

Guía del formador

SOLVE:

Integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo





SOLVE:

Integrando la promoción de la salud
a las políticas de SST
en el lugar de trabajo

Copyright © Organización Internacional del Trabajo 2012
Segunda edición 2012

Las publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo gozan de la protección de los derechos de propiedad intelectual en virtud del protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre Derecho de Autor. No obstante, ciertos extractos breves de estas publicaciones pueden reproducirse sin autorización, con la condición de que se mencione la fuente. Para obtener los derechos de reproducción o de traducción, deben formularse las correspondientes solicitudes a Publicaciones de la OIT (Derechos de autor y licencias), Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, o por correo electrónico a pubdroit@ilo.org, solicitudes que serán bien acogidas.

Las bibliotecas, instituciones y otros usuarios registrados ante una organización de derechos de reproducción pueden hacer copias de acuerdo con las licencias que se les hayan expedido con ese fin. En www.ifro.org puede encontrar la organización de derechos de reproducción de su país.

SOLVE: integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo : guía del formador: / Oficina Internacional del Trabajo. - Ginebra: OIT, 2012

ISBN 9789223250294 ; 9789223250300 (web pdf) ; 9789223242817 (CD-ROM)

International Labour Office

salud en el trabajo / seguridad en el trabajo / formación de formadores / organización del trabajo / condiciones de trabajo / estrés / acoso psicológico laboral / violencia en el trabajo / VIH & SIDA / alcoholismo / drogadicción / tabaquismo / nutrición / papel de la OIT / nivel de la empresa

13.04.2

Primera edición en español Copyright © Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España, 2004

Publicado también en francés: *SOLVE: Intégrer la promotion de la santé dans les politiques de sécurité et santé au travail: Guide du formateur* ISBN: 978-92-2-225029-5 (impreso); 978-92-2-225030-1 (web pdf); 978-92-2-224281-8 (CD-ROM), Ginebra, 2012, y en inglés: *SOLVE: Integrating Health Promotion into Workplace OSH Policies: Trainer's guide* ISBN 978-92-2-125029-6 (impreso); 978-92-2-125030-2 (web pdf); 978-92-2-124281-9 (CD-ROM), Ginebra, 2012.

Datos de catalogación de la OIT

Las denominaciones empleadas, en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos en las publicaciones de la OIT no implican juicio alguno por parte de la Oficina Internacional del Trabajo sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos, estudios y otras colaboraciones firmados incumbe exclusivamente a sus autores y su publicación no significa que la OIT las sancione.

Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la Oficina Internacional del Trabajo, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Las publicaciones y los productos electrónicos de la OIT pueden obtenerse en las principales librerías o en oficinas locales de la OIT en muchos países o pidiéndolos a Publicaciones de la OIT, Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza. También pueden solicitarse catálogos o listas de nuevas publicaciones a la dirección antes mencionada o por correo electrónico a: pubvente@ilo.org.

Vea nuestro sitio en la red: www.ilo.org/publns.

Diseño: Valeria Morra, ITCILO. Ilustraciones: Enzo Fortarezza, ITCILO
Impreso por el Centro Internacional de Formación de la OIT, Turín, Italia

Prefacio

En años recientes se ha prestado más atención al impacto de los factores psicosociales en el lugar de trabajo, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. El estrés, el agotamiento emocional (burn-out), el acoso psicológico (mobbing) y otras formas de violencia en el trabajo se reconocen actualmente como problemas globales, que afectan a todos los países, todas las profesiones y todos los trabajadores. También se acepta que dichos factores pueden tener un impacto enorme sobre la salud, el ausentismo y el desempeño de los trabajadores. El acelerado ritmo de la globalización y del avance tecnológico ha transformado el mundo del trabajo, generando riesgos psicosociales emergentes, cuyo abordaje requiere una ruptura con los enfoques tradicionales, que proporcione respuestas más eficaces.

Actualmente se están emprendiendo investigaciones e intervenciones en muchos países para encontrar formas innovadoras de manejar las consecuencias de los factores psicosociales, en particular del estrés laboral, mejorando las prácticas preventivas e incorporando medidas de promoción de la salud, como la buena nutrición, el ejercicio y otros hábitos saludables de vida que contribuyen al bienestar de los trabajadores.

La promoción de la salud en el lugar de trabajo tiene potencial para mejorar la vida laboral y, como tal, es un componente vital del incremento de la productividad y del desempeño en el lugar de trabajo. Integrar la promoción de la salud a las políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) beneficia tanto a los trabajadores como a los empleadores, al contribuir al bienestar a largo plazo de los trabajadores y sus familias, y al reducir la presión sobre los sistemas de salud, bienestar y seguridad social. Integrar medidas de promoción de la salud en los sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo fortalece las prácticas de salud en el trabajo, contribuyendo al desarrollo de una cultura de la prevención.

El propósito de este material de formación es coadyuvar al diseño de políticas y medidas preventivas en el lugar de trabajo con base en el conocimiento adquirido a nivel mundial. Ésta segunda edición del paquete de formación SOLVE también retoma la experiencia alcanzada con la implementación del programa de formación SOLVE desde 2002. Además, toma en cuenta las tendencias más recientes relacionadas con los riesgos psicosociales emergentes e integra los elementos de promoción de la salud y del bienestar de los trabajadores como elementos esenciales de las políticas y prácticas de seguridad y salud en el trabajo.

Este material de formación aboga por un sistema de gestión de la SST integral que garantice que la gestión de los riesgos también incluya la evaluación y el control de los factores psicosociales para abordar su impacto adecuadamente, de la misma manera que se hace con otros peligros y riesgos; y que además se incorporen medidas de promoción de la salud, tales como la nutrición y la actividad física, a las políticas de la organización.

El material de formación ha sido diseñado para los servicios de recursos humanos, los sindicatos, las organizaciones de empleadores, profesionales de la seguridad y salud en el trabajo, así como aquellas instituciones nacionales responsables de la salud y el bienestar de los trabajadores.

La OIT trabaja en pro del trabajo decente, seguro y saludable, y de la dignidad humana. Proveer mecanismos para abordar los riesgos psicosociales en el trabajo incorporando medidas preventivas y de promoción de la salud contribuye a un mundo laboral más decente y humano. A la luz de la reciente crisis financiera, este objetivo es, más que nunca, incumbencia de todos.

Manuela Tomei

Directora

Departamento de Protección Laboral
(PROTRAV)

Seiji Machida

Jefe

Programa de Seguridad y Salud en el
Trabajo y Medio Ambiente (SafeWork)

Prólogo

La primera edición de **SOLVE**, publicada en 2002, fue diseñada como respuesta directa a las necesidades de los mandantes tripartitos de la OIT de proteger a los trabajadores contra los riesgos psicosociales emergentes y de promover su salud y bienestar en el lugar de trabajo.

Esta segunda edición es producto de una actualización y una ampliación considerables, necesarias para cubrir los nuevos desafíos de un mundo laboral cambiante. También se tomaron en cuenta las demandas de los mandantes, coordinadores de cursos y de los usuarios de la primera edición de **SOLVE**. Los cinco temas originales fueron revisados a la luz de los avances científicos y las buenas prácticas. La nueva versión incorpora otros aspectos de la promoción de la salud, como la nutrición, el sueño saludable y la actividad física. Cualquier cambio en la cultura organizacional y en la organización del trabajo requiere de la evaluación de los factores psicosociales para una gestión cuidadosa del estrés, orientada a su reducción. Es por esto que en el material también se toman en cuenta nuevas situaciones desafiantes en tiempos de cambio que pueden contribuir al estrés económico. El nuevo paquete de formación **SOLVE** cubre nueve temas relacionados con la promoción de la salud en el lugar de trabajo de una manera altamente interactiva, buscando dar a los participantes el conocimiento y las aptitudes necesarios para integrar los temas en una política sobre seguridad y salud en el trabajo y en el diseño de un programa de acción para la promoción de la salud en el lugar de trabajo.

La OIT reconoce que en estos momentos de crisis financiera y social y de cambios en el lugar de trabajo a nivel mundial es esencial enfrentar en forma decidida los riesgos psicosociales en el lugar de trabajo, para lograr proteger la salud y el bienestar de los trabajadores a la vez que se fortalece la productividad. Este material de formación busca apoyar a los mandantes tripartitos de la OIT y a otros aliados sociales en la protección de la salud de los trabajadores y en la promoción de su bienestar.

