del individuo y el estatus social. Además, los efectos negativos del desempleo sobre la salud también están bien documentados. Aquellos que están enfermos o tienen alguna forma de discapacidad mejoran generalmente en términos de salud si pueden ser incluidos en alguna forma de trabajo pagado. Waddell and Burton han revisado a detalle las evidencias de los efectos positivos del trabajo y concluyen que *"Existe una fuerte evidencia que muestra que el trabajo es generalmente bueno para la salud física y mental y el bienestar. La cesantía se asocia con una pobre salud mental y física y bienestar. El trabajo puede ser terapéutico y contrarrestar los efectos adversos del desempleo. Esto es cierto para la gente saludable en edad productiva, para muchas personas con capacidades diferentes, para mucha gente con problemas de salud comunes y para los beneficiarios de la seguridad social. La condición es que se debe aclarar cual es la naturaleza y calidad de tal*

*trabajo y su contexto social; las labores deben ser seguras y ajustables."*¹⁷³

Aún cuando esta investigación se realizó en un país desarrollado, las conclusiones también pueden aplicarse a países en desarrollo, haciendo un mayor énfasis en las condicionantes.

B. Cómo afecta la Salud de los Trabajadores a la Empresa *

Los hechos son claros: El trabajo puede afectar la salud física y mental, la seguridad y el bienestar de los empleados, y con frecuencia, desafortunadamente, de manera negativa. Pero un empleador cínico o con pobres recursos puede decir, "¿y qué? Tengo un negocio que poner en marcha. ¡Su salud no es mi problema;" Entonces veamos el otro lado de la ecuación. ¿La salud débil entre los trabajadores afecta la salud, efectividad, productividad o competitividad de una empresa?

1. Accidentes y herida graves afectan a la empresa

Aún cuando esta afirmación suena obvia de alguna manera, no es siempre fácil reconocer y cuantificar todos los costos y otros efectos sobre la empresa. El efecto mayor son generalmente los incuantificables costos personales. El dueño/operario y los compañeros de un trabajador accidentado serán afectados emocionalmente en algún grado siempre que un colega se accidenta. Estos efectos pueden ser devastadores en una empresa pequeña, en el caso extremo en que esto cause la muerte de un trabajador.

Aparte de los efectos en lo personal, existen costos económicos en una empresa. Cuando alguien sufre una herida grave en el trabajo, y requiere que se ausente del trabajo, hay

* El término "empresa" significa compañía, negocio, firma, institución u organización diseñada para proporcionar bienes y/o servicios a los consumidores. Mientras que frecuentemente implica un negocio creado con fines de lucro, en este documento se refiere también a organizaciones no lucrativas o agencias, y a individuos autoempleados.

muchos costos directos e indirectos para el empleador, por ejemplo:

- Pagos inmediatos a un médico o al sistema de salud pública
- Costos de indemnización
- Interrupción de la producción inmediatamente después del accidente
- Tiempo del personal dedicado a investigar y documentar el accidente
- Costos de reclutamiento y entrenamiento de los trabajadores de reemplazo
- Daño al equipo y materiales
- Reducción en la calidad del producto después del accidente si se recurre a trabajadores de reemplazo menos experimentados
- Reducción en la productividad de los trabajadores heridos por asignarles otros deberes
- Gastos extras que sobrepasan la capacidad de soporte, para absorber los costos de los accidentes
- Costos legales, si existiesen¹⁷⁴

Estas categorías de costos esta basada en la investigación a las empresas más grandes en países industrializados. Cuando un accidente ocurre en una pequeña o mediana empresa, o en un país en desarrollo, la proporción de los costos indirectos es probablemente menor. De cualquier manera, los datos muestran consistentemente que las empresas más seguras, son las más competitivas.¹⁷⁵ De hecho, una de las ventajas empresariales para una pequeña o mediana empresa al tener un buen record en salud y seguridad, es que le permite cumplir con los requerimientos de SSO de las empresas con las que hacen negocios, con el fin de ganar y retener contratos..¹⁷⁶

La EU-OSHA ha llamado la atención hacia los beneficios económicos de la salud y seguridad ocupacional en pequeñas y medianas industrias, y afirma que, medidas razonablemente efectivas pueden ayudar a una PyME a mejorar su desempeño. Ellos advierten que las PyMEs son particularmente vulnerables, dado que el impacto relativo de un accidente grave es mayor

que dentro de una empresa grande. De hecho, el 60% de las PyMEs que tuvieron una interrupción en su funcionamiento por más de 9 días, salieron del mercado.¹⁷⁷

A pesar de que el costo de un accidente para una empresa es significativo, el costo para un empleador individual se ve minimizado ante el costo que implica para los países o las regiones: en 2005, los accidentes de trabajo representaron a los empresarios Americanos \$150 billones de dólares en costos directos e indirectos, excediendo las ganancias combinadas de 16 de las más grandes compañías consideradas en el grupo Fortune 500.¹⁷⁸

2. La salud física de los trabajadores afecta a la empresa

Cuando los empleados están enfermos, independientemente de la causa, la productividad en el trabajo descenderá. Si el empleado está tan enfermo que no puede venir a trabajar, se generan costos relacionados con el absentismo al reclutar y emplear a un trabajador de reemplazo, capacitarlo y, potencialmente, enfrentar la reducción en la cantidad y calidad del trabajo por ese reemplazo. Si ese trabajador se presenta a trabajar a pesar de su enfermedad, ocurre un fenómeno recientemente denominado “presentismo”, y describe la productividad reducida de alguien que está enfermo ya sea física o mentalmente, por lo que no es tan productivo como normalmente lo sería. De cualquier modo, el empleador le paga.

Para estimar los costos relacionados a las condiciones de trabajo, se utilizó un amplio y detallado estudio que cuantificaba el costo de varias enfermedades para los empleadores Americanos.¹⁷⁹ Para ello se consideraron los rangos de las condiciones que prevalecían en la población, y las pérdidas asociadas al absentismo y el presentismo. Basado en los estándares de accidentalidad y las estimaciones de prevalencia, el costo económico general de la hipertensión (presión sanguínea alta) para un empleador por año, por empleado (por la

cobertura de todos los empleados, no solo los que la presentan) fue de US\$ 392, por enfermedades cardíacas, de US\$ 368, y por artritis, de US\$ 327. Esto significa que por ejemplo, una PyME Americana con 100 empleados paga US\$ 39,200 anuales debido a la alta presión sanguínea de los empleados. Los autores advierten que los costos del presentismo fueron más altos que los costos médicos en la mayoría de los casos, y representó el 18%-60% de los gastos totales. Un estudio asociado mostró que el costo de un empleado diabético para un empleador, es más de cinco veces que el de los trabajadores sin diabetes.¹⁸⁰

"También lo veo [un espacio laboral saludable] como un lugar donde la productividad y eficiencia es mejor porque la gente realmente se desempeña mejor"

Entrevista #40, Croacia, Psicólogo en SO

Numerosos estudios han demostrado que la salud deficiente, impacta negativamente sobre la productividad. Cockburn et al determinaron que las personas que sufren de alergias pobremente controladas eran un 13% menos productivas que otros trabajadores.¹⁸¹ Burton et al desarrollaron un sofisticado Índice de Productividad del Trabajador y demostraron que a medida que los factores de riesgo para la salud aumentaban, la productividad disminuía.¹⁸² Otro estudio reportó que los costos de salud relacionados a la productividad fueron más de 4 veces mayores que los costos médicos y farmacéuticos.¹⁸³

Los costos directos para el empleador de la salud precaria entre los trabajadores dependen mucho del sistema regulador del país en donde se encuentre, y la manera en la que se proveen los cuidados primarios a la salud. Por ejemplo, en Europa y Canadá, existen regularmente sistemas de atención en primer nivel a la salud que funcionan bien y están al alcance de todos

– empleados, autoempleados y desempleados. En Canadá, por ejemplo, los empleadores pueden pagar por ello de una manera indirecta a través de los impuestos, pero esto no está relacionado con la salud de sus empleados. Los empleadores pueden elegir alguna cobertura de seguro para la salud para pagar por medicinas no proporcionadas por el gobierno, cuidado dental, o un cuarto privado en un hospital; estos costos suplementarios son influenciados por la salud de los trabajadores. Sin embargo en un país como Estados Unidos, el sistema de cuidado para la salud no es tan universalmente accesible para todos los residentes, y los empleadores frecuentemente proveen una cobertura amplia para la salud que es extremadamente costosa. En una encuesta a empleadores Americanos y Europeos, cuando se les preguntó el porqué proporcionaban programas de bienestar o promoción a la salud a sus empleados, las dos principales razones de los empleadores americanos fueron reducir los costos del cuidado a la salud y mejorar la productividad; las dos razones principales para los empleadores europeos fueron reducir las ausencias del empleado y mantener la moral.¹⁸⁴

En países en desarrollo, no es tan probable que el empleador pague por un seguro de salud, pero siguen pagando el precio por perder empleados. En algunos lugares de África sub-Sahara, el costo del VIH/SIDA para los empleadores es impresionante en términos de absentismo por enfermedad y en asistencia a los funerales de amigos, familiares y compañeros de trabajo; presentismo debido a la enfermedad; y una creciente rotación de personal debido a las muertes por esta enfermedad entre los trabajadores.¹⁸⁵

La literatura está llena de reportes que muestran el costo de la salud – enfermedad para los empleadores y las economías nacionales. Algunos datos canadienses nos dan un estimado conservador de los costos para los empleadores en los países en desarrollo:

- El costo de los planes suplementarios para los empleadores canadienses

aumentó en un 26% entre 1990 y 1994.¹⁸⁶

- El sector privado (empleadores canadienses) pagó el 29% del total de cuidados a la salud en 2000, 24% más que en 1994.¹⁸⁷
- Los costos por ausentismo de breve duración han aumentado más del doble entre 1997 y 2000, yendo desde el 2% de la nómina, al 4.2%.¹⁸⁸
- Los costos por incapacidades de corto y largo término en Canadá han incrementado los costos de indemnización para los trabajadores, y más del doble y el promedio ha venido incrementándose desde.¹⁸⁹
- Cada empleado canadiense que fuma, cuesta a una compañía \$2500 al año (1995 dólares) en gran parte debido al incremento del absentismo y el decremento de la productividad.¹⁹⁰

Es generalmente bien reconocido que las personas en la mayor parte del mundo, pero especialmente en los países en desarrollo, se están volviendo menos activos físicamente, pero especialmente en los países desarrollados, se están volviendo aún menos activos físicamente, peor alimentados (en términos de calidad, no de cantidad de alimentos), y más obesos, con el incremento resultante de muchas de las condiciones mencionadas anteriormente: hipertensión, enfermedades cardiovasculares, diabetes, artritis. A medida en que la población envejece, esto se vuelve más prevalente y el impacto en la productividad en el espacio de trabajo adquiere una proyección escalofriante.

"Esto [un riesgo psicosocial] puede ser también una situación en la que todo mundo está lidiando con 1000 actividades diferentes y no tienes ninguna facilidad para decir no, por lo que siempre estás acumulando más, y básicamente estás muy frustrado porque lo que produces es de mala calidad y eso es una gran frustración."

Entrevista #6, Suiza, Ingeniero en SO

3. La salud mental de los trabajadores afecta a la empresa

El sentido común nos dice que es verdad. Imagine que usted es el propietario de una empresa mediana. ¿Preferiría tener empleados comprometidos, centrados, entusiastas, dedicados al trabajo, innovadores y creativos? ¿O preferiría trabajadores estresados, molestos, deprimidos, quemados y apáticos? En las empresas actuales basadas en el conocimiento, los empleadores dependen de empleados altamente funcionales, comprometidos, innovadores y creativos para mantenerse a la vanguardia en la competencia. Ahora más que nunca, requieren que las mentes de los trabajadores funcionen a alta capacidad. Aún si la empresa depende casi enteramente de la fuerza bruta o de tareas simples y repetitivas con poco espacio para la innovación o la creatividad, un trabajador comprometido y dedicado es más productivo y útil que uno que sea apático, deprimido y constantemente estresado.

La ciencia y la medicina apoyan al sentido común. Después de mencionar ejemplos en los que los empleadores pueden crear espacios de trabajo que promuevan una buena salud mental, la recientemente publicada Estrategia de Salud Mental para Canadá afirma, "Además de mejorar la salud mental y el bienestar en general, tales esfuerzos también pueden ayudar a mejorar la productividad de la fuerza de trabajo y a reducir los crecientes costos requeridos por las aseguradoras sobre las condiciones tanto físicas como mentales."¹⁹¹

La Tabla 4.1 muestra algunos síntomas de tres enfermedades o trastornos mentales, mostrando claramente características que afectan al trabajo. Obviamente, los trabajadores que muestran estos síntomas tendrán un impacto negativo en la productividad y la calidad del trabajo, por lo que afectarán directamente a la empresa.

Una pobre salud mental y/o la insatisfacción laboral relacionada al conflicto trabajo – familia también tienen un significativo impacto sobre la productividad en el trabajo, especialmente relacionado con el absentismo e inestabilidad laboral. Las investigaciones indican que los trabajadores

Tabla 4.1 Síntomas de Trastornos Mentales Comunes relacionados con el Trabajo

Síntomas de Depresión relacionados al Trabajo ¹⁹²	Síntomas de Trastornos de Ansiedad relacionados al Trabajo ¹⁹³	Síntomas de Burnout relacionados al Trabajo ¹⁹⁴
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de concentración • Problemas para recordar • Problemas para tomar decisiones • Descompensación en el desempeño en el trabajo • Problemas para dormir • Pérdida de interés en el trabajo • Alejamiento de la familia, amigos y compañeros de trabajo • Sentirse pesimista, desesperanzado • Sentirse aletargado • Fatiga 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentirse aprehensivo y tenso • Dificultad para realizar las tareas diarias • Dificultad para concentrarse 	<ul style="list-style-type: none"> • Volverse cínico, sarcástico y crítico en el trabajo • Dificultades para venir a trabajar y para comenzar a trabajar • Estar más irritable y menos paciente con compañeros, clientes, consumidores • Falta de energía para ser consistentemente productivo en el trabajo • Tendencia a automedicarse con alcohol o drogas

que experimentan mayor conflicto trabajo – familia, presentaron hasta trece veces más absentismo y 2.3 veces más la intención de abandonar el trabajo.¹⁹⁵

Además de los efectos inmediatamente obvios de la pobre salud mental sobre la empresa, existen costos directos e indirectos para la sociedad en su conjunto.

Por ejemplo:

- Se estimó que los problemas de salud mental costaron a los empresarios de Canadá, \$33 billones de dólares canadienses por año en 2002, (sin incluir diagnósticos no-clínicos (p.ej. burnout, depresión subclínica, etc.)¹⁹⁶
- En Francia, en el año se perdieron un total de 31 millones de días laborables a causa de la depresión.¹⁹⁷
- El costo de el desempeño reducido debido a la depresión no tratada se estima en cinco veces más que el costo del absentismo¹⁹⁸
- Un estimado conservador de pérdidas de productividad solo por depresión, ansiedad y abuso en el consumo en

- Canadá le atribuye el costo de \$11.1 billones por año.
- En la Unión Europea, el costo del estrés laboral*. se estimó en 2 billones de Euros en2002.¹⁹⁹

* Se ha escrito mucho acerca del “costo del estrés” par alas empresas. Existe una considerable confusión e inconsistencia en la literatura respecto al uso de la palabra “estrés”. Para los propósitos de este documento, se utilizará la palabra “estrés” para describir los sentimientos subjetivos que pueden resultar de diferentes condiciones de trabajo (“estresores” o riesgos psicosociales), como el estar saturado por las demandas del trabajo que se salen del control del trabajador, o ser acosado por compañeros. El estrés no es una enfermedad mental o un trastorno mental en sí mismo. Debe considerarse como *distrés* mental pero si dura poco tiempo, usualmente no tiene efectos a largo plazo. (La excepción podría ser el estrés post-traumático, cuando un individuo tiene reacciones severas de estrés por ser la víctima o el observador de un evento horrorizante.) De cualquier modo, si el estrés es duradero y continuo, puede llevar hacia una enfermedad mental, trastorno mental, o a una variedad de molestias físicas. Cuando la literatura se refiere a los “costos del estrés” se asume que se refiere al costo de los síntomas mentales, físicos y conductuales, enfermedades y trastornos que resultan del estrés crónico Por ejemplo, un síntoma conductual de la existencia de estrés excesivo en un trabajador puede ser el incremento del absentismo del trabajo.

C. Como se interrelacionan la Salud de los Trabajadores y la Comunidad

Este documento ha revisado extensamente las maneras en las que el entorno laboral de la empresa afecta la salud mental y física y la seguridad de los trabajadores: y las maneras en que la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores afectan a la empresa. Pero todos los espacios laborales existen dentro de comunidades y sociedades. La comunidad o la sociedad donde las empresas existen tiene un tremendo impacto sobre la salud del trabajador y el éxito de la empresa y viceversa.

Así pues, existen muchas grandes diferencias regionales basadas en el nivel de desarrollo de los países. Los ejemplos que se dan a continuación no son problema en la mayoría de los países del Oeste de Europa, Norteamérica o en las partes más desarrolladas de la región del Pacífico Oeste.

Ejemplos de cómo la Comunidad afecta la Salud de los Trabajadores:

- No importa cuán saludable o seguro sea un espacio de trabajo pueda ser al interior de una empresa, si no existe agua limpia y segura para tomar en la comunidad, los trabajadores no experimentarán buena salud.
 - Si la atención primaria a la salud en la comunidad es inadecuada, y los trabajadores y sus familias no pueden conseguir tratamientos o inmunizaciones contra enfermedades contagiosas, los trabajadores y sus familias no experimentarán buena salud.
 - Si las leyes de control del tabaco en la comunidad son débiles, con pobre soporte y no existen, los miembros de la comunidad, (incluyendo a los trabajadores) estarán expuestos a humos tóxicos y estarán más propensos a enfermarse y/o ser adictos al tabaco.
- Si no hay aceras, el transporte público es precario, los caminos son peligrosos, existe mucho crimen o contaminación, entonces el transporte inactivo (autos o motocicletas) podrá ser la única opción para que los trabajadores se desplacen hacia y desde el trabajo, reduciendo la actividad física y limitando las posibilidades de contrarrestar la inactividad física inducida por el trabajo.
 - Si el aire y el agua en la comunidad son contaminados por fábricas que lanzan toxinas al aire o vierte contaminantes en el agua, los trabajadores que vivan en la comunidad experimentarán una variedad de enfermedades.

"En los países donde las prioridades básicas no se cubren, donde por ejemplo, tu hablas de agua limpia, salubridad y limpieza y organización en el espacio de trabajo y la gente no tiene en cuenta estas necesidades, entonces tus prioridades serán diferentes."

Entrevista #34, SSO, República de Corea

- Si el VIH/SIDA es común en la comunidad, y los trabajadores infectados no pueden pagar los medicamentos antiretrovirales, su salud se deteriorará rápidamente.
- Si la tasa de alfabetización en la comunidad y entre los empleados es baja, ellos no podrán leer información sobre salud y seguridad, y como

resultado pueden poner su salud y seguridad en riesgo.

- Si un desastre natural afecta a la comunidad (p. ej. Inundación, terremoto) los empleados pueden resultar afectados de inmediato, o pueden estar exhaustos tratando de enfrentar las repercusiones, y experimentar consecuencias negativas para su salud.
- Si las condiciones de los caminos y/o los hábitos de manejo de la comunidad son pobres, los trabajadores que conducen pueden estar en un riesgo incrementado de accidente.

Aún cuando estos ejemplos generalmente no implican responsabilidad legal para el empleador o el espacio de trabajo, estos factores frecuentemente pueden ser influenciados por la empresa u organización. Cuando los empleadores deciden involucrarse en estos temas, esto podrá ser referido como Responsabilidad Social Corporativa (CSR), o Participación de la Empresa en la Comunidad, lo que será más discutido en los capítulos 6 y 9.

Cómo las condiciones de trabajo y la salud del trabajador afectan a la sociedad y la comunidad

Lo contrario es igualmente cierto: la salud mental y física de los trabajadores afectará en última instancia a la comunidad y la sociedad. Por ejemplo, si los trabajadores experimentan violencia o abuso en el trabajo y salen de él molestos, naturalmente los efectos de esta violencia no se restringen a los efectos dentro del espacio de trabajo, sino que repercutirán en los hogares de los trabajadores y sus comunidades. Un trabajador que sufre abuso en el

trabajo puede mostrar “ira del camino” en el camino a su casa, o mostrar violencia contra su esposa o algún otro miembro de la familia. Por lo tanto el espacio de trabajo puede contribuir a aumentar los costos sociales de procesos legales, servicios sociales y atención primaria a la salud. Shain se refiere a esto como quedar “socialmente exhausto”.²⁰⁰ En una analogía con las emisiones ambientales de las fábricas que contaminan el aire o el agua, este tipo de miedo, ira u otras emociones que el trabajo deja en los trabajadores que han sido tratados injustamente, también contaminan a sus familias, a la sociedad y a la comunidad.

Una investigación canadiense acerca del conflicto trabajo - familia también demostró este punto. Duxbury y Higgins documentaron los efectos de cuatro tipos de conflicto trabajo – familia, no solo en trabajadores y empleadores, sino también en la sociedad en su conjunto, en términos de utilización del sistema de cuidado a la salud.²⁰¹ La tabla 4.2 ilustra el punto en donde falta armonía entre la vida hogareña de los trabajadores y sus trabajos, lo que generará un costo significativo para la sociedad, particularmente en el caso del uso del sistema de atención a la salud.

Otra relación entre las condiciones del trabajo y los intereses de la comunidad, es el tema de la discapacidad. Si los espacios de trabajo hacen modificaciones razonables para las personas que tienen algún tipo de discapacidad, contribuirán a disminuir el desempleo en la comunidad, lo que tendrá efectos positivos en la sociedad.²⁰²

Tabla 4.2 Efectos del conflicto trabajo – Familia en la salud de los trabajadores, la empresa y la sociedad²⁰³

	Trabajador	Empresa	Sociedad
Sobrecarga de rol	12x más burnout 3.5x más alto nivel de estrés 3.4x depresión 3.1x pobre salud física	3.5x más alto absentismo 2.4x riesgo de perder el trabajo por el cuidado de los niños 2.3x más riesgo de cambio o abandono de trabajo	2.6x Incremento en el uso de servicios de salud mental 1.4-2.4x más visitas al médico e ingresos al hospital
Interferencia Trabajo - Familia	5.6x demasiado burnout 2.4x más depresión 2.4x pobre/débil salud 2.3x pobre salud física	2.8x riesgo de cambio o abandono de trabajo 1.9x absentismo 0.5x de ser percibido positivamente por el empleador 6x más reportes de estrés laboral alto Menor nivel de compromiso con el empleador en todos los grupos.	1.7x más visitas a un profesional de la salud mental 1.4-1.7x visitas o ingresos al hospital
Interferencia Familia - Trabajo	1.6x estrés, burnout, depresión 2x mínima/pobre salud	6.5x más absentismo debido a problemas con el cuidado de los niños 1.6x más absentismo en general	1.9x uso de servicios de salud mental 1.3-1.4x visitas o ingresos al hospital
Tensión del cuidador	1.5x estrés y burnout 2x humor depresivo 1.8x menor satisfacción por la vida 1.6x pobre/mínima salud física	13x más absentismo debido a asuntos relacionados con el cuidado de personas mayores 1.4x más absentismo en general	1.4-1.8x más visitas al doctor, ingresos al hospital, gastos de tratamientos, medicamentos, visitas de emergencia, uso de servicios de salud mental. El mayor uso de servicios del sistema de salud de todos los grupos.

Los efectos generales de la salud del trabajador sobre la salud y la prosperidad de la sociedad fueron reconocidos en una conferencia internacional en 2008. En Junio de ese año, se realizó en Tallinn, Estonia, una Conferencia Ministerial de la OMS sobre Sistemas de Salud, con el tema “Sistemas de Salud, Salud y Prosperidad.” Al final de la conferencia, se aprobó el acuerdo de Tallinn, el cual destaca la conexión

entre salud y prosperidad. El acuerdo establece que *“Más allá de su valor intrínseco, la salud mejorada contribuye al bienestar social a través de su impacto en el desarrollo económico, competitividad y productividad. Los sistemas de salud de alto desempeño, contribuyen al desarrollo económico y la prosperidad.”*²⁰⁴

En otras palabras, la buena salud del trabajador contribuye a una alta productividad y al éxito de la empresa, lo que lleva a la prosperidad económica en el país, al bienestar individual y social y a la prosperidad de los trabajadores. Y para completar el ciclo, es bien conocido que el estatus socioeconómico es uno de los determinantes primarios de la salud: generalmente la gente próspera es más sana que la gente más pobre.

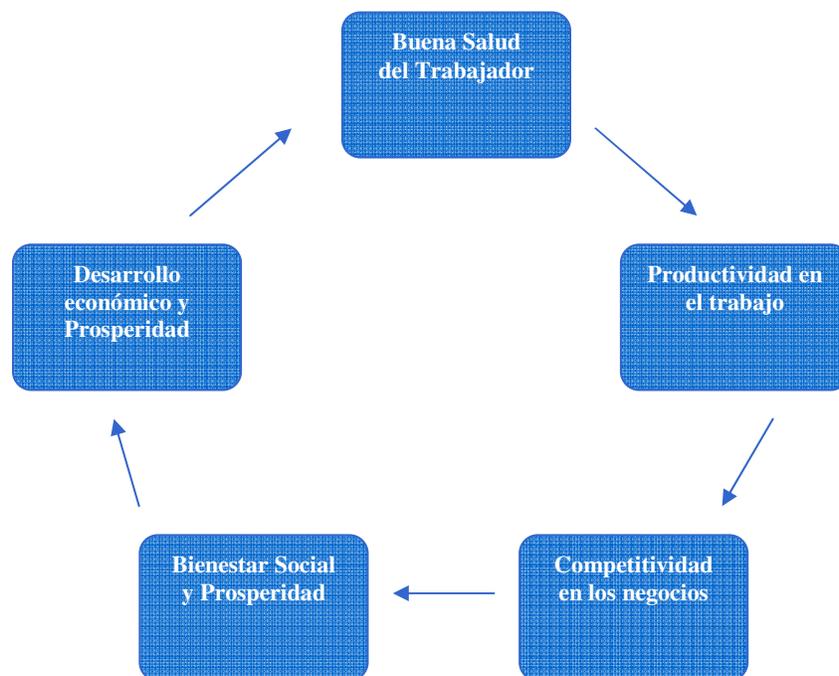
Esto se podría demostrar gráficamente como se muestra en la Figura 4.2.

El interés empresarial

Este modelo refuerza el interés empresarial sobre los espacios laborales saludables, el cual fue esbozado en la Sección 4B. Crear un espacio laboral saludable no es solamente un asunto de cuidar el bienestar de los empleados. Como se indicó anteriormente, la salud y el bienestar de los trabajadores impacta fuertemente en la habilidad de la empresa para realizar sus funciones, y para alcanzar su visión y misión. El modelo de Tallin

reitera el hecho de que la buena salud se relaciona con la productividad de los trabajadores. Y naturalmente, trabajadores altamente productivos contribuirán a la competitividad de la empresa. Cuando muchos empresarios dentro de la comunidad son altamente eficiente y competitivos, contribuyen al crecimiento económico y prosperidad de la comunidad y finalmente del país entero. Esta prosperidad económica se infiltra en el individuo, creando bienestar social y prosperidad para todos los individuos de la comunidad. Y como se mencionó, la prosperidad y el estatus socioeconómico siempre han sido vistos como determinantes primarios de la salud. Así, el acuerdo de Tallin demostró que la salud del trabajador, la prosperidad de los negocios y aún la prosperidad nacional y el desarrollo, están intrínsecamente acoplados.

Figure 4.2 Relación entre Salud y Prosperidad.



Capítulo 5: Evaluando intervenciones

Los capítulos previos pintaron un retrato claro mostrando que el trabajo y los entornos comunitarios y sus condiciones pueden tener un impacto serio en la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores; y que la salud del trabajador impacta tremendamente en la productividad y la efectividad de las empresas/organizaciones y en la sociedad en su conjunto. Esto proporciona una fuerte motivación tanto para los trabajadores como para los empleadores para crear espacios laborales más sanos. Pero, ¿es esto posible? ¿Cuáles son algunas soluciones para estos problemas?, y ¿cómo podemos saber cuál es efectiva y cuál no?

Ha habido incontables intervenciones por parte de los empleadores y los trabajadores intentando hacer más saludables los espacios de trabajo, en muchos países y en muy diversos escenarios. La intención de este documento es separar el grano de la cáscara para encontrar los abordajes comunes que generalmente parece que funcionan bien para alcanzar los objetivos de mejorar la salud del trabajador y la productividad de la empresa. En otras palabras, escoger qué funciona y qué no. Entonces, antes de discutir sobre intervenciones prometedoras, es apropiado dedicar algo de tiempo discutiendo el tema de la evaluación, relacionada a la protección, y promoción de la salud, seguridad y bienestar en el espacio de trabajo.

A. La colaboración Cochrane

La Colaboración Cochrane es una organización internacional, no lucrativa, e independiente, establecida para asegurar que la información actual y detallada acerca de los efectos de intervenciones en material de salud esté rápidamente disponible a nivel mundial. Más de 15,000 voluntarios en más de 90 países participan en el proceso de revisión. La Colaboración produce y difunde las Revisiones Cochrane, que son revisiones sistemáticas de la investigación sobre diversas intervenciones. De esta manera, proporciona una amplia fuente de información cuando se busca evidencia acerca de la efectividad de cada intervención.

La medicina basada en la evidencia busca tomar decisiones acerca de un tratamiento, basándose en la mejor evidencia científica disponible, y la Colaboración Cochrane provee fuentes invaluable para fundamentar esto. La Colaboración Cochrane prefiere limitar la mayoría de sus revisiones a intervenciones que hayan sido probadas en pruebas de control aleatorio. Esta es la “regla de oro” en la investigación científica, y es lo que se usa para probar nuevas drogas u otras intervenciones médico – terapéuticas. Esta clase de rigor no se ha aplicado generalmente a las intervenciones en salud ocupacional, aún cuando algunos investigadores lo han solicitado..²⁰⁵ En años recientes, se ha establecido un Campo Cochrane para la salud ocupacional y también hay grupos relacionados con la promoción de la salud/salud pública (Grupo Cochrane de Salud Pública) y daños (Grupo Cochrane de Daños).

Hasta ahora, la evaluación de intervenciones de salud en el espacio de trabajo esta algo limitada, pero cuando se encuentra disponible a través de la Colaboración Cochrane, la información es invaluable. Ciertamente existe una amplia base de investigaciones que testifican los efectos dañinos de muchos agentes físicos, químicos y biológicos que, si están presentes en el espacio de trabajo, pueden causar daño físico a los trabajadores. Existen muchas medidas de control a través de períodos de tiempo para ellas. Sin embargo, las bases de información que podrían cumplir con los estándares Cochrane son mucha más limitadas cuando se trata de la efectividad de las intervenciones que abordan la salud mental de los trabajadores, o la efectividad de las intervenciones en la cultura organizacional o en la organización del trabajo.

B. Criterios generales de evaluación

Cuando un empleador trata de mejorar un espacio de trabajo, lo hace desde el supuesto de que cualquier cosa que se haga, hará las cosas mejor para los trabajadores. Por lo tanto, hacer una prueba de control y, en esencia,

negar o retardar la intervención a la mitad de los trabajadores (el grupo control), sería una natural reticencia ética.

Los programas de promoción a la salud en el espacio de trabajo son especialmente difíciles de evaluar bien. Evaluar estas intervenciones de la misma manera que los estudios experimentales no es siempre posible. Las intervenciones tratan de cambiar la conducta humana lo cual depende de tantas condiciones imposibles de controlar: motivación tanto de los interventores como de los intervenidos, sus personalidades, experiencia de vida, educación, estado actual de salud, tradición y otros incontables factores.

Como resultado, la vasta mayoría de esas intervenciones que se emprenden para mejorar la salud en el espacio de trabajo, no son evaluadas utilizando criterios estrictos de investigación basados en la evidencia. Incluso esos que son diseñados para ser evaluados y publicados frecuentemente quedan lejos de cubrir el estándar de oro. Kreis y Bödeker trataron de hacer una evaluación integral de la literatura acerca de la promoción de la salud e hicieron el siguiente comentario, luego de notar la gran cantidad de estudios disponibles: "Independientemente de la cantidad, debe admitirse que la calidad de los estudios dejan, desafortunadamente, mucho que desear."²⁰⁶

Los estudios publicados en el panorama de la salud ocupacional, seguridad o promoción a la salud frecuentemente tienen uno o más problemas:²⁰⁷

- *No hay grupo control.* Una manera común de evaluar los efectos de una intervención en el espacio de trabajo es coleccionar datos para una línea base antes de la intervención, y comparar los mismos parámetros inmediatamente después de la intervención, y/o después de que haya pasado un período de ("pre-post evaluaciones"). De cualquier modo, si no existe grupo control, que no participe en o sea expuesto a la intervención, los cambios que ocurren

pueden ser indicadores de cambios en la sociedad en su conjunto. Por ejemplo, un programa para dejar de fumar que reporta un 5% de reducción en el fumar, debe considerar esto finalmente a la luz de el decremento en el fumar que pueda ocurrir en la población en general al mismo tiempo.

- *Un marco temporal de seguimiento demasiado corto.* La literatura clínica muestra generalmente que para asentar que un cambio conductual es permanente, deben de pasar al menos seis meses, y muchos estudios reportan resultados dentro de un período de tiempo más corto. Algunos investigadores sugieren que la intervención debe ser sostenida por 3 o 6 meses para lograr la reducción de un riesgo a la salud, y de 3 a 5 años para demostrar el costo - beneficio.
- *Deserciones en el grupo de intervención.* Si los participantes que no logran presentar un cambio conductual abandonan el estudio antes de que concluya, los resultados que se reporten al final (cuando solamente quedará la mayoría de gente exitosa) sobreestimarán el impacto.

"Pienso que creemos en muchas cosas acerca de lo que debería ser mejorado, pero pienso que no tenemos el suficiente conocimiento de la efectividad de estas evaluaciones de las que hablamos. Pienso que es necesario hacer más estudios sobre efectividad."
Entrevista #20, USA, Médico en SO y Deportes.

- *Auto - selección.* No es posible en la mayoría de las compañías forzar a los empleados a participar en el

experimento, especialmente si implica cambios en la conducta. Por lo tanto, las personas que acceden a participar voluntariamente puede estar ya altamente motivada e interesada en el proceso y resultados de la intervención. Nuevamente esto significa que los resultados que se obtengan, sobreestimarán los efectos, cuando se comparen con los resultados proyectados en todos los empleados.

- *Cuestiones de Género.* La investigación en salud ocupacional a sido generalmente criticada por la falta de perspectiva de género. Las mujeres frecuentemente han sido excluidas de los estudios, o los resultados son ajustados por sexo, en lugar de ser examinados por sexo o diferencias de género.²⁰⁸
- *Terminología poco clara o inconsistente.* Los investigadores frecuentemente afirman en la literatura que los programas “integrales” son los más efectivos. Sin embargo el término “integral” en algunos reportes define a los programas de promoción de la salud que incluyen el entorno de la empresa; o puede significar aquellos que proporcionan la integración constante de un programa de promoción a la salud y prevención de enfermedades que es consistente con los objetivos corporativos e incluye evaluación; o simplemente referirse a un programa dirigido a más de un factor de riesgo.
- *El Efecto Espino.* Esto es muy conocido en la investigación en el espacio de trabajo, y significa que la conducta o actitud de los trabajadores sujetos a una intervención, tienden a mejorar simplemente porque alguien les está poniendo atención. Puede ser algo parecido al efecto placebo en un paciente individual. A pesar de que la validez del efecto espino ha sido

cuestionada recientemente, aún hay evidencia de que la gente que es observada o es puesta en una situación experimental, cambian su conducta simplemente porque están siendo observadas o estudiadas.²⁰⁹

- *Etapas del Cambio.* Todo cambio es difícil de evaluar. El modelo de Etapas de Cambio de Prochaska y DiClemente muestra que las personas pasan por diversos cambios internos antes de cambiar realmente su conducta.²¹⁰ De ahí que, si solo se evalúan los cambios actuales en la conducta o en los indicadores psicológicos para determinar la efectividad de las intervenciones en promoción de la salud, se pueden pasar por alto cambios internos significativos.
- *Otros factores de confusión.* Es dudoso que una sola intervención sea lo único que provoca cambios en un espacio de trabajo durante ese tiempo. Los eventos cotidianos en un espacio de trabajo como cambios de directivos, la fusión o adquisición de una compañía, un incremento o decremento de la demanda de los productos o servicios de la empresa, o cambios en la situación económica mundial, por ejemplo, pueden tener un fuerte impacto en la salud del espacio de trabajo, independientemente de la intervención. Estos factores de confusión hacen difícil emitir una conclusión confiable acerca de los resultados, especialmente cuando no hay grupo control.

C. Literatura gris

Complementando la literatura de investigación acerca de la salud del espacio de trabajo, que acabamos de comentar, existe abundancia de materiales denominados “literatura gris.” Ésta incluye material publicado que no se encuentra en revistas científicas minuciosamente revisadas, pero pueden incluir reportes de proyectos, publicar “mejores prácticas” o

“modelos de buenas prácticas.” En la mayoría de los casos, estos reportes no incluyen la descripción exacta de las acciones implementadas, los resultados detallados, las condiciones originales de la línea base o los factores determinantes. Además, frecuentemente no existe información de contacto o está incompleta, por lo que contactar con los autores originales es difícil o imposible.

D. El principio precautorio

Dada la cantidad extremadamente limitada de datos científicamente sólidos basados en evidencia de muchas intervenciones en protección y promoción a la salud, sería fácil sentarse y no hacer nada. Respecto a las intervenciones en promoción a la salud, particularmente y aparte de las referentes a fumar y enfermedad, hace falta evidencia médica de tipo *causal*; escasamente, factores como la dieta, obesidad, y vida sedentaria tienen asociación estadísticamente significantes con mala salud y enfermedad. Sin embargo, hacer nada en estos casos puede contravenir al principio precautorio.

Este principio establece que *En el caso de daños serios o irreversibles a los seres humanos o el ecosistema, reconocer la falta de certeza científica no debe ser usada como razón para posponer la aplicación de medidas preventivas.*²¹¹ En otras palabras, en el contexto de este documento, los empleados y empleadores no deben posponer la implementación de acciones para mejorar las condiciones de trabajo y promoción de la salud solamente porque no existe una fuerte evidencia científica de la efectividad de dichas intervenciones.

Esto puede sonar un poco a herejía para algunos, y por supuesto viene con una advertencia mayor: Debe ser claro e indudable que la intervención no causará daño, ni a la salud de los trabajadores ni a la sustentabilidad de la empresa. Aquí es donde la literatura gris puede jugar un rol significativo. Las reseñas de estudio de casos o los modelos de buenas prácticas puede proporcionar orientación valiosa

a los empleadores y trabajadores que estén motivados a hacer cambios positivos en el espacio de trabajo, con o sin verificación de eficacia.

Los equipos de la empresa que están tratando de mejorar la salud del trabajador a través de actividades de promoción de la salud, deben tener en mente que un cambio conductual es un proceso lento que requiere hacer bastantes cambios internos e invisibles antes de que la conducta visible se modifique. Esto significa que se requerirá de paciencia y persistencia en proporcionar de manera constante, información y educación aún frente a una aparente falta de impacto.