Valentina Forastieri

Editora de la segunda edición de SOLVE

Coordinadora, Grupo de Promoción y Capacitación sobre Salud,
SafeWork

Oficina de Trabajo Internacional del Programa de Seguridad y Salud
en el Trabajo y Medio Ambiente
Ginebra, Suiza

Contenidos

Prefacio	iii
Prólogo	v
Agradecimientos	ix
Abreviaturas y siglas	xi
Introducción a la nueva edición	1
Gestión de la promoción de la salud en el lugar de trabajo	9
Estrés relacionado con el trabajo	31
Alcohol y drogas en el trabajo	65
Violencia en el trabajo	111
VIH y SIDA en el trabajo	143
Tabaco y humo de segunda mano	179
Nutrición en el trabajo	205
Actividad física saludable	247
Sueño saludable	273
Estrés económico	299
Del concepto a la acción	329

Agradecimientos

La segunda edición de SOLVE es una versión revisada y extendida del Curso de Políticas SOLVE original, publicado en 2002. SafeWork desea agradecer el aporte de todas las personas involucradas en la redacción, edición, revisión y validación del material de formación SOLVE en la primera y la segunda edición. Además deseamos expresar nuestra gratitud y apreciación por la cordial asistencia de los coordinadores del curso, quienes fueron coautores de los capítulos técnicos la guía del formador de la segunda edición. Un agradecimiento especial a Chiara Cirelli por su contribución a esta segunda edición y a Luvia Soto Cabrera por su contribución a la versión en Español. En particular las siguientes personas contribuyeron de manera directa a ambas ediciones (en orden alfabético):

Primera edición:

Vittorio **Di Martino**, OIT/Condit, **Editor de la primera edición**, Ginebra, Suiza

Abu **Bakar Che, Man** Departamento de Salud y Seguridad en el Trabajo, Malasia;

Johari **Bin Basri**, Instituto Nacional Seguridad y Salud Ocupacional, Malasia;

Giovanni **di Cola**, OIT/CODEV, Ginebra, Suiza;

Enzo **Fortarezza**, Centro Internacional de Formación de la OIT/MDP, Turín, Italia;

Amanda **Griffiths**, Universidad de Nottingham, Reino Unido;

David **Gold**, OIT/SafeWork, (Editor) Ginebra, Suiza;

Carin **Hâkansta**, OIT/SafeWork Ginebra, Suiza;

Asiah **Jaffar**, Instituto Nacional Seguridad y Salud Ocupacional, Malasia;

Christian **Kroll**, Consultor, Alemania;

Susan **Leather**, OIT/AIDS Ginebra, Suiza;

Mai-Li **Lim**, Consejo de Seguridad Nacional, EUA;

Michele **McClure**, Centro Internacional de Formación de la OIT/MDP, Turín, Italia;

Valeria **Morra**, Centro Internacional de Formación de la OIT/MDP, Turín, Italia;

Mokar **Musri**, Departamento de Salud y Seguridad Ocupacional, Malasia;

Irene **Nori**, Centro Internacional de Formación de la OIT/MDP, Turín, Italia;

Salvator **Niyonzima**, UN/AIDS, Ginebra, Suiza;

Judith **Peterson**, OIT/SafeWork, Ginebra, Suiza;

Jaime **Pujol**, Centro Internacional de Formación de ILO, Turín, Italia;

Annette **Schaap**, OIT/SafeWork, Ginebra, Suiza;

Behrouz **Shahandeh**, OIT/SafeWork, Ginebra, Suiza;

Jukka **Takala**, OIT/SafeWork, Ginebra, Suiza;

Lynn **Villacorta**, Centro Internacional de Formación de ILO, Turín, Italia;

Rudolph **Wabitsch**, Servicio Médico Conjunto de la ONU;

Nils-Petter **Wedege**, Inspección del Trabajo, Noruega.

Segunda edición:

Valentina **Forastieri**, OIT/SafeWork

Editora de la segunda edición,
Ginebra, Suiza;

Syed **Mohammed Afsar**, OIT/AIDS
Ginebra, Suiza;

Janis **Anderson**, Facultad de Medicina de
Harvard , EUA;

Orfeu **Buxton**, Facultad de Medicina de
Harvard, EUA;

Joannah **Caborn**, OIT/SafeWork, Ginebra,
Suiza;

Chiara **Cirelli**, OIT/SafeWork, Ginebra,
Suiza;

Julia **Faldt**, OIT/AIDS Ginebra, Suiza;

Manuela **Flamini**, Centro Internacional de
Formación de la OIT/MDP, Turín, Italia;

Enzo **Fortarezza**, Centro Internacional de
Formación de la OIT/MDP, Turín, Italia;

Eva **Gindre**, Oficina Cantonal de Inspección
y de Relaciones Laborales (OCIRT),
Ginebra, Suiza;

David **Gold**, OIT/SafeWork, Ginebra, Suiza;

Carin **Hâkansta**, (OIT/SafeWork), Ginebra,
Suiza;

Stefano M. **Johnson**, Centro Internacional de
Formación de la OIT/MDP, Turín, Italia;

Josée **Laporte**, OIT/AIDS Ginebra, Suiza;

Sue **Leather**, OIT/AIDS Ginebra, Suiza;

Stavroula **Leka**, Universidad de Nottingham,
RU;

Felix **Martin Daza**, Centro Internacional de
Formación de la OIT/SPP, Turín, Italia;

Michele **McClure**, Centro Internacional de
Formación de la OIT/MDP, Turín, Italia;

Valeria **Morra**, Centro Internacional de
Formación de la OIT/MDP, Turín, Italia;

Pratima **Murthy**, Instituto Nacional de Salud
Mental y Neurociencias, India;

Irene **Nori**, Centro Internacional de
Formación de OIT/MDP, Turín, Italia;

Jane **Paul** (Consultora, RU);

Cristina **Pierini**, Centro Internacional de
Formación de la OIT/MDP, Turín, Italia;

Tahira **Probst**, Universidad Estatal de
Washington, EUA;

Alice **Rena**, OIT/SafeWork, Ginebra, Suiza;

Luminita **Sanda**, NAC/TFI/NMH, OMS,
Ginebra, Suiza;

Lakshmi **Sankaran**, Christ University,
Bangalore, India;

Joe **Shiels**, OIT/SafeWork, Ginebra, Suiza;

Luvia **Soto Cabrera**, psicóloga, especialista
en formación, Turín, Italia;

Bistra **Tzenova**, Centro Nacional para la
Protección de la Salud Pública, Bulgaria;

Ilkka **Vuori**, Instituto de Investigación para
la Promoción de la Salud, Finlandia.

Abreviaturas y siglas

ACV	Accidente vascular cerebral
AEE	Área Económica Europea
AUDIT	Test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol, (<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>)
BAC	Concentración de alcohol en la sangre (<i>Blood alcohol concentration</i>)
BCC	Caja de herramientas de comunicación para el cambio de comportamiento (<i>Behaviour Change Communication toolkit</i>)
BCS	Encuesta Británica sobre el Delito (<i>British Crime Survey</i>)
CAS	Concentración de alcohol en sangre
CD	Disco compacto
CDC	Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (<i>Centers for Disease Control</i>)
CEA	Agencia Ambiental de la California (<i>California Environmental Agency</i>)
COP	Conferencia de las Partes
CVF	Capacidad vital forzada
ECV	Enfermedad Cardiovascular
EDC	Centro de Desarrollo Educativo (<i>Education Development Center</i>)
EHN	Red Europea del Corazón (<i>European Heart Network</i>)
ENT	Enfermedad no transmisible
ENWHP	Red Europea de Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (<i>European Network for Workplace Health Promotion</i>)
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EU-OSHA	Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (<i>European Agency for Safety and Health at Work</i>)
FAO	Organización de la Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (<i>Food and Agriculture Organization</i>)
FCTC	Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (<i>Framework Convention on Tobacco Control</i>)
FHI	Salud Familiar Internacional (<i>Family Health International</i>)
GDD	Gestión de la dependencia de las drogas
HDL	Lipoproteína de alta densidad (<i>High levels of "bad" cholesterol</i>)
HSE	Health and Safety Executive
HTA	Humo de tabaco ajeno/ humo de segunda mano
ICN	Consejo Internacional de Enfermeras (<i>International Council of Nurses</i>)
ISTAT	Instituto Nacional de Estadística de Italia (<i>Istituto Nazionale di Statistica</i>)
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LBD	Lipoproteínas de baja densidad