E. Interrelación entre la participación del trabajador y la evaluación de la evidencia

Un tema que ha sido repetidamente referido en la literatura acerca de los espacios de trabajo saludables, es la importancia de la participación de los trabajadores. Si el término es “control sobre el trabajo”, o “contribuir a las decisiones” o “empoderamiento del trabajador”, el hecho es que la involucración de los trabajadores es una de los aspectos más importantes críticos de un espacio laboral saludable.²¹² De manera fortuita, este indicador y criterio de un espacio laboral saludable también puede proporcionar la respuesta al dilema de la escasez de evidencia de eficacia. Consideremos lo siguiente. Si un empleador decide unilateralmente implementar una práctica cuestionable en el espacio de trabajo porque el empleador cree que será bueno para los trabajadores, (a) eso puede fracasar debido a la resistencia del trabajador a que esa práctica le sea impuesta y (b) si falla, los trabajadores reaccionarán con ira, maldiciendo al empleador, y reclamando que no debería haber una intervención sin una sólida evidencia de efectividad; o podrían reclamar que el dinero pudo haberse gastado en aumentar sus salarios. Por otro lado, si el empleador y los trabajadores y sus representantes se sientan juntos a discutir un problema y llegan a posibles soluciones, la misma intervención puede tener

mejor acogida. En este caso, cuando se aplique la intervención, (a) tiene mejor oportunidad de ser efectiva porque los trabajadores y sus representantes formaron parte de la decisión de hacerlo y (b) aún si falla, los trabajadores probablemente perdonarán y olvidarán, y probablemente querrán reunirse nuevamente con el empleador para intentar hacer algo más.

Este principio es tan importante que en algunos casos, es más conveniente implementar una medida que la literatura sugiere que es de incierta o baja efectividad, si ello resulta en una seria colaboración entre los trabajadores y el empleador. En esa situación, el *proceso* por el cual se determina, planea e implementa la intervención es tan importante como el *contenido* de la intervención. Si los procesos mejoran la confianza entre los trabajadores y el empleador, eso, en sí mismo tendrá un tremendo impacto en la salud mental, el compromiso y dedicación de los trabajadores, la cultura organizacional y la moral.

F. Evaluando el costo – Beneficio de las intervenciones

Además de saber que una intervención sea probablemente efectiva para mejorar la salud y/o la productividad, los empleadores quieren tener una idea acerca del costo – beneficio de la intervención. Los empleadores generalmente no desean gastar grandes cantidades de recursos para obtener resultados mínimos, aún cuando sean positivos. Por esta razón, muchos empleadores sofisticados solicitan un análisis costo – beneficio antes de implementar una intervención, o requieren información acerca de la recuperación de la inversión (ROI).

La literatura está colmada de registros de cálculos de recuperación de inversión de intervenciones para la protección y promoción de la salud. Algunas afirmaciones son:

“Las investigaciones muestran que cada euro invertido en PST (Promoción de la Salud en el Trabajo) lleva a una recuperación de la inversión entre 2.5 € y 4,8 € debido a la reducción de costos del absentismo.”²¹³

“...la tan mencionada “ recuperación de la inversión (ROI) respecto a la reducción de costos médicos está entre 1: 2.3 y 1: 5.9 – este valor es de lo más notable porque se encontró en un estudio aleatorio.”²¹⁴

“Mientras frecuentemente encontramos dificultades en cuantificar algunos resultados, existe evidencia creciente de que la tasa de costo – beneficio va de \$1.50 a \$6.15 por cada dólar invertido.”²¹⁵

“Dieciocho de 18 estudios de intervención encontraron que el absentismo descendió después de la introducción de programas de promoción de la salud y los seis estudios que reportaron la tasa de costo – beneficio, registraron ahorros de \$5.07 por cada dólar invertido. Veintiocho de 32 intervenciones encontraron que los costos por cuidados médicos cayeron después de la introducción de programas de promoción de la salud y los 10 estudios que reportaron tasa de costo – beneficio, registraron ahorros de \$3.93 por cada dólar invertido.”²¹⁶

“Respecto a los costos de Salud, los estudios asumieron una tasa de costo – beneficio (recuperación de la inversión, ROI) de 1:2.3 a 1:5.9. Los ahorros por absentismo fueron de 1:2.5 y/o de 1:4.85 a 1:10.1.”²¹⁷

La precaución con afirmaciones de este tipo es que frecuentemente se proporcionan pocos detalles acerca de lo que se hizo exactamente en las intervenciones. Yendo a los reportes originales se revela que las intervenciones van desde actividades sobre un solo elemento tales como programas para dejar de fumar, hasta abordajes más integrales que implican cambios

organizacionales. Adicionalmente, las investigaciones exhiben muchas de las debilidades señaladas anteriormente. Para hacer más confusa la situación, se tiende a combinar términos tales como “recuperación de la inversión” costo – beneficio” y “costo – efectividad”, a pesar de que algunos de ellos tienen significados matemático/contables muy específicos.

Sockoll et al concluyen, “Como muestra la literatura, hay una clara falta de métodos de evaluación para determinar la conexión entre la salud y el desempeño laboral y/o la productividad. Esto resulta en el hecho de que hasta la fecha, la base de evidencia para el costo – beneficio de la promoción y prevención de la salud en el espacio laboral centrada en el desempeño laboral es aún muy limitada.”²¹⁸ Sin embargo aclaran que los datos basados en los beneficios económicos de la protección y promoción a la salud relacionados con el absentismo y los costos médicos están suficientemente comprobados.²¹⁹

Por consecuencia, es sabio tomar los datos de costo – beneficio con prudencia hasta que se den a conocer los datos exactos y detallados acerca de la metodología. Adicionalmente, los planes para evaluar prospectivamente el costo – beneficio de una intervención deben ser cuidadosamente proyectados junto con expertos en diseño de investigación para asegurar que los resultados sean significativos. Esta consulta y planeación adicional puede requerir una cantidad significativa de recursos tanto financieros como administrativos.

Sin embargo, muchos empleadores no desean simplemente tomarles la palabra a los

investigadores académicos y confiar en que una intervención para un ambiente de trabajo saludable pueda ser efectiva y costeable. Con frecuencia, los cuerpos directivos o financieros requieren pruebas de que lo que se está haciendo para mejorar la salud del trabajador, es realmente efectivo, y tiene un costo razonable. De ahí que sea importante que se proporcionen herramientas sencillas para asistir a las empresas para hacer algunos cálculos básicos para determinar su propia recuperación de la inversión, sin la necesidad de un gran soporte académico o costosos fondos de investigación. La OMS ha publicado varios instrumentos con esta intención, los cuales pueden servir de apoyo para los participantes de un espacio de trabajo.^{220,221}

Capítulo 6: Evidencia de intervenciones Que hacen más saludables los espacios de trabajo

A pesar de las graves limitaciones de la evaluación de datos referida en el capítulo previo, es importante revisar la evidencia existente acerca de la efectividad de varias intervenciones. Sabiendo que la existencia o no de evidencias puede conformar la base para comenzar una conversación entre el empleador y los trabajadores y sus representantes, cuando se consideran necesidades y se planean intervenciones.

Este documento no trata de insinuar de ninguna manera las acciones que los gobiernos nacionales, estatales/provinciales deban o puedan implementar para influir sobre la salud del trabajador. El enfoque de estos fundamentos es sobre las cosas que los empleadores y los empleados puedan hacer en colaboración. Dicho esto, los gobiernos tienen claramente más poder que las empresas individuales o los trabajadores, o incluso los grupos de empresas o grupos de trabajadores. Los gobiernos pueden proporcionar las condiciones para facilitar, reforzar y apoyar mejoras en la salud de los trabajadores, o pueden crear barreras e impedimentos. Mucho del trabajo de la OMS y la OIT está dedicado a influenciar las acciones de los gobiernos en este sentido. (Esto se analiza con mayor amplitud en el Capítulo 8.) El enfoque de este capítulo es primordialmente proporcionar información y guía a los empleadores y trabajadores acerca de las cosas que están dentro de su esfera de influencia para obtener logros con o sin la asistencia del gobierno.

Revisar toda la investigación individual y otras publicaciones que examinan la efectividad de intervenciones de salud y seguridad en el espacio de trabajo podría requerir de equipos de personas trabajando por años. Para los propósitos de este marco, hemos elegido reportar las

revisiones sistemáticas realizadas por la Colaboración Cochrane y otros. Como resultado, puede haber muchas intervenciones excelentes y efectivas que no se mencionen en este documento, porque no se han encontrado revisiones sistemáticas sobre ellas.

Una desventaja de este abordaje es que puede dar al impresión de que se ha logrado muy poco, que los logros son pocos y de poca importancia. Sin embargo, las estadísticas globales muestran que esto está lejos de ser verdad. Los datos registrados por la OIT muestran que la tasa estimada de fatalidad por año por cada 100,000 trabajadores va desde un nivel bajo de 1, hasta un nivel alto de 30 en diferentes países. Y la tasa estimada de accidentes (y daños que requieren al menos tres días de ausencia del trabajo) va desde un nivel bajo de 600 por año por cada 100,000 trabajadores, hasta un nivel alto de 23,000.²²² Claramente, existen muchos abordajes que han sido implementados en los países “buenos” que pueden no haber probado su efectividad en la Revisión Cochrane, pero que han marcado una gran diferencia para la salud y seguridad de los trabajadores.

A. Evidencia de efectividad de intervenciones en salud y seguridad ocupacional.

Por las razones antes expuestas, los reportes de evaluación de la mayoría de las intervenciones en salud y seguridad caen en la categoría de literatura gris. Aún así, se han hecho algunas investigaciones rigurosas y se han publicado varias revisiones sistemáticas de literatura.

Un indicador está relacionado con la cuestión de género tal como se dijo en el capítulo 5. Muy poca investigación ha sido realizada enfocándose a los efectos de las

intervenciones en el espacio de trabajo para mujeres y hombres por separado. La mujeres y los hombres tienden a trabajar en diferentes empleos, y aún en los mismos empleos, desempeñan distintas tareas algunas veces. También existen diferencias sociales (p. ej. las responsabilidades familiares) y diferencias biológicas o psicológicas (p. ej. diferencias en la estatura promedio) que interactúan de manera

diferente con el espacio de trabajo. Por todas estas razones, existen diferencias significativas en los riesgos para las mujeres frente a los de los hombres, y en la efectividad de las intervenciones sobre las mujeres y los hombres.

La tabla 6.1 exhibe algunas muestras de evaluaciones estimadas como efectivas, inefectivas o no conclusivas/inconsistentes.

Tabla 6.1 Evidencia de efectividad de intervenciones en salud y seguridad ocupacional

Efectivas	No concluyentes o Inconsistentes	No Efectivas
Gestión de la Discapacidad/programas de reintegración al trabajo (utilizando un enfoque participativo que incluye un proveedor de servicios de salud y sistema de indemnización para supervisores y trabajadores (evidencia fuerte) ²²³	Políticas de protección de la audición – su eficiencia depende de si la política se sigue por mandato o de manera voluntaria. ²²⁴	Ajustes Ergonómicos de la estación de trabajo solamente. ²²⁵
Ajustes de la estación de trabajo combinados con capacitación en ergonomía (evidencia moderada) ²²⁶	La sola capacitación en levantamiento manual de cargas mostró resultados inconsistentes. ²²⁷	Solo capacitación ergonómica. ²²⁸
Los programas ergonómicos participativos son efectivos ^{229,230,231,232}	Las políticas de evaluación de fuerza antes de la contratación, tuvieron un efecto positivo en los índices de daños y costos músculoesqueléticos, y ningún efecto en daños no músculoesqueléticos. ²³³	Un Reporte Cochrane sobre la efectividad del uso de soportes lumbares para la prevención del dolor en la espalda baja, encontró que hay evidencia moderada de que son tan inefectivos como la falta de intervención o capacitación. ^{234 235}

Efectivas	No concluyentes o Inconsistentes	No Efectivas
<p>Respecto al regreso al trabajo de empleados después de haber presentado dolor en la espalda baja, existe evidencia clara de que es importante para los pacientes estar activos y regresar a las actividades ordinarias tan pronto como sea posible; una combinación de manejo clínico óptimo, un programa de rehabilitación y la intervención dentro del espacio de trabajo es más efectiva que cualquiera de estos elementos solo; adoptar un abordaje multidisciplinario ofrece los resultados más prometedores; el trabajo modificado temporalmente es una intervención de reintegración al trabajo que se implanta en una buena gestión ocupacional; y alguna evidencia apoya la efectividad de la terapia de ejercicio, entrenamiento para la espalda y tratamiento conductual.²³⁶</p> <p>Las medidas técnico - ergonómicas pueden reducir la sobrecarga para la espalda y extremidades superiores sin reducir la productividad y también hay evidencia de que estas medidas pueden también reducir la prevalencia de TMEs. (fuerte)²⁴¹</p>	<p>La prevención de cualquier tipo de TME o problema visual relacionado al uso de la computadora a través de la capacitación en ergonomía, soportes para brazos, alternar teclados, períodos de descanso, filtros para pantalla (estos factores generalmente muestran efectos positivos débiles pero inconsistentes)²³⁷</p> <p>Un Reporte Cochrane de intervenciones para prevenir la exposición ocupacional a ruido y la subsecuente pérdida del oído, mostró resultados contradictorios, y una evidencia de efectividad no muy clara, en parte debido a la falta de programas de calidad con las indicaciones suficientes para los trabajadores.²³⁹</p> <p>Un Reporte Cochrane sobre intervenciones para mejorar el uso de la protección auditiva entre trabajadores expuestos a ruido en el espacio de trabajo no demostró si las intervenciones adaptadas son más o menos efectivas que las intervenciones generales.²⁴²</p>	<p>Un Reporte Cochrane sobre consejería en manejo manual de materiales y el uso de aparatos de apoyo para prevenir el dolor de espalda, concluye que no hubo una diferencia significativa en los resultados entre grupos que recibieron capacitación en levantamiento apropiado de pesos y aparatos de apoyo, y aquellos que no recibieron capacitación, entrenamiento físico o cinturones de soporte para la espalda. No importó si el entrenamiento fue intensivo o corto.²³⁸</p> <p>Un reporte Cochrane afirma que existe fuerte evidencia que las plantillas para los zapatos <u>no</u> previenen el dolor de espalda.²⁴⁰</p> <p>Los períodos de descanso combinados con ejercicio durante éstos períodos (estos estudios muestran una evidencia moderada de <u>no</u> tener efecto)²⁴³</p>

Efectivas	No concluyentes o Inconsistentes	No Efectivas
<p>Sistemas de manejo de pacientes para reducir el dolor de espalda (sistemas multi-componentes que incluyen un cambio de políticas, adquisición de tecnología para el levantamiento de pacientes y entrenamiento en su uso)²⁴⁴</p> <p>Un Reporte Cochrane sobre intervenciones para prevenir accidentes en la industria de la construcción, concluyó que existe evidencia limitada acerca de que una campaña múltiple de seguridad y un programa múltiple acerca de drogas pueden reducir accidentes no fatales.²⁴⁷</p>	<p>Un Reporte Cochrane sobre intervenciones para prevenir la exposición ocupacional a ruido y la subsecuente pérdida del oído mostró resultados contradictorios, y evidencia poco clara de efectividad, en parte debido a la falta de programas de calidad con suficientes instrucciones para los trabajadores.²⁴⁵</p> <p>Un Reporte Cochrane sobre intervenciones educacionales para reducir daños a los ojos en el trabajo concluyó que los estudios no proveen evidencia confiable par reducir accidentes, debido a la pobre calidad de los estudios.²⁴⁸</p>	<p>Un Reporte Cochrane sobre intervenciones para prevenir daños en el sector agrónomo, concluyó que hacer solamente intervenciones educativas <u>no</u> es efectivo.²⁴⁶</p> <p>Existe fuerte evidencia de que la capacitación en métodos de manejo manual de cargas no es efectiva si se usa como la única medida para prevenir el dolor en la espalda baja.²⁴⁹</p>

B. Evidencia de efectividad de intervenciones psicosociales/cultura organizacional

Uno de los factores psicosociales clave que contribuye a los espacios laborales saludables, es la participación del trabajador en la toma de decisiones. La participación de los trabajadores y sus representantes ha sido identificada como un factor clave de éxito para muchas de las intervenciones efectivas en el ambiente físico del trabajo, mencionadas anteriormente, y muchas de las intervenciones de promoción de la salud descritas en la sección C.

Aparte de la investigación sobre la participación de los trabajadores, el número de estudios enfocados a las intervenciones que incluyen el entorno psicosocial del

trabajo, la organización del trabajo y la cultura organizacional, es mucho más pequeño y limitado que aquellos centrados en examinar las intervenciones en salud y seguridad. Aún así, algunas han sido evaluadas y se han hecho algunos hallazgos positivos. Es notable que mientras algunos estudios son inconsistentes, hasta la fecha no se ha identificado fuerte evidencia de que las intervenciones psicosociales en la organización del trabajo o la cultura organizacional sean *inefectivas*.

La tabla 6.2 contiene algunas muestras de intervenciones psicosociales consideradas ya sea efectivas o no concluyentes/inconsistentes.

Tabla 6.2 Evidencia de Efectividad de Intervenciones Psicosociales

Efectivas	No concluyentes o Inconsistentes	No Efectivas
<p>Una combinación de abordajes del estrés en el espacio de trabajo individuales y organizacionales es la más efectiva, y la participación de los trabajadores en la planeación, implementación y evaluación de los cambios y el rol del directivo en apoyar a los empleados a través de comunicación efectiva, fueron factores importantes para el éxito.²⁵⁰</p>	<p>Algunas revisiones sistemáticas de estudios de intervenciones organizacionales para reducir las fuentes de estrés, concluyó que no hubo impacto, aunque los autores sugieren que esto se debió a un pequeño número de estudios implicados.²⁵¹</p>	<p>No se identificaron estudios que arrojaran consistente evidencia de la falta de efectividad de las intervenciones psicosociales.</p>
<p>Los Círculos de Salud, tal como se implementaron en empresas alemanas son un método formal de participación para asesorar y enfrentar las necesidades o deficiencias en el espacio de trabajo. Debido a la falta de buenos estudios, la evidencia de su efectividad es débil, pero es aún así, consistentemente positiva en la reducción del estrés, la insatisfacción laboral, así como ciertos factores de riesgo para la salud.²⁵²</p>	<p>Una revisión sistemática concluyó que hasta hoy es insuficiente la evidencia de calidad para juzgar la efectividad del uso de intervenciones organizacionales participativas en el espacio de trabajo para mejorar el bienestar mental y se necesitan investigaciones adicionales.²⁵³</p>	
<p>La enfermedad/salud psicológica puede ser prevenida/mejorada, mediante intervenciones que combinen al manejo personal del estrés con esfuerzos organizacionales para incrementar la participación en la toma de decisiones y resolución de problemas, incrementar el soporte social y mejorar la comunicación organizacional.²⁵⁴</p>	<p>El Instituto de Medicina Ocupacional (Edimburgo) examinó el impacto de diferentes tipos de capacitación de supervisores sobre el bienestar de sus subordinados y concluyó que la evidencia era insuficiente para poder hacer declaraciones positivas y que se requería investigación adicional.²⁵⁵</p>	
<p>Un Reporte Cochrane sobre intervenciones dirigidas al trabajo para prevenir el estrés ocupacional concluyó que aquellas intervenciones que incluyen comunicación y desregulación asistida, pueden ser efectivas en reducir burnout, estrés y síntomas generales en trabajadores de la salud, comparadas con la no intervención.²⁵⁶</p>		

Efectivas	No concluyentes o Inconsistentes	No Efectivas
<p>Esfuerzos organizacionales para reducir el estrés por medio del rediseño del trabajo, pueden reducir el estrés en el espacio de trabajo.²⁵⁷</p> <p>Las medidas que evocan la cultura organizacional son particularmente efectivas en la mejora de la salud músculo esquelética.²⁵⁸</p> <p>Existe evidencia de que los cambios en el rol de los oficiales de policía de 7 días consecutivos, al sistema Ottawa de 35 días puede impactar positivamente en el bienestar mental.²⁵⁹</p> <p>La capacitación de empleados en Intervenciones Psicosociales para mejorar las habilidades de rol pueden tener un impacto positivo en el burnout a corto plazo.²⁶⁰</p> <p>Existe moderada evidencia de que una combinación de varios tipos de intervenciones (abordaje multidisciplinario) que incluyan medidas organizacionales, técnicas y personales/individuales, es mejor que las medidas simples en la prevención de DMEs. Sin embargo, no se conoce mucho acerca de como se deberían combinar estas intervenciones para obtener resultados óptimos.²⁶¹</p>		

"Yo lo vería (un Espacio laboral saludable) como un entorno que favorece la adopción de hábitos dietéticos sanos y estilos de vida físicamente activos, y que no solo incluya el entorno físico del espacio de trabajo, sino en dónde está ubicado ese espacio de trabajo, para que facilite un estilo de vida completo a su alrededor, que sea dietéticamente y físicamente activo"

Entrevista #42, República Checa, SSO

C. Evidencia de efectividad de los recursos personales de salud en el espacio laboral

La evidencia de proporcionar recursos personales de salud en el espacio de trabajo (frecuentemente limitadas principalmente a la promoción de la salud) es igualmente diversa, dado que existe evidencia de que las actividades de promoción de la salud en el espacio de trabajo pueden marcar la diferencia, al menos a corto plazo, si son cuidadosamente planeadas. Se ha reportado

consistentemente que incluir a los trabajadores y sus representantes en la planeación y programación de las intervenciones, conlleva resultados positivos.²⁶²

La tabla 6.3 contiene algunas muestras de promoción de la salud en el espacio laboral consideradas ya sea como efectivas, no conclusivas/inconsistentes, o inefectivas.

Tabla 6.3 Evidencia de efectividad de Intervenciones de recursos personales de salud en el espacio de trabajo (la mayoría limitada a educación de la salud)

Efectivas	No concluyentes o Inconsistentes	No Efectivas
<p>Los elementos clave para los programas exitosos de promoción de la salud en el espacio de trabajo incluyen tener metas y objetivos claros, ligados a los objetivos de negocios, fuerte apoyo de los directivos, involucración de los empleados en todos los niveles, ambientes que brinden apoyo, adaptar los programas a la normas sociales.²⁶³</p>	<p>Los programas de manejo individual del estrés muestran varios efectos en la percepción del estrés y el bienestar mental, siendo los abordajes cognitivo – conductuales los más exitosos, No obstante, tienden a ser de corta duración y a tener poco efecto en la productividad o las medidas organizacionales.²⁶⁴</p>	<p>Un Reporte Cochrane sobre desahogo psicológico breve para el manejo del distrés posterior al trauma para prevenir el trastorno por estrés post traumático (TEPT) concluyó que no hay evidencia de que una sola sesión sea útil, y que de hecho, puede <i>incrementar</i> la incidencia de depresión y TEPT. Los autores afirmaron con franqueza “<i>el desahogo compulsivo de las víctimas de trauma debe cesar.</i>”²⁶⁵</p>
<p>Los programas de ejercicio relacionados al trabajo incrementan las actividades físicas de los empleados, previenen TMEs, y disminuyen el cansancio y la fatiga. Esto es especialmente efectivo cuando se incorporan teorías científicas acerca del cambio conductual, y cuando se proveen facilidades para la práctica de deportes.²⁶⁶</p>	<p>Un Reporte Cochrane sobre pruebas de alcohol y drogas en conductores ocupacionales para prevenir accidentes o la ausencia en el trabajo a causas de daños, concluyeron que la evidencia es insuficiente para hacer recomendaciones a favor o en contra de esta práctica.²⁶⁷</p>	<p>Existe evidencia moderada acerca de que la capacitación en manejo del estrés laboral no tiene efecto en los síntomas de TME, en extremidades superiores.²⁶⁸</p>

Efectivas	No concluyentes o Inconsistentes	No Efectivas
<p>Programas relacionados al trabajo pueden ayudar a reducir la conducta de fumar, controlar el peso (a corto plazo), mejorar las actitudes hacia la nutrición, bajar el colesterol en la sangre, aumentar la actividad física (esto fue efectivo entre los participantes, y no necesariamente entre el colectivo laboral en su totalidad)²⁶⁹</p> <p>Los programas de promoción de la salud en el espacio de trabajo dirigidos hacia la inactividad física y la dieta, pueden ser efectivos en mejorar algunos efectos en la salud como la obesidad, diabetes y factores de riesgo cardiovasculares.²⁷³</p> <p>Incrementar la tasa de participación utilizando procesos participativos para involucrar a los trabajadores y sus representantes en la preparación y ejecución de las medidas²⁷⁶</p>	<p>Pedir a los participantes que paguen por un programa parece tener un impacto negativo en la participación, pero reduce la tasa de deserción. Los beneficios de los incentivos no pueden ser detectados a largo plazo y pueden tener efectos negativos.²⁷⁰</p> <p>Un Reporte Cochrane sobre programas para dejar de fumar basados en incentivos o competencia, concluyó que si bien hay mejoras en un corto plazo, no existe efecto a largo plazo.²⁷⁴</p> <p>Estudios recientes sobre incentivos, concluyeron que los incentivos bien dirigidos podrían reducir desigualdades en los efectos de salud, pero que se necesita una estimación constante de su costo, su efectividad, costo de la efectividad y las consecuencias inesperadas.²⁷⁷</p>	<p>Los programas de actividad física en el trabajo no mostraron efecto sobre el estrés laboral, satisfacción en el trabajo o la productividad.²⁷¹</p> <p>Los programas que se limitan a ofrecer información o consejos sobre temas de salud son inefectivos (“necesarios pero inadecuados”)²⁷²</p> <p>Existe evidencia moderada de que la capacitación en biofeedback en donde se utilizan instrumentos de monitoreo para obtener información acerca del aumento en la tensión muscular, no tiene efecto en los resultados de TME en extremidades superiores.²⁷⁵</p> <p>Los programas de ejercicios en el espacio de trabajo tienen poco efecto en la flexibilidad muscular, peso corporal, masa corporal, lípidos en la sangre y presión arterial.²⁷⁸</p>

Efectivas	No concluyentes o Inconsistentes	No Efectivas
<p>Los programas de promoción a la salud que utilizan un abordaje de “etapas de cambio” para individualizar la intervención de acuerdo a las características personales del empleado, son más efectivas.²⁷⁹</p> <p>Se encontró que los programas de ejercicio relacionado al trabajo fueron efectivos en la reducción de accidentes en el espacio de trabajo.²⁸¹</p> <p>Un programa integral para aumentar la actividad física incluyendo consejería individual, educación en promoción a la salud, y facilidades para hacer ejercicio, es más efectivo que los programas de enfoque simple.²⁸³</p> <p>Los abordajes individuales y organizacionales para mejorar la nutrición, que incluyen puntos de adquisición de información y soportes ambientales, pueden influir sobre los hábitos nutricionales de los empleados mientras trabajan.²⁸⁴</p> <p>Los avisos de prohibición de fumar en el espacio de trabajo, son más efectivos que el limitar las áreas de fumar, y se disminuye no solamente el número de fumadores, sino también el número de cigarrillos fumados por un fumador habitual.²⁸⁵</p> <p>Un Reporte Cochrane muestra que los programas de grupos para dejar de fumar pueden ser efectivos, y que la asesoría individual fue un factor de éxito muy importante para los programas individualizados.²⁸⁶</p>		<p>De acuerdo a un Reporte Cochrane, los programas de autoayuda para dejar de fumar tanto computarizados como escritos.²⁸⁰</p> <p>Los programas en el lugar de trabajo, para reducir la obesidad a largo plazo, demostraron no ser efectivos.²⁸²</p>

Efectivas	No concluyentes o Inconsistentes	No Efectivas
<p>Un reporte Cochrane sobre programas de manejo del estrés dirigidos a la persona pueden ser efectivos para reducir el burnout, ansiedad, estrés y síntomas generales en trabajadores de la salud cuando se utilice un abordaje cognitivo - conductual con o sin componentes de relajación.²⁸⁷</p> <p>Un Reporte Cochrane que evaluó la efectividad de la vacunación contra hepatitis B en trabajadores de la salud, se encontró altamente efectiva para prevenir una infección por hepatitis B.²⁸⁸</p> <p>Paquetes de promoción a la salud y entrenamiento en estilos de vida, basados en la web, puede mejorar el bienestar mental tal como se registró utilizando un cuestionario no estandarizado durante la línea base y a 6 meses de que los contenidos relacionados estuvieron disponibles en la página web.²⁸⁹</p> <p>Un reporte de la OMS acerca de intervenciones para mejorar la dieta y el ejercicio encontró que, en las intervenciones multicomponentes en el espacio de trabajo fue efectivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Proveer comida y bebidas saludables en el espacio de trabajo ○ Proveer espacio para ejercicio o promover el uso de las escaleras ○ Involucrar a la familia ○ Proporcionar estrategias individuales de cambio de hábitos.²⁹⁰ 		

Efectivas	No concluyentes o Inconsistentes	No Efectivas
<p>Las prácticas promisorias para el éxito en la promoción de la salud incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Integrar los programas de promoción a la salud dentro de las operaciones de la organización. ○ Avocarse al mismo tiempo a factores individuales, ambientales, políticos y culturales que afectan la salud y la productividad ○ Atacar varios tópicos de salud ○ Adaptar programas a necesidades específicas ○ Lograr una alta participación ○ Evaluar rigurosamente los programas ○ Comunicar los resultados de éxito a las partes interesadas.²⁹¹ 		

D. Evidencia de efectividad de la involucración de la empresa en la comunidad

Por su sola naturaleza, la involucración empresarial /organizacional en la comunidad es voluntaria, y va sobre y más allá de los que está legislado o se espera.

Algunas de estas acciones podrían ser consideradas como actividades de “Responsabilidad Social Corporativa” (RSC) y se dirigen típicamente hacia aspectos de una conducta empresarial con respecto a elementos clave tales como salud y seguridad, protección ambiental, prácticas

de manejo de recursos humanos, desarrollo de la comunidad, protección al consumidor, ética de los negocios y derechos de las partes interesadas.

Dada su naturaleza voluntaria, y la imagen de benevolencia que ellos proyectan, las empresas que llevan a cabo estas actividades pueden no estar tan interesadas en comprobar su efectividad o el costo - beneficio. Dicho esto, un empleador puede ver beneficios para los trabajadores y la productividad y podría comunicar estos beneficios a otros empleadores en un esfuerzo para promover actividades similares. Por ejemplo, Rosen et al han provocado un fuerte interés empresarial por involucrarse en la prevención del VIH/SIDA y programas de tratamiento para los empleados en áreas donde el VIH/SIDA es prevalente.²⁹² Al escribir en un periódico como el *Harvard Business Review*, su objetivo claramente es atraer a los altos ejecutivos y atraer su sentido empresarial.

La realidad de los negocios es que mientras los empleadores con ética pueden sentirse genuinamente conectados y quisieran hacer buenas cosas por las comunidades donde operan, tampoco están en desacuerdo en obtener alguna ganancia financiera o algún beneficio de negocios al llevar a cabo estas actividades. Aún si los altos ejecutivos de una corporación son altruistas por naturaleza, tienen grupos de directivos ante los cuales reportar, al igual que accionistas. Como resultado, cualquier empleador tratará de encontrar una fundamentación a los esfuerzos comunitarios en los cuáles ella o él se involucre, independientemente de los motivos benevolentes subyacentes.

Probablemente no hay estudios aleatorios controlados sobre los efectos de los negocios involucrándose en la comunidad dado que una empresa/organización, tendría que renunciar a cualquier pretensión de altruismo al entrar en tal estudio. Sin embargo, existen y se sostienen creencias

comunes acerca del valor de dichas actividades:

“Las Corporaciones pueden ser motivadas a cambiar su conducta corporativa en respuesta al interés empresarial con un abordaje que potencialmente implique RSC. Esto incluye:

- *Desempeño financiero más fuerte y más utilidades (p. ej. A través de la eco - eficiencia),*
- *Probada responsabilidad y valoración por parte de la comunidad de inversionistas,*
- *Mayor dedicación de los empleados,*
- *Disminución de la vulnerabilidad al mantener lazos más fuertes con la comunidad, y*
- *mejor reputación y marca”²⁹³*

Frecuentemente las grandes compañías multinacionales son los empleadores progresivos en la comunidad y proporcionan servicios comunitarios (por ejemplo, vivienda o transporte), lo que les ayuda a ser el empleador de elección con claras ventajas para atraer y retener empleados.

“Tenemos que considerar a los empleados en el contexto de sus familias y comunidades, quienes podrían algunas veces extenderse hasta el interior de sus compañías y trabajos, y por lo tanto considerar los factores ambientales tales como sistemas de transporte.”
Entrevista #30, Noruega SO, Médico en SO.

Adicionalmente a estas ventajas para los negocios, existen razones inmediatas, obvias y, algunas veces personales para que una empresa, aún una PyME, pueda desear involucrarse en la comunidad en la que opera y de la que obtiene sus empleados. La tabla 6.4 enlista solo algunos ejemplos hipotéticos de cómo una organización podría involucrarse en su comunidad y algunas de las ventajas obvias.

La evidencia de que este tipo de actividad ha sido reconocida por la comunidad de los negocios como importante para el éxito de los negocios, se ha visto en los Índices Dow Jones de Sustentabilidad. Lanzados en 1999, estos índices siguen el desempeño financiero de las compañías líderes en manejo de la sustentabilidad a nivel mundial

(el 10% superior). La identificación de estas empresas líderes se basa en una evaluación de las perspectivas económicas, medioambientales y sociales, que incluyen la salud y seguridad del espacio de trabajo, ética de los negocios, controles ambientales, equidad de género y prácticas de trabajo, entre otros factores.²⁹⁴

Por lo tanto, es muy notorio que cuando una empresa encuentra la manera de ir más allá de los mínimos legales en su país o comunidad, puede impactar positivamente en la salud del trabajador y también en la salud y la sustentabilidad de la empresa. Así pues, este tipo de actividad puede ser considerada una parte importante de un espacio laboral saludable, aún si se hace de manera voluntaria.

Tabla 6.4 Ejemplos de Involucración de la Empresa en la Comunidad

Situación	Respuesta Potencial de la Empresa	Resultado Potencial
Falta de agua confiablemente limpia para beber en la comunidad	Asistencia en la explotación de los bienes profundos locales; solicitar infraestructura al gobierno; capacitar a los trabajadores para hervir el agua para beber, proveer filtros de agua para usarlos en los hogares.	Mejor salud entre los trabajadores, menos tiempo perdido a causa de enfermedades gastrointestinales en los trabajadores o sus familias
Altos niveles de infección por VIH entre trabajadores que no pueden pagar el tratamiento	Proporcionar cuidados médicos, medicamento antiretroviral y exámenes anónimos, no solo para los trabajadores, sino también para la familia de los trabajadores.	Mejora en la salud de los trabajadores, menor tiempo de enfermedad, menor rotación de personal debido a muertes de empleados. Tratar a los miembros de la familia puede reducir el absentismo de los trabajadores que deben quedarse en casa para cuidar a la familia enferma.

Situación	Respuesta Potencial de la Empresa	Resultado Potencial
Bajo nivel de alfabetización entre los trabajadores	Organizar clases para después del trabajo, para enseñar a los trabajadores y a sus familias a leer y escribir.	Aumento de la habilidad de los trabajadores APRA entender instrucciones escritas o señalizaciones, lo que resulta en una mejor salud y seguridad. Aumento de la autoestima entre los trabajadores, lo que resulta en más dedicación, compromiso y lealtad hacia el empleador.
Descarga de químicos permitidos, pero tóxicos, en el entorno de la empresa, generando polución.	Ir más allá de los mínimos legales y cambiar las prácticas de operación para evitar el descargar toxinas en el medio ambiente.	Mejora sostenida de la salud de la comunidad, fuente de trabajadores. Inmediata mejoría de la imagen corporativa.
Los proyectos de la comunidad requieren trabajadores voluntarios.	Animar a los trabajadores a ser voluntarios, permitir horarios para integrarse a las actividades de los voluntarios.	Mayor lealtad de los obreros, compromiso, orgullo de tener ese empleo.
Los accidentes de tráfico, el crimen y la falta de infraestructura hacen al transporte activo difícil desde y hacia el trabajo y a cualquier lugar en la comunidad.	Trabajar con planificadores de ciudades para asegurar la practicidad y seguridad de ciclovías, aceras, sistemas de transporte público, mejorar la seguridad.	Trabajadores más activos físicamente, contribuyendo a la reducción de enfermedades no contagiosas, incluyendo enfermedades cardiovasculares, cáncer, depresión y problemas musculoesqueléticos.
Débil control del tabaco, especialmente la política de espacios libres de tabaco en la comunidad, expone a sus miembros a ser fumadores secundarios y hace más difícil establecer políticas de espacios libres de tabaco en el espacio de trabajo.	Apoyar la realización y el reforzamiento de una ley de espacios 100% libres de tabaco en la comunidad y otras medidas efectivas de control del tabaco como las emitidas en la Convención Marco para el Control del Tabaco de la OMS.	Reducción de la exposición de la comunidad hacia el humo del tabaco; reducción de la incidencia de ataques al corazón, y otros riesgos secundarios a fumar entre los trabajadores y otros miembros de la comunidad.

Situación	Respuesta Potencial de la Empresa	Resultado Potencial
Falta de recursos para sistemas de salud, privatización de los servicios preventivos y de atención primaria a la salud que pueden hacer inaccesibles o muy caros los servicios de salud.	Trabajas con otros empleadores para desarrollar esquemas de seguros innovadores, o hacerlos con los aseguradores existentes para incluir los servicios de salud en primer nivel y encontrar maneras para apoyar y aumentar la capacidad de los servicios primarios de salud ya existentes.	El mejor acceso a los servicios primarios incrementa la salud de la comunidad y la salud del trabajador al reducir tanto las enfermedades contagiosas como las no contagiosas.
La falta de disponibilidad de servicios económicos de cuidado de infantes incrementa el conflicto trabajo – familia y compromete el bienestar de los hijos de los padres que trabajan.	Proporcionar un servicio subsidiado de cuidado de infantes a los empleados; trabajar con los gobiernos de las comunidades, la sociedad civil y el sector privado para apoyar la provisión de un económico y decente cuidado de infantes.	El acceso a un servicio de cuidado de infantes de buena calidad y económico, reduce el estrés de los trabajadores y mejora el bienestar de los niños, su salud y educación, a la vez que reduce el absentismo y el presentismo en el trabajo.
El crimen, falta de servicios públicos, contaminación del aire, falta de parques y lugares públicos seguros y falta de actividades deportivas populares limita las opciones de actividades de esparcimiento para la comunidad .	Trabajar con la autoridades de la ciudad y planificadores para asegurar la existencia de áreas públicas seguras y apoyar el deporte y otras actividades esparcimiento que impliquen actividad física.	Mejor salud de los trabajadores y una mayor solidaridad comunitaria.

Capítulo 7: El Proceso: Cómo crear un Espacio Laboral Saludable

Los primeros capítulos han expuesto el ¿"Qué"? y el ¿"Porqué"? De un espacio laboral saludable. Pero conociendo lo que es un espacio laboral saludable, y porqué es importante moverse en esa dirección, no es suficiente. Este capítulo expondrá el ¿"Cómo"? de la creación de un espacio laboral saludable.

Un líder entusiasta y motivado puede sentarse en su escritorio para soñar con el espacio laboral saludable ideal, promoverlo lo más que puede, y luego preguntarse porqué los demás no lo apoyan, o porqué falla luego de un corto. En muchos sentidos, el *proceso* de desarrollar un espacio laboral saludable es tan crítico en su éxito como en su *contenido*. Probablemente existen tantos caminos como empresas para lograr un espacio laboral saludable. Sin embargo hay algunos principio generales que son importantes de incluir en el proceso, con el fin de estar seguros que el programa de salud, seguridad y bienestar cumple con las expectativas de todos los involucrados, y es sustentable durante largo tiempo.

A. Modelos de mejora continua

Cuando alguien concibe una idea para un proyecto, pueden lanzarse a él sin ninguna planeación, y luego preguntarse porqué falló. En el otro extremo del espectro están aquellos que planean, planean y luego planean algo más y caen en la "parálisis por análisis" en el intento de pensar en todo y conseguir todo perfectamente en la primera vez. Con un proceso apropiado, se pueden evitar estas dificultades.

El Dr. Edward Deming, popular por su modelo PDCA o modelo Planea, Ejecuta, Evalúa y Actúa, en los años 50s. Éste destaca el método científico de "hipotetizar, experimentar, evaluar". El concepto reconoce que cuando se hace un nuevo intento, es poco probable que sea perfecto desde su inicio por lo que un proceso de mejora continua es una forma de evitar errores

costosos o parálisis. El principio de iteración en la investigación científica se refleja en el abordaje PDCA. Se hace un Plan, se Implementa (Do), se Evalúa (Check) y se hacen Acciones de mejora, lo que lleva a planear un nuevo abordaje, el cual se Implementa, se evalúa y se mejora, en una espiral sin fin, siempre acercándose al ideal. Esto se basa en la idea de que los conocimientos y habilidades de la gente pueden estar limitados, pero mejorarán con la experiencia. Repitiendo el ciclo nos acercamos más y más al objetivo. En el mundo de la salud, seguridad y el bienestar en el espacio de trabajo, el ciclo PDCA ha sido modificado y a veces ampliado por individuos y organizaciones. Algunas variaciones son altamente complejas, adecuadas solo para las organizaciones más sofisticadas y complejamente jerarquizadas. Existen variaciones con cuatro pasos nombrados de manera diferente, o con siete, ocho o diez pasos. Estos modelos de procesos pueden conocerse como sistemas de mejora continua, o como sistemas de gestión de salud y seguridad. La Tabla 7.1 compara algunos de los mejores modelos conocidos, los cuales se explican enseguida de la tabla.