LER	Lesiones por esfuerzos repetitivos
LSD	Dietilamida de ácido lisérgico (<i>Lysergic Acid Diethylamide</i>)
MSD	Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS (<i>Management of Substance Dependence</i>)
NHS	Servicio Nacional de Salud del Reino Unido. (<i>National Health Service</i>)
NIDA	Instituto Nacional sobre el Abuso de las Drogas de los Estados Unidos de América (<i>National Institute on Drug Abuse</i>)
NIOSH	Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud en el Trabajo de los Estados Unidos de América (<i>National Institute for Occupational Safety and Health</i>)
NU	Naciones Unidas
OIE	Organización Internacional de Empleadores
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OIT SIDA	Programa de la OIT sobre el VIH/ SIDA y el mundo del trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMS SUPRE	Programa mundial para la prevención del suicidio de la OMS (<i>Suicide Prevention</i>)
ONG	Organización no gubernamental
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PAE	Programas de asistencia en el empleo
PCP	Fenciclidina (<i>Phencyclidine</i>)
PLMD	Trastorno del movimiento periódico de extremidades (<i>Period Limb Movement Disorder</i>)
PPE	Profilaxis post-exposición al VIH
PPT	Presentación Power Point (<i>PowerPoint Presentation</i>)
PROTRAV	Departamento de Protección Laboral
PSI	Internacional de Servicios Públicos (<i>Public Service International</i>)
PST	Promoción de la salud en el lugar de trabajo
PVVIH	Personas que viven con el VIH
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIDS	Síndrome de muerte súbita del infante (<i>Sudden Infant Death Syndrome</i>)
SPI	Síndrome de piernas inquietas
SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
TAR	Terapia antiretroviral
TB	Tuberculosis
TEPT	Trastorno de estrés postraumático
TIC	Tecnologías de la información y de la comunicación
UE	Unión Europea
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
WAPPA	Programa de prevención del uso de alcohol en el lugar de trabajo de Bangalore (<i>Workplace Alcohol Prevention Programme and Activity</i>)



Introducción a la nueva edición



Introducción a la nueva edición

El problema

Existe evidencia científica de que a largo plazo, un estrés sostenido en el trabajo puede contribuir a desórdenes músculo-esqueléticos y a una mala salud, incluyendo hipertensión y enfermedades cardiovasculares; también podría alterar las funciones inmunológicas que, a su vez, pueden facilitar el desarrollo de cáncer. Además, el estrés relacionado con el trabajo también puede contribuir a una incapacidad para afrontar el trabajo y al empobrecimiento de oportunidades y perspectivas de empleo. También puede ocasionar indirectamente problemas dentro y fuera del lugar de trabajo, como violencia; abuso de drogas, tabaco y alcohol; tensión en las relaciones familiares; depresión e incluso el suicidio. Ello representa costos potencialmente enormes, tanto en términos de aflicciones humanas como de carga económica.

El estrés relacionado con el trabajo, el uso de tabaco y la exposición a humo de tabaco ajeno, el abuso de drogas y alcohol, la violencia y el VIH y el SIDA son amenazas importantes a la supervivencia de una empresa. En conjunto pueden ser responsables de un gran número de accidentes y enfermedades ocupacionales, ocasionar lesiones, malestares, discapacidad y muertes. Estos problemas tienen un impacto considerable sobre la productividad, sobre los costos directos e indirectos, y sobre la existencia misma de la empresa. Independientemente del grado de desarrollo, estos problemas afectan a todos los países, a todos los sectores y a todas las categorías de trabajadores.

En contraste, muchos efectos nocivos de los hábitos de vida no saludables, como el fumar, el abuso del alcohol y las drogas, las deficiencias nutricionales y la inactividad física; también pueden potenciarse al interactuar con los peligros del lugar de trabajo. La combinación de sus efectos podría aumentar los riesgos a la salud de los trabajadores. Sin embargo, la detección oportuna y el tratamiento apropiado de las enfermedades incipientes reducen la mortalidad y disminuyen la frecuencia y el grado de discapacidad residual de muchas enfermedades ocupacionales y relacionadas con el trabajo. Existen evidencias crecientes de que la eliminación o la limitación de dichos riesgos a la salud también pueden prevenir o demorar el inicio de enfermedades de riesgo mortal como los derrames cerebrales, las enfermedades coronarias y el cáncer.

Los costos económicos y sociales

Existen costos considerables para el trabajador individual en términos de estigmatización, de desórdenes físicos y mentales, de incapacidad para trabajar, de riesgo de perder el trabajo, de tensionar o fracturar las relaciones en el hogar e incluso de muerte. En la empresa estos problemas dan lugar a relaciones laborales perturbadas, mayor ausentismo, rotación y traslados del personal y capacitación recurrente y; por otra parte, menor motivación del personal, menor satisfacción y creatividad, además de un empobrecimiento de la imagen pública. El impacto general es una pérdida considerable de la productividad y una menor competitividad de la empresa. Lo que se sabe probablemente representa únicamente la punta del témpano. Los costos directos e indirectos relacionados con estos problemas apenas están comenzando a cuantificarse.

Estrés: Un estudio reciente de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo descubrió que, en promedio, 22 por ciento de la fuerza laboral europea está estresada, con

niveles notablemente mayores en los Estados de recién ingreso a la UE (30 por ciento) que en los Estados que han sido miembros por más tiempo (20 por ciento) (EU-OSHA, 2009).

Drogas y alcohol: Se ha calculado que hasta 54 por ciento de los incidentes relacionados con el alcohol (como accidentes, disputas, ausentismo, delitos, etc.) se atribuyen a bebedores ligeros, y 87 por ciento del total se atribuyen a bebedores entre ligeros y moderados (Becker, 2001).

Violencia: Muchos sondeos nacionales han descubierto que entre 40 y 90 por ciento de las mujeres entrevistadas han sufrido alguna forma de acoso sexual en algún punto de su vida laboral (Hunt, *et al.*, 2007).

VIH y SIDA: En 2009 aproximadamente 1,8 millones de personas murieron de SIDA y en ese mismo año se infectaron 2,6 millones de personas. La región más afectada es la África Subsahariana, que alberga 22,5 millones de personas que viven con VIH, 68 por ciento del total mundial (ONUSIDA, 2010).

Tabaco: A menos que se emprendan acciones urgentes el tabaco podría matar a mil millones de personas durante el siglo XXI. Para 2030, más del 80 por ciento de las muertes relacionadas con el tabaco tendrán lugar en los países en desarrollo (OMS, 2008).

Nutrición: Se calcula que hay más de 300 millones de personas con obesidad en el mundo (OMS, 2006).

Actividad física: Asociada con un riesgo 25 por ciento menor de cáncer en el intestino y cáncer de mama en el Reino Unido (Cancer Research UK). De acuerdo con la OMS, noventa por ciento de las personas que tienen diabetes tienen diabetes tipo 2, que está estrechamente relacionada con el sobrepeso y la inactividad física (OMS, 2009).

Sueño saludable: Las investigaciones muestran que las personas que sufren de falta y trastornos del sueño son menos productivas, utilizan mayor atención médica y tienen mayor probabilidad de sufrir lesiones (Colten; Altevogt, 2006).

Estrés económico: En 2008 la tasa de desempleo global estaba calculada en 6.6 por ciento (OIT, 2010a). La crisis económica inmediatamente posterior hizo que 7,8 millones de trabajadores jóvenes más se enfrentaran al desempleo, lo cual llevó el total a un aproximado de 81 millones, o 13 por ciento a nivel global (OIT, 2010b).

La respuesta

Se están diseñando programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo para permitir a los trabajadores enfrentar más eficazmente los factores psicosociales que contribuyen a problemas laborales, personales o familiares que puedan afectar su bienestar y su rendimiento en el trabajo, tales como el estrés, la violencia o el abuso del alcohol y las drogas. Desafortunadamente, la mayoría de estas iniciativas hacen frente a estos problemas sólo desde una perspectiva individual, sin tener en cuenta los factores organizacionales o de relaciones laborales que contribuyen a esta situación.