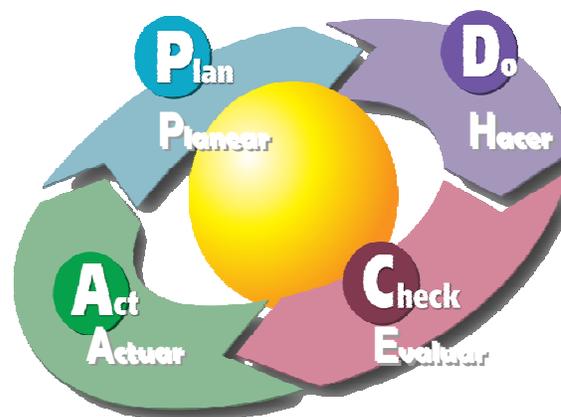


Tabla 7.1 Comparación de Sistemas de Mejora Continua en la Gestión de Salud y Seguridad Ocupacional

Deming (PDCA)	CCOHS (Trabajos en SSO)	Lineamientos de la Región del Pacífico Oeste de la OMS	OHSAS 18001	ILO (Gestión de SSO)
Planear	Dirigir: Voluntad para gestionar, Participación de los trabajadores, políticas de S y SO	Asegurar el apoyo de los directivos	Estrategia de SySO	Estrategia
		Establecer un equipo coordinador		Organización
	Planear: Objetivos y metas de tipo legal y de salud en el espacio de trabajo, riesgos y accidentes	Realizar una detección de necesidades	Planear	Planeación e implementación
		Priorizar las necesidades		
Desarrollar un plan de acción				
Hacer	Hacer: Prevenir y proteger, planes de emergencia, capacitación, comunicación, asegurar, hacer contrato, manejar el cambio, documentar y controlar verificaciones.	Implementar el plan de acción	Implementación y operación	
Evaluar	Evaluar: Medir y monitorear, investigar incidentes, auditar e inspeccionar, evaluar y corregir	Evaluar el proceso y los resultados	Acciones de evaluación y corrección	Evaluación
Actuar	Actuar: revisar, mejorar	Revisar y actualizar el programa	Revisión de la gestión	Acciones para mejorar

Centro Canadiense para la Salud y Seguridad Ocupacionales (CCOHS)

Este centro colaborador de la OMS proporciona información sobre todos los aspectos de la salud y seguridad a los canadienses y a la comunidad global a través de servicios basados en la web. Su programa de Trabajos en SSO es un sistema de gestión de salud y seguridad

ocupacional al cual pueden suscribirse las empresas y recibir servicios de gestión y administrativa y de datos.²⁹⁵ Está basado en el primer componente llamado “Dirigir”. Esto incluye conseguir el compromiso directivo, asegurar la participación de los trabajadores, y formalizar el desarrollo de directrices en salud y seguridad ocupacional. Los otros pasos son los

mismos que el modelo original de Deming, pero están reforzados considerablemente para proporcionar más orientación a las actividades a realizar en cada paso.

Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Oeste

Como se expuso en el Capítulo 3, la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Oeste desarrolló un modelo que consiste en ocho pasos.²⁹⁶ Los cinco primeros son actividades que podrían caer en la sección de “Planear” en el modelo de Deming, enfatizando la importancia de este primer paso. Al igual que en el ejemplo del CCOHS, se enfatiza la importancia de ganar el compromiso de las partes interesadas. Esto sugiere el establecimiento de un equipo coordinador o un comité para compartir el trabajo. La primera actividad del comité es hacer una detección de necesidades apropiada, seguida del establecimiento de prioridades y la formalización de un plan de acción. Estas acciones son luego implementadas, evaluadas y revisadas como se requiera. Este modelo ha sido probado en muchas PyMES en países desarrollados y en vías de desarrollo, tal como se expuso en el capítulo 3, y resultaron ser trabajables y apropiados..

OHSAS 18001

OHSAS 18001 es el parámetro estándar internacionalmente reconocido para los sistemas de gestión en salud y seguridad ocupacional.²⁹⁷ Fue desarrollado por una selección de organizaciones comerciales líderes, asociaciones desarrolladoras de estándares y asociaciones certificadoras para atender un vacío en donde no existía previamente un la mediación de un estándar certificable a nivel internacional. Fue diseñado para ser compatible con estándares internacionales de calidad tales como la ISO 9001 y la ISO 14001. Es principalmente usado en grandes corporaciones como parte de su estrategia de gestión de riesgos para afrontar la legislación cambiante y proteger a su fuerza de trabajo. Tiene cinco pasos, enfatizando la importancia de comenzar con un reglamento de SySO.

Organización Internacional del Trabajo

En 2001 la OIT desarrolló su sistema de gestión de SSO,²⁹⁸ el cual es un proceso de cinco pasos. Comenzando con el establecimiento de un reglamento de SySO que enfatiza la participación de los trabajadores y sus representantes, el modelo establece luego un paso de Organización. Esto pretende incluir el establecimiento de obligaciones y responsabilidades, documentación y comunicación, para asegurar que se implemente la infraestructura para gestionar adecuadamente la SySO. Planeación e implementación incluyen registrar la línea, determinar los riesgos para la SySO y plantear objetivos. La evaluación comprende monitorear y evaluar el desempeño, la investigación de las enfermedades y accidentes relacionados al trabajo, auditoria y reporte de gestión. El ultimo paso, Acción para Mejorar, incluye acciones preventivas y correctivas y mejora continua.

B. Son efectivos los sistemas de mejora continua/gestión de SSO?

Una de las más comunes recomendaciones de la literatura es que los empleados utilicen

"Podría poner a los espacios laborales saludables como parte de la cultura organizacional, y en un sistema de gestión, la cultura organizacional se ve como una responsabilidad del grupo directivo, establecer una cultura de mejora continua, establecer una cultura de empoderamiento, participación y compromiso. Todos ellos son parte de los componentes de una perspectiva de espacios laborales saludables, de un espacio de trabajo respetuoso y seguro. Por lo que en mucho van de la mano. De hecho creo que el sistema de gestión no puede ser afectivo mientras no tenga estas creencias. Esto es el fundamento del espacio de trabajo saludable"

Entrevista #3. SSO. Canadá.

alguna clase de sistema de gestión de SSO que incluya un fuerte énfasis en la evaluación y la mejora continua. Esto referido algunas veces como un proceso basado en la teoría de sistemas. Una rigurosa revisión sistemática de reportes de literatura tipo Cochrane, referente a este tema fue llevada a cabo en 2007 por el Instituto de Trabajo y Salud, un instituto de investigación en Toronto. Los revisores se fijaron en el tipo de sistema de gestión usado en cada intervención, su implementación, resultados inmediatos (como el incremento en acciones en temas de SSO) y los efectos finales, incluyendo los cambios en las tasas de accidentes dentro del espacio de trabajo. También revisaron los resultados económicos tales como la productividad del trabajo. Los resultados de los estudios que cumplieron con los criterios de investigación fueron casi todos positivos, con algunos hallazgos neutrales. No hubo resultados negativos. Los autores concluyeron que el cuerpo de evidencia era insuficiente para recomendar o no recomendar los sistemas de gestión de SSO. En palabras de los autores: "Esto se debe a: la heterogeneidad de los métodos utilizados y los OHMS examinados en los estudios originales; el pequeño número de estudios; su generalmente débil calidad metodológica; y la falta de posibilidad de generalización de los estudios."²⁹⁹ Ellos destacan sin embargo, que es un abordaje prometedor con resultados generalmente positivos y debe continuar usándose mientras se espera por evaluaciones más rigurosas.³⁰⁰

El Instituto ha concluido que muchas enfermedades y accidentes en el trabajo pueden ser prevenibles, la prevención efectiva requiere la acción coordinada de múltiples partes interesadas. Una teoría de sistemas por sí sola puede no ser suficiente. Tratando de obtener una acción coordinada, los profesionales pueden aprender valiosas lecciones no solo de la teoría de sistemas, sino también de la transferencia de conocimiento e investigación - acción. La teoría de sistemas, por medio de un abordaje de mejora continua, proporciona una amplia vista de los factores que

llevan a los accidentes y a la discapacidad y lleva a las partes interesadas a redirigir sus energías desde la acusación mutua hasta el desarrollo de estrategias efectivas para un cambio de sistema. Las experiencias de transferencia de conocimiento pueden ayudar a adoptar un abordaje centrado en las partes interesadas que podrá facilitar la aplicación práctica y concreta del conocimiento científico en salud ocupacional más actual. La Investigación Acción es una metodología aprobada por la OMS y los Centros para el Control de Enfermedades y Prevención de los Estados Unidos, el cual proporciona métodos para involucrar exitosamente a las partes interesadas necesarias para lograr un cambio sustentable. Los investigadores afiliados al Instituto han propuesto un marco de cinco pasos que llaman MAPAC (Movilizar, Asentar, Planear, Actuar, Checar) el cual combina conceptos de los tres campos.³⁰¹ Estos conceptos se incorporan en los principios expuestos a continuación y en el modelo de proceso recomendado en el Capítulo 9.

C. Aspectos clave del proceso de mejora continua en la salud y seguridad del espacio de trabajo

Sin duda, las empresas tienen diferentes necesidades y situaciones que les empujan o les motivan a adoptar uno de estos modelos de mejora continua o algún otro. Sin embargo, todas ellas tienen aspectos comunes que se consideran componentes esenciales del éxito, como se evidencia por su aparición en, prácticamente todos los modelos. Asegurarse de que los siguientes cinco elementos clave se incluyan en el proceso a utilizar, incrementará la posibilidad de que el proceso se mueva suavemente y consiga los resultados deseados.

1. **Compromiso de los líderes basado en valores fundamentales:** Es importante ganar el compromiso de las principales partes interesadas antes de tratar de empezar, dado que un programa para un espacio laboral saludable debe integrarse a

los objetivos y valores de la empresa. Si se requiere el permiso, los recursos o el apoyo de un propietario, directivo, líder formal o informal, es crítico conseguir ese compromiso y consolidarlo antes de tratar de proceder. Este es un primer paso esencial. La evidencia clave de este compromiso es el desarrollo de un **Reglamento** firmado por la máxima autoridad de la empresa y comunicarlo a todos los trabajadores, lo que indica claramente que las iniciativas para un espacio laboral saludable son parte de la estrategia de negocios de la organización. Es crítico entender los valores subyacentes y las posiciones éticas de las partes interesadas. El compromiso de ellos solo será sincero y sólido si está alineado a sus creencias y valores más profundos.

- Incluir a los trabajadores y sus representantes:** Uno de los hallazgos más consistentes de efectividad encontrados en las investigaciones de programas exitosos, es que los trabajadores afectados por el programa y sus representantes deben estar incluidos de una manera significativa en *cada paso* del proceso, desde la planeación hasta la implementación y la evaluación.^{302,303} Los trabajadores y sus representantes no deben ser simplemente “consultados” o “informados” de lo que está pasando, sino ser incluidos activamente, escuchar sus opiniones solicitarles ideas, e implementarlas.

En muchas situaciones, el conseguir la aportación apropiada por parte de los trabajadores puede requerir que los

trabajadores tengan una voz colectiva, a través de una unión negociadora, u otro sistema de representación del trabajador. Schnall, Dobson and Roskam, al revisar intervenciones exitosas en el espacio de trabajo fueron más allá al declarar sin temor a equivocarse que “...la fuerte voz colectiva es el elemento singular mas importante encontrado entre las varias intervenciones que se describieron. Hasta la fecha, pocas iniciativas de cambio en la organización del trabajo han tenido éxito sin la fuerte voz colectiva.”³⁰⁴

El término “empoderamiento” del trabajador se utiliza algunas veces a pesar de puede ser mal interpretado para justificar el aumento de responsabilidad de los trabajadores sin una autoridad concomitante - un recipiente para el desastre. Uno de los principios básicos de la investigación acción es la participación activa de todos aquellos que serán afectados por los cambios.

"El proceso es muy importante - el proceso participativo que involucra a los trabajadores mismos es muy importante... Por medio de ser invitado al proceso, el proceso puede ser parte de la solución ... esa es la clave."

Entrevista #31, Holanda, SSO

Debido al desequilibrio de poder que existe en la mayoría de los lugares de trabajo entre labores y gestión, es crítico que los trabajadores tengan una voz más fuerte que la del trabajador individual. La participación en gremios o la mediación de representantes obreros regionales puede proporcionar esa voz. Capítulo 7 mencionó algunas formas innovadoras de dar una voz colectiva a los trabajadores, aún en pequeñas empresas.

Debe resaltarse aquí que se debe hacer un especial esfuerzo en específico para incluir a las trabajadoras, las cuales tienden a tener menos control sobre su trabajo, y aún menos oportunidades que los hombres para influir en las decisiones en el espacio de trabajo.* En las culturas donde las mujeres no son animadas o no se les permite hablar enfrente de los hombres, será importante conformar grupos enfocados solamente a las mujeres para asegurarse de hacer contacto con ellas, y reflejar sus perspectivas en los datos. Aún en las culturas occidentales supuestamente avanzadas, las mujeres frecuentemente desempeñan más trabajos secundarios que los hombres y pueden simplemente sentirse incómodas al expresar sus opiniones frente a una audiencia mixta.

Ese principio de involucración de los trabajadores subyace al sistema de responsabilidad interna que forma la base de la legislación en salud y seguridad laboral vigente en la mayoría de las jurisdicciones en Canadá, Europa y Australia. Esto toma usualmente la forma de un requerimiento para establecer un comité conjunto para la gestión de la salud y seguridad laboral dentro de la empresa, con el mandato de hacer recomendaciones al directivo principal de la empresa, relacionadas con cualquier asunto referente a la salud y seguridad en el espacio de trabajo. Extender la responsabilidad de la salud y seguridad hacia todos en el espacio de trabajo, incluyendo a los trabajadores, y lejos de una total dependencia del soporte externo del gobierno, ha sido considerado altamente efectivo en reducir las enfermedades y accidentes en el espacio de trabajo.^{305, 306,307,308}

* Esto nos habla del aspecto de las relaciones de poder en el trabajo y como esto puede ser un obstáculo para la creación de espacios laborales saludables. La falta de poder puede deberse al género, pero también a causa de la edad, educación, estatus legal, lenguaje, grupo étnico, etc.

Adicionalmente, esta inclusión asegurará que las necesidades específicas y los requerimientos de la cultura local y sus condiciones, sean incorporadas en las actividades de salud y seguridad en el espacio de trabajo.

- 3. Análisis de brechas:** Es importante hacer lo correcto. ¿Cuál es la situación actual? ¿Cuales deberían ser las condiciones ideales? ¿Y cual es la brecha entre ambas? Cuando se trata de crear un espacio laboral saludable, ¿qué es más importante? ¿reducir químicos peligrosos o reducir la cantidad de tiempo extra no planeado? La respuesta a estas preguntas dependerá de quién sea cuestionado. Por lo tanto es importante plantear la situación actual: recolectar información, establecer las necesidades e identificar riesgos para determinar el estado actual de las cosas. Luego determinar el futuro que se desea a través de una encuesta u otro instrumento, y revisión de la literatura para encontrar qué es lo más importante, y tendrá el mayor impacto en la gente que trabaja en la empresa/organización. En una gran corporación, determinar necesidades y evaluar los riesgos puede incluir una revisión integral de la literatura, análisis de datos de la línea base, inspección de múltiples factores y una encuesta integral de todos los trabajadores. En una PyME, podrá haber una visita guiada por un directivo y un trabajador, seguida de una conversación estructurada con todos los trabajadores o un grupo representativo. Lo que resulta crítico es lograr la involucración de trabajadores y directivos, y determinar juntos qué son las

cosas más importantes para hacerlas primero.

Algunas veces, corporativos multinacionales bien intencionados asumen que lo que funciona en un país desarrollado funcionará en una nación en desarrollo, y tratan de utilizar un abordaje “unitalla”. Hacer una buena valoración de necesidades asegurará que se valoren e incluyan en los planes que se hagan, las condiciones locales y la cultura, lo que los hará aplicables y efectivos en el espacio laboral específico de que se trate.

- 4. Aprender de los otros:** Este principio es especialmente importante en las naciones en desarrollo y empresas pequeñas en cualquier país. Frecuentemente las personas a cargo de hacer un espacio laboral más seguro y saludable carecen de la información o el conocimiento para hacerlo. Aún si se cuenta con todos los componentes del proceso, el éxito depende de hacer las cosas correctas, lo que requiere de conocimiento experto.

Los principios de la transferencia de conocimiento pueden ayudarnos en este punto. La transferencia de conocimiento

puede definirse como “un proceso que lleva al uso apropiado del mayor y más actual conocimiento para ayudar a resolver problemas concretos; la información no puede ser considerada conocimiento hasta que se aplica.”³⁰⁹ Si hay investigadores en una universidad local o expertos dentro de una agencia local de seguridad, ellos deben ser hábiles para asistir en la traducción de información compleja en aplicaciones prácticas. Los representantes de uniones que han recibido capacitación especial en SSO a través de su sindicato, o los expertos en salud y seguridad ocupacional de las grandes empresas deben tener conocimiento experto y estar dispuestos a asesorar y ayudar a las PyMES. Existen muchas buenas fuentes de información en internet.

Por lo tanto, después de determinar cuales son las necesidades en el espacio de trabajo, parte de la planeación puede ser visitar otras empresas similares para observar buenas prácticas locales

Acceder a sitios web útiles como los de la OMS, OIT, CCOHS o EU-OSHA; e investigar recursos que puedan estar disponibles en la comunidad. (ver el cuadro 7.1 sobre los programas WISE, WIND y WISH.)

Cuadro 7.1 Aprender de Otros: WISE, WIND y WISH

Los programas de la OIT llamados WISE (Mejoras del Trabajo en Pequeñas Empresas)^{1,2} WIND (Mejoras en el Trabajo en el Desarrollo Vecinal)³ y WISH (Mejora del Espacio de Trabajo para un Hogar Seguro)⁴ se han aplicado con gran éxito en varias regiones de la OMS. Todos estos modelos están basados en la idea de la capacitación orientada a la acción participativa. Sus seis principios son::

1. Generar práctica local
2. Utilizar el aprendizaje por desempeño
3. Promover el intercambio de experiencias
4. Enlazar las condiciones de trabajo con otros objetivos de la Dirección
5. Enfocarse en los logros
6. Promover la inclusión de los trabajadores

El proceso WISE comienza con una serie de programas cortos de capacitación con pequeños grupos de propietarios/directivos de PyMES. Tanto el medio ambiente físico de trabajo, el medio social del trabajo y algunos factores personales de salud se abordan en una capacitación interactiva, en la cual los participantes son animados a compartir conjuntamente, ideas y resoluciones de problemas. Esto continúa con el uso de una lista de cotejo WISE en los espacios de trabajo. Una clave para el éxito es la red de capacitadores WISE en las comunidades. Los resultados han demostrado que este método puede representar intervenciones de muy bajo costo que hacen mejoras significativas para la salud y la seguridad en el espacio de trabajo.⁵

¹Work improvement in small enterprises: an introduction to the WISE programme. International Labour Office [1988].

²Krungskrai Wong S, Itani T and Amornratana Paitchit R. Promotion of a healthy work life at small enterprises in Thailand by participatory methods. *Industrial Health*, 2006; 44:108-111.

³Kawakami T, Khai TT and Kogi K. *Work improvement in neighborhood development (WIND programme): training programme on safety, health and working conditions in agriculture*. 3rd ed. Can Tho City, Viet Nam: The Centre for Occupational Health and Environment, 2005.

⁴Kawakami T, Arphorn S and Ujita Y. *Work Improvement for safe home: action manual for improving safety, health and working conditions of home workers*. Bangkok, ILO 2006.

⁵Kogi K. Low-cost risk reduction strategy for small workplaces: how can we spread good practices? *La Medicina Del Lavoro*, 2006; 92(2):303-311.

5. **Sustentabilidad:** Existen varios factores que aseguran la sustentabilidad de los programas de espacios laborales saludables. Un factor clave es asegurarse de que las iniciativas para lograr un espacio laboral saludable se integren en las estrategias generales del plan de trabajo de la empresa, en lugar de que existan en un rubro separado. Otro es evaluar y mejorar continuamente. Después de haber desarrollado e implementado los programas o iniciativas seleccionadas, es importante revisar la eficacia de las

intervenciones. ¿La iniciativa hizo lo que se esperaba que hiciera? si no, ¿cómo pueden modificarse las cosas para que funcione?. Esta es la manera en que se cierra el ciclo de mejora continua: un ciclo termina y el próximo comienza. Sin este paso importante, no hay manera de saber si algo ha funcionado, está funcionando y si continúa satisfaciendo las necesidades de los trabajadores y la empresa. La falta de este paso es lo que provoca que intervenciones inicialmente buenas, sean olvidadas o no

sostenidas. La evaluación puede ser tan compleja o tan simple como los recursos con que se cuentan, pero debe hacerse, documentarse y mejorarse para asegurar el éxito continuo.

D. La importancia de la integración

Lo grande que llegue a ser una empresa, es lo difícil que llegará a ser para los empleados y directivos para estar al pendiente de lo que sucede, y lo más probable es que surja la necesidad de crear puestos de especialistas para dividir el trabajo. Esto con frecuencia lleva a que el trabajo se haga en “silos” – término usado a partir de las estructuras cilíndricas verticales que se utilizan para el almacenamiento de grano o de otros materiales a granel en alguna partes del mundo. La metáfora del silo, en el mundo del trabajo se refiere a grupos de personas que trabajan aislados unos de otros sin colaboración o comunicación entre los grupos. “romper los silos” es una de las razones más comunes que se dan para hacer reorganizaciones dentro de una empresa, cuando se reconoce que el aislamiento de varios grupos de trabajo provoca ineficiencia. En muchas grandes organizaciones el personal de salud y seguridad trabaja en un silo, los profesionales del “bienestar” trabajan en salud y educación en otro silo y los profesionales en recursos humanos en su propio silo, trabajando con varios temas referentes al liderazgo, desarrollo del staff y el entorno psicosocial del trabajo. Todas estas personas en sus áreas individuales trabajan en temas que se relacionan directamente con la salud de los trabajadores, frecuentemente sin darse cuenta de ello y aún trabajando en propósitos transversales para cada uno. Además, el cuerpo directivo de la empresa, en

particular quienes tratan con las áreas operacionales de producción o servicio al cliente, trabajan duramente para tratar de aumentar la calidad y la calidad del producto o servicio que se ofrece. Frecuentemente estas actividades trabajarán en oposición directa hacia la salud de los trabajadores, aun cuando, como vimos en los primeros capítulos, la salud de los trabajadores es crítica para obtener altos niveles de producción y calidad.

Todo esto apunta a la importancia de la integración de los conceptos de los espacios laborales saludables no solo entre los que están trabajando en estos aspectos en particular, sino a través de toda la empresa/organización. Al integrar la salud del espacio de trabajo, la seguridad y el bienestar en la forma en que se dirige una organización es la única manera de asegurar la salud de los trabajadores y la empresa al mismo tiempo. Como lo señala Lowe, “una organización saludable ha implantado la salud y el bienestar del trabajador en la manera de operar de la organización y en la forma en que consigue sus objetivos estratégicos.”³¹⁰

Sorensen señala otras razones para integrar los variados aspectos de un espacio laboral saludable, integrando específicamente la promoción de la salud con la salud y seguridad ocupacional. Ella afirma que existen:³¹¹

- Relaciones aditivas y sinérgicas con los riesgos de enfermedad
- Riesgos añadidos para trabajadores de alto riesgo
- Impacto de los programas sobre la participación y efectividad , y
- Amplios beneficios para la organización del trabajo.

"Otra idea que estoy pensando, es la noción de integración entre los abordajes de salud y seguridad.. Y también la integración entre la medicina clínica y la preventiva. Los médicos clínicos deben enseñar a la gente a prevenir las enfermedades ocupacionales ... Y también integración de entre la salud pública y abordaje del comité deben combinarse en cada país."

Entrevista #19, Japón, Salud Pública, Medicina Ocupacional.

Las investigaciones posteriores de Sorensen ilustran esto. Combinar intervenciones de promoción de la salud con la salud y seguridad ocupacional en empresas manufactureras para tratar de cambiar la conducta de fumar en ejecutivos, fue más del doble de efectivo que la sola promoción de la salud.³¹²

¿Como lograr la integración? Existen probablemente tantas maneras como empresas, y cada una debe encontrar caminos para la integración que funcionen dentro de la particular cultura de la empresa. Aquí hay algunos ejemplos para estimular el pensamiento acerca de como lograr la integración:

- La planeación estratégica debe incorporar el lado humano de la ecuación, no solamente el interés por hacer buenos negocios, porque inevitablemente, hacer buenos negocios depende de los humanos en una empresa. Kaplan y Norton, dos reconocidos expertos en la planeación estratégica de negocios, desarrollaron un abordaje de tipo "Carta de Puntajes Balanceada" para la gestión que ha sido adoptada por muchas grandes corporaciones en naciones industrializadas. Apunta a los requerimientos de medir no solamente

el desempeño financiero, sino también el conocimiento del cliente, procesos de negocios internos y el aprendizaje y crecimiento de los empleados, con el fin de desarrollar un éxito de larga duración en los negocios.³¹³

- Crear y tener un cuerpo directivo que acepte y use un "filtro" de salud, seguridad y bienestar par todas las decisiones. Independientemente de que la decisión sea tomada por un directiva principal, cuando es tiempo de tomar decisiones, la normalidad puede asumir muchos otros criterios, como el costo en términos de dinero, tiempo y recursos; el impacto en su reputación en la comunidad, etc. La salud de los trabajadores debe convertirse en uno de esos criterios estándar a considerarse en el proceso de toma de decisiones. Para integrar la salud, seguridad y el bienestar en el proceso, puede formalizarse en un checklist hasta que llegue a ser de naturaleza secundaria, de la misma manera que el considerar costos.*
- Mantener los diversos componentes de un espacio laboral saludable siempre que se planee una iniciativa para solucionar un problema de salud, seguridad o bienestar. (Vea la definición de la OMS de un espacio laboral saludable en el Capítulo 3). Por ejemplo, si existiera un problema con DMEs entre la gente que trabaja todo el día en máquinas tejedoras, una práctica común podría ser examinar la ergonomía de los operadores en su estación de trabajo y fijar el entrono físico de trabajo para

* Esta clase de checklist o Filtro para Toma de Decisiones en un Espacio Laboral Saludable, fue desarrollada en 2007 y se utiliza en la División de Operaciones del Ministerio de Trabajo de Ontario, Canada. Para mayor información, contacte a: Dawn Cressman, Healthy Workplace Program Coordinator: +1.905.577.8395, Dawn.Cressman@ontario.ca o Christina Della-Spina, Healthy Workplace Project Assistant: +1.905.577.1327, Christina.Della-Spina@ontario.ca

hacerlo más confortable. Sin embargo, otros elementos que podrían contribuir a este problema pueden ser componentes psicosociales como la carga de trabajo y la presión de tiempo. Y puede haber elementos de la salud personal relacionados con el acondicionamiento físico y la obesidad que pueden contribuir al problema. O una falta de servicios de atención de primer nivel a la salud en la comunidad puede significar que los trabajadores no sean detectados en las primeras etapas del dolor. Por ello, sería más efectivo un abordaje integrado, combinando abordajes dirigidos al entorno de trabajo (tanto físico como psicosocial), dirigidos a la comunidad y dirigidos a la persona para examinar todos los aspectos del problema y sus posibles soluciones.

- Es más fácil desarrollar habilidades técnicas en el personal que habilidades interpersonales o sociales, o cambiar actitudes. Por ello, una manera de asegurar que la salud, la seguridad y el bienestar se integrarán en la estructura de una empresa, es a través del proceso de reclutamiento de personal. Si el proceso de recursos humanos para reclutar nuevos trabajadores, y nuevos directivos en particular, incluye criterios que consideren las actitudes hacia la salud (física y psicosocial) y habilidades interpersonales que contribuyan a una cultura organizacional sana, entonces las prácticas para espacios laborales saludables tendrán una mayor oportunidad de ser integradas en el trabajo cotidiano. Esto ocurrirá de manera natural porque las conductas y actitudes de un espacio laboral saludable serán de segunda naturaleza en los directivos y trabajadores que se contraten.

- Lo que se recompensa se refuerza. Un sistema de gestión del desempeño que recompense los altos resultados, independientemente de como fueron obtenidos, puede animar a la gente a tomar atajos o utilizar habilidades interpersonales menos – que - saludables para realizar el trabajo. Por otra parte, un sistema de gestión del desempeño que establece estándares de conducta y objetivos de desempeño, puede reforzar la conducta deseada y reconocer a las personas que muestren conductas y actitudes que lleven a una cultura del lugar de trabajo más sana. Nuevamente, esta es la manera de integrar aspectos del los espacios laborales saludables en la estructura de la organización
- El uso de equipos de trabajo o matrices transversales puede ayudar a reducir los silos. Si una organización tiene un comité de salud y seguridad y un comité de bienestar en el trabajo, pueden evitar trabajar en silos teniendo una membresía cruzada, así cada uno está al pendiente de y es capaz de participar en las actividades del otro. Este ejemplo puede aplicarse a muchos otros ejemplos de matrices de trabajo.

El reto de la integración ilustra una área donde las PyMES tienen una ventaja. Es mucho menos probable que existan silos en una pequeña empresa, puesto que es más difícil hacer compartimentos de actividades. Sin embargo, aún en una empresa pequeña, si la gente (incluyendo al propietario) no entiende la importancia de la comunicación, pueden existir silos. Esto enfatiza la importancia de la participación de los trabajadores expuesta anteriormente. Si los trabajadores de una PyME están completamente involucrados en la revisión, planeación e implementación de

programas de espacios laborales saludables, es menos probable que las pocas habilidades de comunicación sean un factor en la integración de todos los aspectos de la salud del trabajador en la salud organizacional. Similarmente, si los trabajadores o supervisores clave no demuestran actitudes y conductas apropiadas a

Capítulo 8: Contexto Global, Legal y Político de la Salud en el Ambiente Laboral.

Como se menciona en el capítulo 6, los gobiernos tienen más poder que las empresas individuales o trabajadores o incluso más que los grupos empresariales o de trabajadores. Las diferencias en la distribución del poder económico y político tienen una profunda influencia en el entorno de trabajo y la salud de los trabajadores. Benach et. al., anotan “En los artículos científicos, recortes u otras publicaciones sobre salud pública, se le dedica muy poca atención a los temas políticos que dan forma a las políticas de salud. Las políticas e intervenciones en salud no pueden ser planeadas como si fueran procesos libres de valores financieros o técnicos, mientras que en realidad son influidos por la ideología política, creencias y valores de los gobiernos, sindicatos, empleadores, agencias científicas o corporaciones entre otros.”³¹⁴

Los gobiernos crean el contexto ocupacional más amplio que influye no solo en las condiciones de trabajo, sino también en las inequidades en la salud. Como base de todo se encuentra la manera en que los gobiernos ven la salud de sus pueblos. Si los gobiernos ven que las diferencias en la salud son el resultado inevitable de determinantes genéticos individuales, conductas individuales o condiciones de mercado, responderán de cierta forma. Si ven las desigualdades en la salud como un resultado evitable que debe

los espacios laborales saludables, los “programas” de espacios laborales saludables aislados pueden aún existir en un entorno de trabajo muy tóxico, y no existir integración alguna entre los varios componentes de un espacio laboral saludable.

ser remediado, responderán de manera muy diferente.³¹⁵

Un reporte hecho a la Comisión de la OMS, acerca de los determinantes de la salud, nos da un sumario excelente y una oportunidad de discusión sobre la red tan amplia y compleja de las fuerzas que interactúan para crear e influenciar la salud de los trabajadores.³¹⁶ Los autores ilustran tanto un macro modelo que incluye relaciones de poder en el mercado, gobierno y sociedad civil, al igual que las políticas sociales de acuerdo al grado de protección social y visión general; y un micro modelo enfocado más a las condiciones de empleo y trabajo, las cuales provocan

“Realmente pienso que el aspecto más importante es probablemente la cultura nacional sobre salud. Pienso que la apreciación que la gente que trabaja hace de todo el impacto del trabajo sobre la salud y de ésta sobre el trabajo es absolutamente crucial, pero esto algunas veces no es facilitado por los sistemas nacionales.”

Entrevista #36, Australia, SSO

inequidades en la salud a través de varios medios conductuales, psicosociales y fisiopatológicos.

El reporte discute la situación global colocando a los países en una de nueve categorías, basado en dos factores: nivel económico (central, semiperiférico y periférico) y políticas del mercado de trabajo (si llevan más o menos hacia la igualdad

económica). La tabla 8.1 ilustra donde se ubican las naciones de acuerdo a esta caracterización.³¹⁷

Los autores del reporte notificaron que existe una fuerte correlación entre las desigualdades del mercado laboral y la pobre salud de la población. Por ejemplo entre los países periféricos, la más alta desigualdad del mercado laboral da como resultado la más alta probabilidad de muerte para hombres y mujeres, más altas tasas de mortalidad infantil

y maternal y más muertes por cáncer y accidentes. Las implicaciones de la salud en el espacio laboral son claras. Pensemos en una empresa en Suecia que trata de convertirse en un espacio laboral saludable, con la cooperación y colaboración de trabajadores y administradores. Ahora pensemos en el mismo tipo de empresa en Etiopía con el mismo objetivo para el empleador de crear un espacio laboral saludable.

Tabla 8.1 Países clasificados por su nivel económico nacional y las políticas del mercado laboral

	Más Igualitario	Mercado de Trabajo	Menos Igualitario
Central	Institución Laboral Social Demócrata	Institución Laboral Corporativista	Institución Laboral Liberal
	Suecia, Dinamarca, Noruega	Francia, Alemania, Austria, España	Estados Unidos, Reino Unido, Canadá
Semi-periférica	Institución Laboral Informal	Mercado Laboral Informal. Más exitoso	Mercado Laboral Informal, Menos exitoso
	Chile, Hungría, Polonia, Malasia	Turquía, Tailandia, Sudáfrica, La República Bolivariana de Venezuela	Botswana, Gabón, El Salvador
Periférica	Mercado Informal, Más exitoso	Inseguridad	Máxima Inseguridad
	Indonesia, India, Armenia, Pakistán, Bulgaria, Tayikistán, Sudán, Sri Lanka	Nigeria, Jordania, Algeria, Marruecos, Egipto, La República Islámica de Irán	Etiopía, Ghana, Kenya, Bhután, China, Bangladesh, Angola

Claramente la empresa en Etiopía enfrentará retos que apenas podrían ser imaginables en Suecia, y el nivel general de salud entre los trabajadores sería ampliamente desigual entre las dos empresas, a pesar de los mejores esfuerzos de las partes implicadas en el espacio laboral.

Los gobiernos y sus agencias están en la posición que les permite decretar estándares y leyes y reforzarlos. Los gobiernos y sus agencias pueden y crean sistemas e infraestructura de atención primaria a la salud que a su vez pueden proveer muchos recursos de servicio en salud ocupacional. En

otras palabras, los gobiernos crean las condiciones para facilitar y sostener la salud del trabajador o para crear barreras e impedimentos. Claro, los esfuerzos de los empleadores y trabajadores por crear espacios laborales saludables, seguros y promotores de la salud, palidecen frente al poder de la voluntad política de una nación.

A. Instancias emisoras de estándares

Existen varios equipos para determinar estándares, lo cuales han intentado crear los estándares para los espacios de trabajo, y hacer que los gobiernos y/o las empresas individuales los adopten voluntariamente.

Convenios de la OIT

Desde 1919, la Organización Internacional del Trabajo ha aprobado cerca de 190 acuerdos, que son directrices de obligación legal internacional acerca de diferentes temas referentes al trabajo y los trabajadores. Estos compensaciones para los trabajadores, exámenes médicos, edad mínima para trabajar, días de descanso pagados y contratos de empleo para trabajadores indígenas. Una vez que la OIT los ha aprobado, se les pide a los estados miembros, que los ratifiquen, lo que significa que están estableciendo un compromiso formal de implementarlos. La ratificación es una expresión de voluntad política para emprender acciones integradoras y coherentes para reforzar, regular y promover estas medidas en el área cubierta por el acuerdo. Las naciones que ratifican deben entonces enviar reportes regularmente a la OIT para proporcionar evidencia de los progresos en el proceso de implementación de los acuerdos.

En teoría, la observación de los acuerdos y los países que los han adoptado deberían presentar una buena imagen de la legislación y políticas internacionales acerca de la salud, seguridad y bienestar de los espacios de trabajo. Sin embargo esto está lejos de ser verdad. Por algún motivo, pocos acuerdos han sido ratificados por la mayoría de los países. Además, algunas de las naciones que se han desarrollado más sofisticadamente han ratificado muy pocas, mientras que algunas naciones en vías de desarrollo han ratificado la mayoría. Los diferentes reglamentos de Organización Mundial de Comercio, Acuerdos de la OIT y recomendaciones, no incluyen medias punitivas para los países que no cumplan estos estándares.

La tabla 8.2 muestra el porcentaje de países en las seis regiones de la OMS que han ratificado los siete acuerdos más básicos de la OIT. Es claro que no hay consistencia entre regiones y ni siquiera entre temas o lo que es ratificado y lo que no. En algunos casos, algunos países con una extremada buena reputación respecto de espacios laborales saludables, han “denunciado” su temprana

cubren un amplio rango de condiciones laborales tales como horas de trabajo, el derecho de asociación para los trabajadores, trabajo infantil, discriminación en el empleo, inspecciones del trabajo, descanso por maternidad, salud y seguridad,

ratificación, presumiblemente porque su legislación actualmente va más allá de las demandas del acuerdo o porque algunos aspectos de su ley están hoy en contra del acuerdo. De la misma manera la OIT ha encontrado que los estados miembros pueden ratificar un acuerdo, pero no reportar ningún progreso de la implementación actual en ese país.³¹⁸

Acuerdo para el marco referencial de la OMS sobre control de tabaco.

Este es el primero, y hasta la fecha el único acuerdo global negociado bajo el auspicio de la OMS. Aprobado en 2003, el tratado requiere a los países firmantes, que suman 168 hasta la fecha, controlar los anuncios, ventas, promociones y otros factores relacionados al trabajo. Lo fundamental para los trabajadores es la petición de eliminar la exposición a humo en los espacios públicos o de trabajo. El tratado establece que “cada parte adoptara e implementará medidas de protección a la exposición al humo de tabaco en lugares cerrados, transportes públicos, espacios laborales cerrados y, en la medida de lo posible en otros espacios públicos y áreas de jurisdicción nacional, tal como lo determinen las leyes nacionales, y promover a otros niveles jurisdiccionales la adopción e implementación de medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/o de otro tipo.”³¹⁹ Los países firman o ratifican el acuerdo voluntariamente, pero una vez firmado el tratado tiene carácter legal y debe ser implementado tal como los acuerdos de la OIT.

Estándares ISO.

La Organización Internacional de Estandarización (ISO) es la más grande desarrolladora y emisora de publicaciones de estándares internacionales. Es una red no

gubernamental que comprende los institutos nacionales de estandarización de 162 países. Está organización desarrolla estándares

basados en la mejor evidencia científica disponible y sobre la cual existe consenso en todos los países participantes.