Para la OIT, la promoción de la salud en el lugar de trabajo es eficaz cuando complementa las medidas de seguridad y salud en el trabajo, integrándola a las prácticas de gestión de la SST para prevenir accidentes y enfermedades, y cuando contribuye a proteger y mejorar la salud y el bienestar de los hombres y las mujeres en el trabajo.

Los principios fundamentales de este enfoque se encuentran en el Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores (núm. 155) y su Recomendación (núm. 164), 1981; así como, en el Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo (núm. 161), 1985 y su Recomendación

(núm. 171), 1985. Los servicios de salud en el trabajo tienen funciones de prevención y asesoría y son responsables de asistir a los empleadores, a los trabajadores y a sus representantes en el cumplimiento de los requerimientos para el establecimiento y mantenimiento de un ambiente de trabajo seguro y saludable, que propicie una salud física y mental óptima con respecto al trabajo. Ello incluye el adaptar el trabajo para que se ajuste a las capacidades de los trabajadores tomando en cuenta su estado de salud física y mental.

El lugar de trabajo se ha convertido en un sitio ideal para abordar los riesgos psicosociales emergentes por medio de la acción conjunta de los empleadores, los trabajadores y las autoridades nacionales. Ello implica una práctica de la seguridad y la salud en el trabajo que involucre:

- la prevención de las enfermedades ocupacionales y otras enfermedades relacionadas con el trabajo, además de las lesiones por accidentes de trabajo;
- la mejora de las condiciones y la organización del trabajo;
- la incorporación de los riesgos psicosociales a las medidas de evaluación de riesgos; y
- la evaluación de las necesidades de la propia organización, tomando en cuenta los diferentes niveles de interacción organizacional, individual e individual-organizacional, al evaluar los requerimientos de salud de los trabajadores.

En este contexto SOLVE es una herramienta que puede contribuir al abordaje de los peligros y riesgos psicosociales que existen en el lugar de trabajo. La ventaja comparativa de la OIT yace en su experiencia en el uso del enfoque del diálogo social, que ha llevado a la implementación de iniciativas exitosas en el lugar de trabajo y en la comunidad, que abordan estos problemas con la participación de los empleadores, los trabajadores, los profesionales de la SST, los gobiernos, los encargados de la elaboración de las políticas, los servicios públicos y las ONG.

El material de formación

Este material de formación fue desarrollado por el Programa Internacional de Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente (SafeWork) de la OIT en colaboración con el Centro Internacional de Formación de la OIT en 2002. Conocido como SOLVE, dispone un curso de formación interactivo de seis días con el objetivo de dar a los participantes de las empresas, las organizaciones y las instituciones el conocimiento y las aptitudes para incorporar una estrategia de promoción de la salud a una política integral de seguridad y salud en el lugar de trabajo.

Este material de formación fue diseñado para complementar:

- La definición de salud en el trabajo del Comité Conjunto sobre Salud Ocupacional de la OIT/OMS: “La salud en el trabajo debe buscar la promoción y el mantenimiento del más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones [...]”.
- El Convenio de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985 (Núm. 161) y su Recomendación, 1985 (Núm. 171).
- El Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo, 1996.
- La Recomendación de la OIT sobre el VIH y el SIDA y el mundo del trabajo, 2010 (Núm. 200).

- Las Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo de la OIT ILO- OSH-, 2001.
- El Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo, 2001.

SOLVE fue diseñado para ofrecer una respuesta integrada en el lugar de trabajo para abordar el estrés, la violencia, el uso de tabaco y la exposición al humo de segunda mano, el abuso de drogas y alcohol y el VIH y el SIDA. SOLVE también introdujo un enfoque innovador en el cual la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores se convertían en parte integral del desarrollo organizacional y la sostenibilidad económica, contribuyendo a la productividad y la competitividad en la economía mundial globalizada. SOLVE ofrece herramientas para el diseño de una política y para emprender acciones inmediatas para reducir o eliminar los riesgos emergentes asociados con estos problemas en el lugar de trabajo.

Para alcanzar estos objetivos, SOLVE:

Se enfoca en las personas: Los trabajadores son reconocidos cada vez más como el activo crucial para el éxito de cualquier compañía. Su bienestar es esencial para el desarrollo de la “nueva” empresa flexible, orientada hacia la calidad, basada en el conocimiento, saludable y competitiva.

Es preventivo: En términos de costos y de éxito la prevención es una manera mucho más eficiente de emprender acciones, que el esperar hasta que se presente un problema importante. Una organización del trabajo y un ambiente de trabajo saludables son requisitos previos para el éxito una empresa productiva.

Incorpora la dimensión de género: Se presta atención a la manera en que los riesgos psicosociales afectan a los hombres y las mujeres. En sus actividades de formación y promoción, SOLVE aboga por una equidad de género y por evitar roles específico de género o estereotipos.

Está orientado hacia los resultados: El éxito únicamente puede medirse con los resultados en el lugar de trabajo. La práctica de acciones concretas para promover los cambios en el lugar de trabajo debe ser el seguimiento natural a SOLVE.

Es adaptable: Las situaciones son complejas y las soluciones son múltiples. Un único enfoque para un problema no funciona en todos los ambientes y todas las culturas. Se presentan y se discuten varias prospectivas y opciones, de modo que los usuarios puedan desarrollar programas y acciones que cumplan con sus necesidades y circunstancias particulares.

Es autosustentable: Los programas y medios de actuación desarrollados para cubrir las necesidades de los empleadores y los trabajadores deben mostrar resultados positivos, deben poder ser modificados para afrontar cambios en las circunstancias y ser eficaces en términos de costos. El programa de formación busca acciones sostenibles que puedan ser continuadas de manera fácil y económica en las empresas.

El material de formación SOLVE está diseñado con un enfoque participativo, ya que todos los participantes deben tener un papel activo en el diseño de las políticas de SST y del programa de promoción de la salud. Basándose en el modelo de formación de formadores desarrollado a partir de los métodos y las teorías sobre la formación de adultos, está concebido para retomar los conocimientos de los participantes durante el curso y respaldar el diseño conjunto de programas entre la administración y los trabajadores. Por lo tanto no está escrito en estilo académico, sino que tiene una orientación práctica y usa lenguaje concreto y cotidiano.

La nueva versión actualizada incluye dos guías que abordan los siguientes 12 temas: introducción al método; gestión de la promoción de la salud en el lugar de trabajo; estrés relacionado con el trabajo; alcohol y drogas en el trabajo; violencia en el trabajo; VIH y SIDA en el trabajo; tabaco y humo de segunda mano; nutrición en el trabajo; actividad física saludable; sueño saludable; estrés económico y del concepto a la acción.

1. Los cuadernos del participante: cada cuaderno, uno por tema, incluye notas informativas y un conjunto de ejercicios, folletos de presentaciones de PowerPoint y una lista de verificación con sugerencias prácticas para orientar a los participantes sobre el diseño de su política y programa de promoción de la salud.
2. La guía del formador: incluye 12 capítulos diseñados para proveer a los formadores una guía estructurada para desarrollar las competencias clave para la capacitación sobre la promoción de la salud en el lugar de trabajo, con información técnica sólida sobre todos los temas abordados en SOLVE. Ello se complementa con planes de lecciones que buscan guiar al formador en la organización de los encuentros de formación y el desarrollo del curso.
3. Un CD: contiene la versión electrónica de ambos manuales, los PPT para las presentaciones y materiales complementarios de referencia.

El grupo objetivo

Este material de formación busca fomentar acciones; sus usuarios directos son gerentes, supervisores, trabajadores y sus representantes, médicos del trabajo e ingenieros de seguridad que tengan un interés concreto en introducir programas preventivos que se ocupen de los peligros psicosociales y de la promoción de la salud dentro de sus empresas. En una perspectiva más amplia, los beneficiarios indirectos (no menos importantes) serán los encargados de elaborar políticas, funcionarios gubernamentales, trabajadores y organizaciones patronales que tengan un interés directo en esta área. Fue concebido para difundirlo ampliamente en instituciones, organizaciones y compañías que se ocupen de la promoción de la salud en el lugar de trabajo.