Tabla 8.2 Porcentaje de Países en las Regiones de la OMS que han Ratificado los Convenios de la OIT³²⁰

Convenios de la OIT Ratificadas	Año de Emisión	AFRO (46)	AMRO (36)	EMRO (21)	EURO (53)	SEARO (11)	WPRO (27)	Pro medio
C14 - 24 hrs. de descanso semanal para los trabajadores industriales	1921	74%	67%	57%	74%	55%	15%	57%
C17 – Compensación por accidentes para los trabajadores	1925	48%	36%	33%	47%	9%	11%	34%
C18 – Compensación por enfermedades ocupacionales para los trabajadores	1925	43%	11%	24%	47%	45%	7%	30%
C103 – Protección a la Maternidad, Revisado	1952	7%	19%	5%	32%	9%	7%	13%
C155 – Salud y Seguridad Ocupacionales	1981	24%	19%	5%	51%	0%	26%	21%
C111 – Discriminación (En empleo y ocupación)	1958	100%	92%	90%	98%	55%	48%	81%
C161- Servicios de Salud Ocupacional	1985	11%	19%	0%	30%	0%	0%	10%
Porcentaje		44%	38%	31%	54%	25%	16%	35%

La ISO ha desarrollado cerca de 17500 estándares hasta la fecha y normalmente añade cerca de 1100 nuevos estándares cada año. Respecto a la salud y seguridad en el espacio laboral, ISO ha desarrollado al menos 18 estándares y tiene otros 13 en proceso de desarrollo. Los temas incluyen aspectos relacionados a nanopartículas, humo de soldadura, equipo de protección personal como botas de seguridad respiradores y exposición al ruido, calor o frío. Dado que estos estándares son voluntarios, muchas veces encuentran su camino a través de las leyes en los países que los adoptan.

Limites de exposición

Existen varias organizaciones dictaminadoras de estándares que hacen recomendaciones acerca de los limites de exposición. Estos limites se refieren a la exposición a agentes químicos o de otro tipo que puede enfrentar un trabajador sin que presente daños significativos. El término “limite de exposición” es un término general que cubre varias expresiones empleadas en listados nacionales, tales como “concentración

máxima permitida”, “valor de entrada limite (TLVs)”, “índices de exposición biológica (BEIs)”, “limite de exposición ocupacional (OELs)”, etc. Estos limites se determinan para el trabajador promedio y generalmente no proporcionan otros niveles diferentes para aquellos que puedan tener diferente susceptibilidad debido al sexo u otros factores como la edad, etc. La OIT señala que “ la investigación en salud ocupacional debe capturar algunas disparidades basadas en el género; actualmente hay una falta de información acerca de los diferentes riesgos para hombres y mujeres frente a la exposición a ciertos químicos.”³²¹

Un gran número de autoridades internacionales, nacionales y de otro tipo, han publicado listas de límites de exposición legales o recomendados a varios tipos, pero usualmente sólo a químicos. La lista más extensa sobre Valores de Límites Máximos de Exposición es la de la Conferencia Americana de Higienistas Industriales del

Gobierno (ACGIH), actualizada anualmente, la cual incluye valores de exposición límite recomendados para químicos volátiles; límites de monitoreo biológico; radiación ionizante, no ionizante y óptica; estrés por temperatura; ruido; y vibración. El Programa Internacional para la Seguridad Química (IPCS) produce Cartas Internacionales de Seguridad Química, las cuales son documentos de evaluación cuidadosamente revisados. Organizaciones Internacionales como la ISO y la Agencia Internacional de Energía Atómica produce estándares técnicos sobre la medida y control de muchos factores ambientales con el objetivo de que se transfieran a la legislación regional o nacional.³²²

Estas instancias que establecen estándares que son voluntarios hasta que son aceptados por el gobierno nacional. Los países los adoptan e implementan en diversas maneras, con o sin modificación. Pueden ser implementados en las regulaciones que tienen la fuerza de la ley, o pueden permanecer como recomendaciones, dependiendo del interés del gobierno.

B. Estatus Global de la Salud y Seguridad Ocupacional

En 2009, la OIT publicó un reporte muy completo sobre el estatus global de la implementación del convenio No. 155, el Convenio de Salud y Seguridad Ocupacional, aprobado en 1981.³²³ Al revisar el estatus de la implementación de este convenio, a nivel global, la OIT remarca que, a la fecha de su publicación, solamente 52 países (de 183) o el 28% han ratificado este convenio. Sin embargo, señalaron optimistamente, más países continúan ratificando el convenio dentro de una agenda cada vez más acelerada.

Este convenio adopta un abordaje integral basado en un proceso cíclico de desarrollo, implementación, y revisión del reglamento, más que en un proceso lineal que recaiga sobre la prescripción de obligaciones legales. Enfatiza el abordaje de mejoramiento continuo

para lograr eventualmente una prevención total de los accidentes y las enfermedades en pro de los trabajadores. Este abordaje reglamentario se recomienda en primera instancia para que los estados miembros la adopten a nivel nacional, pero también para que las empresas la adopten en sus propios programas internos. Afirma que los estados miembros deben “formular, implementar y revisar periódicamente” un reglamento nacional, que siga el proceso PDCA, expuesto en el capítulo 7, siguiendo, en general, la gestión de SSO.

Dada la naturaleza progresiva y dinámica del tema, todo tipo de discusión sobre el grado de implementación del convenio, debe hacerse a través del tiempo. En los estados miembros que han ratificado el convenio, el Comité de Expertos de la OIT, ha sido capaz de seguir este proceso dado que se realizan informes anuales. El reporte de 2009 concluye que solamente 31 de los 52 estados que ratificaron el convenio están cumpliendo totalmente con el convenio, mientras que otros hacen progresos hacia la implementación total. Además, entre los países que no han ratificado el convenio, se encuentran 25 naciones que han desarrollado reglamentación nacional sobre seguridad y salud ocupacional, y otras 20 están en el proceso de desarrollar esa reglamentación.³²⁴

El reporte de la OIT describe en detalle las muchas variaciones en la legislación y reglamentación que se han implementado globalmente. No obstante, en sus conclusiones y recomendaciones, resaltan la falta de reglamentación referente al sector informal en muchos de los países, y urgen a los gobiernos a revisar y ampliar su reglamentación y marco legal que cubra a esos trabajadores. Otras oportunidades de mejora, que están anotadas, son reforzar las inspecciones de trabajo; mejorar la captación de información referente a los accidentes y enfermedades de trabajo; incrementar el esfuerzo para evaluar los riesgos químicos; evaluar el impacto de los cambios

organizacionales en la salud de los trabajadores; agregar nuevos temas como los TMEs y el estrés en el trabajo; y la continua ocurrencia de situaciones muy básicas que amenacen la vida enfrentadas por trabajadores no capacitados en muchos países.

En Europa existe una situación única, donde todos los países de la Unión Europea están sujetos a leyes o directivas aprobadas por la Unión. Existen muchas directivas relacionadas a la salud y seguridad en el espacio de trabajo, que van desde temas relacionados al entorno físico de trabajo (p. ej. La Directiva 90/270/EC para Pantallas Exhibidoras) al entorno psicosocial (Directiva 2003/72/EC sobre la inclusión de los empleados) hasta las condiciones básicas de empleo (Directiva 93/104/EC Tiempo de Trabajo).³²⁵

C. Indemnizaciones para los Trabajadores

Cuando fallan los esfuerzos de prevención y el trabajador se accidenta o enferma en el trabajo y no puede continuar trabajando, él o ella tiene que enfrentar una situación económica, tan pronto como cesa de obtener los ingresos de su trabajo. Muchos países han instalado sistemas de “indemnización para los trabajadores” para compensar financieramente a los trabajadores accidentados mientras se recuperan, hasta que puedan regresar a trabajar. Cuando no existen tales sistemas, los trabajadores que cuentan con los medios y la capacidad de hacerlo, frecuentemente siguen procesos de litigio para recuperar alguna indemnización

financiera por su accidente. En muchos países, los empleadores y los trabajadores han elegido entrar a esquemas de aseguramiento estatales o privados para proporcionar una garantía de ingresos a los trabajadores accidentados, algunas veces renunciando a su derecho de tomar acción penal.

Existen cinco convenios de la OIT relacionados con las indemnizaciones a los trabajadores, los cuales se enlistan en la tabla 8.3. Nuevamente, una minoría de países de las seis regiones de la OMS han ratificado estos convenios. Y como se expuso anteriormente, respecto a la salud y seguridad ocupacionales, el mirar solamente los países que han ratificado estos convenios, no provee el panorama completo.

Recientemente se publicó una revisión de las leyes sobre indemnizaciones a los trabajadores en Canadá, Estados Unidos y Australia.³²⁶ En estos tres países, las leyes sobre indemnizaciones a los trabajadores son responsabilidad de la provincia/estado, por lo que no hay consistencia a nivel nacional. No obstante en todos los casos los sistemas de indemnización para los trabajadores están bajo el control de instancias legislativas y agencias administrativas. Los revisores señalan que una ley sobre indemnizaciones para los trabajadores es por naturaleza, extremadamente compleja y es difícil compara la cobertura de una jurisdicción a otra, debido a diferencias en la terminología,

Tabla 8.3 Convenios y Ratificaciones de la OIT sobre la Indemnización a los Trabajadores

Convenios de la OIT Ratificados	Año de Aprobación	AFRO (46)	AMRO (36)	EMRO (21)	EURO (53)	SEARO (11)	WPRO (27)	Prom
C12 – Indemnización para Trabajadores en agricultura	1921	37%	58%	10%	55%	0%	26%	31%
C17 Indemnización a los Trabajadores por Accidente	1925	48%	36%	33%	47%	9%	11%	34%
C18 Indemnización a los Trabajadores por Accidentes Laborales	1925	43%	11%	24%	47%	45%	7%	30%
C42 Indemnización a los Trabajadores por enfermedades	1934	17%	42%	5%	42%	18%	19%	24%

ocupacionales, revisada								
C121 Remuneración por daño laboral	1964	7%	14%	5%	26%	0%	4%	9%
Promedio		40%	31%	24%	50%	22%	12%	26%

diferencia de significado para los mismos términos, y diferencias en los cálculos. Por ejemplo, consideremos dos casos de jurisdicciones en las que después de un periodo de espera de 3 días, se le pagan al trabajador el 67% de su salario regular por el beneficio de incapacidad total temporal regular. El beneficio que realmente se pagará puede modificarse por reducciones y calificaciones relacionadas con:

- Cuando comienza el primer día de incapacidad
- Como se tratarán los períodos intermitentes de incapacidad
- Qué indemnización está incluida al calcular los “salarios regulares” originales
- El periodo de tiempo sobre el que se calcula el salario regular
- Límite de salario que recibe el trabajador accidentado
- Diferencias de cálculo de la tasa de indemnización
- Reducciones debido a violaciones de las normas de seguridad
- Adiciones debidas a la edad del trabajador, o el hecho de que sea aprendiz.³²⁷

Aún cuando estos tres países tienen sistemas que se ven similares en la superficie, existen muchas diferencias notables, como se indica en la tabla 8.4. Si existen tantas diferencias entre los sistemas de indemnización para los trabajadores implementados por el estado, será fácil imaginar las vastas diferencia que se observan entre estos sistemas y los que operan de manera privada. Por ejemplo, en Irlanda, los empleadores deben tener cobertura de seguros de indemnización para sus empleados, pero son libres de elegir entre muchos corredores privados y determinar los niveles de cobertura. Además, en lugar de restituir el salario mientras la herida sana y el trabajador puede regresar al trabajo, en Irlanda los esquemas de seguros de

indemnización generalmente pagan una suma parcial basada en el daño – X Euros por una pierna rota, Y Euros por un dedo quebrado, por ejemplo. Como resultado de esto, no hay incentivos para que un trabajador regrese a trabajar más pronto si la herida sana rápido. También no existe límite en el derecho a emprender acción penal, así que si un trabajador no está conforme con la cantidad que se decreta, él o ella son libres para emprender acción penal contra el empleador, y un porcentaje significativo de quejas de los trabajadores por su indemnización, van a juicio.³²⁸

Es claro que existen diferencias significativas entre los sistemas de indemnización para los trabajadores aún en los países angloparlantes industrializados por lo que las diferencias entre países en desarrollo, serán probablemente más grandes, aún cuando los convenios de la OIT referentes a este tema hayan sido ratificados e implementados. Las diferencias tendrán un gran impacto en:

- La calidad de la atención médica que reciba el trabajador accidentado/enfermo
- La posibilidad de que el trabajador regrese al trabajo
- La velocidad con la que regresa el trabajador
- Los costos directos e indirectos para el empleador
- La posibilidad de que se le asigne al trabajador un trabajo significativo cuando regrese a trabajar
- La seguridad financiera del trabajador accidentado y la de su familia mientras no trabaja
- La seguridad financiera de la familia del trabajadores después de un accidente fatal.

Tabla 8.4 Comparación de algunos aspectos de la Indemnización para los Trabajadores en USA, Canadá y Australia³²⁹

Aspecto	USA (% de estados)	Canadá (% de provincias que respondieron)	Australia (Victoria)
Opciones por las que el empleador puede asegurar	Corredores Privados	Fondos exclusivos del estado	Fondos exclusivos del estado
¿Se permite auto-asegurarse?	Si	No	Si
¿Se excluye a los pequeños empleadores?	Si, 36%	Si, 28%	Si
¿Se excluye la agricultura?	Si, 72%	Si, 57%	No
¿Se excluye a las trabajadoras domesticas?	Si, 86%	Si, 86%	No
¿Hay restricciones para el tratamiento médico?	Limites en terapia quiropráctica y física en cerca del 18% de los estados	Limites en terapia quiropráctica y física en 14%	No se enumeran límites
Elección inicial del medico tratante	El empleador elige o provee una lista de médicos aceptables en el 42% de los estados	El trabajador elige	El trabajador elige
Extensión del tiempo de beneficio pagado por incapacidad permanente	80% de los estados pueden pagar de por vida	Hasta la edad de 65	Hasta la edad de 65
Cobertura de reclamos por estrés mental cuando no existe daño físico	64% puede pagar bajo limitadas circunstancias	86% de las provincias cubren bajo circunstancias muy limitadas	Si
Cobertura máxima por gastos funerarios luego de una fatalidad en el espacio de trabajo	\$800 - \$15,000	\$4000- ilimitado	\$9,300

Muy aparte de la existencia legal de las indemnizaciones para los trabajadores que pueda observarse en los países, la aplicación de las leyes no siempre es equiparable. Investigaciones suecas indican que los reclamos de indemnización de la mujeres son más propensas a descartarse que las de los hombres, aún cuando el tipo de daño sea el mismo.^{330,331}

D. Legislación Sindical

En cualquier empresa, el dueño u operador tiene un poder mucho más grande que cualquier trabajador. Esto hace difícil que los trabajadores hagan cambios en las condiciones de salud o seguridad, si el empleador no está interesado. Existen varios convenios de la OIT que tratan de superar ese

desbalance de poder dando a los trabajadores una voz colectiva que es más poderosas que la voz de un solo trabajador. Estos convenios se refieren al derecho de asociación de los trabajadores, y los derechos de negociación colectiva. Muchos de ellos han sido ratificados por una mayoría significativa de países:

- Convenio 11, Derecho de Asociación (Agricultura), aprobado en 1921, ratificado por 122 países;
- Convenio 87, Libertad de Asociación y Protección al Derecho de Organizarse, aprobado en 1948, ratificado por 150 países;
- Convenio 98, Derecho a Organizarse y a la Negociación Colectiva,

aprobado en 1949 y ratificado por 160 países.

La legislación que cubre la formación de sindicatos y la negociación colectiva varía tremendamente de un país a otro, así como el porcentaje de la fuerza de trabajo que está sindicalizada. Por ejemplo, en Suecia, el 75% de la fuerza de trabajo es representada por un sindicato, mientras que en Chile, solo el 16% de los trabajadores no – agricultores está sindicalizado.³³² En los Estados Unidos, un promedio total del 12% de la fuerza de trabajo está sindicalizada, con sólo un 8% del sector privado representado por sindicatos.³³³

Además de los sindicatos, muchos países, especialmente los de la Unión Europea, cuentan con legislación relacionada a la formación de Consejos de Trabajo. Se trata de Organizaciones “de línea de producción” que representan a los trabajadores, cuya función es ser complementos a nivel local/firma de las negociaciones laborales a nivel nacional.

En la mayoría de los países, son principalmente los trabajadores de grandes empresas quienes son representados por sindicatos o consejos de trabajo, mientras que aquellos que pertenecen a PyMEs tienen menos oportunidad de formar asociaciones. Por ejemplo, un reporte reciente de sindicatos en varios países, resalta que en Japón, “los sindicatos raramente se forman en pequeñas compañías, y los intereses de tales trabajadores con frecuencia no son suficientemente protegidos, de ahí resulta una gran disparidad de condiciones de trabajo entre quienes trabajan en grandes compañías y quienes lo hacen en otras.”³³⁴ Sería justo decir que esta afirmación es típica en la mayoría de los países.

Como resultado, los legisladores en algunos países han tomado medidas innovadoras para asegurar que los trabajadores de las PyMEs sean protegidos y tengan una voz colectiva. Por ejemplo en España, mientras es usual que compañías con 250 o más trabajadores

tengan representación sindical, la compañías con 50 o más trabajadores, deben conformar un Consejo del Trabajo para representar a sus trabajadores. Las empresas con menos de 50 trabajadores deben elegir Delegados de los Trabajadores para representar los intereses de los trabajadores. Estos Consejos del Trabajo y Delegados de los Empleados tienen amplios derechos legales y responsabilidades para asegurar la participación y protección de los trabajadores. En Suecia, existe un sistema de delegados regionales de seguridad, llamado “representantes nómadas” quienes han adquirido un alto nivel de respeto tanto de los empleadores como de los empleados, ya que ellos frecuentemente son la única fuente de información sobre seguridad para los pequeños empleadores.³³⁵

E. Estándares de Empleo

Existen muchos estándares o regulaciones relacionados a las condiciones no – físicas del espacio de trabajo que pudieran considerarse como condiciones básicas de trabajo, y las que pueden hacer la diferencia entre labores que pueden ser saludables o dañinas para la salud de los trabajadores. Estas incluyen pero no se limitan a reglamentos relacionados a:

- Horas de trabajo (número de horas, también tiempo del día, noche versus tiempo extra en el día)
- Remuneración (relativa al costo de la vida)
- Horas consecutivas de descanso por semana
- Tiempo permitido para tomar alimentos
- Incapacidad por Embarazo/maternidad
- Vacaciones pagadas
- Incapacidades pagadas
- Trabajo en días feriados
- Disponibilidad de contratos
- Edad mínima para trabajar
- Trabajo/tiempo extra forzosos
- Igual paga por igual trabajo

- No-discriminación al contratar (en base al sexo, discapacidad, etnicidad, etc.)
- Instalaciones para discapacitados en el espacio de trabajo

Existen muchos convenios de la OIT que tratan este tipo de temas, y, en casos como el tratado anteriormente, usualmente son ratificados por una minoría de países. Habiendo dicho esto, muchos países que no han ratificado estos convenios tienen muy buenas leyes relativas a estos factores. Si son o no aplicadas consistentemente en tal o cual país, es otra cuestión. Por ejemplo, el convenio número 100 de la OIT exige una paga de igual valor para hombres y mujeres, y el convenio ha sido ratificado por más del 90% de los países. Aún existe actualmente una brecha significativa entre hombres y mujeres. El reporte continua diciendo que “Contrariamente a la creencia popular, la calificación educacional más baja en las mujeres y su participación intermitente en el mercado de trabajo, no son las principales razones para la diferencia de pago entre géneros. La brecha es, de hecho, un síntoma visible de una profunda y estructural discriminación sexual.”³³⁶

El convenio que trata sobre la discriminación en la contratación y empleo es el convenio 111. Como se muestra en la Tabla 8.2, más del 80% de los países han ratificado este convenio, el cual prohíbe la discriminación en el empleo y la paga en base a la etnicidad,

género y otros criterios. Eso es un registro impresionante - actualmente la realidad es que la discriminación en base a características sociales existe en mayor o menor grado en la mayoría de los países del mundo. La OIT declara que “Ninguna sociedad está libre de la discriminación sexual... El soporte legal necesita mejorarse.”³³⁷

Aún en los países que han reforzado su legislación relacionada a estos aspectos del empleo, solamente la aplican a situaciones en las que existe una relación laboral formal. Por consecuencia, los países con una gran proporción de trabajadores informales, tendrán una gran proporción de trabajadores que no se beneficiarán con estas leyes. Dado que las mujeres son desproporcionadamente representadas en el sector informal, tienden a tener menos acceso a estas leyes y beneficios.³³⁸

La Red de Conocimiento sobre las Condiciones de Empleo, compiló datos acerca de las condiciones de empleo en naciones “prósperas” (es decir, industrializadas, desarrolladas), y países “pobres” (es decir, en desarrollo). Los colocan en un contexto histórico, para mostrar el impactante paralelismo entre las condiciones de muchas naciones en desarrollo actualmente, y en las naciones desarrolladas en el siglo 19. Esta información se proporciona en la Tabla 8.5.³³⁹

Tabla 8.5 El Trabajo y la Protección de la Salud de los Trabajadores en Países Pobres y Ricos, 1880-2007

	Países ricos			Países Pobres
	1880	1970	2007	2007
Seguridad de empleo y trabajo formal	Seguridad de empleo no regulada y trabajo formal substancial	Normas para empleos seguros (excepto para mujeres), pequeña fuerza de trabajo formal	Declina la seguridad de empleo y crece la fuerza de trabajo formal	Seguridad de empleo no regulada y gran/creciente sector informal
Estándares laborales mínimos (salarios y horas)	No había un mínimo de salario u horas (excepto para	Salario mínimo y legislación sobre horario, Universales	Alguna erosión de las leyes sobre salarios mínimos y horas de trabajo	No existe o es inefectiva la legislación sobre salarios mínimos u

	niños)			horas de trabajo
Pertenencia a sindicatos y contrato colectivo	Baja densidad sindical (<10%) y un limitado número de contratos colectivos	Densidad sindical del 25-50% y expansión de los contratos colectivos	Declive sustancial en la densidad sindical y los contratos colectivos	Baja densidad sindical, declive de la regulación colectiva del trabajo, ésta es limitada
Trabajadores vulnerables	Extensiva explotación de grupos vulnerables (mujeres, inmigrantes, trabajadores domésticos, jóvenes y sin casa, viejos)	Aún existen grupos vulnerables (mujeres, inmigrantes, y trabajadores domésticos) pero más circunscriptos	Expansión de grupos vulnerables (mujeres, trabajadores domésticos, inmigrantes, sin hogar, viejos y jóvenes; resurge el trabajo infantil)	Grupos vulnerables altamente explotados (niños, mujeres, inmigrantes, sin hogar, trabajo forzado/eventual)
Leyes en Salud y Seguridad Ocupacional	Escasa legislación sobre SSO (fábricas, minas) y con poco soporte	Se inicia la revisión expansiva de leyes sobre SSO	Expansión de leyes sobre SSO pero bajo daño indirecto	Escasa legislación sobre SSO y apenas apoyada (y solo en el sector formal)
Sistema de compensaciones para los trabajadores	No existía un sistema de indemnización para los trabajadores	Sistema obligatorio de indemnización/seguro de accidentes, para los trabajadores	Alguna erosión en la indemnización y los seguros de accidentes para los trabajadores	Indemnización para los trabajadores limitada solo para el sector formal
Infraestructura de Salud Pública (agua, hospitales, drenajes etc.)	Pequeña infraestructura de salud pública – drenaje, hospitales, agua	Se extiende la infraestructura de salud pública y la de seguros para la salud	Cierta erosión en la infraestructura de salud pública	Poca infraestructura de salud pública (hospitales, agua/drenaje) excepto en los países ex-socialistas, donde ha habido recortes
Red de seguridad social (beneficios por enfermedad, edad y desempleo)	No existía pensión por edad, seguridad social, beneficios por desempleo	Pensión por edad/seguridad social, beneficios por desempleo	Beneficios por edad, discapacidad, desempleo y recortes de personal	No hay pensión por edad, seguridad social, beneficios por desempleo

F. Riesgos Psicosociales

Actualmente no existen convenios de la OIT o estándares ISO que traten sobre los riesgos psicosociales en el espacio de trabajo, y pocos países cuentan con leyes específicas para abordar esta área de la salud del espacio laboral. Algunas legislaciones sobre seguridad y salud, por ejemplo la de Perú, establecen que el empleador debe proteger a los trabajadores de varios tipos de riesgos, incluidos los riesgos psicosociales; asimismo identificar, planear y controlar los riesgos del espacio de trabajo, incluyendo los psicosociales.³⁴⁰ Sin embargo no proporciona

alguna guía acerca de como los empleadores podrían hacerlo, y no se proporcionan definiciones sobre lo que son los riesgos psicosociales.

La directiva de fundamentación de la UE 89/391 proporciona un requerimiento legal para todos los empleadores en la UE para que protejan la salud y seguridad ocupacional de los trabajadores de “todos los riesgos”. Esto ha sido interpretado como si también incluyera a los riesgos psicosociales por un grupo de asociaciones europeas, quienes han publicado un acuerdo fundamental sobre estrés relacionado al trabajo. Ellos afirman

que, “este acuerdo fundamental invita a los miembros de la UNICE/UEAPME, CEEP y ETUC ... a implementarlo [el acuerdo fundamental sobre estrés asociado al trabajo] en concordancia con los procedimientos y prácticas específicas para dirigir y trabajar en los estados miembros y en los países del área económica europea.”³⁴¹

El riesgo psicosocial que más comúnmente tiene legislación asociada, es el acoso o bullying en el espacio de trabajo. En este caso, la forma de acoso más comúnmente mencionada es el acoso sexual, con niveles de acoso en otros aspectos usualmente no mencionados. Como se dijo en el capítulo 4, las mujeres son desproporcionadamente más víctimas de acoso sexual en el espacio de trabajo, por lo que este grupo en particular es mucho más vulnerable que otros. Una revisión reciente de la legislación en 35 países en 5 o 6 Regiones de la OMS (ninguno de la Oficina Regional de África) reveló que existe alguna forma de legislación explícita sobre el acoso sexual en el espacio de trabajo en:³⁴²

- 7 de 8 naciones de la Oficina Regional de América (AMRO)
- 0 de 1 nación de la Oficina Regional para el Este del Mediterráneo (EMRO)
- 13 de 15 naciones de la Oficina Regional para Europa (EURO)
- 1 de 2 naciones de la Oficina Regional para el Sudeste de Asia (SEARO)
- 4 de 8 naciones de la Oficina Regional del Pacífico Oeste (WPRO).

La Comisión de Salud Mental de Canadá comisionó un reporte en 2008 sobre las implicaciones legales del daño que se hace a los empleados por el estrés en el trabajo en Canadá. Sin embargo, debido a la forma en que la ley encuadra el tema, la investigación se redefinió como una búsqueda de principios legales que gobiernen la responsabilidad por el daño mental en el trabajo. Esto fue publicado en 2009 como el reporte “Estrés en

el Trabajo, Daño Mental y la Ley en Canadá.”³⁴³ El autor, Martin Shain, señala que existe una gran inconsistencia entre las provincias de Canadá, con una provincia (Saskatchewan) que incluye lo mental en su legislación sobre seguridad y salud en el trabajo; una provincia (Ontario) que cubre temas de acoso y discriminación bajo una robusta legislación sobre derechos humanos; Québec lo cubre bajo leyes de Estándares de Empleo relacionadas con el acoso psicológico; y otras provincias que lo enfrentan por medio de quejas sindicales y leyes para instancias de litigio. Él afirma que, “A pesar de esas dudas, una tendencia es clara: tomada como un todo, la ley está incrementando la imposición de limitaciones restrictivas sobre los derechos de gestión, requiriendo que su ejercicio debe llevar, como mínimo, a daños no serios ni perdurables en la salud mental del empleado.”

Después de hablar acerca de la situación actual de Canadá, Shain hace la recomendación de que Canadá siga un abordaje basado en estándares como el que se sigue en el Reino Unido. Como se mencionó en el Capítulo 4, la Administración en Salud y Seguridad (HSE) en el Reino Unido, ha desarrollado e implementado Estándares de Gestión que abarcan varios aspectos relacionados a la organización del trabajo. Los estándares están concebidos para proporcionar orientación a los empleadores en las seis áreas que la HSE considera las más serias fuentes de estrés en el espacio laboral.*

Los estándares en si mismos no tienen fuerza legal. La HSE especifica un porcentaje mínimo de la fuerza de trabajo que confirma la existencia de cierto estado de las cosas a nivel organizacional, un “umbral” para cada estándar. Por ejemplo, el umbral para

* Como se dijo en el Capítulo 4, las seis áreas son: demandas de la tarea, control del empleado sobre como hacer su trabajo, apoyo de los ejecutivos y sus colegas, relaciones de trabajo, claridad de rol, y cambio organizacional.

demandas de trabajo es que al menos el 85% de los empleados deben estar de acuerdo en que son capaces de afrontar las demandas de su trabajo (como se describe en los criterios.) Los porcentajes logrados en el espacio de trabajo se evalúan por medio de herramientas indicadoras o instrumentos de seguimiento proporcionados a las empresas por la HSE. Existe un requerimiento legal sobre los empleadores para que evalúen los riesgos a la salud mental utilizando estos instrumentos, pero no existe orientación legal sobre lo que los empleados harán con los resultados. En la práctica, los resultados de las encuestas son educacionales para el empleado, y la HSE proporciona capacitación y asesoría para asistir a los empleados en el mejoramiento de su situación en áreas que se encuentran débiles. Se cree que estas actividades pueden ser útiles en probar “apropiada diligencia” por parte del empleador, en caso ser demandado por un empleado, y de hecho, el promover el diálogo entre el trabajador y el empleador, normalmente lleva a mejorar la cultura y clima organizacionales.

G. Recursos Personales en el Espacio de Trabajo

Hasta donde nuestros investigadores han sido capaces de determinar, en ningún lugar existen leyes que exijan a un empleador promover prácticas de estilos de vida saludables en el espacio laboral.** Por el contrario, pueden existir requerimientos en varios códigos de derechos humanos y leyes que podrían prevenir la discriminación o el acoso por parte de los empleadores en base a factores de estilos de vida como fumar, obesidad, falta de actividad física, o prácticas alimenticias no saludables. En algunas jurisdicciones, por ejemplo, la adicción al tabaco es vista como una discapacidad, y por

**Una de las situaciones más cercanas a la promoción de la salud legislada, existe en Alemania, donde se les solicita a los aseguradores sobre enfermedades a nivel nacional, gastar cierta cantidad de dinero por suscriptores programas de bienestar o promoción a la salud, y esto se aplica usualmente al lugar de trabajo. (Personal communication 29 September 2009, Wolf Kirsten, President, International Health Consulting)

lo tanto está sujeta a leyes anti-discriminatorias.³⁴⁴ En consecuencia, esto refuerza el punto de que, cuando los empleadores eligen ayudar a los empleados a adoptar estilos de vida saludables, deben hacerlo con delicadeza. Su rol deberá ser determinar, y luego apoyar, los cambios de estilo de vida que los empleados desean hacer, y nunca cruzar la línea y presionar a los empleados o discriminar de manera alguna a aquellos que mantienen estilos de vida no saludables.

Existen algunas excepciones para esta regla. Si un hábito o condición de salud interfiere con la habilidad del empleado para desempeñar su trabajo, el empleador tiene el derecho de intervenir. Por ejemplo, un departamento de incendios tiene el derecho de hacer cierto nivel de acondicionamiento físico, condición del empleo de los bomberos, porque de otra manera, los bomberos estarían deshabilitados para desempeñar sus funciones principales. Aún en esta situación, cruzar la línea entre la discriminación sexual y asegurar que los empleados pueden realizar la tarea es algunas veces delicado.³⁴⁵

Similarmente, el abuso de alcohol o drogas, u otros hábitos o condiciones de los empleados, pueden crear situaciones donde un empleado era inhábil para ejecutar sus labores de manera segura, y podría poner en peligro no solo su propia vida sino también la del público y la de sus compañeros de trabajo. Aquí nuevamente, existe una vasta diferencia entre países y en la extensión de los límites legales hasta donde el empleado puede llegar sin infringir los derechos individuales. Por ejemplo, es ampliamente aceptado en muchos estados de los Estados Unidos, aplicar rutinariamente un test para detectar drogas o niveles de alcohol en la sangre después de cualquier accidente en el espacio de trabajo, mientras que eso sería inaceptable y sujeto a retos legales inmediatamente en la mayoría de las jurisdicciones de Canadá.³⁴⁶ Otro ejemplo es el de la Diabetes. Mientras resulta que un empleado con diabetes es motivo de

preocupación por la seguridad en los EU, y puede tener serias implicaciones por el tipo de trabajo que puede realizar, esto es un tema mucho menos relevante en Canadá.³⁴⁷

Mientras aún sigue faltando legislación referente a la educación en salud en el espacio de trabajo, hay algunos movimientos encaminados a la promoción legal en las empresas para que proporcionen un entorno laboral que, al menos no promueva estilos de vida no sanos que lleven a enfermedades no contagiosas. La más notable es la legislación referente al tabaco, luego de que la evidencia del impacto del fumar involuntaria o secundariamente establece el fumar como un riesgo ambiental para todos los que estén expuestos. Desde la aprobación del Marco para el Convenio de la OMS para el Control del Tabaco, muchos países, estados/provincias o municipalidades han emitido requerimientos legales para que los espacios de trabajo estén libres de humo, lo cual no solamente remueve los riesgos químicos del espacio de trabajo, sino que indirectamente también anima a los trabajadores a dejar de fumar.

Otros aspectos del riesgo de enfermedades no contagiosas, usualmente vistos como decisión personal son entendidos ahora como riesgos medioambientales, y como tales, deben convertirse más y más en materia de regulación legal. Por ejemplo, un trabajador puede elegir comer papas fritas en la cafetería de su lugar de trabajo, pero puede no elegir que se preparen con grasas trans. El empleador que permite que se cocine con grasas trans en el comedor del trabajo, está exponiendo innecesariamente a los trabajadores a un daño a la salud de una manera que no es una decisión personal.

H. Participación de la Empresa en la Comunidad

Los mandatos que legislan sobre los efectos de las empresas en la comunidad, se limitan generalmente a su impacto en el medio ambiente natural externo. Todos los países

desarrollados y la mayoría de las naciones en desarrollo cuentan con legislación para regular las emisiones de los espacios laborales industriales, ya sea en el aire o en el agua.³⁴⁸

Wikipedia hace esta declaración bastante desaprobatoria acerca de la situación global en relación a la implementación de estas leyes:” Mientras muchos países en el mundo han acumulado impresionantes sets de leyes medioambientales, su implementación frecuentemente ha sido desafortunada. En años recientes, la ley medioambiental se ha comenzado a ver como un medio crítico para promover el desarrollo sustentable (o “sustentabilidad”). Los conceptos principales tales como principio precautorio, participación pública, justicia medioambiental, y el principio de que el contaminador paga, han dado forma a muchas reformas a leyes medioambientales en este sentido Ha habido una experimentación considerable en la búsqueda de métodos más efectivos para el control ambiental más allá del estilo de regulación “mandato – y – control.” Los eco – impuestos, la negociación de emisiones, los estándares voluntarios como la ISO 14000 y los acuerdos negociados son algunas de estas innovaciones.”

Como sucede con otros estándares y leyes sobre salud y seguridad en el espacio laboral, contra con la ley o el reglamento en los libros, es solo el primer paso, mientras que lograr darles cumplimiento, es un paso mucho más difícil.

El Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (UNEP) busca proporcionar un liderazgo internacional mediante “inspirar, informar y habilitar a los países para que cuiden del medio ambiente natural. Ellos reconocen el reto de hacer cumplir a las naciones y a las empresas las leyes medioambientales, pero señala que incluir temas medioambientales como el cambio climático, puede tener múltiples beneficios. Por ejemplo, afirman que una inversión en

eficiencia energética en infraestructura de energía renovable, no solo estimula la economía, sino que impulsa una economía que es más eficiente en el manejo de recursos, una economía que hacer regresar a la gente al trabajo en mayor medida que las industrias de combustibles fósiles.

Esto resalta nuevamente la necesidad de un abordaje de múltiples partes interesadas para atender la salud del trabajador, su seguridad y bienestar.^{349,350} Se entiende ahora que el dominio del cuidado de la salud del trabajador puede ser impactada no solamente por la OMS y la OIT, sino por organizaciones el Foro Económico Mundial (WEF), La Organización Mundial del Comercio (WTO), EU, ISO, UNEP, sindicatos, varias organizaciones no gubernamentales (ONGs), sociedades civiles, compañías aseguradoras de la salud y otras corporaciones privadas.

I. El Sector de la Economía Informal

Aún cuando se ha mencionado anteriormente, insistiremos en repetir que el sector de la economía informal, por definición, no está protegido o cubierto por las leyes de salud y seguridad ocupacional o la legislación sobre seguridad social en muchos países. La OIT ha instado repetidamente a las naciones y empresas a extender la cobertura hacia aquellos trabajadores que no están cubiertos por un contrato de empleo formal.³⁵¹

El sector informal no es una pequeña minoría de trabajadores. En la India, el 80% de las empresas no están registradas y por lo tanto no están protegidas por las regulaciones sobre salud y seguridad.³⁵² Esto se traduce en el 86% de la población trabajadora, o cerca de 400 millones de personas que trabajan en el sector informal y no están cubiertas por ninguna forma de seguridad social.³⁵³ En algunos países del área del Golfo Pérsico, los trabajadores informales que son trabajadores no locales/inmigrantes conforman la mayoría de la fuerza laboral.³⁵⁴ Las mujeres están desproporcionadamente representadas entre los trabajadores informales, dado que quienes

trabajan en sus hogares, en los hogares de otros como trabajadores domésticos, o como vendedores ambulantes, son usualmente mujeres.³⁵⁵

"Pienso que uno de los principales problemas que enfrentamos actualmente está muy relacionado con el tipo tradicional de problemas, pues muchos trabajadores no desempeñan solo un empleo, sino que tienen que desempeñar múltiples ocupaciones para poder subsistir. De ese modo, pueden estar en un empleo formal durante una parte del día y luego ir a hacer otras cosas en la tarde, y frecuentemente ha sido realmente difícil en términos de las múltiples actividades en las que están involucrados."

Entrevista #30, Noruega, SO, Med .Oc.

El tamaño del sector informal proporciona un argumento para incluir los servicios de salud ocupacional en el sistema de atención primaria de un país, de manera que todos los ciudadanos y residentes estén cubiertos al menos con cuidados básicos de salud. Sin embargo, esto es un abordaje meramente reactivo, por lo que no se hace nada por prevenir a estos trabajadores de exponerse a situaciones dañinas en el trabajo. La Declaración de Seúl sobre Salud y Seguridad Ocupacional en el trabajo, establece que el derecho a un entorno laboral saludable y seguro es un derecho humano básico³⁵⁶, no solo un derecho de los empleados formales. Se necesitan abordajes creativos e innovadores para asegurar que estos trabajadores tengan voz, puedan ser representados por sindicatos, y sean cubiertos

por la misma legislación que protege a los empleados con un contrato formal. Por ejemplo, la OIT proporciona asistencia en esta área, con un programa llamado PATRIS (Capacitación en Acción Participativa para Operadores del Sector Informal).³⁵⁷ Además, las empresas que creen en los principios del Global Compact, pueden expresar su compromiso con el trato justo a los trabajadores requiriendo a su cadena de proveedores que tengan prácticas responsables de salud y seguridad, aún cuando sean trabajadores o espacios de trabajo formales o informales.

Capítulo 9: Fundamentos y Modelo de la OMS para un Entorno Laboral Saludable

Los ocho capítulos precedentes han revisado y expuesto los conceptos referentes al entorno laboral saludable publicados en la literatura. Se han expuesto ideas acerca de la definición de entorno laboral saludable, lo mismo que las interrelaciones entre trabajo, salud y comunidad. Se han revisado intervenciones que pueden hacer una diferencia positiva tanto en la salud y bienestar de los trabajadores y la productividad de la empresa. Y se han presentado varios modelos tanto de contenido y procesos efectivos y actividades de mejora continua, para ser implementados en los entornos laborales saludables.

Después de compilar y analizar toda esta información, la OMS ha desarrollado el modelo integrador y el marco presentado en este capítulo. Se propone una definición de la OMS para un entorno laboral saludable:

Un entorno laboral saludable es aquel en el que los trabajadores y directivos colaboran en utilizar un proceso de mejora continua para proteger y promover la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del espacio de trabajo, considerando lo siguiente, basado en necesidades identificadas:

- *La salud y la seguridad dependen del entorno físico del trabajo;*
- *La salud, seguridad y bienestar dependen del entorno psicosocial del trabajo, incluyendo la organización del trabajo y la cultura del espacio laboral;*
- *Los recursos personales de salud en el espacio laboral; y*
- *Las formas de participar en la comunidad para mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y los otros miembros de la comunidad.*

Todo en esta definición, a excepción del último párrafo, está basado en evidencia científica sólida, la cual ha sido referida a detalle en capítulos previos, especialmente en los capítulos 4, 6 y 7. Como se indicó en el Capítulo 3, el último párrafo está basado en la directriz establecida por la OMS en la Declaración de Yakarta, la Declaración de Stresa, el Compendio Global, el Plan Global de Acción para la Salud de los Trabajadores y el consenso de los expertos en Entornos Laborales Saludables consultados para esta fundamentación.

Esta definición pretende en primer término, enfocarse a la prevención primaria, esto es, en primer lugar prevenir la ocurrencia de accidentes o enfermedades. Sin embargo, también debe incluirse la prevención secundaria y terciaria a través de los servicios de salud ocupacional como “recursos personales de salud” cuando esto no esté disponible en la comunidad. Además, se pretende crear un entorno de trabajo que no cause recaídas o volverse a accidentar cuando alguien regresa al trabajo luego de estar ausente por un accidente o enfermedad, aún cuando no sean relacionados con el trabajo. Y finalmente, se pretende describir un lugar de trabajo que apoya, incluye y se adapta a los trabajadores más viejos o aquellos que presentan enfermedades o discapacidades crónicas.

El fundamento y el modelo presentados aquí incluyen tanto contenido como proceso, y pueden ser implementados en lugares de trabajo de cualquier tamaño, en cualquier país. Como se señaló en el capítulo 1, no existe una “talla única” y cada empresa debe adaptar estas recomendaciones a su propio espacio de trabajo, su propia cultura y su propio país. El fundamento y modelo de la OMS descrito en este capítulo encierra los principios y factores comunes que parecen ser fundamentados universalmente en la literatura y las percepciones de expertos y

practicantes en los campos de la salud, seguridad y salud organizacional.

El Capítulo 8, referente a las consideraciones legislativas y reglamentarias contiene una advertencia preventiva, dada la universalidad de la aplicación. La habilidad de una empresa para implementar el modelo de entorno laboral saludable propuesto a continuación, estaría influida por la situación legal, política y reguladora de su país. Los gobiernos tienen el poder de crear ambientes de apoyo y facilitadores para los entornos laborales saludables o para crear ambientes que les pongan obstáculos y barreras a cada paso. La OMS y la OIT continuarán su trabajo pesado con los gobiernos de los estados miembros para acercarlos a la situación ideal de apoyo a los espacios de trabajo saludables.

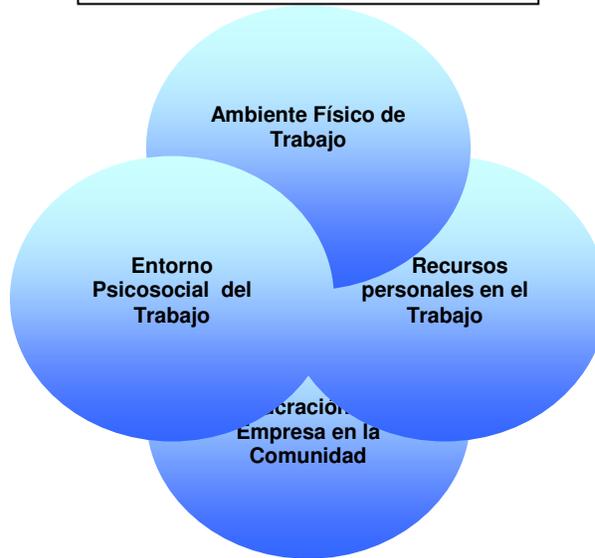
El sector informal también presenta retos para la creación de entornos laborales saludables. **El trabajo informal es frecuentemente insano debido a la incierta y precaria naturaleza del trabajo.**³⁵⁸ Desde el hecho de que las mujeres tienden a trabajar más en el sector informal, o en trabajo no remunerado, ellas son más afectadas que los hombres por estas condiciones.³⁵⁹ En ausencia de un contrato formal de empleo o incluso un espacio de trabajo consistente, es difícil para un empleador apenas motivado, crear un espacio laboral que promueva la salud. Por otra parte, cualquier empleador que desee hacer las cosas lo más saludable y seguro posible para los trabajadores informales que proveen servicio a su empresa, debe estar familiarizado con los elementos de este fundamento y buscar las formas de aplicarlos a los trabajadores informales de manera no oficial, si es necesario.

A. Avenidas de Influencia para un Entorno Laboral Saludable

Para crear un espacio laboral que proteja, promueva y apoye el completo bienestar físico, mental y social de los trabajadores, una empresa/organización debe considerar apegarse a cuatro “avenidas de influencia” basadas en necesidades identificadas. Estos son cuatro caminos en que un empleador, trabajando en

colaboración con los empleados, puede influir en el estado de salud no solo de los trabajadores, sino de la empresa/organización en su conjunto, en términos de su eficiencia, productividad y competitividad.

Figura 9.1 Avenidas de Influencia de la OMS



Estas cuatro avenidas son:

1. El entorno físico del trabajo
2. El entorno psicosocial del trabajo
3. Los recursos personales de salud en el espacio de trabajo
4. La participación de la empresa en la comunidad

Estas cuatro áreas se refieren al *contenido* de un programa de entorno laboral saludable, no al *proceso*. Por lo tanto, las cuatro avenidas no son entidades discretas y separadas. En la práctica cada una se intersecta y traslapa con las demás. Por lo tanto están representadas en el modelo gráfico como círculos que se intersectan, como se muestra en la Figura 9.1. Cada una de estas avenidas se define a continuación, con ejemplos de problemas potenciales a enfrentar en el espacio de trabajo que atañen a cada una, y ejemplos de intervenciones que una empresa/organización, podría instituir.*

* Cuando se lea acerca de las cuatro avenidas y los ejemplos en cada una, los lectores individuales podrán pensar que ciertas situaciones o soluciones pertenecen a una avenida diferente. No es crítico el pensar en cuál avenida ajusta particularmente cada ejemplo; en cambio, es importante no

Se debe aclarar que una empresa puede no tener la necesidad de avocarse a cada una de estas avenidas al mismo tiempo. La manera de abordar las cuatro avenidas debe basarse en las necesidades y preferencias detectadas mediante un proceso de evaluación que incluya una extensiva consulta a los trabajadores y sus representantes (tratada con más detalle en la sección B, Proceso).

1. El Ambiente Físico del Trabajo.

Definición: El Ambiente Físico Del Trabajo es la parte de los recursos del espacio de trabajo que puede detectarse mediante monitoreos humanos o electrónicos e incluyen la estructura, aire, maquinaria, equipo, productos, químicos, materiales y procesos que se realizan o están presentes en el espacio de trabajo, y que pueden afectar la seguridad física o mental, la salud y el bienestar de los trabajadores. Si el trabajador realiza sus actividades en el exterior o en un vehículo, entonces ese sitio es su ambiente físico de trabajo.

La importancia de esta avenida en particular no puede considerarse exagerada. Mientras las naciones desarrolladas pueden considerar esto como salud y seguridad ocupacional “básica”, el hecho es que en muchas partes del mundo, los riesgos en esta área siguen afectando diariamente las vidas de los trabajadores. Aún en naciones desarrolladas, continúan ocurriendo accidentes y enfermedades completamente prevenibles. Dado que cada una de estas cuatro avenidas es importante, los peligros que existen en el ambiente físico de trabajo frecuentemente tienen el potencial de matar y herir trabajadores súbita y terriblemente. Cuando se establecen prioridades para atender los problemas (lo que se tratará más adelante en este capítulo) es sabio considerar la jerarquía de necesidades de Maslow, donde la seguridad y protección están en la base de la pirámide. Muchos riesgos en el ambiente físico de trabajo podrían caer en esa área de las necesidades humanas.

olvidar ninguna de las cuatro avenidas cuando se esté planeando un entorno laboral saludable.

Ejemplos de problemas en el ambiente físico de trabajo de un entorno laboral saludable: Pueden existir mucho riesgos en el ambiente físico de trabajo, incluyendo:

- químicos (p.ej., solventes, pesticidas, asbestos, monóxido de carbono, sílice, humo de tabaco);
- físicos (p.ej., ruido, radiación, vibración, calor excesivo, nano partículas);
- biológicos (p.ej., hepatitis B, malaria, VIH, moho, enfermedades pandémicas, elementos patógenos en alimentos o en agua, falta de agua limpia, servicios de higiene y baños);
- ergonómicos (p.ej., fuerza excesiva, posturas forzadas, repeticiones, levantamiento de pesos, inactividad forzada o posturas estáticas);
- mecánicos (p.ej., riesgos de maquinaria relacionados con engranes, grúas, montacargas)
- energía (p.ej., riesgos eléctricos, caídas desde alturas);
- conducción (p.ej., conducir en tormentas de hielo o lluvia o en vehículos con pobre mantenimiento o a los que no se está habituado).

Ejemplos de formas de influenciar sobre el ambiente físico de trabajo: Este es el escenario tradicional de la salud y seguridad ocupacionales. Para prevenir la exposición a riesgos y los accidentes y enfermedades resultantes, deben reconocerse y evaluarse los riesgos en el espacio de trabajo mediante una jerarquía de controles que incluya su eliminación o sustitución, controles de manufactura, controles administrativos y equipo de protección personal, de preferencia en ese orden. Algunas veces se expresa esto como la colocación de controles en la fuente, en el camino o en el trabajador. Son ejemplos de esto:

- *Eliminación o Substitución:* Eliminar el uso del benceno en un proceso y reemplazarlo con tolueno o algún otro químico menos tóxico; eliminar el conducir mientras se sostiene una junta vía teleconferencia; remover las fuentes de moho en el espacio de trabajo.
- *Controles de ingeniería:* Instalar guardas en una máquina estampadora; colocar ventilación local exhaustiva para remover los gases

tóxicos antes de que alcancen al trabajador; instalar filtros de ruido en equipos ruidosos; proporcionar sistemas de seguridad en agujas y aparatos para levantar a los pacientes en los hospitales.

- **Controles administrativos:** Asegurar un buen mantenimiento, entrenar a los trabajadores en procedimientos de operación seguros, realizar el mantenimiento preventivo en las máquinas y equipo, utilizar la rotación de puestos para evitar la sobre – exposición a químicos peligrosos, implementar una política de cuadrillas de seguridad; reforzar el reglamento de espacios libres de humo en el lugar de trabajo.
- **Equipo de protección personal:** Proveer respiradores (mascaras) para los empleados que trabajan en presencia de polvo; proporcionar cascos y botas de seguridad los trabajadores de la construcción. Estos tienen que elegirse en tallas y configuraciones adecuadas tanto para hombres como para mujeres.

Regreso al trabajo

Cuando un trabajador regresa a su trabajo luego de un accidente o enfermedad, sea relacionada al trabajo o no, se tienen que hacer algunas modificaciones al entorno físico del trabajo para evitar el riesgo de volverse a accidentar . Pueden ser ejemplos elevar o bajar la superficie de trabajo, o proporcionar mejor protección para los ojos . Esta clase de intervención es considerada prevención secundaria.

2. El Entorno Psicosocial del Trabajo

Definición: El Entorno Psicosocial Del Trabajo incluye la organización del trabajo y la cultura organizacional; las actitudes, valores, creencias y prácticas que se demuestran como cotidianas en la empresa/organización, y que afectan el bienestar físico y mental de los empleados. Generalmente se refiere a ellos como estresores del espacio de trabajo, los cuales pueden causar estrés mental o emocional a los trabajadores.

Ejemplos de riesgos psicosociales: Estos riesgos no físicos incluyen, pero no se limitan a::

- pobre organización del trabajo (p.ej. problemas con las demandas del trabajo,

presión de tiempo, toma de decisiones, esfuerzo y recompensa, carga de trabajo, apoyo de los supervisores, claridad de la tarea, diseño de la tarea, capacitación pobre comunicación);

- Cultura organizacional (p. ej. Falta de reglamentos o practicas relacionadas con la dignidad o el respeto a todos los trabajadores; acoso y bullying; discriminación sobre la base de tener VIH; intolerancia a la diversidad de sexo, etnicidad, orientación sexual, religión; falta de apoyo a estilos de vida saludables);
- Estilos de control y mando (p. ej. Falta de: consulta, negociación, comunicación en dos vías, retroalimentación constructiva, estilo respetuoso de dirección);
- Aplicación y protección inconsistente de los derechos básicos de los trabajadores (legislación sobre estándares de empleo para los contratos, incapacidad por maternidad, prácticas no discriminatorias de contratación, horarios de trabajo, descansos, tiempo de vacaciones, derechos a la SSO, etc.);
- Problemas de rotación de turnos;
- Falta de apoyo para logra el balance trabajo-familia;
- Falta de conciencia y de competencia para afrontar los problemas referentes a la salud/enfermedad mental;
- Miedo de perder el trabajo debido a fusiones, adquisiciones, reorganizaciones, o al mercado laboral/económico.

"Es importante decirles que están haciéndolo bien, felicitarles y decir, 'Bien hecho, sin usted no hubiera podido hacer eso, sin usted el trabajo no se haría, por lo que le agradezco mucho.' Y pienso que es importante. es clave, es una situación clave. Cuando la gente te dice que estás haciéndolo bien, después tú te sientes bien.

Entrevista #6, Suiza, Ingeniero en Salud Pública

Ejemplos de formas de influenciar el entorno psicosocial del trabajo: Los riesgos no físicos deben abordarse de la misma manera que los riesgos físicos, aún cuando deben evaluarse con diferentes herramientas (por ejemplo, utilizando encuestas o entrevistas, en lugar de inspecciones). Deben ser reconocidos, evaluados y controlados por medio de una jerarquía de controles que busquen eliminar el riesgo, si es posible o modificarlo desde la fuente; reducir su impacto en el trabajador o ayudar al(la) trabajador(a) a protegerse a sí mismo(a) de sus efectos. Algunos ejemplos son:

- *Eliminar o modificar la fuente:* Modificar el trabajo para reducir la carga de trabajo, sustituir ejecutivos/supervisores o entrenarlos en habilidades de comunicación y liderazgo; implementar la tolerancia cero para el acoso, bullying la discriminación en el espacio de trabajo; aplicar todos los estándares legales y las leyes referentes a las condiciones de trabajo o establecer reglamentos de manera suplementaria a las leyes (por ejemplo una compensación suplementaria por maternidad; espacios para madres que cuidan a sus bebés; espacios de trabajo libres de humo).
- *Reducir el impacto en el trabajador:* Permitir la flexibilidad para afrontar situaciones de conflicto trabajo – familia; proporcionar apoyo por parte de los supervisores y compañeros de trabajo (apoyo emocional y de recursos); permitir a los trabajadores escoger sus roles de turno en la medida de lo posible; permitir flexibilidad en la ubicación y el ritmo de trabajo; proveer con tiempo, apertura y honestidad, la información acerca de los próximos cambios organizacionales.
- *Proteger al trabajador:* Entrenar a los trabajadores en técnicas de manejo del estrés, incluyendo abordajes cognitivos. Crear conciencia y dar capacitación a los trabajadores, por ejemplo, en la prevención de situaciones de conflicto y acoso. (Esto puede entrar en Recursos Personales de Salud, más adelante).

Regreso al trabajo

Al igual que con el ambiente físico del trabajo, cuando alguien retorna al trabajo después de un

accidente o enfermedad, puede ser necesario hacer ajustes al entorno psicosocial del trabajo, para prevenir nuevos accidentes o recaídas de enfermedades. Por ejemplo, se puede reorganizar el trabajo, se puede reducir la carga de trabajo, cambiar las horas de trabajo, o permitir más flexibilidad en cuando a la forma de hacer el trabajo. Si la enfermedad se derivó del acoso u otras conductas en el trabajo, ese tipo de conducta debe eliminarse antes del regreso al trabajo.

3. Recursos Personales de Salud en el Espacio de Trabajo

Definición: Se entiende por Recursos Personales de salud en el espacio de trabajo, un ambiente promotor de la salud, servicios de salud, información, recursos, oportunidades y flexibilidad que una empresa proporciona a los trabajadores para apoyar o mantener sus esfuerzos para mejorar o mantener estilos de vida saludables, así como para monitorear y apoyar constantemente su salud física y mental.

Ejemplos de problemas en los recursos personales de salud en el espacio de trabajo: Las condiciones del espacio de trabajo, la falta de información y conocimiento puede ocasionar que los trabajadores tengan dificultad para adoptar estilos de vida saludables o para mantenerse sanos. Por ejemplo:

- La inactividad física puede ser ocasionada por las horas de trabajo, el costo del equipo o los servicios acondicionamiento físico, o la falta de flexibilidad sobre cuando y cuanto tiempo se puede tomar para esto.
- Una dieta pobre puede ser ocasionada por la falta de acceso a alimentos o bocadillos sanos en el trabajo, falta de tiempo para descansar y tomar alimentos, falta de refrigeración o de espacios para guardar alimentos sanos, falta de conocimientos acerca del comer sano.
- El fumar puede ser impedido o promovido por el entorno del espacio de trabajo.
- El abuso en el consume de alcohol puede ser permitido, tolerado o facilitador por las prácticas en el espacio de trabajo.
- Una pobre calidad o cantidad de sueño puede ser el resultado del estrés en el espacio de

trabajo, la carga de trabajo o la rotación de turnos.

- Las enfermedades pueden permanecer sin diagnosticarse o sin tratarse debido a la falta de cuidados primarios a la salud accesibles o costeables.
- La falta de conocimiento o de recursos de prevención para las enfermedades de transmisión sexual (ETSs) puede resultar en altos niveles de infección por VIH o algunas otras ETSs transmisibles por vía sanguínea.

Ejemplos de formas de proporcionar recursos personales de salud en el espacio de trabajo: La empresa puede proporcionar un espacio promotor y recursos en la forma de servicios médicos, información, capacitación, soporte financiero, servicios, reglamentos de apoyo, flexibilidad o programas promocionales para animar a los trabajadores a desarrollar y mantener prácticas de estilos de vida saludables. Algunos ejemplos son:

- Proporcionar servicios de acondicionamiento físico a los trabajadores, o un subsidio financiero para adquirir equipo o tomar clases de acondicionamiento físico.
- Promover el transporte activo en oposición al transporte pasivo en las actividades de trabajo, adaptando los procesos y la carga de trabajo.
- Proporcionar y subsidiar alternativas de comida sana en la cafetería y máquinas expendedoras.
- Permitir flexibilidad en el ritmo de trabajo y la duración de los descansos para permitir el ejercicio físico.
- Crear e implementar reglamentos para no fumar en el lugar de trabajo.
- Implementar campañas promocionales o competencias para promover la actividad física, el comer sano, u otras actividades “divertidas” en el espacio de trabajo.
- Proporcionar información acerca de alcohol y drogas, así como servicios de consejería para los empleados.
- Proporcionar programas sobre tabaquismo (información, fármacos, incentivos) para ayudar a los fumadores a dejar de fumar.
- Implementar reglamentos de rotación saludable de turnos, permitir la elección del

trabajador en medida de lo posible, y proporcionar guías para un sueño efectivo y reparador.

- Proporcionar servicios médicos confidenciales como: evaluaciones médicas, exámenes médicos, vigilancia médica (p. ej. Medición de la pérdida de la audición, exámenes de sangre, pruebas del estatus de VIH) y tratamiento médico si éste no está disponible en la comunidad (p.ej. el tratamiento antiretroviral para VIH).
- Proporcionar información confidencial y recursos (p.ej. preservativos) para la prevención de ETSs.

Esta avenida de influencia es quizá la más difícil de aplicar a los trabajadores del sector informal, ya que generalmente, ningún beneficio, programa o reglamento existente aplica en ellos. Sin embargo, un empleador motivado puede elegir extender extraoficialmente los beneficios, servicios y la flexibilidad en los horarios de los trabajadores informales para proporcionarles información sobre educación en la salud.

Regreso al trabajo

Si un trabajador ha estado ausente de su trabajo por un tiempo, al regresar, él o ella al trabajo, puede ser el tiempo propicio para darle información sobre educación en la salud y un entorno de apoyo en relación a la causa del accidente o la enfermedad que ocasionó que se ausentara. Por ejemplo, si un trabajador se ausentó debido a un ataque al corazón, su regreso óptimo al trabajo puede facilitarse mediante la promoción del ejercicio y de alimentos sanos, promoviendo reglamentos para no fumar en el espacio de trabajo, y reducir las fuentes de estrés en el espacio de trabajo.

4. Participación de la Empresa en la Comunidad

Las empresas existen en comunidades, afectan y son afectadas por esas comunidades. Dado que los trabajadores viven en comunidades, su salud es afectada por el medio físico y social de la comunidad.

Definición: La participación de la empresa en la comunidad comprende las actividades, conocimientos y otros recursos que una empresa proporciona a la comunidad o hacen que se conecte con la comunidad dentro de la cual opera; y aquellos que afectan la salud física y mental, la seguridad y el bienestar de los trabajadores y sus familias. Esto incluye actividades, conocimientos y recursos proporcionados al entorno local inmediato, pero también al más extenso entorno global.

Esto [un Espacio Laboral Saludable] aplica también a los servicios y productos que el trabajo genera... Enfoquémonos en la interacción entre trabajo y comunidad, el proceso de construir estrategias. Por ejemplo, el empleo del trabajo de menores en la fuerza de trabajo. Los empleados extienden a la familia y a la interacción del trabajo con la comunidad inmediata, la promoción de ventas del producto (aspectos éticos)."
Entrevista #44. Suiza. Promoción a la Salud

Ejemplos de problemas de la comunidad que afectan al espacio de trabajo: Algunos de los problemas globales y de la comunidad local que pueden afectar a los trabajadores son:

- Pobre calidad del aire en la comunidad;
- Fuentes contaminadas de agua en la comunidad;
- Falta de experiencia o conocimiento acerca de salud o seguridad en la comunidad;
- Falta de acceso a servicios de atención primaria a la salud para los trabajadores y sus familias;
- Falta de leyes nacionales o regionales que protejan los derechos de las mujeres u otros grupos vulnerables;

- Falta de alfabetización entre los trabajadores y sus familias;
- Desastres comunitarios como inundaciones, terremotos;
- Falta de fondos para causas o empresas locales no lucrativas;
- Altos niveles de infección por VIH en la comunidad, y poco acceso a recursos de prevención o tratamiento baratos;
- Falta de infraestructura o seguridad en la comunidad para promover el transporte activo hacia el trabajo y desde él, y durante el tiempo libre.

Ejemplos de formas en que las empresas pueden involucrarse en la comunidad:

Las empresas pueden elegir proporcionar apoyo y recursos por medio de, por ejemplo:

- Proporcionar atención primaria a la salud a los trabajadores de manera gratuita o de bajo costo, incluyendo el acceso a sus familiares, empleados de PyMEs y trabajadores informales.
- Instituir reglamentos de equidad de género dentro del lugar de trabajo para proteger y apoyar a las mujeres o emitir reglamentos que protejan a otros grupos vulnerables cuando esto no sea legalmente requerido.
- Proveer a los trabajadores y a sus familias educación suplementaria en alfabetización, gratuita o a bajo costo.
- Proporcionar liderazgo y experiencia a las PyMEs en relación a la salud y seguridad en el espacio de trabajo, cuando no existan en la comunidad.
- Implementar controles voluntarios sobre los contaminantes vertidos al agua o al aire por la empresa..
- Implementar reglamentos y prácticas para emplear trabajadores con impedimentos físicos o mentales, y por lo tanto influenciando en los problemas culturales y del desempleo en la comunidad.
- Fomentar y permitir a los trabajadores el ser voluntarios en organizaciones no lucrativas durante las horas de trabajo.
- Proporcionar soporte financiero a las causas significativas para la comunidad sin la demanda de recompensa, de pago por parte

de la comunidad o la compra de productos de la empresa.

- Ir más allá de los estándares legales para minimizar las emisiones de gas invernadero y encontrar otras formas de reducir la emisión de carbono de la empresa.
- Proporcionar medicamento antiretroviral no solamente a los empleados, sino también a los miembros de la familia.
- Trabajar con los planificadores de la comunidad para asegurar la funcionalidad y seguridad de ciclovías, aceras, sistemas de transporte público y mejorar la seguridad en general.

Existe una conexión importante que tiene que hacerse aquí entre la participación de la empresa en la comunidad y el material presentado en el capítulo 8 (Contexto Global Legal y Normativo). Claramente, los tipos de problemas que enfrentan las empresas en un país desarrollado serán muy diferentes a los que enfrentarían en un país en desarrollo, debido a la vasta diferencia entre países en materia legal y sus entornos normativos. Por lo tanto, los tipos de iniciativas y soluciones que son apropiados para la empresa serán diferentes. En un país altamente desarrollado con un sistema nacional de salud excelente y una fuerte y bien soportada legislación referente a la salud, seguridad, derechos humanos, etc. las cosas que una empresa podría hacer para participar en la comunidad pueden ser más discretas y tener un impacto menos obvio e inmediato en la comunidad. En un país en desarrollo, ante la ausencia de un sistema de atención a la salud accesible o el apoyo de leyes laborales, las actividades de la empresa en la comunidad pueden hacer un mundo de diferencia

Obviamente debe haber una cultura en el espacio de trabajo que incluya a directivos, los sindicatos de trabajadores, los encargados de línea, los trabajadores individuales. Tiene que incluir a toda la empresa. También tiene que revisar los servicios sociales generales en la región donde esta la empresa.

Entrevista #15, Sudáfrica, Médico Especialista en SO

en la calidad de vida de los empleados y sus familias.

B. Proceso de Implementación de un Programa de Espacio Laboral Saludable

Implementar un programa de entorno laboral saludable que sea sustentable y efectivo para atender las necesidades de los trabajadores requiere más que conocer todos los aspectos a considerar, como se señaló anteriormente en las cuatro avenidas de influencia. Para crear con éxito tal entorno laboral saludable, una empresa debe seguir un proceso que involucra la mejora continua, un abordaje de sistemas de dirección, y el cual incorpore la transferencia de conocimiento y componentes de investigación – acción. El proceso recomendado por la OMS está basado en la adaptación de los Lineamientos Regionales de la WPRO, referida en los capítulos 3 y 7³⁶⁰. Es un proceso cíclico o iterativo que continuamente planea, actúa, revisa y mejora las actividades del programa. Está representado gráficamente en la Figura 9.2.

Como se señaló en el Capítulo 7, dos de los principales principios son la involucración del liderazgo basado en los principales valores y principios éticos y la involucración de los trabajadores.^{361,362,363,364} Estos no son solamente pasos en el proceso, sino que son circunstancias permanentes que deben aprovecharse en cada etapa del proceso.

Figura 9.2 Modelo de la OMS para el Proceso de Mejora Continua en un Entorno Laboral Saludable



1. Movilizar

En el Capítulo 7 destacamos que es crítico movilizar y lograr el compromiso de las principales partes involucradas y los líderes de opinión claves en la empresa y la comunidad antes de empezar. Si se requiere el permiso, los recursos o el apoyo de un propietario, un alto directivo, líder sindical o líder informal, es importante lograr ese apoyo y afianzarlo antes de intentar proceder. Este es un primer paso esencial.

Debe reconocerse que algunas veces, con el fin de mover a las principales partes involucradas a invertir en el cambio, es necesario hacer una honesta recolección de información. Las personas mantienen diferentes valores y actúan dentro de diferentes principios éticos. Se motivan y mueven por diferentes cosas – por los datos, la ciencia, la lógica, o historias humanas, o conciencia, o creencias religiosas. Conocer quiénes son los líderes de opinión y de influencia en una empresa, y qué es lo que los mueve, ayudará a ganar ese compromiso.

El término “movilizar” se utilice aquí deliberadamente. Este paso se trata no solamente de lograr un “OK” por parte del propietario. La evidencia clave de este compromiso es el desarrollo y la adopción de una política integral que esté firmada por la más alta autoridad en la empresa y que se comunique a todos los trabajadores y sus representantes. Una evidencia

adicional, es la involucración de los líderes clave en la movilización de recursos para el cambio – proporcionar a la gente, tiempo y otros requerimientos para hacer cambios sustentables en el espacio de trabajo.

Ya que el obtener estos indicadores iniciales del compromiso directivo es parte de este paso de Movilización, el compromiso de los líderes debe ser continuamente demostrado y evidente para las principales partes involucradas en cada paso del proceso, de ahí su colocación gráfica clave en el centro del proceso circular.

Para ver un ejemplo detallado de como implementar este y los pasos subsecuentes ten los procesos tanto dentro de una gran corporación como en una pequeña empresa en un país en desarrollo, vaya a la tabla 9.1.

2. Reunir

Una vez que las partes interesadas se han movilizado y se ha probado su compromiso entusiasta, estarán listos para demostrar su compromiso proporcionando recursos. Es el tiempo de reunir un equipo que trabajará en implementar el cambio en el espacio de trabajo. Si ya existe un comité de salud y seguridad, ese grupo pre – existente podrá ser capaz de adoptar este rol adicional. Una advertencia es que en países con comités de salud y seguridad instituidos por mandato legal, es frecuente que existan numerosos requerimientos legales que el comité de SSO debe cumplir, y estas tareas deben prevalecer sobre otras actividades más amplias referentes a los entornos laborales saludables. Frecuentemente (en una empresa más grande) es mejor formar un comité por separado, tan grande como los pasos a dar para asegurar que exista integración entre los comités (ver el Capítulo 7, Sección D, La importancia de la integración.) Para los propósitos de este documento, le llamaremos a este el Equipo para Entorno Laboral Saludable, en el entendido de que en algunas circunstancias puede tratarse de un comité preexistente y con otras funciones.

En una empresa grande, Este Equipo de Entorno Laboral Saludable, debe incluir representantes de

varios niveles y sectores del negocio, y debe incluir a profesionales de salud y seguridad, personal de recursos humanos, ingenieros y todo aquél personal médico que provea servicios. Es crítico contar con la representación del (los) sindicato(s) si es el caso, y en todo momento contar con al menos la mitad de miembros que no sean directivos.

También es crítico tener una equitativa representación de género en este equipo. Como se ha dicho frecuentemente dentro de este documento, las mujeres enfrentan riesgos a la salud, seguridad y bienestar serios y únicos, y su voz debe escucharse en cada etapa cuando se crea un entorno laboral saludable. No es suficiente incluir una “mujer adorno” en el equipo; las mujeres deben estar presentes en igual número que los hombres, idealmente, o en un número tal que refleje la estructura de la fuerza de trabajo de la empresa. Si no trabajan mujeres en la empresa, eso puede ser en si mismo indicador de que probablemente exista discriminación laboral en la empresa, lo que debe asumirse como una prioridad.

En una pequeña empresa, es de ayuda incluir expertos o personal de soporte externo a la organización si es posible. Por ejemplo, el personal médico de una empresa vecina más grande, o una clínica comunitaria de salud ocupacional, un representante de una red local específica para la industria, o de una agencia local de salud y seguridad pueden ser invaluable³⁶⁵.

A medida que se reúne el equipo, es un buen tiempo para reunir otros recursos que se requerirán. Asegurar el espacio para juntas, tiempo para las juntas durante las horas de trabajo, un presupuesto, y materiales mínimos de trabajo, asegurará que el equipo tiene lo necesario para comenzar su trabajo.

3. Evaluar

El primer grupo de tareas que el Equipo para un Entorno Laboral Saludable debe emprender caen en el rubro de “evaluaciones.” Existen dos amplias categorías que necesitan evaluarse: (1) la situación presente tanto para la empresa como

para los trabajadores y (2) las condiciones futuras que se desean y sus resultados tanto para la empresa como para los trabajadores.

La situación actual para la empresa puede evaluarse utilizando diversas y diferentes herramientas, dependiendo del tamaño y la complejidad de la organización. En una gran corporación, la información para una línea base debe incluir los datos demográficos de los empleados, información sobre enfermedades y accidentes, accidentes y enfermedades relacionadas con el espacio de trabajo, discapacidad temporal y permanente, rotación de personal, quejas sindicales en su caso, y preocupaciones que han surgido de las inspecciones al espacio de trabajo, identificación de riesgos y procesos de evaluación de riesgos. Los datos sobre productividad también deben documentarse en la línea base, si se cuenta con ello. Si no se ha hecho aún una identificación de peligros y una evaluación de riesgos, debe hacerse en este momento. Los reglamentos actuales o las prácticas referentes a cualquiera de las cuatro avenidas de influencia deben ser revisadas y tabuladas (por ejemplo, tomar nota acerca de si existen reglamentos referentes a horarios flexibles de trabajo, tiempo voluntario o subsidios para un club de acondicionamiento físico.)

Además de evaluar la situación actual de la empresa, es necesario evaluar la situación actual respecto de la salud de los trabajadores. En una empresa grande, esto requerirá una encuesta confidencial y/o evaluaciones de riesgos. En el caso de la encuesta, es importante formular preguntas relacionadas a las cuatro avenidas de influencia. Esto significa preguntar acerca de la cultura organizacional, temas de liderazgo, estrés laboral, Fuentes de estrés extra - laborales y prácticas personales de salud, así como sus preocupaciones acerca de los peligros a los que son expuestos en su ambiente físico de trabajo o en su comunidad.

En una PyME, esta evaluación puede limitarse a un recorrido con un checklist simple y algunas discusiones en pequeños grupos con los

"Pienso que uno de los elementos centrales, es un plan de evaluación de riesgos. El punto está en hacer un examen cuidadoso del espacio de trabajo, definir los riesgos potenciales y también poner medidas sensibles acerca de como controlar estos riesgos, monitorear y asegurarse de que permanezcan bajo control. Y el elemento clave es contar con una guía paso a paso en la empresa, y luego, por supuesto, registrar los resultados para revisar y auditar."

Entrevista #38, Rep. Checa. SSO

trabajadores y representantes. Vea la tabla 9.1 para más sugerencias.

El futuro deseado para la empresa y los trabajadores también debe evaluarse. Para una corporación grande, esto puede incluir algunos ejercicios de referencia para determinar cómo lo están haciendo compañías similares con la información descrita. Puede ser importante hacer una revisión de la literatura para leer estudios de casos de buenas prácticas, o recomendaciones para buenas prácticas. Para trabajadores individuales, es necesario preguntarles acerca de sus pensamientos y opiniones acerca de lo que les gustaría hacer para mejorar su entorno laboral y su salud, y acerca de los que piensan que debería hacer el empleador para asistirles.

Es importante para una pequeña empresa, determinar buenas prácticas locales. Hablar con los expertos locales o visitando empresas locales que han afrontado situaciones similares, es una buena manera para encontrar qué se puede hacer y tener ideas sobre cómo hacerlo.

Los Lineamientos de la Oficina Regional del Pacífico Oeste para el desarrollo de Entornos

Laborales Saludables³⁶⁶ sugiere los siguientes métodos de recolección de datos:

- revisión de documentos - reportes de inspección, estadísticas de accidentes y daños, auditorías de seguridad, datos sobre absentismo, etc.;
- Recorrido de inspección - para identificar peligros y riesgos potenciales a la salud en el entorno físico del trabajo;
- Monitoreo ambiental y vigilancia de salud/médica - con la asesoría de expertos en higiene y medicina ocupacional, es posible obtener datos acerca de agentes físicos y químicos en el espacio de trabajo y la cantidad de exposición del trabajador;
- Encuesta escrita . una encuesta anónima ya sea en papel o por envío electrónico, para preguntar acerca de los elementos citados anteriormente;
- Grupos de discusión – reuniones en pequeños grupos facilitados por un líder con objetivos específicos en mente y preguntas estructuradas. Estos son especialmente útiles en pequeñas empresas o con grupos de trabajadores con poca preparación. También son útiles para ampliar o validar la información que se obtuvo mediante una encuesta escrita.
- Entrevistas – las entrevistas cara a cara y con más a profundidad pueden ser efectuadas con profesionales o con las partes interesadas clave.;
- Caja de sugerencias – es una manera de solicitar sugerencias anónimas, las que pueden ser más honestas que las opiniones expuestas en un grupo de discusión.

Cualquiera que sea el método para coleccionar esta información, es importante estar seguros de que las mujeres tienen tanta oportunidad para acceder a la información, como los hombres. Los instrumentos para la encuesta deben ser confidenciales y anónimos, pero deben reunir información referente al sexo del participante, para que la información colectada pueda analizarse separadamente para aclarar qué elementos son más importantes para un género que para otro. Si la información se recoge de un grupo, es esencial crear un espacio seguro para

que las mujeres puedan expresar libremente sus opiniones, y no sentirse intimidadas por los trabajadores varones. Adicionalmente, una persona puede sentirse reacia a expresar sus miedos o preocupaciones en un grupo mixto.

4. Priorizar

Una vez que toda la información ha sido recolectada, el Equipo para el Espacio Laboral Saludable debe establecer prioridades entre los muchos elementos identificados, dado que pueden existir demasiados problemas que atender al mismo tiempo. Si la empresa es pequeña y el número de asuntos a tratar es bajo (~5-10), entonces el empleador y los trabajadores podrán utilizar un abordaje relativamente simple para elegir los principales ítems a abordar primero.

Antes de intentar establecer prioridades, es prudente discutir y acordar acerca de los criterios a utilizar al tomar decisiones acerca de las prioridades. Como se tomará una decisión acerca de qué es más importante – proporcionar mascarillas de oxígeno a los trabajadores que hacen pulido con arena, o eliminar el acoso racial del espacio laboral? Al tomar estas decisiones, hay dos cosas importantes que tomar en consideración:

1. las opiniones y preferencias de las partes del espacio laboral, incluyendo directivos, trabajadores y sus representantes; y
2. la posición en la jerarquía de necesidades de Maslow.

El primer punto es de vital importancia, pero es potencialmente dañino si los trabajadores y sus representantes no conocen lo suficiente acerca de los riesgos de tomar decisiones informadas. Esto refuerza la importancia capacitarse y aprender de otros, lo que se menciona en el Capítulo 7.

El segundo punto se refiere al sistema de clasificar las necesidades humanas, propuesto por Abraham Maslow³⁶⁷, el cual es usualmente caracterizado como se ilustra en la Figura 9.3. Claramente, es importante tratar con asuntos relacionados con la base de la pirámide antes de preocuparse por aquellos de más arriba. En la mayoría de los casos, los problemas relacionados

con la seguridad física y la salud son más básicos e inmediatamente tratados que aquellos referentes a la salud mental y el bienestar, por lo cual los países desarrollan primero su legislación en esta área.



Hablando crudamente, inhalar sílica en el espacio de trabajo matará a un trabajador mucho más rápido que experimentar un degradante acoso racial, aún cuando ambos puedan ser muy insanos.

Otros criterios que deben ser considerados son:

- Qué tan fácil podría ser implementar una solución para el problema (consideradas “ganancias rápidas” que pueden motivar y animar el progreso continuo);
- El riesgo para los trabajadores (esta es una combinación de severidad de la exposición al daño y la probabilidad de éste ocurra);
- La posibilidad de hacer una diferencia (incluyendo la existencia de soluciones efectivas al problema, disposición del trabajador para hacer el cambio, o la probabilidad de éxito);
- El costo relativo del problema, si se desconoce;
- Consideraciones “políticas” (esto puede incluir los elementos actuales relacionados con la situación política en un país o una comunidad, o lo llamado asuntos de “políticas internas” relacionadas a la influencia y el poder de la empresa.

Una vez que se ha llegado a un acuerdo sobre los criterios, existen varias maneras de seleccionar las prioridades. Una manera sencilla es enlistar todos los problemas y dejar que cada uno elija los que considera los tres principales. Entonces sume el total de menciones de cada problema y observe como se colocan en el puntaje. Otro método es categorizar cada uno de los problemas como (a) importante y urgente; o (b) urgente pero no importante; o (c) importante pero no urgente. Coloque los ítems de la categoría A en la parte superior de la lista y planee junto con el grupo, atenderlos primero, consultando con el dueño/operador de la empresa. Solicite un voluntario con cierta autoridad para hacer los ítems de la categoría B enseguida. Luego elabore un plan para que el equipo ejecute los ítems de la categoría C después de que los ítems de A y B se logren. Si existen algunos ítems de la lista que se consideren poco importantes y no urgentes, entonces pueden excluirse de la lista.