El enfoque SOLVE

La OIT diseñó SOLVE con miras a integrar la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo. El material de formación SOLVE se enfoca en la promoción de la salud y el bienestar en el trabajo por medio del diseño de políticas y acciones que aborden las siguientes áreas y sus interacciones:

- Salud psicosocial:
 - estrés;
 - violencia psicológica y física;
 - estresores económicos.
- Potenciales adicciones:
 - consumo de tabaco;
 - consumo de alcohol y drogas.

- Hábitos saludables de vida:
 - nutrición;
 - ejercicio o actividad física;
 - sueño saludable;
- VIH y SIDA.

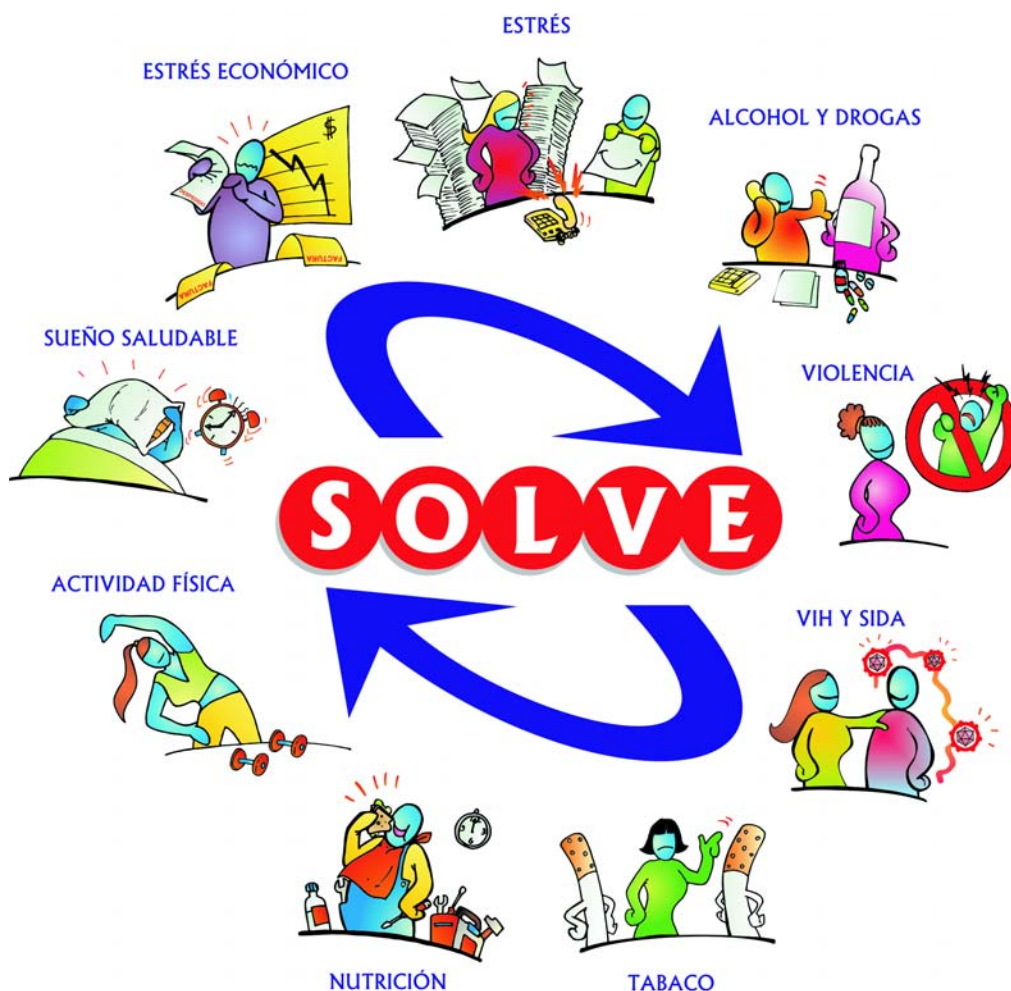
El nuevo curso de formación de SOLVE cubre en seis días estos nueve temas relacionados con la promoción de la salud en el lugar de trabajo de una manera altamente interactiva, buscando dar a los participantes el conocimiento y las aptitudes para integrarlos a políticas y acciones sobre seguridad y salud en el trabajo. Al abordar estos problemas los patrones y los representantes de los trabajadores pueden contribuir al bienestar de los trabajadores, a una mejor productividad, una menor rotación, menos ausentismo y a una reducción de los costos de las empresas. SOLVE usa el enfoque del diálogo social para promover la implementación de iniciativas exitosas para el lugar de trabajo y la comunidad, con la participación de los empleadores los trabajadores, los gobiernos, los servicios públicos y las ONG.



Ilustración 1.1: El enfoque SOLVE resaltando las interrelaciones entre áreas de promoción de la salud



Gestión de la promoción de **la salud** en el lugar de trabajo



1. Introducción

La rapidez de la globalización y el avance tecnológico ha transformado la forma de trabajar en todo el mundo. En algunos casos se han reducido o eliminado muchos de los peligros y riesgos más tradicionales, en otros casos han aparecido nuevos riesgos y, en otros más, ha habido un aumento de los riesgos ya existentes. Como resultado, las empresas enfatizan la prevención de los accidentes del trabajo y el deterioro de la salud, por medio de sistemas de gestión de la SST. Más de diez años de implementación mundial de dichos sistemas han mostrado que cuidar los estándares de seguridad y salud es positivo para la productividad de las empresas y para un empleo de calidad.

Entre los riesgos emergentes más importantes en el lugar de trabajo, los riesgos psicosociales y sus resultados, como el estrés laboral, el agotamiento emocional (*burnout*), el acoso psicológico (*mobbing*) y otras formas de violencia, el abuso del alcohol y las drogas han llegado a ser reconocidos de manera general como problemas globales que afectan a todos los países, todas las profesiones y todos los trabajadores y que tienen un impacto importante en la salud, el desempeño y el ausentismo de los trabajadores.

Por lo mismo, el lugar de trabajo se ha convertido en un sitio ideal para abordar los riesgos psicosociales emergentes para proteger la salud y el bienestar de todos los trabajadores. Ello también contribuye a mejorar la productividad y el desempeño en el lugar de trabajo, al mejorar el bienestar a largo plazo de los trabajadores y sus familias, y al reducir la presión sobre la empresa y sobre los sistemas de salud, bienestar y seguridad social.

En este contexto, un sistema de gestión de la SST que sea completo debe garantizar que la gestión de los riesgos también incluya los riesgos psicosociales, para manejar su impacto de la misma manera que se hace con otros riesgos de SST en el lugar de trabajo; además de mejorar las prácticas preventivas con la incorporación de medidas de promoción de la salud.

No obstante, al ocuparse de las consecuencias de los riesgos psicosociales y del estrés relacionado con el trabajo es esencial romper con el enfoque tradicional exclusivamente individual. Se deben tomar en cuenta todos los factores individuales y organizacionales que puedan contribuir a los riesgos psicosociales, lo cual es base para adaptar el trabajo a las capacidades de los trabajadores y sus requisitos de salud física y mental. Además es importante considerar las relaciones laborales y sociales, como factores que también inciden sobre la productividad de la empresa.

2. ¿Qué es la promoción de la salud en el lugar de trabajo?

El término “promoción de la salud en el lugar de trabajo” es interpretado de maneras distintas por los distintos actores. Muchas empresas/organizaciones podrían estar emprendiendo actividades de promoción de la salud en el lugar de trabajo sin darse cuenta que lo están haciendo. Otras podrían darle prioridad a las medidas de promoción de la salud, como la promoción de hábitos saludables, y no a la práctica de la seguridad y la salud en el trabajo. En años recientes los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo se diseñan principalmente para ayudar a los trabajadores a desarrollar aptitudes para el manejo de sus padecimientos crónicos y para que sean proactivos en el cuidado de la salud. Dichos programas seguirán desarrollándose y expandiéndose a medida que la fuerza laboral envejezca y los problemas crónicos de salud incrementen sus cargas a los sistemas de salud y las economías nacionales.

Para la OIT, un programa eficaz de promoción de la salud en el lugar de trabajo:

- 1) Complementa las medidas de seguridad y salud en el trabajo y se integra al sistema de gestión de la SST de la organización. De esta manera se contribuye al establecimiento y mantenimiento de un ambiente laboral seguro y saludable, reforzando la calidad de vida laboral y una salud física y mental óptima en el trabajo.
- 2) También contribuye a que los trabajadores desarrollen formas más efectivas de enfrentar los problemas laborales, personales o familiares que pueden afectar su bienestar y su desempeño en el trabajo, como el estrés, la violencia o el abuso del alcohol y las drogas.
- 3) Apoya a los trabajadores en el desarrollo de aptitudes para manejar sus padecimientos crónicos y para que sean proactivos en el cuidado de la salud, en el mejoramiento de hábitos saludables de vida, la calidad de su dieta y su sueño y su condición física.
- 4) Implica que las medidas emprendidas no sólo deben abordar estas cuestiones desde el punto de vista individual, sino también desde un punto de vista colectivo que esté relacionado estrechamente con la mejora de las condiciones laborales, el ambiente y la organización del trabajo, además de tomar en cuenta los contextos familiares, comunitarios y sociales. La promoción de la salud en el lugar de trabajo (PST) es el esfuerzo combinado de los empleadores, los trabajadores, sus comunidades y la sociedad, para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres y los hombres en el trabajo.

El modelo ecológico

El modelo ecológico reconoce que existen muchos factores que influyen sobre la salud, por ejemplo, si la persona fuma, y qué tanto; cómo organiza su dieta, o la manera en que eventos que parecen igualmente estresantes tienen consecuencias radicalmente diferentes según la persona. El comportamiento humano es determinado por causas múltiples, de diferentes esferas de la vida, que se interrelacionan entre sí; por ejemplo, lo que hacen las personas tiene un impacto sobre el medio ambiente, pero también el medio ambiente tiene impacto sobre las personas, en una serie de interacciones complejas.

2. ¿Qué es la promoción de la salud en el lugar de trabajo?

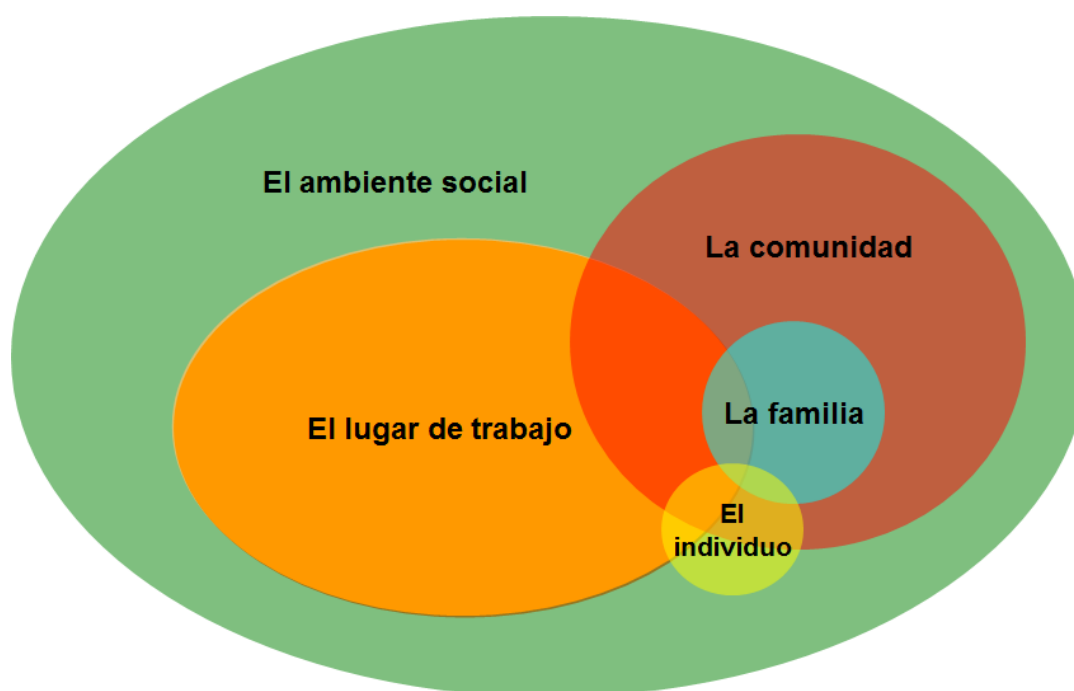


Ilustración 2.1: El modelo ecológico (Adaptación de McLeroy et al., 1988)

Los siguientes factores componen estas interacciones complejas:

Factores intrapersonales - características individuales de la persona que son modificables, como el conocimiento, las actitudes, algunas aptitudes o las acciones que pueden corresponder, o no, a las expectativas sociales.

Relaciones interpersonales – relaciones con la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y con conocidos, quienes pueden tener una gran influencia en cómo se comportan las personas respecto de su propia salud. Estas relaciones vinculan a la persona con su familia, su ambiente social, su trabajo y la comunidad en la que viven.

Factores organizacionales – las organizaciones, como los grupos de trabajo, agrupaciones profesionales, comunales, escolares o religiosas; pueden tener efectos positivos o negativos sobre la salud. Pueden actuar como fuente de modelos inútiles de comportamiento y de falsa información sobre la salud, pero también pueden funcionar como recursos para respaldar la promoción de la salud y para ayudar a las personas a tomar decisiones saludables. Para lograr cambios a largo plazo en las actitudes de las personas es esencial brindar apoyo en el lugar de trabajo.

Factores comunitarios – tienen un rol clave en la definición y priorización de los problemas de salud que deben abordarse, y en la organización del poder y los recursos disponibles para hacerlo. Además de las organizaciones formales que trabajan en el área, tienen un papel destacado actores más informales, como las redes familiares y sociales. Es vital que dichos agentes comunitarios coordinen sus acciones y aprovechen mutuamente sus fortalezas para lograr intervenciones más eficaces sobre la salud.

Políticas públicas – significa políticas normativas, procedimientos y leyes (de ámbito nacional, estatal o local) que ayudan a proteger la salud de las comunidades. Dichas políticas están abordando cada vez más la promoción de la salud, en particular en aquellas áreas

relacionadas con las enfermedades crónicas a largo plazo. Crear una consciencia general sobre los riesgos para la salud y cómo evitarlos también debe ser parte de la política pública.

La importancia de la dimensión del género

El crecimiento de la proporción de mujeres en la fuerza laboral presenta una variedad de interrogantes de género, en particular, sobre los distintos efectos de los riesgos laborales en los hombres y las mujeres. Las mujeres se ven particularmente desfavorecidas por información, estructuras de la fuerza laboral y diseño de los lugares de trabajo desactualizados, así como por las actitudes discriminatorias. Por ende, las medidas generales dirigidas a todos los trabajadores no necesariamente logran los beneficios deseados para las trabajadoras.

Por un lado, la concentración de las mujeres en determinadas ocupaciones lleva a un patrón específico de las lesiones y enfermedades que padecen. Por otro lado, ciertas condiciones de trabajo tienen distintos efectos para las mujeres y los hombres: la exposición a sustancias peligrosas o agentes biológicos sobre la salud reproductiva, las demandas físicas del trabajo pesado, el diseño ergonómico de los lugares de trabajo, los riesgos psicosociales y la duración de la jornada laboral, (especialmente si también se tienen que tomar en cuenta labores domésticas).

También hay otras diferencias en cuanto a la salud de trabajadores y trabajadoras, por ejemplo, la actitud de las mujeres hacia el cigarrillo es distinta a la de los hombres, las mujeres tienen mayor probabilidad de ser víctimas de violencia física pero igual probabilidad de ser causantes de la violencia psicológica; las mujeres y los hombres tienen hábitos alimenticios y de actividad física distintos; las mujeres se ven más afectadas por las enfermedades profesionales y los hombres por accidentes graves; hay más mujeres en trabajos de poco control/alta demanda que contribuyen a altos niveles de estrés; hay más mujeres que sufren de lesiones por esfuerzos repetitivos (LER) que se ven exacerbadas por el estrés y, por último, hay más mujeres que hombres que sufren acoso sexual en el trabajo.