En corporaciones más grandes o en situaciones de trabajo complejas, pueden existir tantos ítems que no puedan abordarse con estos métodos sencillos, por lo que se requerirá un proceso de establecimiento de prioridades más complejo. Para tomar decisiones lo más objetivamente posible, debe utilizarse un sistema de rangos y una rejilla de prioridades para cuantificar las preferencias.

Cuando se establecen prioridades, es prudente proporcionar oportunidades para determinar si existen diferentes prioridades para las mujeres que para los hombres. Se debe tener cuidado en asegurar que se incluyan las prioridades para ambos géneros. La OIT señala que “la investigación ha proporcionado argumentos indiscutibles para tener consideraciones biológicas hacia los hombres y las mujeres con el fin de asegurarse de que el espacio de trabajo estará adaptado a los aspectos físicos y las capacidades de ambos sexos; los resultados parecen haber sido ignorados.”³⁶⁸

5. Planear

El siguiente gran paso es desarrollar un plan de salud. En una empresa grande, éste debe ser un

plan “en grande” para los siguientes 3 a 5 años. Esto establecerá las actividades generales para atender los problemas prioritarios, con amplios plazos. Si se requiere una autorización adicional de los directivos principales par continuar, entonces debe incluirse los datos de justificación y soporte para cada recomendación en el plan, para asegurar su aprobación. En el plan general, el Equipo para un Entorno Laboral Saludable, no debería incluir aún los detalles de las acciones a emprender, y debe incluir ítems como “desarrollar e implementar un programa para incrementar la actividad física del trabajador” sin dar a conocer todavía los detalles. El plan general debe tener algunas metas a largo plazo y establecer objetivos, para que se posible en el futuro determinar si se ha tenido éxito.

Después de desarrollar el plan a largo plazo, de debe desarrollar un plan anual para abordar tantas prioridades principales como puedan atenderse en el lapso del primer año. Se debe hacer un plan anual para cada uno de los 3 a 5 años del plan general, aún cuando éste no necesite hacerse desde el inicio.

Cuando se consideren soluciones para los problemas prioritarios, es importante recordar nuevamente el principio de “Aprender de los Otros” y buscar maneras de resolver el problema. En este tiempo, es extremadamente importante recordar las cuatro avenidas de influencia. Un error común cometido por las empresas es pensar que las soluciones a un problema en el entorno físico del trabajo deben implicar soluciones físicas, por ejemplo. Recordando la información del capítulo 4 acerca de la manera en que la salud física y la salud mental están interrelacionadas, es crítico considerar las cuatro avenidas cuando se diseña una solución para cualquier problema. Por ejemplo, si existe un problema para los trabajadores con el riesgo de amputación por utilizar maquinaria sin guardas (un problema del entorno físico), no es suficiente colocar guardas en la máquina (una solución física.) Se debe tener también en consideración los factores psicosociales como carga de trabajo, o una cultura organizacional que antepone la productividad a la seguridad, si esto no se

considera, lo trabajadores probablemente removerán las guardas con el fin de trabajar más rápido.

Después de obtener la aprobación adicional requerida para iniciar el plan a 3 – 5 años, es tiempo de desarrollar el programa específico o la regulación de los planes de acción para el primer plan anual. Aquí es cuando se incluyen los detalles para cada programa o reglamento a implementar. Para los programas de educación para la salud, es importante asegurarse que vayan más allá de solamente incrementar la alerta, e incluir el desarrollo de habilidades y el cambio de conductas. Deben incluirse en un plan de acción, el presupuesto, las instalaciones y los recursos requeridos, al igual que la planeación para su lanzamiento, la mercadotecnia y la promoción del programa o política y la capacitación para alguna nueva política. Algo que frecuente mente se olvida es incluir un plan de mantenimiento para 3 – 5 años, y un plan de evaluación para cada iniciativa. Asegurarse de que cada iniciativa establezca metas claras y objetivos, hará la evaluación más fácil en el futuro.

El plan a desarrollar para una PyME probablemente será mucho más simple, dependiendo del tamaño y la complejidad de la empresa. Debe haber una lista corta de iniciativas a emprender con la indicación de los plazos. Para tener más ideas, vea la tabla 9.1.

6. Hacer

Como dice el slogan de la compañía de zapatos, este es la etapa “¡sólo hazlo!”. Se deben asignar las responsabilidades en el plan, y por cada plan de acción. Nuevamente es crítico incluir a los trabajadores y sus representantes en esta etapa, tanto como en las otras. Una vez que los directivos han mostrado su apoyo y compromiso para los programas específicos o las políticas, también les ayudará a tener éxito. Algunas investigaciones han encontrado que integrar el modelo de “etapas de cambio” en la implementación es útil, dado que no todos estarán en la misma etapa de preparación para los cambios.³⁶⁹

7. Evaluar

La Evaluación es esencial para ver que esta funcionando, que no y cuales son los impedimentos para el éxito. Tanto el proceso como la implementación, así como los resultados deben de evaluarse, y debe haber evaluación de resultados a corto y largo plazo. Dado que cada plan de acción incluye un componente de evaluación, se pueden implementar estos planes de evaluación. Además de evaluar cada iniciativa en específico, es importante evaluar el éxito general del Programa para un Entorno Laboral Saludable, luego de los 3 – 5 años o después de un cambio significativo, como el cambio de directivos. Algunas veces repitiendo la misma encuesta, o revisar nuevamente el tipo de datos de la línea base puede darnos esta evaluación general.

Tabla 9.1 Aplicación del Proceso de Mejora Continua de la OMS en Pequeñas y Grandes Empresas		
Paso	Gran Corporación	Pequeña Empresa
Movilizar	<ul style="list-style-type: none"> Conseguir el apoyo del grupo directivo principal y los líderes sindicales u otros representantes de los trabajadores. Asegurarse de que exista una política integral de salud, seguridad y bienestar, existe en el lugar. Asegurarse de que la salud y bienestar del trabajador se mencione en la misión y visión de la corporación. Asegurarse de que se establezcan recursos y presupuesto anual para las actividades de Entornos Laborales Saludables 	<ul style="list-style-type: none"> Explique el concepto de entorno laboral saludable al propietario o el operador y consiga el permiso para intervenir. Obtenga el permiso para hacer juntas breves con los trabajadores para determinar necesidades e ideas para soluciones. Obtenga el compromiso de que se otorgue tiempo suficiente par planear e implementar programas. Ayude al propietario/operador a desarrollar un escrito que pueda ser firmado y colocado en el espacio de trabajo acerca de las políticas de salud y seguridad/bienestar.
Reunir	<ul style="list-style-type: none"> Establecer un comité de 10 a 15 personas que representen los diferentes departamentos y espacios de trabajo. Desarrollar un glosario de referencias. Establecer subcomités regionales si la corporación cuenta con muchas ubicaciones. Asegurar una representación recíproca con el comité conjunto de dirección, salud y seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> Solicite 2 – 3 voluntarios para ayudar con el trabajo (el Grupo de Trabajo para el Entorno Laboral Saludable). Si existen diferentes tipos de actividades en la compañía (p. ej. trabajadores y conductores) trate de que uno de cada actividad colabore. Si puede encontrar expertos de compañías grandes o asociaciones de la comunidad que quieran ayudar, inclúyalos. Busque un espacio para reunirse y reunir todo el material que necesitará.
Evaluar	<ul style="list-style-type: none"> Reunir datos demográficos de la fuerza de trabajo, línea base sobre absentismo, incapacidades temporales o permanentes y rotación de personal. Conducir una encuesta confidencial e integral acerca de su estado de salud, sus preocupaciones respecto a la salud, seguridad y bienestar, Fuentes de estrés en el espacio de trabajo o en el hogar, liderazgo, compromiso del empleado, etc. En la encuesta, preguntar que es lo que podrían hacer como individuos para mejorar su salud, y como piensan que el empleador puede ayudar. Hacer una auditoría integral par evaluar todos los peligros y riesgos en el espacio de trabajo; o revisar los resultados de los reportes de inspección del espacio de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> Si es posible (y absolutamente necesario), encuentre la manera en que el Grupo de Trabajo aprenda acerca de salud, seguridad y bienestar y su relación con su industria. Obtenga un a checklist de la OMS, OIT, EU-OSHA, o haga una por su cuenta, y realice un recorrido por el espacio de trabajo, en busca de riesgos. Determine las buenas prácticas locales y consulte expertos externos según lo requiera. Reúname con todos los trabajadores. Pida al propietario/operador, que inicie la reunión asegurándoles su compromiso hacia el concepto de entorno laboral saludable. Dirija una discusión con los trabajadores acerca de sus preocupaciones sobre salud, seguridad y bienestar. Incluya las preocupaciones de la familia y la comunidad relativas al trabajo. Haga una lluvia de ideas sobre los que los empleados y el empleador pueden hacer para hacer las cosas mejor. Asegúrese de preguntar tanto de las preocupaciones relacionadas al estrés como de las físicas. Realice una junta del Equipo de Trabajo con el dueño/operador separadamente, para preguntarle sobre sus ideas acerca de los mismos tópicos.
Priorizar	<ul style="list-style-type: none"> Analizar los resultados de la encuesta y los resultados de la auditoría/inspección. Priorizar alineando las áreas urgentes con las más requeridas por los empleados. 	<ul style="list-style-type: none"> Haga esto al mismo tiempo que la junta inicial si es posible o en un ajunta posterior. Enliste los problemas y soluciones y pida a la gente elegir los 3 – 5 más importantes.
Planear	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar un plan amplio a 3 – 5 años. Desarrollar planes anuales con planes de acción detallados para cada actividad, nueva política o programa. Cuando sea apropiado, fundamente los planes de acción sobre estados de cambio. Incluya actividades que se ocupen de desarrollar alerta, conocimiento y construcción de habilidades, cambios conductuales y ajustes ambientales/organizacionales. En cada plan de acción específico, incluya el proceso y metas finales, al igual que los planes de evaluación, plazos, presupuesto y planes de mantenimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Planee algunas actividades a corto plazo par atender los proyectos más pequeños o las necesidades inmediatas de alta prioridad. Nuevamente, las buenas prácticas locales pueden ser una guía. Desarrolle un plan a largo plazo para realizar los proyectos más grandes. Use las ideas del Grupo de Trabajo al igual que las de otros empleados u otras empresas. Escriba el plan y haga una lista de lo que necesitará para cumplir con cada actividad, y preséntelo al propietario/operador, para su aprobación o negociación. Planee hacer una cosa a la vez.
Hacer	<ul style="list-style-type: none"> Divida las responsabilidades entre los miembros del Comité. Haga juntas mensuales o bimestrales para evaluar el progreso en todos los proyectos 	<ul style="list-style-type: none"> Transmita los planes de acción con la asistencia del propietario/operados y el Grupo de Trabajo.
Evaluar	<ul style="list-style-type: none"> Compare el proceso y los resultados de cada actividad contra los planes de evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> En un tiempo predeterminado luego de comenzar un programa o iniciativa, repita el recorrido de inspección para ver si hay mejoras en las deficiencias previas. Pregunte a los trabajadores si el proyecto funciona, porqué o porqué no, y en qué se puede mejorar.
Mejorar	<ul style="list-style-type: none"> Sobre una base anual, re - evalúe el plan a 3 – 5 años, y actualícelo. Repita la encuesta cada 2 años y monitoree los cambios a lo largo del tiempo. Desarrolle planes anuales basados en las evaluaciones del año anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> Basado en lo que ve y escucha de los trabajadores, cambia el programa para mejorarlo. Empiece otro proyecto, basado en su lista de prioridades.

Si bien que es dudoso que los cambios a la salud de los trabajadores puedan ser relacionados causalmente con cambios en la productividad o ganancias, es importante no obstante, dar seguimiento a esos números y compararlos con los estándares. Por ejemplo, si los costos de aseguranza a la salud en su empresa siguen elevándose, aún después de implementar programas de Entornos Laborales Saludables, eso no significa necesariamente que los programas han fallado. Mire los estándares de la industria para comparar. Si los seguros de salud se han incrementado en un 20% en industrias similares, y en su empresa se han incrementado en un 5%, ese es un indicador de éxito. En el capítulo 5 se da más información sobre la recuperación de inversión (ROI).

8. Mejorar

El último paso – o el primero en el nuevo ciclo – es hacer cambios basados en los resultados de las evaluaciones, para mejorar los programas que se implementaron o añadir componentes en el próximo. La evaluación puede reflejar que nuevas necesidades han emergido y no se contemplaron en el plan, por lo que se requiere una revisión del mismo. O posiblemente algunas técnicas no funcionaron tan bien como se esperaba y deben revisarse. Por otra parte, pudieron haberse alcanzado algunos éxitos notables. Es importante reconocer el éxito, y asegurarse de que todas las partes interesadas se enteren de ello y continúen brindando su apoyo.

¿El modelo funcionará en países desarrollados y en desarrollo? ¿En grandes y pequeñas empresas?

Parece que el proceso es muy complicado y burocrático, y demasiado complejo para que una mediana o pequeña empresa se involucre en el, especialmente en un país en desarrollo. Sin embargo el proceso puede implementarse de manera muy distinta en una gran corporación en comparación a una pequeña empresa. En la página previa se da un ejemplo (Tabla 9.2) que muestra como podrían implementar el proceso tanto una gran empresa en un país desarrollado como una empresa pequeña en un país en desarrollo.

C. Representación Gráfica

La sección A anterior, presentó las cuatro **avenidas de influencia** que definen el **contenido** de un Programa de Entornos Laborales Saludables. Otra manera de pensarlo es considerar estas cuatro extensas **áreas de contenido** que una empresa debe considerar para crear un espacio laboral saludable. La Sección B describió el **proceso** que debe seguirse para implementar tal programa, para asegurarse de que alcanza y mantiene sus metas. Este proceso de mejora continua, o sistema de gestión de SSO, podría verse como el **motor** que mueve al entorno laboral saludable. Y el compromiso de los directivos y la participación del trabajador, basados en la ética y valores de los negocios, son los principios clave en el **núcleo** de todo. Estos componentes de un entorno laboral saludable se combinan e ilustran gráficamente en la figura 9.4 para representar el Modelo de la OMS para la creación de Entornos Laborales Saludables.

D. Servicios Básicos de Salud Ocupacional – el Nexo

¿Como se relaciona este marco de Entornos Laborales Saludables con el concepto de Servicios Básicos de Salud Ocupacional (SBSO)? Los dos conceptos son similares, aunque diferentes, y sirven para complementarse mutuamente. Los SBSO, como los define Rantanen et. al.^{370,371} incluyen todas las actividades descritas en este modelo, en términos de evaluación de riesgos, recomendación e implementación de soluciones y la promoción de la salud en el espacio de trabajo. Los SBSO incluyen también responsabilidades médicas para:

- Hacer revisiones médicas antes de contratar a los trabajadores, a intervalos periódicos, o luego de regresar de un accidente o enfermedad;
- Vigilancia médica a los trabajadores que se detecten como expuestos a agentes dañinos;
- Registro sostenido de la salud de los trabajadores;

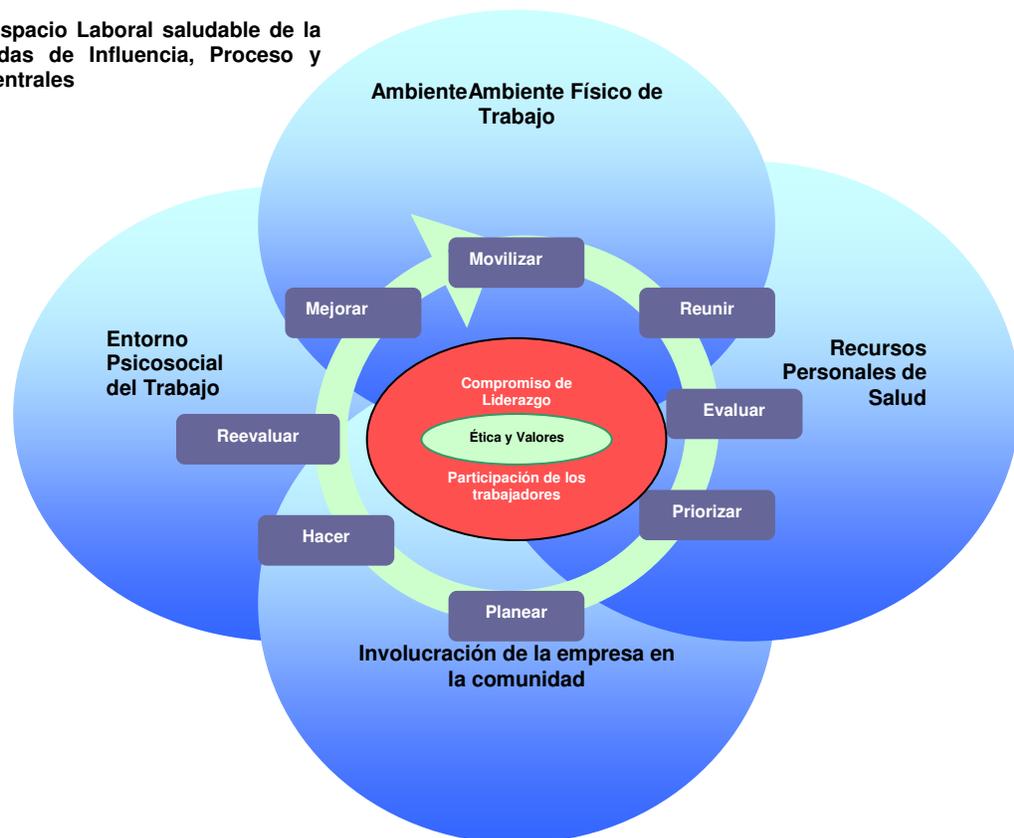
- Proporcionar primeros auxilios y capacitación en primeros auxilios para los trabajadores;
- Cuidado general de la salud, servicios de curación y rehabilitación;
- inmunización de los empleados contra enfermedades infecciosas endémicas o relacionadas con el trabajo.

Estas actividades requieren de profesionales médicos, tales como doctores y enfermeras, para llevarlas a cabo, lo que puede estar disponible en una gran corporación, como parte de su suministro de recursos personales de salud para sus empleados. Pero las PyMEs no serán capaces de proporcionar estos servicios. Este aspecto de los SBSO deben estar disponibles a

países es una terrible necesidad que el GPA ha abordado en el objetivo 3: promover la creación y acceso de servicios de salud ocupacional.

Esta necesidad es un ejemplo perfecto de una oportunidad para que las grandes empresas se involucren en la comunidad, una de las cuatro avenidas de influencia en este marco para un entorno laboral saludable. Pasando de proveer o subsidiar estos servicios no solamente para sus propios empleados, sino también para los trabajadores de las PyMEs en la comunidad, sus familiar y todos aquellos empleados en el sector informal, pueden obtener el beneficio de trabajadores más sanos, una comunidad más sana y una reputación corporativa más elevada.

Figura 9.4
Modelo de Espacio Laboral saludable de la OMS: Avenidas de Influencia, Proceso y Principios Centrales



través del sistema nacional de atención primaria a la salud en el país. De no ser así, existen otras maneras que Rantanen et.al., sugieren como disponibles.³⁷² El acceso a los SBOS en muchos

E. El Contexto Amplio

El modelo presentado aquí pretende proporcionar orientación acerca de lo que puede hacer un espacio de trabajo, cuando los trabajadores, sus representantes y el empleador trabajan juntos en forma colaborativa. Sin embargo, como deja claro

el Capítulo 8, el espacio de trabajo existe en un contexto mucho más grande. Gobiernos, leyes y estándares nacionales y regionales, la sociedad civil, las condiciones del mercado, y los sistemas de atención primaria a la salud, todos tienen un impacto tremendo, para bien o para mal, sobre el espacio de trabajo, y sobre lo que puede lograrse por parte de los participantes en el espacio de trabajo por sí mismos. Estas interrelaciones son extremadamente complejas. Para aquellos que quisieran leer más sobre este tema, el reporte preparado por la Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud, "Condiciones de Empleo y Desigualdades en la Salud,"³⁷³ exponen marcos teóricos macro y micro para explicar cómo interactúan estos factores para afectar la salud en el espacio de trabajo.

F. Conclusión

Hay mucho que hacer para mejorar globalmente la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores. Para parafrasear las prioridades del Plan de Acción Global sobre la Salud de los Trabajadores:

1. Se deben desarrollar e implementar políticas a nivel nacional y empresa, para apoyar a la salud del trabajador;
2. La salud debe protegerse y promoverse en el espacio de trabajo
3. Se debe mejorar el acceso a los SBSO;
4. Se deben comunicar las prácticas efectivas y basadas en evidencia para mejorar la salud de los trabajadores
5. La salud de los trabajadores debe ser considerada en el más amplio contexto de la educación, negocios, comercio y desarrollo económico.

Esta fundamentación y modelo sugiere formas en que los empleadores y trabajadores y sus representantes, en colaboración, pueden hacer

significantes contribuciones a estos puntos. Las empresas pueden contribuir con los dos primeros puntos desarrollando e implementando políticas dirigidas a los entornos físicos y psicosociales, al igual que promoviendo la salud de los trabajadores al crear espacios laborales promotores de la salud. Las empresas más grandes que se involucran en la comunidad proporcionando servicios de cuidado de la salud de segundo y tercer nivel pueden igualmente contribuir al tercer punto. El grupo de trabajo que desarrolló este fundamento espera que este documento de soporte contribuya a los últimos dos puntos, y ayude a motivar a las partes interesadas y facilitadores en el gobierno, los negocios y la sociedad civil para que trabajen juntos para crear un mundo donde los trabajadores experimenten una mejoría de su salud física y mental y su bienestar como resultado de su empleo. Es de esperar que llegue el día en que todos los espacios laborales sean saludables de acuerdo a la definición de la OMS:

Un Entorno de Trabajo Saludable es aquel en el que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del Ambiente de trabajo en base a los siguientes indicadores:

- *La salud y la seguridad concernientes al ambiente físico de trabajo.*
- *La salud, la seguridad y el bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo incluyendo la organización del mismo y la cultura del Ambiente de trabajo.*
- *Los recursos de salud personales en el ambiente de trabajo, y*
- *Las formas en que la comunidad busca mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y la de otros miembros de la comunidad.*

Anexo 1: Acrónimos Utilizados en este Documento

ACGIH	Conferencia Americana de Higienistas de las Industrias Gubernamentales
AFRO	Oficina Regional de la OMS para África
AMRO	Oficina Regional de la OMS para Américas
SBSO	Servicios Básicos de Salud Ocupacional
CCOHS	Centro Canadiense para la Salud y Seguridad Ocupacional
CEEP	Centro Europeo para Empresas con Participación Pública y Empresas de Interés Económico General
COMH	Consortio para el cuidado Organizacional de la salud Mental (Canadá)
CSR	Responsabilidad Social Corporativa
EMCONET	Red de Conocimiento sobre las Condiciones del Empleo
EMRO	Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Este
ENWHP	Red Europea para la Promoción de la salud en el espacio de Trabajo
ETUC	Confederación Europea de Sindicatos
UE	Unión Europea
EU-OSHA	Agencia Europea para la Seguridad y la salud en el Trabajo
EURO	Oficina Regional de la OMS para Europa
FCTC	WHO Framework Convention on Tobacco Control
GPA	Plan Global de Acción para la Salud de los Trabajadores
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana /Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
HSE	Ejecutivo de Salud y Seguridad (Reino Unido)
IAPA	Asociación de Prevención de Accidentes Industriales (Canadá)
ICOH	Comisión Internacional de Salud Ocupacional
OIT	Organización Internacional del Trabajo
IRS	Sistema de Responsabilidad Interna
DME	Desórdenes Músculo Esqueléticos
NCD	Enfermedades no Contagiosas
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
SO	Salud Ocupacional
SO&S	Salud Ocupacional y Seguridad
SOS	Servicios de Salud Ocupacional
SOyS	Seguridad Ocupacional y Salud
PAHO	Organización Panamericana de la Salud
PDCA	Planear, Hacer, Checar, Actuar
POSITIVE	Mejoras a la Seguridad Orientadas a la Participación por Iniciativa Sindical
DSPT	Desorden por Estrés Post Traumático
ROI	Recuperación de la Inversión
SEARO	Oficina Regional de la OMS para el Sudeste de Asia
SESI	Servicio Social de la Industria (Brasil)
PyME	Pequeña y Mediana Empresa
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
UEAPME	Asociación Europea de Pequeñas y Medianas Empresas Manufactureras
UK	Reino Unido de la Gran Bretaña y el Norte de Irlanda
UNEP	Programa Ambiental de las Naciones Unidas
UNICE	Unión de Confederaciones de Empleados Industriales de Europa
US, USA	Estados Unidos de América
WEF	Foro Mundial de Economía
WHA	Asamblea Mundial de la Salud

OMS	Organización Mundial de la Salud
WHP	Promoción de la Salud en el Espacio de Trabajo (como la define la ENWHP)
WIND	Mejoras del Trabajo en el Desarrollo de la Comunidad
WISE	Mejora del Trabajo en Pequeñas Empresas
WISH	Mejora del Trabajo para un Hogar Seguro
WPRO	Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Oeste
WTO	Organización Mundial del Comercio

Anexo 2: Glosario de Términos y Frases

NOTA: Este glosario pretende definir términos y frases tal como son utilizadas en el documento. No deben considerarse definiciones universalmente aceptadas.

AFRO: Oficina Regional de la OMS para África. Esta región incluye todo África, excepto Djibouti, Egipto, Libia, Marruecos, Somalia, Sudan, y Túnez.

AMRO: Oficina Regional de la OMS para América. Esta región incluye América del Norte, Central y Sudamérica y es administrada por la PAHO.

Auditar: Es un proceso sistemático y documentado para obtener evidencia de las inspecciones, entrevistas y revisión de documentos, y evaluarlas objetivamente para determinar hasta que punto se han cumplido con los criterios.

Avenidas de influencia: Amplios caminos de enlace o áreas de contenido a través de los cuales un empleador en colaboración con los trabajadores puede influir en la salud, seguridad y el bienestar de los empleados. Específicamente, las cuatro avenidas de influencia son intervenciones en el entorno físico de trabajo, intervenciones en el Entorno psicosocial del trabajo, promoción de la salud en el espacio de trabajo e involucración de la empresa en el entorno comunitario.

Colaboración Cochrane: Es una organización no lucrativa, independiente, establecida para asegurar la disponibilidad de información precisa y actualizada a nivel mundial, acerca de los efectos de las intervenciones en el cuidado de la salud, a través de la publicación de Reportes Cochrane (revisiones sistemáticas de la literatura.)

Convenio de la OIT: Son tratados internacionales legalmente legitimados y relacionados con varios aspectos del trabajo y los trabajadores. Una vez que la OIT ha

aprobado los convenios, se solicita a los estados miembros enviarla a sus parlamentos para su consideración y ratificación.

Costo del estrés: Es el costo financiero por un negocio o sociedad, de los síntomas físicos, mentales y conductuales, enfermedades y trastornos que resultan del estrés prolongado. Por ejemplo, un síntoma conductual del estrés excesivo en un trabajador puede ser un incremento en el absentismo en el trabajo.

Cuidado primario a la salud: Es una aproximación a la salud y un espectro de servicios más allá del sistema tradicional de cuidado a la salud. Esto incluye todos los servicios que toman parte en la salud, como el ingreso, vivienda, educación y medio ambiente, También puede describirse como un conjunto de valores y principios para guiar que el desarrollo de sistemas nacionales de salud que proporcionen cobertura universal, se organicen alrededor de las necesidades y expectativas de la gente, que integren la salud pública con la atención primaria y que reemplacen el estilo de dominación y control del estado o el desapego *laissez - faire* de éste, por un liderazgo participativo.

Cuidado primario: Es el constituyente de la atención primaria a la salud (ver *enseguida*) que se enfoca en los servicios de cuidado a la salud, incluyendo la promoción, prevención de enfermedad y heridas y el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y heridas.

Efecto espino: Es una forma de reacción en el cual los sujetos mejoran un aspecto de sus conductas monitoreadas experimentalmente, simplemente en respuesta al hecho de ser estudiados, no en respuesta a alguna manipulación experimental.

Empleado: Es un trabajador que aporta trabajo o pericia a un empleador, usualmente en el contexto de un contrato de empleo formal. Vea también **Trabajador**.

Empleador: Es una persona o institución que contrata empleados o trabajadores. Este término se utiliza normalmente para significar que existe un contrato de empleo formal con los trabajadores, pero en el contexto de este documento, también incluye a aquellos que contratan trabajadores informales sin un contrato formal.

Empleo justo: Es un término desarrollado por la EMCONET para referirse a una justa relación entre empleadores y empleados y que requiere que estén presentes ciertas características: libertad de asociación, seguridad laboral en términos de contratos y seguridad, ingreso justo, protección al trabajo y beneficios sociales, respeto y dignidad en el trabajo, y participación en el espacio laboral.

Empleo Precario: Son términos de empleo que pueden reducir la seguridad y estabilidad de los trabajadores, definidas por temporalidad, falta de poder, falta de beneficios y bajo ingreso. Los contratos flexibles, formales, no estandarizados de empleo temporal, no necesariamente pero con frecuencia proporcionan un estatus económico inferior.

Empresa: Es una compañía, negocio, firma, institución u organización diseñada para proporcionar bienes y/o servicios a los consumidores. Mientras que frecuentemente se incluyen a los negocios mercantiles, en este documento se propone incluir organizaciones o agencias no mercantiles, e individuos auto empleados.

EMRO: Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Este. Esta Región incluye los principales países islámicos del Norte de África (Aquellos excluidos anteriormente de

la AFRO), la Península Árabe, además de Afganistán, Irán, Irak, Jordán, Líbano, Siria y Pakistán

Encuesta: Es una recolección formal de información cuantitativa y cualitativa, percepciones y opiniones de los empleados mediante (de preferencia) medios escritos/electrónicos confidenciales y anónimos. Puede incluir también la recolección de esta información a través de grupos de trabajo, cuando sea/se considere apropiado.

Entorno Laboral Saludable (definición de la OMS): Es un entorno de trabajo en el que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo en base a los siguientes indicadores:

- La salud y la seguridad concernientes al ambiente físico de trabajo.
- La salud, la seguridad y el bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo incluyendo la organización del mismo y la cultura del Ambiente de trabajo.
- Los recursos de salud personales en el ambiente de trabajo, y
- Las formas en que la comunidad busca mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y de otros miembros de la comunidad.

Entorno físico de trabajo: Es la parte de las instalaciones del espacio de trabajo que puede ser detectada por los sentidos humanos o electrónicos, incluyendo la estructura, aire, máquinas, equipo, productos, químicos materiales y procesos que están presentes o que ocurren en el espacio de trabajo, y que pueden afectar la seguridad física o mental y el bienestar de los trabajadores. Si el trabajador realiza sus tareas en el exterior o en un vehículo, ese espacio es su entorno físico de trabajo.

Entorno psicosocial del trabajo: Consta de la organización del trabajo y la cultura organizacional; las actitudes, valores,

creencias y prácticas que demuestran su incidencia diaria en la empresa y que afectan el bienestar físico y mental de los empleados. Estos son algunas veces mencionados de manera general como estresores del espacio de trabajo, o aquello que puede causar estrés emocional o mental a los trabajadores.

Espacio de trabajo: Es cualquier lugar en donde el trabajo físico y/o mental ocurre, independientemente de que sea pagado o no. Esto incluye espacios laborales formales, domicilios privados, vehículos o espacios exteriores en propiedad pública o privada.

Estrés: Son sentimientos subjetivos y respuestas psicológicas que resultan de las condiciones del espacio de trabajo (u otro) y que ponen al individuo en una posición de no poder afrontar o responder adecuadamente a las demandas que se le hacen.

Estresor: Es una condición o circunstancia en el espacio de trabajo (u otro lugar) que induce una respuesta de estrés en los trabajadores.

Estudio de caso de buenas prácticas: Un ejemplo y descripción acerca de como un programa, modelo o herramienta, cumple con los criterios acordados, se ha implementado en un espacio de trabajo, comunidad o algún otro escenario.

EURO: Oficina Regional de la OMS para Europa. Esta región incluye 53 países en Europa, además de la Federación Rusa, las regiones/países constituidas de Greenland y Svalbard, e Israel.

Evaluación de riesgos para la salud (en este documento se usa como sinónimo de el término **consideración de riesgos para la salud**): Es un tipo de herramienta de evaluación que reúne medidas del estatus de salud (p. ej. BMI, colesterol en sangre, análisis nutricional, respuesta cardiaca al

ejercicio). La evaluación de riesgos se basa usualmente en una combinación de reportes/medidas clínicas e información auto referida sobre hábitos de salud. En la mayoría de los casos, la evaluación de riesgos requiere de un profesional para administrar la evaluación a todos los empleados. La evaluación de riesgos para la salud tiene como resultado usualmente, resultados individualizados y un reporte general para el espacio de trabajo. (NOTA: el término evaluación de riesgos para la salud algunas veces se utilice para referirse a una evaluación de los riesgos de salud en el espacio de trabajo, mediante la identificación de peligros y medición de la exposición. En este documento no se utiliza así.)

Fundamentación: Son los principios clave, la descripción y la explicación interpretativa de un modelo de espacios laborales saludables.

Herramienta: Es un instrumento concreto o escala que puede ser utilizado por un individuo u organización para recolectar y/o analizar y/o solicitar información, como un cuestionario, checklist, protocolo, diagrama de flujo, auditoria, procedimiento, etc.

Interferencia Familia - Trabajo: Es un tipo de conflicto trabajo – familia, una forma de interferencia de roles que ocurre cuando las demandas y responsabilidades familiares hacen más difícil cumplir con las responsabilidades del rol laboral.

Interferencia Trabajo - Familia: Es una forma de conflicto trabajo – familia; un tipo de interferencia de rol que ocurre cuando las demandas y responsabilidades de trabajo dificultan cumplir con las responsabilidades del rol familiar.

Liderazgo transformacional: Es un estilo de liderazgo que incluye la influencia idealizada (tomar decisiones basadas en determinantes éticos), motivación

inspiracional (motivar a los trabajadores inspirándolos, en lugar de descalificarlos), estimulación intelectual (animar a los trabajadores a crecer y desarrollarse) y consideración individualizada (permitiendo la flexibilidad en como manejar las situaciones.)

Modelo: Es la representación abstracta de la estructura, procesos y sistema de un concepto de espacio laboral saludable.

PAHO: Es la Organización Panamericana de la salud. La PAHO se estableció en 1902 como una agencia de salud pública internacional para mejorar los estándares de vida y salud en los países de América. Actualmente sirve como la Oficina Regional de la OMS para América.

Partes Interesadas (stakeholders): Son los actores sociales que se ven afectados de alguna manera por el desarrollo de los espacios laborales, por lo que mantienen su atención e interés en ellos. Tradicionalmente se referían a los inversionistas, socios, proveedores, instituciones de crédito y fomento, y en general al sector económico. Actualmente se extiende el alcance del término a la familia, la comunidad y otros sectores de la sociedad como salud, educación, etc.

Participación de la empresa en la comunidad: Son las actividades, conocimiento y otros recursos que una empresa coloca o proporciona en la comunidad social y física o comunidades en las que opera; y que afecta a la salud física y mental, seguridad y bienestar de los trabajadores y sus familias. Esto incluye actividades, conocimientos y recursos que se proveen al entorno local inmediato, pero también al más amplio entorno global.

Participantes del espacio de trabajo: Son las varias partes interesadas que existen en el espacio de trabajo; normalmente se usa para referirse a los trabajadores y directivos;

algunas veces se utilice para incluir participantes adicionales como los representantes de los trabajadores (representantes sindicales en el espacio de trabajo).

Peligro: Es una condición, objeto o agente que tiene potencial para causar daño a un trabajador.

Plan de Acción Global para la Salud de los Trabajadores (GPA): Aprobado por la WHA en mayo de 2007, el GPA operacionaliza la Estrategia Global sobre Salud Ocupacional de 1995, con el propósito de pasar de la estrategia a la acción y proporcionar objetivos y áreas de prioridad para la acción. Toma una perspectiva de salud pública al tratar diferentes aspectos de la salud de los trabajadores, incluyendo la prevención primaria de los riesgos ocupacionales, protección y promoción de la salud en el trabajo, determinantes sociales de la salud relacionada al trabajo, y el mejoramiento del desempeño de los sistemas de salud.

Presentismo: Es la reducida productividad de alguien que se presenta a su trabajo, pero no se encuentra bien física o mentalmente, por lo que no es tan eficiente, efectivo o productivo como normalmente lo sería.

Prevención de enfermedades: Esfuerzos para prevenir a los empleados de adquirir enfermedades que pueden resultar de la exposición en el lugar de trabajo, o por estilos de vida no saludables. Las actividades de prevención de enfermedades deben incluir tanto la protección como la promoción de la salud.

Prevención primaria: Es la parte de la medicina preventiva que trata de evitar el desarrollo de una enfermedad. La mayoría de las actividades de promoción a la salud basadas en la comunidad, son medidas de prevención primaria. Respecto a la salud en

el espacio de trabajo, la prevención primaria incluye la mayoría de las actividades relacionadas a la prevención y protección de los trabajadores contra el daño debido a los elementos del entorno físico o psicosocial de trabajo, al igual que las actividades de promoción y muchas de las intervenciones de la empresa en la comunidad.

Prevención secundaria: Es la parte de la medicina preventiva que tiene como objetivo la detección temprana de enfermedades para incrementar las oportunidades de intervenciones que prevengan la progresión de la enfermedad y el surgimiento de síntomas. En salud ocupacional, los exámenes médicos periódicos, el monitoreo médico o actividades de vigilancia médica pueden ser considerados como prevención secundaria.

Prevención terciaria: Es la parte de la medicina preventiva diseñada para reducir el impacto negativo de una enfermedad ya declarada, mediante la restauración de las funciones y la reducción de las complicaciones relativas a la enfermedad. En la salud ocupacional, las actividades de reinstalación en el trabajo y rehabilitación luego de un accidente pueden ser consideradas como prevención terciaria.

Principio precautorio: Es un principio que sugiere que los empleadores y trabajadores no deberían desechar intervenciones para mejorar las condiciones del espacio de trabajo y promover la salud simplemente porque no exista una fuerte evidencia científica de la efectividad de dichas intervenciones. Específicamente esto establece que, “En caso de serios daños a la salud de los humanos, las intervenciones para proteger o promover la salud, no deben desecharse debido al reconocimiento de incertidumbre científica.”

Proceso de mejora continua: Es un proceso cíclico que repite las etapas de planeación, acción, medición y evaluación, y

corrección/mejora, llevando a un constante mejoramiento de las condiciones.

Promoción de la Salud en el Espacio de Trabajo (definición de la ENWHP): Son los esfuerzos combinados de empleadores, empleados y sociedad para mejorar la salud y el bienestar de la gente en el trabajo. Esto puede lograrse mediante una combinación de:

- Mejorar la organización del trabajo y el entorno de trabajo
- Promover la participación activa
- Promover el desarrollo personal.

Esta definición de la ENWHP es realmente una definición de un espacio laboral saludable, y es mucho más amplia que la usual frase “promoción a la salud” como se utilice en este documento. Vea la anterior definición de “promoción de la salud en el espacio de trabajo” para establecer la manera en que se asume el término en esta fundamentación.

Promoción de la salud: Es el proceso de habilitar a la gente para incrementar su control sobre su salud y sus determinantes, para de ahí, mejorar su salud. Esto puede ocurrir mediante el desarrollo de políticas de salud pública que atiendan a los determinantes primarios de la salud, tales como el ingreso, casa y empleo. En muchos países desarrollados, la comprensión y uso común del término se reduce a la educación para la salud y el mercadeo social dirigido a cambiar factores de riesgo conductuales (fumar, falta de ejercicio, etc.)

Protección a la salud: Son medidas que se toman en el espacio de trabajo para proteger a los trabajadores de enfermedades o daños debidos a la exposición a riesgos físicos, químicos, biológicos, ergonómicos o psicosociales que existan en el espacio de trabajo.

Ratificación: Cuando se refiere a convenios de la OIT, la ratificación del gobierno de un país significa que se establece un compromiso formal para implementar el convenio. Es una expresión de voluntad política para asumir las acciones integrales y coherentes, en el área cubierta por el convenio.

Recursos Personales de Salud (en el espacio de trabajo): El ambiente de apoyo, servicios de salud, información, oportunidades y la flexibilidad que una empresa proporciona a los trabajadores para dar soporte o motivar sus esfuerzos para mantener prácticas de estilos de vida saludables así como monitorear y dar soporte a su actual estado de salud física y mental.

Revisión sistemática: Es una revisión de la literatura sobre un aspecto o cuestión que intenta identificar, seleccionar y sintetizar toda la evidencia de alta calidad relevante para esa. Las revisiones sistemáticas de experimentos aleatoriamente controlados de alta calidad son el “estándar de oro” de la medicina basada en la evidencia.

Riesgo: Es una combinación de la probabilidad de exponerse a un peligro, más la severidad del impacto de estar expuesto a ese peligro.

Salud: Es un estado de complete bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad.

SEARO: Es la Oficina Regional de la OMS para el Sudeste de Asia. Esta Región incluye Bangladesh, Bhután, La República Democrática Popular de Corea, India, Indonesia, Maldivas, Myanmar, Nepal, Sri Lanka, Tailandia y Timor-Leste.

Sector de la economía informal: Es el mercado de trabajo no regulado, el cual usualmente incluye trabajadores con

arreglos informales (no por escrito) con el empleador, y que no están documentados como trabajadores en los registros del gobierno. En muchos países el ser considerados para recibir beneficios sociales (como pensión por enfermedad o maternidad, por retiro o acceso a cuidados de salud), y la aplicación de reglas legales (como los límites a las horas de trabajo, salarios mínimos) requieren de un contrato de trabajo formal.

Seguridad: Es un estado en el que se está protegido de consecuencias físicas, sociales, espirituales, financieras, psicológicas o de otro tipo debidas a fallas, errores, accidentes o daños. Puede tomar la forma de estar protegido de un evento o forma de exposición que cause pérdidas en la salud o la economía. Puede incluir la protección de las personas o posesiones.

Servicios básicos de salud ocupacional: Vea servicios de salud ocupacional

Servicios de Salud Ocupacional: Incluyen prevención y promoción de la salud de primero, segundo y tercer nivel y la responsabilidad de informar al empleador y los trabajadores sobre:

- Los requerimientos para establecer un entorno de trabajo saludable y seguro, que facilite la salud física y mental óptimas en relación al trabajo; y
- La adaptación del trabajo a las capacidades de los trabajadores a la luz de su estado de salud física y mental.

Los servicios de salud ocupacional se enfocan en el modelo médico y normalmente incluyen personal médico tal como enfermeras, médicos y otros profesionales del cuidado a la salud, ergonomistas, higienistas, profesionales de la seguridad, etc., son mencionados frecuentemente en el contexto de la OMS

como Servicios Básicos de Salud Ocupacional (SBSO).

Sistema de gestión de SSO: Un sistema de gestión es un marco de procesos y procedimientos utilizados para asegurar que una organización cumpla las tareas requeridas para alcanzar sus objetivos. Un Sistema de Gestión de la Salud y Seguridad Ocupacional permite a las organizaciones mejorar su desempeño general en SSO mediante un proceso de mejora continua.

Sistema de Responsabilidad Interna (IRS): Una filosofía de salud y seguridad, frecuentemente soportada por mecanismos legales, esta basada en el principio de que cada individuo en el espacio de trabajo es responsable de la salud y la seguridad. El IRS enfatiza específicamente la importancia de la involucración de los trabajadores, soportar los requerimientos legales frecuentemente requiere de la existencia de comités conjuntos de trabajadores – directivos. Esto contrasta con un sistema que recaiga exclusivamente en autoridades externas para reforzar la salud y seguridad en el espacio de trabajo.

Sobrecarga de rol: Es una forma de conflicto trabajo – familia, al tener mucho que hacer en un lapso determinado de tiempo, cuando el total de demandas en tiempo y energía asociadas a las actividades prescritas por múltiples roles laborales y familiares es demasiado grande para desempeñar adecuada o confortablemente dichos roles.

Sociedad civil: Es el campo en cualquier comunidad de acción comunitaria colectiva alrededor de intereses, propósitos y valores comunes, distintos a los del estado. Las sociedades civiles incluyen instituciones de caridad registradas, organizaciones no – gubernamentales, organizaciones de mujeres, organizaciones basadas en según un credo, sindicatos, grupos de autoayuda,

asociaciones de negocios y grupos de patrocinadores.

Tensión del Cuidador: Es un tipo de conflicto trabajo – familia en el entendimiento de que un “cuidador” es una persona que da asistencia a un joven, anciano o discapacitado dependiente, la tensión del cuidador es la suma total de los cambios emocionales, físicos y financieros en la vida cotidiana del cuidador y que son atribuibles a la necesidad de proporcionar dichos cuidados.

Trabajador: Es una persona que proporciona su experiencia y trabajo mental y/o físico a un empleador o alguna otra persona. Esto incluye el concepto de “empleado,” el cual implica un contrato formal de empleo, y también a los trabajadores informales que proporcionan su trabajo y/o experiencia fuera de una relación formal de contrato. En una empresa u organización más grande, esto incluye a directivos y supervisores que pueden ser considerados como “directivos” pero son también trabajadores. Esto incluye también a aquellos que realizan trabajo no remunerado, tanto en términos de trabajo forzado o doméstico y los que son autoempleados.

Trabajo decente: Es un término desarrollado por la OIT que significa un trabajo que es productivo, que proporciona un ingreso justo, seguridad en el espacio de trabajo y protección social para las familias, mejores expectativas de desarrollo personal e integración social, libertad para que la gente exprese sus preocupaciones, se organice y participe en las decisiones que afectan sus vidas, e igualdad de oportunidades y tratamiento para las todas las mujeres y los hombres.

Transferencia de conocimiento: Es un proceso que lleva al apropiado uso y aplicación del mejor y más actual conocimiento de investigación para resolver

problemas concretos; la información no se puede considerar conocimiento hasta que no es aplicada.

Transporte Activo: El Transporte Activo es la actividad física tomada como medio de transporte y no solamente como una forma de recreación. El transporte activo se refiere habitualmente a caminar o ir en bicicleta para viajar hacia /o desde un destino, pero puede incluir también otras actividades tales como las actividades incidentales en el uso del transporte público.

Trastornos Musculoesqueléticos: Son desórdenes de los músculos, articulaciones, tendones, ligamentos y nervios. La mayoría de los TME relacionados con el trabajo se desarrollan a lo largo del tiempo y pueden ser causados o exacerbados por el trabajo mismo, o las condiciones de trabajo, especialmente la fuerza excesiva, posturas forzadas o movimientos repetitivos. Estos generalmente afectan la espalda, el cuello, hombros, muñecas y extremidades superiores: es menos frecuente en las extremidades inferiores. Otros términos utilizados para los TME son daños por tensión repetitiva o daños por traumas acumulativos. Estos trastornos van desde incomodidad, molestias menores y dolores, hasta daños severos y discapacidad.

WPRO: Es la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Oeste. Esta Región incluye China, Mongolia, La Republica de Corea, Japón, Australia, Nueva Zelanda, y todas las naciones islas y otros países en el Sudeste de Asia que no están incluidos en la SEARO.

Notas finales:

¹ United Nations Global Compact, <http://www.unglobalcompact.org/> accessed 9 November 2009.

² *Seoul Declaration on Safety and Health at Work*. International Labour Organization, International Safety and Security Organization, Korean Occupational Safety and Health Agency, 2008. <http://www.seouldeclaration.org/index.php> accessed 9 December 2009

³ Aguilar-Madrid G. Globalization and the transfer of hazardous industry. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 2003, 9(3):272-279.

⁴ Frey RS. The transfer of core-based hazardous production processes to the export processing zones of the periphery: the maquiladora centres of Northern Mexico. *Journal of World Systems Research*, 2003, IX(2):317-354

⁵ Messing K and Östlin P. *Gender equality, work and health: a review of the evidence*. Geneva, World Health Organization, 2006.

⁶ Benach J, Muntaner C and Santana V, Chairs. *Employment conditions and health inequalities*. Employment Conditions Knowledge Network, Final Report to WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007 http://www.who.int/social_determinants/themes/employment_conditions/en/ accessed 8 Sept 2009

⁷ Burton J. *Business Case for a Healthy Workplace*. Joan Burton & Associates, January 2010.

⁸ Hamalainen P, Takala J, and Saarela KL. Global estimates of occupational accidents. *Safety Science* 2006;44:137-156. <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/accidents/index.htm> accessed 20 July 2009

⁹ Ylikoski M, et al. *Health in the world of work: workplace health promotion as a tool for improving and extending work life*. Helsinki, Finnish Institute of Occupational Health, 2006. (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2006:62.) pages 3-4.

¹⁰ European Union, Community strategy 2007-2012 on health and safety at work, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0062:FIN:EN:HTML> accessed 2 October 2009

¹¹ *Facts on safety at work*. International Labour Organization. http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Factsheets/lang--en/docName--WCMS_067574/index.htm accessed 16 July 2009

¹² World Health Organization http://www.who.int/occupational_health/en/ accessed 16 July 2009.

¹³ EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work, A European Campaign on Risk Assessment: Campaign Summary, http://osha.europa.eu/en/campaigns/hw2008/campaign/campaignsummary/campaign_summary

¹⁴ Friedman LS and Forst L. Ethnic disparities in traumatic occupational injury. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2008;50(3):350-358.

¹⁵ Loh K and Richardson S. Foreign-born workers: trends in fatal occupational injuries, 1996-2001. *Monthly Labor Review*. 2004;127(6):42-53. <http://www.bls.gov/opub/mlr/2004/06/art3full.pdf> accessed 30 Dec 2009.

¹⁶ Marmot MG et al. 1991. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 1991;337(8754):1387-1393.

¹⁷ Workers' health: global plan of action. *Sixtieth World Health Assembly 23 May 2007*. Geneva, World Health Organization, 2007. http://www.who.int/occupational_health/en/ accessed 16 July 2009.

¹⁸ *Gender equality at the heart of decent work*. International Labour Organization Report VI, International Labour Conference, 98th Session, 2009. Page 93.

¹⁹ International Labour Organization website http://www.ilo.org/global/What_we_do/Statistics/topics/Safeyandhealth/lang--en/index.htm accessed 10 November 2009.

²⁰ Frey RS. The export of hazardous industries to the peripheral zones of the world-system. In: Nandi PK and Shahidullah SM, eds. *Globalization and the evolving world society*. Leiden, The Netherlands, Brill, 1998:66-81

²¹ Goenka S et al. *Powering India's growth*. World Health Organization and IC Health Scientific Secretariate, New Delhi, India 2007. http://www.whoindia.org/LinkFiles/Health_Promotion_Health_Promotion_Powering_India%27s_Growth.pdf accessed 11 November 2009.

²² Workers' health: global plan of action. *Sixtieth World Health Assembly 23 May 2007*. Geneva, World Health Organization, 2007. http://www.who.int/occupational_health/en/ accessed 16 July 2009.

²³ Ivanov I, Kortum E and Wilburn S. Protecting and promoting health at the workplace. *Global Occupational Health Network (GOHNET) Newsletter*, WHO, 2007/08(14);2.

²⁴ Ahuja R and Bhattacharya D. *Healthy workplace in corporate sector – India: an operational research*. 2007. Confederation of Indian Industry and WHO India Country Office. Foreword.

²⁵ United Nations. *Declaration of Alma Ata 1978*. <http://www.un-documents.net/alma-ata.htm> accessed 18 July 2009.

²⁶ Madi HH and Hussain SJ. Health protection and promotion: evolution of health promotion: a stand-alone concept or building on primary health care? *Eastern Mediterranean Health Journal* 2008,14(Supplement):S15. http://www.emro.who.int/publications/emhj/14_S1/Index.htm accessed 17 July 2009.

²⁷ United Nations. *Declaration of Alma Ata 1978* op cit.

²⁸ International Labour Organization. *C155 Convention concerning Occupational Safety and Health and the Working Environment*, 1981. <http://www.ilo.org/ilolex/english/convdisp1.htm> accessed 8 August 2009.

²⁹ International Labour Organization. *C161 Convention concerning Occupational Health Services*, 1985. <http://www.ilo.org/ilolex/english/convdisp1.htm> accessed 8 August 2009

³⁰ *Ottawa Charter for health promotion*. First international conference on health promotion, Ottawa 21 November 1986. WHO/HPR/HEP/95.1

³¹ Declaration of occupational health for all. World Health Organization 1994. http://www.who.int/occupational_health/publications/declaration/en/index.html accessed 18 July 2009

³² Global strategy on occupational health for all. World Health Organization 1995 http://www.who.int/occupational_health/publications/globstrategy/en/index.html accessed 18 July 2009

³³ *Jakarta Declaration on Health Promotion 1978* World Health Organization <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index.html> accessed 18 July 2009

³⁴ *European Network for Workplace Health Promotion. The Luxembourg declaration on workplace health promotion in the European Union. 1997*. Revised 2005 and 2007 <http://www.ver.is/whp/en/luxdeclaration.html> , accessed 3 July 2009

³⁵ European Network for Workplace Health Promotion. *The Cardiff Memorandum*. 1998 <http://www.ver.is/whp/en/cardiffmemorandum.html>, accessed 3 July 2009

³⁶ World Health Assembly resolution 51.12 Health Promotion <http://www.who.int/healthpromotion/wha51-12/en/> accessed 18 July 2009

³⁷ *The Barcelona declaration on developing good workplace health practice in Europe*. European Network for Workplace Health Promotion 2002. <http://www.enwhp.org/index.php?id=29> accessed 11 July 2009.

³⁸ *Global strategy on occupational safety and health 2003*. Geneva: International Labour Office 2004. <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/> accessed 19 July 2009

³⁹ *The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world*. Participants, 6th Global Conference on Health Promotion, Bangkok Thailand 11 August 2005. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/ accessed 10 July 2009

⁴⁰ *Stresa Declaration on Workers Health*. Participants, 7th Meeting of the WHO Collaborating Centres in Occupational Health, Stresa, Italy, 8-9 June 2006. http://www.who.int/occupational_health/en/ accessed 18 July 2009.

⁴¹ International Labour Organization. *C187 Convention concerning the promotional framework for occupational health and safety*, 2006. <http://www.ilo.org/ilolex/english/convdisp1.htm> accessed 8 August 2009

⁴² World Health Organization http://www.who.int/topics/mental_health/en/ accessed 16 July 2009.

⁴³ *Regional guidelines for the development of healthy workplaces*. World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific November 1999. http://www.who.int/occupational_health/publications/wproguidelines/en/index.html accessed 10 July 2009.

⁴⁴ See website at: <http://www.cdc.gov/niosh/worklife/> accessed 1 October 2009.

⁴⁵ Lowe GS. *Healthy workplace strategies: creating change and achieving results*, 2004. P. 8. <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/occup-travail/work-travail/whr-rmt-eng.php#c> accessed 3 July 2009.

⁴⁶ Grawitch MJ et al. Leading the healthy workforce: the integral role of employee involvement. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 2009;61(2):123.

⁴⁷ Pease K *Inclusiveness at work: how to build inclusive nonprofit organizations*. The Denver Foundation 2005. <http://www.denverfoundation.org/page30592.cfm> accessed 15 Sept 2009

⁴⁸ Messing K and Östlin P. *Gender equality, work and health: a review of the evidence*. Geneva, World Health Organization, 2006.

⁴⁹ Employers' Forum on Disability *The business case for disability confidence*. <http://www.efd.org.uk/disability/disability-confidence-business-case> accessed 15 Sept 2009

⁵⁰ Benach J, Muntaner C and Santana V, Chairs. *Employment conditions and health inequalities*. Employment Conditions Knowledge Network, Final Report to WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007 http://www.who.int/social_determinants/themes/employment_conditions/en/ accessed 8 Sept 2009

⁵¹ United Nations Global Compact. Ten Principles. <http://www.unglobalcompact.org/AboutTheGC/TheTenPrinciples/index.html> accessed 30 December 2009.

⁵² Report of the Committee. *Thirteenth Session of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health*, Geneva 9-12 December 2003. International Labour Office and World Health Organization 2003. <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/health/session13/index.htm> accessed 16 July 2009.

⁵³ *Meeting report: Implementation of the resolution of occupational health and safety in the African region*. 26-28 July 2005. World Health Organization Regional Office for Africa 2005. <http://www.afro.who.int/och/publications.html> accessed 16 July 2009.

- ⁵⁴ Work improvement in small enterprises: an introduction to the WISE programme. International Labour Office [1988?] <http://www.ilo.org/public/english/protection/condtrav/workcon/d/wise/wise.htm> accessed 11 July 2009.
- ⁵⁵ Kawakami T, Khai TT and Kogi K. *Work improvement in neighbourhood development (WIND programme): training programme on safety, health and working conditions in agriculture*. 3rd ed. Can Tho City, Viet Nam: The Centre for Occupational Health and Environment, 2005. http://www.ilo.org/asia/whatwedo/publications/lang--en/docName--WCMS_099075/index.htm accessed 10 July 2009.
- ⁵⁶ World Health Organization, Regional Office for Africa. <http://www.afro.who.int/healthpromotion/index.html> accessed 17 July 2009.
- ⁵⁷ *Working well: A global survey of health promotion and workplace wellness strategies: Survey report*. Buck Consultants. November 2009. <https://www.bucksurveys.com/bucksurveys/product/tabid/139/p-51-working-well-a-global-survey-of-health-promotion-and-workplace-wellness-strategies.aspx> accessed 30 December 2009
- ⁵⁸ Regional Plan on Workers' Health. Pan American Health Organization 2001. http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1523&Itemid=1504 accessed 3 September 2009
- ⁵⁹ Tennessee LM. *Workers and consumers health: SDE Seminar Series*, 12 June 2008. PowerPoint presentation.
- ⁶⁰ http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=1399&Itemid=1340 accessed 31 August 2009
- ⁶¹ Karlgaard R. Digital Rules: The Blog: Age, obesity, lawyers – that's our health care crisis. *Forbes Magazine* 10 August, 2009. <http://blogs.forbes.com/digitalrules/2009/08/age-obesity-lawyers-thats-our-health-care-crisis/> accessed 11 August 2009
- ⁶² *Working well: A global survey of health promotion and workplace wellness strategies: Survey report*. Buck Consultants. November 2009. <https://www.bucksurveys.com/bucksurveys/product/tabid/139/p-51-working-well-a-global-survey-of-health-promotion-and-workplace-wellness-strategies.aspx> accessed 30 December 2009
- ⁶³ American College of Occupational and Environmental Medicine. *Guide to a healthy workplace: corporate health achievement award*. [No date] <http://www.chaa.org/application.htm> accessed 17 July 2009
- ⁶⁴ International Association for Worksite Health Promotion. <http://www.acsm-iawhp.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=1> accessed 30 December 2009.
- ⁶⁵ *Working well: A global survey of health promotion and workplace wellness strategies: Survey report*. Buck Consultants. November 2009. <https://www.bucksurveys.com/bucksurveys/product/tabid/139/p-51-working-well-a-global-survey-of-health-promotion-and-workplace-wellness-strategies.aspx> accessed 30 December 2009
- ⁶⁶ American Association of Critical Care Nurses AACN Standards for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments: a Journey to Excellence. Aliso Viejo, Calif: AACN 2005 <http://www.aacn.org/WD/Practice/Content/standards.pcms?menu=Practice&lastmenu=> accessed 7 July 2009.
- ⁶⁷ American Nurses Credentialing Centre. Magnet hospitals overview <http://www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview.aspx> accessed 22 July 2009
- ⁶⁸ Health Canada, Workplace Health System. <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/occup-travail/index-eng.php#work>
- ⁶⁹ National Quality Institute. <http://www.nqi.ca> accessed 17 July 2009.
- ⁷⁰ Abromeit A, Burton J and Shaw M. Healthy workplaces in Canada. *Global Occupational Health Network (GOHNET) Newsletter*, WHO, 2007/08(14);16-20.
- ⁷¹ Forum on the Advancement of Healthy Workplaces. <http://www.healthy-workplace.org/default.html> accessed 17 July 2009.
- ⁷² Burton J. *Creating healthy workplaces*. Industrial Accident Prevention Association, 2004. (http://www.iapa.ca/resources/resources_downloads.asp#healthy accessed 3 July 2009)
- ⁷³ Burton J. *The business case for a healthy workplace*. Mississauga, Industrial Accident Prevention Association, 2008. http://www.iapa.ca/Main/Resources/resources_downloads.aspx#healthy accessed 17 July 2009.
- ⁷⁴ Psychologically Healthy Workplace Program. <http://www.phwa.org/> accessed 17 July 2009.
- ⁷⁵ *Working well: A global survey of health promotion and workplace wellness strategies: Survey report*. Buck Consultants. November 2009. <https://www.bucksurveys.com/bucksurveys/product/tabid/139/p-51-working-well-a-global-survey-of-health-promotion-and-workplace-wellness-strategies.aspx> accessed 30 December 2009
- ⁷⁶ Robinson E and Harris-Roberts, J. Tackling drug abuse in the workplace. *Collaborating Connection Centre* March 2008 <http://www.cdc.gov/niosh/CCC/CCCnewsV1N5.html> accessed 22 July 2009
- ⁷⁷ ABQV website at <http://www.abqv.org.br/> accessed 30 September 2009
- ⁷⁸ *Working well: A global survey of health promotion and workplace wellness strategies: Survey report*. Buck Consultants. November 2009. <https://www.bucksurveys.com/bucksurveys/product/tabid/139/p-51-working-well-a-global-survey-of-health-promotion-and-workplace-wellness-strategies.aspx> accessed 30 December 2009

- ⁷⁹ *Primary health care and basic occupational health services: challenges and opportunities: report on an inter-country workshop*, Sharm-el-Sheik, Egypt, 12-14 July 2005. World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean 2005. http://www.emro.who.int/publications/DisplaySubject_1.asp accessed 16 July 2009.
- ⁸⁰ WHO Eastern Mediterranean Regional Office, *Annual Report of the Regional Director 2008*. http://www.emro.who.int/rd/annualreports/2008/Chapter1_objective8.htm accessed 29 September 2009
- ⁸¹ A strategy for health promotion in the Eastern Mediterranean Region 2006-2013. World Health Organization 2008 WHO-EM/HLP/036/E. http://www.emro.who.int/publications/Book_Details.asp?ID=623 accessed 9 October 2009.
- ⁸² Kawakami T et al. Participatory approaches to improving safety and health under trade union initiative - experiences of POSITIVE training programme in Asia. *Industrial Health*, 2004;43(2):196-206.
- ⁸³ The right path to health: health education through religion. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean website <http://www.emro.who.int/publications/Series.asp?RelSub=The%20Right%20Path%20to%20Health%20-%20Health%20Education%20through%20Religion> accessed 10 August 2009
- ⁸⁴ European Commission on Employment, Social Affairs and Equal Opportunities <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=82> accessed 2 October 2009
- ⁸⁵ Enterprise for Health. <http://www.enterprise-for-health.org/index.php?id=5> accessed 17 July 2009.
- ⁸⁶ European Agency for Safety and Health at Work. <http://osha.europa.eu/en> accessed 17 July 2009.
- ⁸⁷ European Network Education and Training in Occupational Safety and Health http://www.enetosh.net/webcom/show_article.php/c-29/i.html accessed 4 July 2009.
- ⁸⁸ European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) <http://www.enwhp.org/index.php?id=4> accessed 17 July 2009.
- ⁸⁹ The European Network of Safety and Health Professional Organisations <http://www.enshpo.org/> accessed 2 October 2009.
- ⁹⁰ European network of WHO Collaborating Centres for occupational health http://www.euro.who.int/occhealth/networks/20090617_1 accessed 17 July 2009
- ⁹¹ European network of national focal points on workers' health. <http://www.euro.who.int/occhealth/networks/OCHContactPoints> accessed 17 July 2009.
- ⁹² Eurosafe: European Association for Injury Prevention and Safety Promotion. <http://www.enshpo.org/> accessed 17 July 2009.
- ⁹³ Federation of European Ergonomics Societies <http://www.fees-network.org/> accessed 2 October 2009
- ⁹⁴ Federation of Occupational Health Nurses within the European Union <http://www.fohneu.org/> accessed 2 October 2009
- ⁹⁵ European Network for Workplace Health Promotion. <http://www.enwhp.org/index.php?id=9> accessed 17 July 2009.
- ⁹⁶ *Working well: A global survey of health promotion and workplace wellness strategies: Survey report*. Buck Consultants. November 2009. <https://www.bucksurveys.com/bucksurveys/product/tabid/139/p-51-working-well-a-global-survey-of-health-promotion-and-workplace-wellness-strategies.aspx> accessed 30 December 2009
- ⁹⁷ World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. <http://www.searo.who.int/en/Section23/Section1214/Section1730.htm> accessed 17 July 2009.
- ⁹⁸ World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. <http://www.searo.who.int/EN/Section1174/Section1458.htm> accessed 17 July 2009.
- ⁹⁹ Kawakami T et al. Participatory approaches to improving safety and health under trade union initiative - experiences of POSITIVE training programme in Asia. *Industrial Health*, 2004;43(2):196-206.
- ¹⁰⁰ Kogi K. Low-cost risk reduction strategy for small workplaces: how can we spread good practices? *La Medicina del Lavoro*, 2006;92(2):303-311.
- ¹⁰¹ Ahuja R and Bhattacharya D. *Healthy workplace in corporate sector – India: an operational research*. 2007. Confederation of Indian Industry and WHO India Country Office.
- ¹⁰² *Regional guidelines for the development of healthy workplaces*. World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, November 1999. http://www.who.int/occupational_health/publications/wproguidelines/en/index.html accessed 10 July 2009.
- ¹⁰³ Daud A. *Healthy workplace report*. Government Printing Johor Bahru. Occupational Health Unit, Disease Control Division, Ministry of Health, Malaysia. 2003 <http://www.wpro.who.int/publications/publications.htm> accessed 17 July 2009.
- ¹⁰⁴ Yusoff HM. *Healthy workplace report*. Pasir Gudang Edible Oil Sdn. Bhd, Johor Bahru. Occupational Health Unit, Disease Control Division, Ministry of Health, Malaysia. 2003 <http://www.wpro.who.int/publications/publications.htm> accessed 17 July 2009
- ¹⁰⁵ Zainuddin H. *Healthy workplace report*. Soctek Edible Oil Sdn. Bhd., Johor Bahru. Occupational Health Unit, Disease Control Division, Ministry of Health, Malaysia. 2003 <http://www.wpro.who.int/publications/publications.htm> accessed 17 July 2009

- ¹⁰⁶ Abdullah H. *Healthy workplace report. Second Link (Malaysia) Berhad*. Occupational Health Unit, Disease Control Division, Ministry of Health, Malaysia. 2003 <http://www.wpro.who.int/publications/publications.htm> accessed 17 July 2009.
- ¹⁰⁷ *Evaluation of a 1-year implementation of the regional guidelines for healthy workplaces in small and medium-scale enterprises in Ngo Quyen District, Haiphong City and in Hue City*. World Health Organization, Western Pacific Region (<http://www.wpro.who.int/publications/publications.htm> accessed 8 July 2009).
- ¹⁰⁸ Work improvement in small enterprises: an introduction to the WISE programme. International Labour Office [1988?] <http://www.ilo.org/public/english/protection/condtrav/workcon/d/wise/wise.htm> accessed 11 July 2009.
- ¹⁰⁹ Krungkrai Wong S, Itani T and Amornratana-paitchit R. Promotion of a healthy work life at small enterprises in Thailand by participatory methods. *Industrial Health*, 2006;44:108-111.
- ¹¹⁰ Kawakami T, Khai TT and Kogi K. *Work improvement in neighbourhood development (WIND programme): training programme on safety, health and working conditions in agriculture*. 3rd ed. Can Tho City, Viet Nam: The Centre for Occupational Health and Environment, 2005. http://www.ilo.org/asia/whatwedo/publications/lang--en/docName--WCMS_099075/index.htm accessed 10 July 2009.
- ¹¹¹ Kawakami T, Arphorn S and Ujita Y. Work Improvement for safe home: action manual for improving safety, health and working conditions of home workers. Bangkok, ILO 2006. http://www.ilo.org/asia/whatwedo/publications/lang--en/docName--WCMS_099070/index.htm accessed 17 July 2009.
- ¹¹² Kogi K. Low-cost risk reduction strategy for small workplaces: how can we spread good practices? *La Medicina del Lavoro*, 2006;92(2):303-311.
- ¹¹³ Singapore Health Promotion Board website: http://www.hpb.gov.sg/hpb/default.asp?pg_id=2115 accessed 30 September 2009
- ¹¹⁴ *Working well: A global survey of health promotion and workplace wellness strategies: Survey report*. Buck Consultants. November 2009. <https://www.bucksurveys.com/bucksurveys/product/tabid/139/p-51-working-well-a-global-survey-of-health-promotion-and-workplace-wellness-strategies.aspx> accessed 30 December 2009
- ¹¹⁵ Hamalainen P, Takala J, and Saarela KL. Global estimates of occupational accidents. *Safety Science* 2006;44:137-156. <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/accidis/index.htm> accessed 20 July 2009
- ¹¹⁶ Takala J. Safety, health and equity at work. Presentation at ICOH 2003 Congress, Iguassu Falls, Brazil. <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/accidis/index.htm> accessed 18 July 2009.
- ¹¹⁷ Hamalainen P, Takala J, and Saarela KL. Global estimates of occupational accidents. *Safety Science* 2006;44:137-156.
- <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/accidis/index.htm> accessed 20 July 2009
- ¹¹⁸ Breslin C et al. *Systematic review for risk factors for injuries among youth: summary*. Institute for Work and Health 2006. <http://www.iwh.on.ca/sbe/systematic-review-of-risk-factors-for-injury-among-youth-summary> accessed 24 July 2009
- ¹¹⁹ Kamp J. Worker safety: psychology management's next frontier. *Professional Safety* 1994;39(5):32-33
- ¹²⁰ Barling J, Loughlin C and Kelloway K. Development and test of a model linking safety-specific transformational leadership and occupational safety. *Journal of Applied Psychology*, 2002;87(3):488-496.
- ¹²¹ Barling J, Kelloway K and Iverson RD. High quality work, employee morale, and occupational injuries. *Journal of Applied Psychology* 2003;88(2):276-283.
- ¹²² Kinney JA and Johnson DL. *Breaking point: the workplace violence epidemic and what to do about it*. Charlotte, NC, National Safe Workplace Institute 1993.
- ¹²³ Chappell D and Di Martino V. *Violence at work*. Third edition. Geneva, International Labour Office 2006, page 62.
- ¹²⁴ Chappell D and Di Martino V. *Violence at work*. Third edition. Geneva, International Labour Office 2006, page 63.
- ¹²⁵ World Health Organization http://www.who.int/occupational_health/en/ accessed 19 July 2009.
- ¹²⁶ World Health Organization http://www.who.int/occupational_health/en/ accessed 19 July 2009.
- ¹²⁷ Ivanov I, Kortum E and Wilburn S. Protecting and promoting health at the workplace. *Global Occupational Health Network (GOHNET) Newsletter*, WHO, 2007/08(14);6
- ¹²⁸ World Health Organization. *Gender, health and work*. September 2004. www.who.int/entity/gender/other_health/Gender.HealthandWOrklast.pdf accessed 27 September 2009.
- ¹²⁹ Messing K and Östlin P. *Gender equality, work and health: a review of the evidence*. Geneva, World Health Organization, 2006.
- ¹³⁰ EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work, *Work-related musculoskeletal disorders: Prevention report*, Luxembourg, 2008 <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE8107132ENC/view> accessed 2 October 2009
- ¹³¹ Kerr MS et al. Biomechanical and psychosocial risk factors for low back pain at work. *American Journal of Public Health*, 2001;91:1069-1075.
- ¹³² Benach J, Muntaner C and Santana V, Chairs. *Employment conditions and health inequalities*. Employment Conditions Knowledge Network, Final Report to WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007 http://www.who.int/social_determinants/themes/employment_conditions/en/ accessed 8 Sept 2009

- ¹³³ Moon SD and Lauter SL, eds. *Beyond biomechanics: psychological aspects of musculoskeletal disorders in office work*. Bristol, PA: Taylor & Francis 1996.
- ¹³⁴ Fichtenberg CM and Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: a systematic review. *British Medical Journal* 2002;325:188.
- ¹³⁵ Benach J, Muntaner C and Santana V, Chairs. *Employment conditions and health inequalities*. Employment Conditions Knowledge Network, Final Report to WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007 http://www.who.int/social_determinants/themes/employment_conditions/en/ accessed 8 Sept 2009
- ¹³⁶ Kaleta D and Jegier A. Occupational energy expenditure and leisure-time physical activity. *International Journal of Occupational Medicine & Environmental Health*, 2005;18(4):151-156.
- ¹³⁷ Messing K and Östlin P. *Gender equality, work and health: a review of the evidence*. Geneva, World Health Organization, 2006.
- ¹³⁸ Duxbury L and Higgins C. *Work-life conflict in Canada in the new millennium: Report 6: Key findings and recommendations from the 2001 National Work-Life Conflict Study*. 2009 Health Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/occup-travail/balancing_six-equilibre_six/index-eng.php accessed 6 August 2009
- ¹³⁹ ¹³⁹ Messing K and Östlin P. *Gender equality, work and health: a review of the evidence*. Geneva, World Health Organization, 2006.
- ¹⁴⁰ The EU high-level conference "Together for Mental Health and Wellbeing", Brussels, 13 June 2008, European Pact for Mental Health and Well-being, http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf accessed 2 October 2009.
- ¹⁴¹ Consortium for Organizational Mental Healthcare (COMH) Simon Fraser University. *Guarding Minds @ work: a workplace guide to psychological safety and health: the health case*. <http://www.guardingmindsatwork.ca/HealthCase.aspx> accessed 12 November 2009.
- ¹⁴² Consortium for Organizational Mental Healthcare. <http://www.comh.ca> accessed 18 July 2009
- ¹⁴³ Consortium for Organizational Mental Healthcare (COMH) Simon Fraser University. *Guarding Minds @ work: a workplace guide to psychological safety and health: the health case*. <http://www.guardingmindsatwork.ca/HealthCase.aspx> accessed 19 July 2009.
- ¹⁴⁴ Karasek R and Theorell T. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books Inc, 1990.
- ¹⁴⁵ Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1996;1(1):27-41.
- ¹⁴⁶ Wang JL et al. The relationship between work stress and mental disorders in men and women: findings from a population-based study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008;62(1):42-27.
- ¹⁴⁷ Mayo Clinic. <http://www.mayoclinic.com/health/burnout/wl00062> accessed 20 July 2009.
- ¹⁴⁸ Health Canada. *Best advice on stress risk management in the workplace*. <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/occup-travail/stress-part-1/index-eng.php> accessed 19 July 2009.
- ¹⁴⁹ Shain M. *Stress at work: mental injury and the law in Canada*. Mental Health Commission of Canada, 21 February 2009 (rev.) <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/Pages/default.aspx> accessed 18 July 2009.
- ¹⁵⁰ Barnett RC and Brennan RT. The relationship between job experiences and psychological distress: a structural equation approach. *Journal of Occupational Behaviour*, 1995;16:259-276.
- ¹⁵¹ Kelloway EK and Day AL. Building healthy workplaces: what we know so far. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 2005;37(4):223-235.
- ¹⁵² Duxbury L and Higgins C. *Work-life conflict in Canada in the new millennium: Report 6: Key findings and recommendations from the 2001 National Work-Life Conflict Study*. 2009 Health Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/occup-travail/balancing_six-equilibre_six/index-eng.php accessed 6 August 2009
- ¹⁵³ Duxbury L and Higgins C. *Work-life conflict in Canada in the new millennium: Report 6: Key findings and recommendations from the 2001 National Work-Life Conflict Study*. 2009 Health Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/occup-travail/balancing_six-equilibre_six/index-eng.php accessed 6 August 2009
- ¹⁵⁴ Messing K and Östlin P. *Gender equality, work and health: a review of the evidence*. Geneva, World Health Organization, 2006.
- ¹⁵⁵ Benach J, Muntaner C and Santana V, Chairs. *Employment conditions and health inequalities*. Employment Conditions Knowledge Network, Final Report to WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007 http://www.who.int/social_determinants/themes/employment_conditions/en/ accessed 8 Sept 2009
- ¹⁵⁶ Employers' Forum on Disability *The business case for disability confidence*. <http://www.efd.org.uk/disability/disability-confidence-business-case> accessed 15 Sept 2009
- ¹⁵⁷ Guarding Minds @ Work <http://www.guardingmindsatwork.ca> accessed 19 July 2009.
- ¹⁵⁸ Guarding Minds @ Work <http://www.guardingmindsatwork.ca/SafetyWhat.aspx> accessed 19 July 2009.
- ¹⁵⁹ Health and Safety Executive. What are the Management Standards. <http://www.hse.gov.uk/stress/standards/index.htm> accessed 18 July 2009.

- ¹⁶⁰ Leka S and Cox T, Eds. *PRIMA-EF: guidance on the European framework for psychosocial risk management: a resource for employers and worker representatives*. Protecting Workers' Health Series #9. World Health Organization 2008. <http://prima-ef.org/default.aspx> accessed 3 September 2009
- ¹⁶¹ *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. European Agency for Safety and Health at Work. 2007. <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118> accessed 4 October 2009
- ¹⁶² Health Canada. *Best advice on stress risk management in the workplace*. <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/occup-travail/stress-part-1/index-eng.php> accessed 19 July 2009.
- ¹⁶³ Health Canada. *Best advice on stress risk management in the workplace*. <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/occup-travail/stress-part-1/index-eng.php> accessed 19 July 2009.
- ¹⁶⁴ Benach J, Muntaner C and Santana V, Chairs. *Employment conditions and health inequalities*. Employment Conditions Knowledge Network, Final Report to WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007 http://www.who.int/social_determinants/themes/employment_conditions/en/ accessed 8 Sept 2009
- ¹⁶⁵ *Shiftwork: health effects and solutions*. Occupational Health Clinics for Ontario Workers, Inc. 2005 <http://www.ohcow.on.ca/resources/handouts.html> accessed 31 August 2009
- ¹⁶⁶ Canadian Centre for Occupational Health and Safety <http://www.ccohs.ca/oshanswers/ergonomics/shiftwrk.html> accessed 31 August 2009
- ¹⁶⁷ Benach J, Muntaner C and Santana V, Chairs. *Employment conditions and health inequalities*. Employment Conditions Knowledge Network, Final Report to WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007 http://www.who.int/social_determinants/themes/employment_conditions/en/ accessed 8 Sept 2009
- ¹⁶⁸ Vahtera J, et al. Organisational downsizing, sickness absence and mortality: the 10-town prospective cohort study. *British Medical Journal* 2004; 328:555-557.
- ¹⁶⁹ Zetterström O et al. Another smoking hazard: raised serum IgE concentration and increased risk of occupational allergy. *British Medical Journal (Clin Res Ed)* 1981;283:1215-1217.
- ¹⁷⁰ Gustavsson P et al. Low-dose exposure to asbestos and lung cancer: dose-response relations and interaction with smoking in a population-based case-referent study in Stockholm, Sweden. *American Journal of Epidemiology* 2002, 155(11):1016-1022.
- ¹⁷¹ Schulte PA et al. A framework for the concurrent consideration of occupational hazards and obesity. *Annals of Occupational Hygiene* 2008,52(7):555-566.
- ¹⁷² Waddell G and Burton AK. *Is work good for your health and well-being?* Department of Work and Pensions, UK. 2006. London: TSO
- <http://www.workingforhealth.gov.uk/documents/is-work-good-for-you.pdf> accessed 18 Sept 2009
- ¹⁷³ Waddell G and Burton AK *Is work good for your health and well-being?* Department of Work and Pensions, UK. 2006. London: TSO <http://www.workingforhealth.gov.uk/documents/is-work-good-for-you.pdf> accessed 18 Sept 2009, p. ix.
- ¹⁷⁴ International Labour Office, SafeWork. The cost of accidents and diseases. <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/papers/eoanal/index.htm> accessed 20 July 2009.
- ¹⁷⁵ Hamalainen P, Takala J, and Saarela KL. Global estimates of occupational accidents. *Safety Science* 2006;44:137-156. <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/accidisi/ndex.htm> accessed 20 July 2009
- ¹⁷⁶ The business benefits of good occupational health and safety. European Agency for Safety and Health at Work Factsheet 77. <http://osha.europa.eu/en/publications/factsheets/77> accessed 4 October 2009.
- ¹⁷⁷ Gervais RL et al *Occupational safety and health and economic performance in small and medium-sized enterprises: a review*. Working Environment Information Working Paper, European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg: 2009 http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-80-09-640-EN:N_occupational_safety_health_economic_performance_small_medium_sized_enterprises_review/view accessed 5 October 2009
- ¹⁷⁸ Shaw M, Armstrong J and Rae C. *Making the case for health and safety*. Mississauga: Industrial Accident Prevention Association 2007. http://iapa.ca/Main/About_IAPA/about_presentations.aspx accessed 20 July 2009.
- ¹⁷⁹ Goetzel RZ et al. Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2004;46(4):398-412.
- ¹⁸⁰ Kleinfeld NR. Costs of a crisis: diabetics in the workplace confront a tangle of laws. *The New York Times*, 26 December 2006. (http://www.nytimes.com/2006/12/26/health/26workplace.html?_r=1&th=&oref= accessed 4 July 2009)
- ¹⁸¹ Cockburn IM et al. Loss of work productivity due to illness and medical treatment. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 1999;41(11):948-953.
- ¹⁸² Burton WN et al. The role of health risk factors and disease on worker productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 1999;41(10):863-877.
- ¹⁸³ Loeppke R et al. Health and productivity as a business strategy. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2007;49(7):712-721.