Al aplicar el modelo ecológico la relación entre la salud y los roles de género y entre la salud de la mujer y sus roles sociales y económicos debe ser reconocida. Cuando se implementen medidas de gestión y prevención de los riesgos en el lugar de trabajo también se deben tomar en cuenta los roles predominantes de las mujeres en el cuidado de los niños y en el hogar. Las políticas de promoción de la salud que incorporen las necesidades de las mujeres que trabajan deben considerar los tres roles de las mujeres: como esposas, como madres y como trabajadoras. Los efectos de cada uno de estos roles sobre la salud deben ser examinados y se deben considerar los posibles conflictos y contradicciones entre ellos para diseñar medidas de promoción de la salud en el lugar de trabajo.

3. ¿Por qué integrar la promoción de la salud a las políticas de seguridad y salud en el trabajo?

El concepto de promoción de la salud proviene de una perspectiva de salud pública. La definición de la OMS de la promoción de la salud fue adoptada en la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, realizada en Ottawa, Canadá, en noviembre de 1986. En la Carta extendida en la conferencia, que aun es considerada una de las bases del consenso internacional sobre la promoción de la salud, se reconoce claramente al lugar de trabajo como uno de los componentes clave del éxito en la promoción de la salud, al declarar: “La manera en que la sociedad organiza el trabajo, debería contribuir a crear una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de vida y de trabajo seguras, estimulantes, satisfactorias y agradables.” La Carta de Ottawa también identifica los requisitos previos fundamentales para la salud.

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986):

“La promoción de la salud es el proceso de preparar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren.

Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe estar en condiciones de identificar y llevar a cabo sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él. La salud se contempla, pues, como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas. Por tanto, la promoción de la salud no es simplemente responsabilidad del sector sanitario, sino que va más allá de los hábitos saludables de vida para llegar al bienestar.”

Requisitos previos para la salud

Las condiciones y recursos fundamentales para la salud son:

- paz;
- alojamiento;
- educación;
- alimento;
- ingresos económicos;
- un ecosistema estable;
- recursos sostenibles;
- justicia social y equidad.

La mejora de la salud requiere una base sólida fundamentada en estos prerrequisitos.

Fuente: Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, reimpressa en la OMS, 2009.

Estos requisitos previos para la promoción de la salud son consistentes con la definición de salud en el trabajo adoptada por el Comité Mixto OIT/OMS de Salud en el Trabajo y el enfoque conjunto de la OIT y la OMS:

“La promoción y el mantenimiento del más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores de cualquier ocupación”.

El Convenio No. 161 sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985, define el rol de esos servicios, declarando que tienen funciones preventivas y de asesoría y que son responsables de asistir a los empleadores, los trabajadores y sus representantes en el establecimiento y mantenimiento de un entorno de trabajo seguro y saludable que propicie una salud física y mental óptima en el trabajo. Ello incluye el adaptar el trabajo para que se ajuste a las capacidades de los trabajadores, tomando en cuenta su estado de salud física y mental. Por lo tanto, estos servicios también pueden tener un importante rol asesor en la promoción de la salud en el lugar de trabajo.

Otros textos clave de la OIT que vinculan la SST y la salud pública

- Recomendación Núm.197 sobre un marco promocional para la seguridad y la salud en el trabajo:

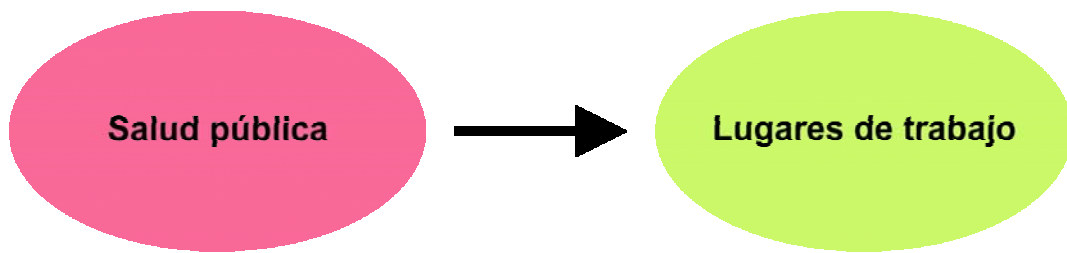
“El programa nacional de seguridad y salud en el trabajo debería coordinarse, cuando proceda, con otros programas y planes nacionales, como aquellos relacionados con la salud pública”.

- Salud y vida en el trabajo: un derecho humano fundamental. Reporte de la OIT para el Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo 2009:

“ Principios fundamentales de las principales normas del trabajo relativas a la seguridad y salud en el trabajo: La promoción de la salud en el lugar de trabajo es parte integrante de las prácticas de seguridad y salud en el trabajo.”

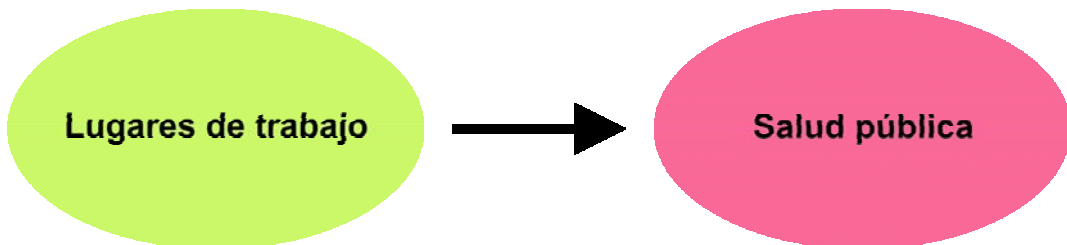
3. ¿Por qué integrar la promoción de la salud a las políticas de seguridad y salud en el trabajo?

¿Qué impacto tiene la salud pública sobre los lugares de trabajo?



Si se considera el estado de salud general de los trabajadores y los costos de enfermedades frecuentes o de discapacidades a largo plazo, no es difícil entender cómo una mala salud pública afecta los lugares de trabajo. En el caso de las enfermedades crónicas, como los padecimientos cardíacos o el cáncer, además del drama humano, se pierden trabajadores experimentados y difíciles de reemplazar. Los trabajadores que se ausentan con frecuencia por razones de salud podrían no estar en condiciones de mantener y actualizar las competencias necesarias para seguir siendo trabajadores eficaces en la organización.

¿Qué impacto tiene el lugar de trabajo sobre la salud pública?



Las condiciones de trabajo son uno de los muchos factores que determinan la salud pública. Muchos trabajadores pasan una gran proporción de sus horas de vigilia en el trabajo, de modo que las condiciones en las cuales realicen su trabajo pueden influir en su salud, así como en su calidad de vida.

Las prioridades de salud pública y su relación con el trabajo no son relevantes en sí mismas, ni siquiera ocurren únicamente en los grupos “lógicos” antes mencionados. En realidad, cada uno de esos factores puede causar desequilibrios en las otras áreas. Por ejemplo, el estrés laboral puede llevar a una falta de sueño, lo cual a su vez ocasiona fatiga, agotamiento, lo cual puede relacionarse con violencia o con abuso del alcohol o las drogas para manejar el estrés prolongado. Por lo tanto, un programa de promoción de la salud en el lugar de trabajo que aborde, por ejemplo, el consumo de alcohol, pero no el estrés que lo estimula, es probable que tenga un éxito limitado; y la violencia psicológica que podría estar derivando de ambos problemas seguirá aumentando en el lugar de trabajo, lo cual reducirá tanto la moral como la productividad. De igual manera, motivar a los trabajadores a hacer ejercicio, como ir en bicicleta al trabajo, pero no mejorar la calidad de los alimentos disponibles en el lugar de trabajo no tendrá el impacto óptimo esperado sobre la salud. Cualquier programa de promoción de la salud en el trabajo debe analizar las interrelaciones de las necesidades de los trabajadores involucrados y abordar todos los problemas de una manera integrada, que tenga el impacto deseado y justifique la inversión realizada. Tan evidente como es en los ejemplos anteriores que estos factores pueden generar un círculo vicioso en el cual influyen negativamente unos sobre otros, pueden también tener una influencia positiva unos con otros; por ejemplo, una mejora de la dieta puede hacer más lento el avance del VIH y el SIDA, la actividad física regular puede mejorar la condición y el sueño, y la pérdida del exceso de peso corporal puede mejorar los trastornos del sueño como la apnea.