- ¹⁸⁴ Kirsten W. How to make the business case for health promotion at the workplace. *Global Occupational Health Network (GOHNET) Newsletter*, WHO, 2007/08(14);25.
- ¹⁸⁵ Rosen S et al. AIDS is your business. *Harvard Business Review* 2003;81(2):80-87.
- ¹⁸⁶ Bachmann K. *Health promotion programs at work: a frivolous cost or a sound investment?* Ottawa: Conference Board of Canada 2002.
- ¹⁸⁷ Brimacombe G. *Every number tells a story: a review of public and private health expenditures and revenues in Canada, 1980-2000*. Ottawa: Conference Board of Canada 2002.
- ¹⁸⁸ Watson Wyatt Canada, *Watson Wyatt 2000 Canadian Staying@Work Survey*. <http://watsonwyatt.com/canada-english/>
- ¹⁸⁹ Watson Wyatt Canada, *Watson Wyatt 2000 Canadian Staying@Work Survey*. <http://watsonwyatt.com/canada-english/>
- ¹⁹⁰ *Smoking and the bottom line: the costs of smoking in the workplace*. Ottawa: Conference Board of Canada 1997.
- ¹⁹¹ *Toward recovery and well-being: a framework for a mental health strategy for Canada*. Mental Health Commission of Canada, 2009. http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/boarddocs/15507_MHCC_EN_final.pdf accessed 30 December 2009
- ¹⁹² Centre for Addiction and Mental Health. http://www.camh.net/About_Addiction_Mental_Health/Mental_Health_Information/depression_mhfs.html accessed 20 July 2009
- ¹⁹³ Centre for Addiction and Mental Health. http://www.camh.net/About_Addiction_Mental_Health/Mental_Health_Information/Anxiety_Disorders/anxiety_anxiety_disorders.html
- ¹⁹⁴ Mayo Clinic. http://www.mayoclinic.com/health/burnout/WL00062/NSECTI_ONGROUP=2 accessed 20 July 2009
- ¹⁹⁵ Duxbury L and Higgins C. *Work-life conflict in Canada in the new millennium: Report 6: Key findings and recommendations from the 2001 National Work-Life Conflict Study*. 2009 Health Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/occup-travail/balancing_six-equilibre_six/index-eng.php accessed 6 August 2009
- ¹⁹⁶ Shain M et al. *Mental health and substance use at work: perspectives from research and implications for leaders. A background paper prepared by the Scientific Advisory Committee to the Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health*, 2002 <http://www.mentalhealthroundtable.ca/documents.html> accessed 20 July 2009
- ¹⁹⁷ Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference 2005. World Health Organization Regional Office for Europe 2005. http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050912_1 accessed 20 July 2009
- ¹⁹⁸ Kessler RC and Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological Medicine* 1997;27(4):861-873.
- ¹⁹⁹ European Agency for Safety and Health at Work. <http://osha.europa.eu/en/topics/stress> accessed 20 July 2009.
- ²⁰⁰ Shain M. *Stress at work: mental injury and the law in Canada*. Mental Health Commission of Canada, 21 February 2009 (rev.) http://www.neighbouratwork.com/view.cfm?Prod_Key=2654&PROD_DETAIL_KEY=3884&TEMP=ContentNoLink accessed 31 August 2009. (See also <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/Pages/default.aspx> accessed 31 August 2009)
- ²⁰¹ Duxbury L and Higgins C. *Work-life conflict in Canada in the new millennium: Report 6: Key findings and recommendations from the 2001 National Work-Life Conflict Study*. 2009 Health Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/occup-travail/balancing_six-equilibre_six/index-eng.php accessed 6 August 2009
- ²⁰² Employers' Forum on Disability *The business case for disability confidence*. <http://www.efd.org.uk/disability/disability-confidence-business-case> accessed 15 Sept 2009
- ²⁰³ Duxbury L and Higgins C. *Work-life conflict in Canada in the new millennium: Report 6: Key findings and recommendations from the 2001 National Work-Life Conflict Study*. 2009 Health Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/occup-travail/balancing_six-equilibre_six/index-eng.php accessed 6 August 2009
- ²⁰⁴ Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. 2008 http://www.euro.who.int/healthsystems/Conference/Documents/20080620_10 accessed 17 July 2009.
- ²⁰⁵ Verbeek J. Evidence-based occupational health and the Cochrane Collaboration: an introduction. *International Congress Series* 2006;1294:3-6.
- ²⁰⁶ Kreis J and Bödeker W. *Health-related and economic benefits of workplace health promotion and prevention: Summary of the scientific evidence*. IGA-Report 3e. Essen, BKK Bundesverband, 2004: 11.
- ²⁰⁷ Kreis J and Bödeker W. *Health-related and economic benefits of workplace health promotion and prevention: Summary of the scientific evidence*. IGA-Report 3e. Essen, BKK Bundesverband, 2004: 11-12.
- ²⁰⁸ Messing K and Östlin P. *Gender equality, work and health: a review of the evidence*. Geneva, World Health Organization, 2006.
- ²⁰⁹ Light work: questioning the Hawthorne Effect. *The Economist* 4 June 2009. http://www.economist.com/businessfinance/displayStory.cfm?story_id=13788427 accessed 22 July 2009
- ²¹⁰ Prochaska JO and DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983;51(3):390-395.

- ²¹¹ Martuzzi M and Tickner JA, eds. *The precautionary principle: protecting public health, the environment and the future of our children*. 2004 Geneva: World Health Organization, Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20041119_1 accessed 22 July 2009
- ²¹² Grawitch MJ et al. Leading the healthy workforce: the integral role of employee involvement. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 2009;61(2):122-135.
- ²¹³ European Network for Workplace Health Promotion. *Healthy employees in healthy organisations: for sustainable social and economic development in Europe*. Essen, European Network for Workplace Health Promotion, 2005: 10.
- ²¹⁴ Aldana S. Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 2001;15(15):296.
- ²¹⁵ Burton J. The business case for a healthy workplace. Mississauga, Canada: Industrial Accident Prevention Association, 2008:7. http://www.iapa.ca/main/Resources/resources_downloads.aspx#healthy accessed 23 July 2009.
- ²¹⁶ Aldana S. Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 2001;15(15):296. http://healthpromotionjournal.com/mm5/merchant.mvc?abstract_only accessed 11 July 2009
- ²¹⁷ Sockoll I, Kramer I, Bödeker W. *Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention*. iga-Report 13e, 2009 page 54.
- ²¹⁸ Sockoll I, Kramer I, Bödeker W. *Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention*. iga-Report 13e, 2009) page 54.
- ²¹⁹ Sockoll I, Kramer I, Bödeker W. *Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention*. iga-Report 13e, 2009, page 48.
- ²²⁰ Mossink JCM. Understanding and performing economic assessments at the company level. *Protecting Workers' Health Series No. 2*. World Health Organization 2004 http://www.who.int/occupational_health/publications/ecoassessment/en/ accessed 30 December 2009
- ²²¹ Lahiri S et al. Net-cost model for workplace interventions. *Journal of Safety Research – ECON Proceedings*, 2005;36:241-255. www.who.int/entity/occupational_health/topics/lahiri.pdf accessed 30 December 2009
- ²²² Hamalainen P, Takala J, and Saarela KL. Global estimates of occupational accidents. *Safety Science* 2006;44:137-156. <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/accid/index.htm> accessed 20 July 2009
- ²²³ Institute for Work and Health 2008. *Are workplace prevention programs effective? Sharing best evidence: highlights of a systemic review*. April 2008. <http://www.iwh.on.ca/sbe/are-workplace-prevention-programs-effective> accessed 24 July 2009
- ²²⁴ Institute for Work and Health 2008. *Are workplace prevention programs effective? Sharing best evidence: highlights of a systemic review*. April 2008. <http://www.iwh.on.ca/sbe/are-workplace-prevention-programs-effective> accessed 24 July 2009
- ²²⁵ Institute for Work and Health 2008. *Are workplace prevention programs effective? Sharing best evidence: highlights of a systemic review*. April 2008. <http://www.iwh.on.ca/sbe/are-workplace-prevention-programs-effective> accessed 24 July 2009
- ²²⁶ Institute for Work and Health 2008. *Are workplace prevention programs effective? Sharing best evidence: highlights of a systemic review*. April 2008. <http://www.iwh.on.ca/sbe/are-workplace-prevention-programs-effective> accessed 24 July 2009
- ²²⁷ Institute for Work and Health 2008. *Are workplace prevention programs effective? Sharing best evidence: highlights of a systemic review*. April 2008. <http://www.iwh.on.ca/sbe/are-workplace-prevention-programs-effective> accessed 24 July 2009
- ²²⁸ Institute for Work and Health 2008. *Are workplace prevention programs effective? Sharing best evidence: highlights of a systemic review*. April 2008. <http://www.iwh.on.ca/sbe/are-workplace-prevention-programs-effective> accessed 24 July 2009
- ²²⁹ Cole D et al. *Effectiveness of participatory ergonomic interventions: a systematic review*. Institute for Work and Health 2005. <http://www.iwh.on.ca/sbe/effectiveness-of-participatory-ergonomics-summary-of-a-systematic-review> accessed 24 July 2009
- ²³⁰ Institute for Work and Health 2008. *Factors for success in participatory ergonomics. Sharing best evidence: highlights of a systemic review*. March 2008. <http://www.iwh.on.ca/sbe/factors-for-success-in-participatory-ergonomics> accessed 24 July 2009.
- ²³¹ Kreis J and Bödeker W. *Health-related and economic benefits of workplace health promotion and prevention: Summary of the scientific evidence*. IGA-Report 3e. Essen, BKK Bundesverband, 2004: 11. p38.
- ²³² Podneice Z. *Work-related musculoskeletal disorders: Prevention report*. European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg 2008. <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE8107132ENC/view> accessed 5 October 2009
- ²³³ Institute for Work and Health 2008. *Are workplace prevention programs effective? Sharing best evidence: highlights of a systemic review*. April 2008. <http://www.iwh.on.ca/sbe/are-workplace-prevention-programs-effective> accessed 24 July 2009
- ²³⁴ van Duijvenbode I, et al. Lumbar supports for prevention and treatment of low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4, Art. No.:CD001823. DOI: 10.1002/14651858.CD001823.pub3.

- ²³⁵ Podneice Z. Work-related musculoskeletal disorders: Prevention report. European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg 2008. <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE8107132ENC/view> accessed 5 October 2009
- ²³⁶ Podneice Z. Work-related musculoskeletal disorders: Back to work report. European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg 2007. <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807300/view> accessed 5 October 2009
- ²³⁷ Van Eerd W et al. *Workplace interventions to prevent musculoskeletal and visual symptoms and disorders among computer users: a systematic review: a summary*. Institute for Work and Health 2008. <http://www.iwh.on.ca/sbe/preventing-msds-among-computer-users-summary-of-a-systematic-review> accessed 24 July 2009.
- ²³⁸ Martimo K-P et al. Manual material handling advice and assistive devices for preventing and treating back pain in workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3, Art. No.: CD005958. DOI: 10.1002/14651858.CD005958.pub2.
- ²³⁹ Verbeek JH et al. Interventions to prevent occupational noise induced hearing loss. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3, Art. No.: CD006396. DOI: 10.1002/14651858.CD006396.
- ²⁴⁰ Sahar T, et al. Insoles for prevention and treatment of back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4, Art. No.:CD005275. DOI: 10.1002/14651858.CD005275.pub2
- ²⁴¹ Podneice Z. Work-related musculoskeletal disorders: Prevention report. European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg 2008. <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE8107132ENC/view> accessed 5 October 2009
- ²⁴² El Dib R et al. Interventions to promote the wearing of hearing protection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2, Art. No.:CD005234. DOI: 10.1002/14651858.CD005234.pub2.
- ²⁴³ Van Eerd W et al. *Workplace interventions to prevent musculoskeletal and visual symptoms and disorders among computer users: a systematic review: a summary*. Institute for Work and Health 2008. <http://www.iwh.on.ca/sbe/preventing-msds-among-computer-users-summary-of-a-systematic-review> accessed 24 July 2009.
- ²⁴⁴ Institute for Work and Health 2007. *Prevention programs for health-care workers. Sharing best evidence: highlights of a systemic review*. April 2007. <http://www.iwh.on.ca/sbe/prevention-programs-for-health-care-workers> accessed 24 July 2009
- ²⁴⁵ Verbeek JH et al. Interventions to prevent occupational noise induced hearing loss. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3, Art. No.: CD006396. DOI: 10.1002/14651858.CD006396.
- ²⁴⁶ Rautianinen R et al. Interventions for preventing injuries in the agricultural industry. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1, Art. No.:CD006398. DOI: 10.1002/14651858.CD006398.
- ²⁴⁷ van der Molen H. Interventions for preventing injuries in the construction industry. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4, Art. No.:CD006251. DOI: 10.1002/14651858.CD006251.pub2
- ²⁴⁸ Shah A et al. Educational interventions for the prevention of eye injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4, Art. No.: CD006527. DOI: 10.1002/14651858.CD006527.pub3.
- ²⁴⁹ Podneice Z. Work-related musculoskeletal disorders: Prevention report. European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg 2008. <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE8107132ENC/view> accessed 5 October 2009
- ²⁵⁰ Jordan J et al. *Beacons of excellence in stress prevention*. Robertson Cooper Ltd. and UMIST. Research Report 133. 2003.
- ²⁵¹ Sockoll I, Kramer I and Bödeker W. *Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention: summary of the scientific evidence 2000 to 2006. Iga report 13e*. Essen: Federal Association of Company Health Insurance Funds (BKK Budnesverband) March 2009. <http://www.iga-info.de/index.php?id=143> accessed 11 July 2009. p.28
- ²⁵² Sockoll I, Kramer I and Bödeker W. *Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention: summary of the scientific evidence 2000 to 2006. Iga report 13e*. Essen: Federal Association of Company Health Insurance Funds (BKK Budnesverband) March 2009. <http://www.iga-info.de/index.php?id=143> accessed 11 July 2009. p.21
- ²⁵³ Graveling RA et al. *A review of workplace interventions that promote mental well-being in the workplace*. Institute of Occupational Medicine, Edinburgh, February 2008. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/MentalWellbeingWorkFinalReport.pdf> accessed 2 October 2009
- ²⁵⁴ Michie S and Williams S. Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occupational and Environmental Medicine* 2003;60:3-9.
- ²⁵⁵ Graveling RA et al. *A review of workplace interventions that promote mental well-being in the workplace*. Institute of Occupational Medicine, Edinburgh, February 2008. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/MentalWellbeingWorkFinalReport.pdf> accessed 2 October 2009
- ²⁵⁶ Marine A et al. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, Issue 4, Art. No.: CD002892. DOI: 10.1002/14651858.CD002892.pub2.
- ²⁵⁷ Caulfield N et al. A review of occupational stress interventions in Australia. *International Journal of Stress Management* 2004;11(2):149-166.

- ²⁵⁸ Westgaard R and Winkel J. Ergonomics interventions research for improved musculoskeletal health: a critical review. *International Journal of Industrial Ergonomics* 1997;20(6):463-500.
- ²⁵⁹ Graveling RA et al. *A review of workplace interventions that promote mental well-being in the workplace*. Institute of Occupational Medicine, Edinburgh, February 2008. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/MentalWellbeingWorkFinalReport.pdf> accessed 2 October 2009
- ²⁶⁰ Graveling RA et al. *A review of workplace interventions that promote mental well-being in the workplace*. Institute of Occupational Medicine, Edinburgh, February 2008. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/MentalWellbeingWorkFinalReport.pdf> accessed 2 October 2009
- ²⁶¹ Podnec Z. Work-related musculoskeletal disorders: Prevention report. European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg 2008. <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE8107132ENC/view> accessed 5 October 2009
- ²⁶² *Interventions on diet and physical activity: what works. Summary Report*. World Health Organization 2009. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/whatworks-workplace/en/index.html> accessed 3 Sept 2009
- ²⁶³ *Preventing non-communicable diseases in the workplace through diet and physical activity: WHO/World Economic Forum Report of a joint event*. Geneva: World Health Organization 2008.
- ²⁶⁴ Giga SI et al. The UK perspective: a review of research on organisational stress management interventions. *Australian Psychologist* 2003;38(2):158-164.
- ²⁶⁵ Rose SC et al. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 4, Art. No.: CD000560. COI: 10.1002/14651858.CD000560.
- ²⁶⁶ Sockoll I, Kramer I and Bödeker W. *Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention: summary of the scientific evidence 2000 to 2006. Iga report 13e*. Essen: Federal Association of Company Health Insurance Funds (BKK Bundesverband) March 2009. <http://www.iga-info.de/index.php?id=143> accessed 11 July 2009. P. 10
- ²⁶⁷ Cashman CM et al. Alcohol and drug screening of occupational drivers for preventing injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD006566. COI: 10.1002/14651858.CD006566/pub2.
- ²⁶⁸ Institute for Work and Health 2009. *Do workplace programs protect upper extremity musculoskeletal health? Sharing best evidence: highlights of a systemic review*. February 2009. <http://www.iwh.on.ca/sbe/do-workplace-programs-protect-upper-extremity-musculoskeletal-health> accessed 24 July 2009.
- ²⁶⁹ Kreis J and Bödeker W. *Health-related and economic benefits of workplace health promotion and prevention: Summary of the scientific evidence*. IGA-Report 3e. Essen, BKK Bundesverband, 2004: 11-12. p30.
- ²⁷⁰ Pelletier KR. A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: 1995-1998 update (IV). *American Journal of Health Promotion* 1999;13(6):333-345.
- ²⁷¹ Proper KI et al.. Effectiveness of physical activity programs at worksites with respect to work-related outcomes. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 2002;28(2):75-84.
- ²⁷² Pelletier KR. A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: 1998-2000 update. *American Journal of Health Promotion* 2001; 16(2):107 – 116.
- ²⁷³ *Preventing non-communicable diseases in the workplace through diet and physical activity: WHO/World Economic Forum Report of a joint event*. Geneva: World Health Organization 2008.
- ²⁷⁴ Cahill K and Perera R. Competitions and incentives for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Aart. No.: CD004307. DOI: 10.1002/14651858.CD004307.pub3.
- ²⁷⁵ Institute for Work and Health 2009. *Do workplace programs protect upper extremity musculoskeletal health? Sharing best evidence: highlights of a systemic review*. February 2009. <http://www.iwh.on.ca/sbe/do-workplace-programs-protect-upper-extremity-musculoskeletal-health> accessed 24 July 2009.
- ²⁷⁶ Janer G, Sala M, and Kogevinas M. Health promotion trials at worksites and risk factors for cancer. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 2002;28(3):141-157
- ²⁷⁷ Oliver AJ. Editorial: Can financial incentives improve health equity? *British Medical Journal* 2009; 339:b3847 http://www.bmj.com/cgi/content/full/339/sep24_2/b3847 accessed 30 September 2009
- ²⁷⁸ Proper KI et al. The effectiveness of worksite physical activity programs on physical activity, physical fitness, and health. *Clinical Journal of Sport Medicine* 2003;13:106-117.
- ²⁷⁹ Janer G, Sala M, and Kogevinas M. Health promotion trials at worksites and risk factors for cancer. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 2002;28(3):141-157
- ²⁸⁰ Cahill K, Moher M and Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD003440. COI: 10.1002/14651858.CD003440.pub3.
- ²⁸¹ Institute for Work and Health 2008. *Are workplace prevention programs effective? Sharing best evidence: highlights of a systemic review*. April 2008. <http://www.iwh.on.ca/sbe/are-workplace-prevention-programs-effective> accessed 24 July 2009
- ²⁸² Janer G, Sala M, and Kogevinas M. Health promotion trials at worksites and risk factors for cancer. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 2002;28(3):141-157

- ²⁸³ Matson-Koffman DM et al. A site specific literature review of policy and environmental interventions that promote physical activity and nutrition for cardiovascular health: what works? *The Science of Health Promotion*, 2005;19(3):167-193.
- ²⁸⁴ Matson-Koffman DM et al. A site specific literature review of policy and environmental interventions that promote physical activity and nutrition for cardiovascular health: what works? *The Science of Health Promotion*, 2005;19(3):167-193.
- ²⁸⁵ Fichtenberg CM, Glantz SA: Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour review. *British Medical Journal* 2002, 325:188-191.
- ²⁸⁶ Cahill K, Moher M and Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD003440. COI: 10.1002/14651858.CD003440.pub3.
- ²⁸⁷ Marine A et al. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, Issue 4. Art. No.: CD002892. DOI:10.1002/14651858.CD002892.pub2.
- ²⁸⁸ Chen W and Gluud C. Vaccines for preventing hepatitis B in health-care workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD000100. DOI: 10.1002/14651858.CD000100.pub3
- ²⁸⁹ Graveling RA et al. *A review of workplace interventions that promote mental well-being in the workplace*. Institute of Occupational Medicine, Edinburgh, February 2008. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/MentalWellbeingWorkFinalReport.pdf> accessed 2 October 2009
- ²⁹⁰ *Interventions on diet and activity: what works. Summary Report*. World Health Organization 2009. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/whatworks-workplace/en/index.html> accessed 3 Sept 2009
- ²⁹¹ Goetzel R et al. promising practices in employer health and productivity management efforts: findings from a benchmarking study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2007;49(2):111-130. http://journals.lww.com/joem/Abstract/2007/02000/Promising_Practices_in_Employer_Health_and.3.aspx abstract accessed 30 September 2009
- ²⁹² Rosen S et al. AIDS is your business. *Harvard Business Review*, 2003;81(2):80-87.
- ²⁹³ Industry Canada. http://www.ic.gc.ca/eic/site/csr-rse.nsf/eng/h_rs00094.html#tphp accessed 31 July 2009.
- ²⁹⁴ Dow Jones Sustainability Indexes website: <http://www.sustainability-index.com/default.html> accessed 30 September 2009
- ²⁹⁵ Canadian Centre for Occupational Health and Safety. <http://www.ccohs.ca/products/oshworks/> accessed 31 July 2009
- ²⁹⁶ *Regional guidelines for the development of healthy workplaces*. World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific November 1999.
- http://www.who.int/occupational_health/publications/wproqui-delines/en/index.html accessed 10 July 2009
- ²⁹⁷ BSI Group. <http://www.bsiamerica.com/en-us/Assessment-and-Certification-services/Management-systems/Standards-and-schemes/OHSAS-18001/> accessed 31 July 2009.
- ²⁹⁸ International Labour Office. *Guidelines on occupational safety and health management systems ILO-OSH 2001*. Geneva: International Labour Office 2001 <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/management/index.htm> accessed 11 July 2009.
- ²⁹⁹ Robson L et al. The effectiveness of occupational health and safety management systems: a systematic review. *Safety Science* 2007;45:329-353. <http://www.iwh.on.ca/effectiveness-of-occupational-health-and-safety-management-system-interventions-a-systematic-review> abstract retrieved 24 July 2009.
- ³⁰⁰ L Robson, personal communication e-mail, 10 August 2009.
- ³⁰¹ Guzman J et al. Decreasing occupational injury and disability: the convergence of systems theory, knowledge transfer and action research. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 2008;30(3):229-329
- ³⁰² Grawitch MJ et al. Leading the healthy workforce: the integral role of employee involvement. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 2009;61(2):122-135.
- ³⁰³ Walters D et al. The role and effectiveness of safety representatives in influencing workplace health and safety. HSE Research Report 363, 2005. www.hse.gov.uk/research/rrhtm/rr363.htm accessed 11 November 2009
- ³⁰⁴ Schnall PL, Dobson M, and Rosskam E, eds. *Unhealthy work: causes, consequences, cures*. Amityville, New York: Baywood Publishing Company Inc.; 2009. Page 169.
- ³⁰⁵ Bryce GK and Manga P. The effectiveness of health and safety committee. *Relations Industrielles/Industrial Relations* 1985;40(2):257-283. <http://www.erudit.org/revue/ri/1985/v40/n2/050133ar.pdf> accessed 11 November 2009.
- ³⁰⁶ Lewchuk W, Robb AL, Walters V. The effectiveness of Bill 70 and joint health & safety committees in reducing injuries in the workplace: the case of Ontario. *Canadian Public Policy-Analyse de Politiques*, 1996;22(3):225-243.
- ³⁰⁷ Blewett V. Working Together: A review of the effectiveness of the health and safety representative and workplace health and safety committee system in South Australia. Adelaide: South Australian WorkCover Corporation; 2001. <http://www.saferwork.com/contentPages/docs/hsrWorkingTogetherReport.pdf> accessed 11 November 2009
- ³⁰⁸ O'Grady J. Joint health and safety committees: finding a balance. In: Sullivan T, editor. *Injury and the new world of work*. Vancouver: UBC Press; 2000.

³⁰⁹ Guzman J et al. Decreasing occupational injury and disability: the convergence of systems theory, knowledge transfer and action research. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 2008;30(3):229-329

³¹⁰ Lowe GS. *Healthy workplace strategies: creating change and achieving results*. 2004. P.8. <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/occup-travail/work-travail/whr-rmt-eng.php#c> accessed 20 Aug 2009.

³¹¹ Sorensen G and Barbeau E. *Steps to a healthier US workforce: integrating occupational health and safety and worksite health promotion: state of the science*. Presentation at Steps to a Healthier Workforce Symposium, October 26-28, 2004, Harvard School of Public Health. <http://www.cdc.gov/niosh/worklife/steps/pdfs/Sorensen%20primary.pdf> accessed 5 October 2009.

³¹² Sorensen G et al. A comprehensive worksite cancer prevention intervention: behavior change results from a controlled trial (United States). *Cancer Causes and Control* 2002, 13(6):183-502 <http://www.springerlink.com/content/k7k8wxaa4bjg35ne/?p=a7fc4efbb63d4cf48b18eda8b94ca40c&pi=0> accessed 5 October 2009.

³¹³ Kaplan RS and Norton DP. *The balanced scorecard: translating strategy into action*. Boston, MA: Harvard Business School Press, 1996.

³¹⁴ Benach J, Muntaner C and Santana V, Chairs. *Employment conditions and health inequalities*. Employment Conditions Knowledge Network, Final Report to WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007 http://www.who.int/social_determinants/themes/employment_conditions/en/ accessed 8 Sept 2009

³¹⁵ Benach J, Muntaner C and Santana V, Chairs. *Employment conditions and health inequalities*. Employment Conditions Knowledge Network, Final Report to WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007 http://www.who.int/social_determinants/themes/employment_conditions/en/ accessed 8 Sept 2009

³¹⁶ Benach J, Muntaner C and Santana V, Chairs. *Employment conditions and health inequalities*. Employment Conditions Knowledge Network, Final Report to WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007 http://www.who.int/social_determinants/themes/employment_conditions/en/ accessed 8 Sept 2009

³¹⁷ Table 2 page 42, from: Benach J, Muntaner C, and Santana V. *Employment conditions and health inequalities*. Commission on Social Determinants of Health, Final Report to WHO 2007. http://www.who.int/social_determinants/themes/employment_conditions/en/index.html accessed 1 September 2009

³¹⁸ International Labour Organization. *Report of the Conference Committee on the Application of Standards (ILC 2009)*, International Labour Conference, 98th Session, Geneva, 2009. http://www.ilo.org/global/What_we_do/InternationalLabourStandards/WhatsNew/lang-en/docName--WCMS_108447/index.htm accessed 9 August 2009

³¹⁹ WHO Framework convention on tobacco control, 2003. <http://www.who.int/features/2003/08/en/> accessed 10 November 2009.

³²⁰ Data compiled from ILO website <http://www.ilo.org/ilolex/english/convdisp1.htm> accessed 9 August 2009

³²¹ *Gender equality at the heart of decent work*. International Labour Organization Report VI, International Labour Conference, 98th Session, 2009. Page 130.

³²² ILO Codes of Practice, *Ambient factors/Annex/Occupational Exposures*.

³²³ *General survey concerning the Occupational Safety and Health Convention. 1981 (No.155) and the Protocol of 2002 to the Occupational Safety and Health Convention*: Report III, Part 1B. 98th Session, 2009. International Labour Office. http://www.ilo.org/global/What_we_do/Officialmeetings/ilc/ILCSessions/98thSession/ReportsubmittedtotheConference/lang-en/docName--WCMS_103485/index.htm accessed 7 October 2009.

³²⁴ *General survey concerning the Occupational Safety and Health Convention. 1981 (No.155) and the Protocol of 2002 to the Occupational Safety and Health Convention*: Report III, Part 1B. 98th Session, 2009. International Labour Office. http://www.ilo.org/global/What_we_do/Officialmeetings/ilc/ILCSessions/98thSession/ReportsubmittedtotheConference/lang-en/docName--WCMS_103485/index.htm accessed 9 August 2009.

³²⁵ All such Directives and other EU legislation may be accessed from <http://eur-lex.europa.eu/en/index.htm> accessed 30 September 2009.

³²⁶ *Workers compensation laws*, 2nd Ed. A joint publication of the International Association of Industrial Accident Boards and Commissions (IAIABC) and the Workers' Compensation Research Institute (WCRI), WC-09-30. June 2009.

³²⁷ *Workers compensation laws*, 2nd Ed. A joint publication of the International Association of Industrial Accident Boards and Commissions (IAIABC) and the Workers' Compensation Research Institute (WCRI), WC-09-30. June 2009.

³²⁸ O'Halloran M, Chief Executive Officer, Health and Safety Authority, Ireland. Personal communication xx 2009.

³²⁹ *Workers compensation laws*, 2nd Ed. A joint publication of the International Association of Industrial Accident Boards and Commissions (IAIABC) and the Workers' Compensation Research Institute (WCRI), WC-09-30. June 2009.

³³⁰ *Gender equality at the heart of decent work*. International Labour Organization Report VI, International Labour Conference, 98th Session, 2009. Pages 130-131.

³³¹ Messing K and Östlin P. *Gender equality, work and health: a review of the evidence*. Geneva, World Health Organization, 2006.

³³² *Worldwide guide to trade unions and work councils*. 2009 Ed. Baker & McKenzie International.

³³³ United States Department of Labour, Bureau of Labour Statistics, Union Members Summary. <http://www.bls.gov/news.release/union2.nr0.htm> accessed 2 January 2010.

- ³³⁴ *Worldwide guide to trade unions and work councils*. 2009 Ed. Baker & McKenzie International, page 157.
- ³³⁵ Swedish 'roving reps' show their health & safety value. *TUC Education European Review* 2007;39, page 9. <http://www.unionlearn.org.uk/education/learn-1626-f0.pdf> accessed 2 January 2010.
- ³³⁶ *Gender equality at the heart of decent work*. International Labour Organization Report VI, International Labour Conference, 98th Session, 2009. Page 16.
- ³³⁷ *Gender equality at the heart of decent work*. International Labour Organization Report VI, International Labour Conference, 98th Session, 2009. Page 15.
- ³³⁸ Fudge J, Tucker E and Vosko L. *The legal concept of employment: marginalizing workers*. Report prepared for the Law Commission of Canada, 25 October 2002. <http://dalspace1.library.dal.ca/dspace/handle/10222/10303> accessed 6 October 2009.
- ³³⁹ Benach J, Muntaner C and Santana V, Chairs. *Employment conditions and health inequalities*. Employment Conditions Knowledge Network, Final Report to WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007 http://www.who.int/social_determinants/themes/employment_conditions/en/ accessed 8 Sept 2009
- ³⁴⁰ Reglamento de Seguridad Y Salud en el Trabajo, Decreto Supremo No. 009-2005-TR. Sections 45, 46-56.
- ³⁴¹ EU Social Dialogue, Framework agreement on work-related stress http://ec.europa.eu/employment_social/dsw/public/actRetrieveText.do?id=10402 accessed 5 October 2009.
- ³⁴² *Worldwide guide to termination, employment discrimination, and workplace harassment laws*. 2009 Ed. Baker & McKenzie International.
- ³⁴³ Shain M. *Stress at work: mental injury and the law in Canada*. Mental Health Commission of Canada, 21 February 2009 (rev.) http://www.neighbouratwork.com/view.cfm?Prod_Key=2654&PROD_DETAIL_KEY=3884&TEMP=ContentNoLink accessed 14 July 2009. (See also <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/Pages/default.aspx> accessed 14 July 2009)
- ³⁴⁴ Hyman J. More on smoking as a disability. *Ohio Employer's Law Blog* October 30, 2008. <http://ohioemploymentlaw.blogspot.com/2008/10/more-on-smoking-as-disability.html> accessed 13 August 2009.
- ³⁴⁵ One size fits all" fitness test not a *bona fide* occupational requirement for firefighting, board finds. *Lancaster's Biweekly Firefighters/Fire Services Employment Bulletin*, Dec 1, 2006. <http://www.lancasterhouse.com/services/ffel/ffel-e-bulletin.asp#B> accessed 13 August 2009
- ³⁴⁶ Holmes N and Richer K. Drug testing in the workplace. *Library of Parliament* PRB 07-51E, 28 February 2008. <http://www.parl.gc.ca/information/library/PRBpubs/prb0751-e.htm> accessed 13 August 2009.
- ³⁴⁷ Kleinfeld NR. Costs of a crisis: diabetics in the workplace confront a tangle of laws. *The New York Times*, 26 December 2006. (http://www.nytimes.com/2006/12/26/health/26workplace.html?_r=1&th=&oref= accessed 4 July 2009)
- ³⁴⁸ National Environmental Legislation, United Nations Environment Programme website http://www.unep.org/Law/Law_instruments/National_Legislation/index.asp# accessed 2 October 2009
- ³⁴⁹ *Preventing non-communicable diseases in the workplace through diet and physical activity: WHO/World Economic Forum Report of a joint event*. Geneva: World Health Organization 2008.
- ³⁵⁰ Joint ILO/WHO guidelines on health services and HIV/AIDS. Geneva: International Labour Office and World Health Organization TMESH/2005/8 2005. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/healthservices/en/index.html> accessed 11 July 2009
- ³⁵¹ *General survey concerning the Occupational Safety and Health Convention. 1981 (No. 155) and the Protocol of 2002 to the Occupational Safety and Health Convention: Report III, Part 1B. 98th Session, 2009*. International Labour Office. http://www.ilo.org/global/What_we_do/Officialmeetings/ilc/ILCSessions/98thSession/ReportsubmittedtotheConference/ang-en/docName--WCMS_103485/index.htm accessed 9 August 2009.
- ³⁵² Balakrishnan K. *Creating healthy workplaces in India: emerging paradigms from select case studies*. PowerPoint presentation presented to Healthy Workplace Workshop participants, 23 October 2009, WHO Headquarters, Geneva Switzerland.
- ³⁵³ Goenka S et al. *Powering India's growth*. World Health Organization and IC Health Scientific Secretariate, New Delhi, India 2007. http://www.whoindia.org/LinkFiles/Health_Promotion_Health_Promotion_Powering_India%27s_Growth.pdf accessed 11 November 2009.
- ³⁵⁴ Arnaout S. *Workers health in the Eastern Mediterranean*. PowerPoint presentation presented at the 8th Meeting of the Global Network of WHO Collaborating Centres for Occupational Health, 20 October 2009, WHO Headquarters, Geneva, Switzerland.
- ³⁵⁵ World Health Organization. *Gender, health and work*. September 2004. www.who.int/entity/gender/other_health/Gender_HealthandWorkorklast.pdf accessed 27 September 2009.
- ³⁵⁶ *Seoul Declaration on Safety and Health at Work*. International Labour Organization, International Safety and Security Organization, Korean Occupational Safety and Health Agency, 2008. <http://www.seouldeclaration.org/index.php> accessed 9 December 2009
- ³⁵⁷ International Labour Organization SafeWork. <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/sectors/informal/index.htm> accessed 10 November 2009.
- ³⁵⁸ Benach J, Muntaner C and Santana V, Chairs. *Employment conditions and health inequalities*. Employment Conditions Knowledge Network, Final Report to WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007

http://www.who.int/social_determinants/themes/employment_conditions/en/ accessed 8 Sept 2009

³⁵⁹ Messing K and Östlin P. *Gender equality, work and health: a review of the evidence*. Geneva, World Health Organization, 2006.

³⁶⁰ *Regional guidelines for the development of healthy workplaces*. World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific November 1999. http://www.who.int/occupational_health/publications/wproguidelines/en/index.html accessed 17 Aug 2009

³⁶¹ Bryce GK and Manga P. The effectiveness of health and safety committee. *Relations Industrielles/Industrial Relations* 1985;40(2):257-283. <http://www.erudit.org/revue/ri/1985/v40/n2/050133ar.pdf> accessed 11 November 2009.

³⁶² Lewchuk W, Robb AL, Walters V. The effectiveness of Bill 70 and joint health & safety committees in reducing injuries in the workplace: the case of Ontario. *Canadian Public Policy-Analyse de Politiques*,1996;22(3):225-243.

³⁶³ Blewett V. Working Together: A review of the effectiveness of the health and safety representative and workplace health and safety committee system in South Australia. Adelaide: South Australian WorkCover Corporation; 2001. <http://www.saferwork.com/contentPages/docs/hsrWorkingTogetherReport.pdf> accessed 11 November 2009

³⁶⁴ O'Grady J. Joint health and safety committees: finding a balance. In: Sullivan T, editor. *Injury and the new world of work*. Vancouver: UBC Press; 2000.

³⁶⁵ *Regional guidelines for the development of healthy workplaces*. World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific November 1999. http://www.who.int/occupational_health/publications/wproguidelines/en/index.html accessed 17 Aug 2009

³⁶⁶ *Regional guidelines for the development of healthy workplaces*. World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific November 1999. http://www.who.int/occupational_health/publications/wproguidelines/en/index.html accessed 17 Aug 2009

³⁶⁷ A.H. Maslow, A Theory of Human Motivation, *Psychological Review* 1943;50(4):370-96.

³⁶⁸ *Gender equality at the heart of decent work*. International Labour Organization Report VI, International Labour Conference, 98th Session, 2009. Page 93.

³⁶⁹ Janer G, Sala M, and Kogevinas M. Health promotion trials at worksites and risk factors for cancer. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 2002; 28(3):141-157

³⁷⁰ Rantanen J. *Basic occupational health services: strategy, structures, activities, resources*. Helsinki: Finnish Institute for Occupational Health, 3rd ed. 2007. http://www.who.int/occupational_health/publications/bohsbooklet/en/index.html accessed 14 July 2009

³⁷¹ International Labour Organization. *C161 Convention concerning Occupational Health Services*, 1985.

<http://www.ilo.org/ilolex/english/convdisp1.htm> accessed 8 August 2009

³⁷² Rantanen J. *Basic occupational health services: strategy, structures, activities, resources*. Helsinki: Finnish Institute for Occupational Health, 3rd ed. 2007. http://www.who.int/occupational_health/publications/bohsbooklet/en/index.html accessed 14 July 2009

³⁷³ Benach J, Muntaner C and Santana V, Chairs. *Employment conditions and health inequalities*. Employment Conditions Knowledge Network, Final Report to WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007 http://www.who.int/social_determinants/themes/employment_conditions/en/ accessed 8 Sept 2009