Las prohibiciones de fumar reducen rápidamente los ataques al corazón

- a un año de la prohibición: en 15 por ciento
- después de tres años: en 36 por ciento

Lightwood; Glantz, 2009.

Las prohibiciones de fumar mejoran rápidamente la salud pulmonar de los trabajadores de bares

- a 2 meses de la prohibición: 26 por ciento menos de trabajadores de bares tuvieron síntomas respiratorios
- los trabajadores de bares que sufrían de asma tuvieron menos inflamaciones de las vías respiratorias y una mejora considerable en su calidad de vida, particularmente en el trabajo.

Menzies et. al., 2006.

Un ejemplo reciente que ilustra la relación positiva que puede haber entre las condiciones de trabajo y la salud general es la prohibición del humo de tabaco en el trabajo. Hasta hace relativamente poco tiempo, fumar era considerado en gran medida un asunto de salud pública. Los esfuerzos para prevenir el uso del cigarrillo en muchos países normalmente consistían en campañas de concientización, acompañadas de un aumento de los impuestos a los productos de tabaco e intentos de restringir su acceso a los jóvenes. Estas medidas no tuvieron éxito, en cambio, las recientes prohibiciones del uso del cigarrillo en el lugar de trabajo sí tuvieron un efecto drástico sobre las tasas de tabaquismo. Dado que muchos lugares públicos son también lugares de trabajo, las prohibiciones han abarcado simultáneamente estos espacios, con lo que se ha llegado a un logro sin precedentes.

En este caso, una modificación en las condiciones de trabajo resultó ser la clave para lograr un cambio sustantivo en un asunto de la mayor relevancia en salud pública. Se impusieron restricciones sobre dónde se podía fumar, en lugar de permitir la invasión del humo de cigarro en los lugares de trabajo, un conocido daño para la salud de los no fumadores y de los fumadores. La calidad del aire en los lugares de trabajo ha mejorado para los no fumadores y, adicionalmente, a menudo ha sido necesario ajustar la organización del trabajo. En algunos casos se han instaurado pausas para fumar, en otros casos, algunos empleadores han creado

3. ¿Por qué integrar la promoción de la salud a las políticas de seguridad y salud en el trabajo?

áreas para uso exclusivo de las personas que deciden fumar. Como muestran las cifras del recuadro anterior, los cambios en las condiciones de trabajo a menudo han impuesto restricciones tales, que los fumadores han dejado de serlo o fuman menos, y los beneficios para la salud pública son considerables y aumentan a lo largo del tiempo.

¿Por qué invertir en la promoción de la salud en el lugar de trabajo (PST)?¹

La base de una empresa exitosa son las personas que trabajan en ella y su cultura organizacional. Los trabajadores en un ambiente de apoyo se sienten mejor y más saludables, lo cual a su vez lleva a un menor ausentismo, una mayor motivación, mayor productividad, mejor reclutamiento, menor rotación, una imagen positiva y una responsabilidad social corporativa consistente.

Algunos estudios sobre promoción de la salud en el lugar de trabajo en Europa han mostrado que cada euro gastado tiene un retorno sobre la inversión de entre 2.5 y 4.8 euros, reflejados en la reducción de los costos por ausentismo (BKK BV y HVVG, 1996).

Los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo son una inversión efectiva. Pueden potenciar y extender los programas existentes de seguridad y salud en el trabajo ya que, al mantener a los trabajadores en forma y saludables, permiten conservar su capacidad de trabajar y de seguir siendo miembros activos y productivos de la sociedad. Al mismo tiempo contribuyen al bienestar de los trabajadores y sus empresas por medio de prácticas laborales más eficientes y más rentables.

Ejemplos de interacciones

Universo de comportamientos relacionados con la mala salud: Datos de los EUA muestran que las personas que suelen dormir menos de las 7-8 horas recomendadas por noche tiende a fumar más, tienen mayor propensión a la obesidad, son menos activos físicamente y tienden a beber más.

- 38 por ciento de los adultos de entre 18 y 44 años que duermen menos de 6 horas son fumadores, en comparación con 21 por ciento de los que duermen entre 7 y 8 horas;
- 33 por ciento de los adultos que duermen menos de 6 horas padecen obesidad, en comparación con 22 por ciento de los que duermen entre 7 y 8 horas;
- 44 por ciento de los adultos que duermen menos de 6 horas son inactivos físicamente, en comparación con 38 por ciento de los que duermen entre 7 y 8 horas;
- 31 por ciento de los adultos que duermen menos de 6 horas informaron que beben en grandes cantidades, en comparación con 27 por ciento de los que duermen entre 7 y 8 horas.

Comportamientos de salud y salud en el trabajo: Un estudio con enfermeras y soldados demostró que los trabajadores que fuman y no hacen ejercicio tienen mayores probabilidades de sufrir lumbalgia profesional.

Schoenborn; Adams, 2008.

¹ Para más información consulte: *Occupational Health*, © WHO 2010. Disponible en inglés en: http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/index1.html

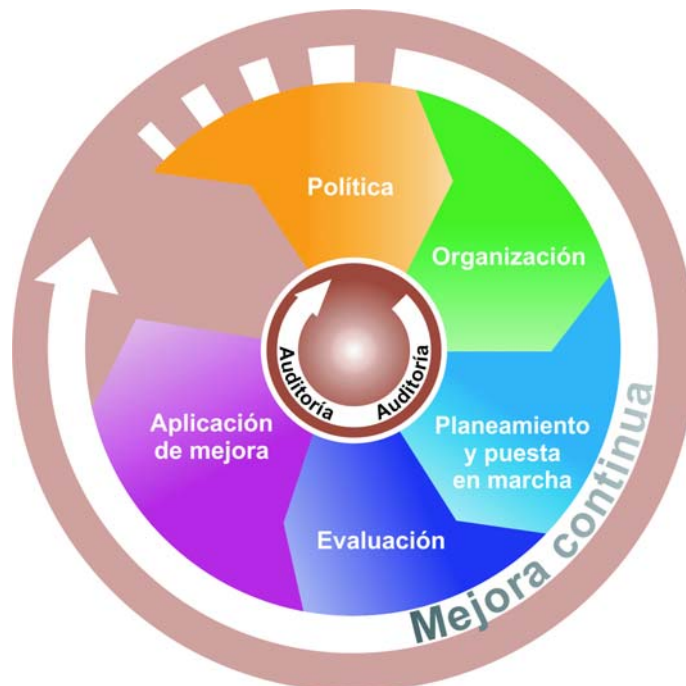
4. Gestión de la promoción de la salud en el lugar de trabajo

El modelo de gestión de la SST

Una estructura de gestión es una herramienta de diagnóstico útil que permite a las empresas identificar los peligros del lugar de trabajo, evaluar los riesgos asociados con cada uno de ellos y desarrollar soluciones apropiadas y específicas que se ajusten a la política general sobre salud y seguridad en la empresa.

Se identifican cinco etapas centrales del proceso de gestión de los riesgos:

- identificación de los peligros;
- evaluación de los riesgos;
- establecimiento de medidas para la reducción y el control de los riesgos;
- verificación de la eficacia de las medidas emprendidas;
- apropiado ajuste de dichas medidas por medio de la mejora continua.



Después de diseñar una política de SST, es necesario establecer ciertas medidas organizativas. Definir responsabilidades y mecanismos de rendición de cuentas, organizar las capacitaciones apropiadas y establecer infraestructuras de documentación y comunicación para hacer que la política sea eficaz. Las empresas/organizaciones pueden entonces pasar al planeamiento e implementación de la política y de las estrategias relacionadas, evaluándolas y emprendiendo acciones para hacer mejoras basadas en los resultados de la evaluación.

4. Gestión de la promoción de la salud en el lugar de trabajo

Una buena guía para implementar un sistema de gestión de la SST es seguir un ciclo de mejora continua como en las Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo de la OIT (OIT-SST, 2001).

Hay algunas medidas adicionales que son aconsejables al aplicar el ciclo de mejora continua a la promoción de la salud en el lugar de trabajo en general. Es esencial definir las necesidades de promoción de la salud adecuadamente para encontrar las soluciones apropiadas, por ejemplo, con respecto a la actividad física y el ejercicio, una mejor dieta y el descanso adecuado para mantener a los trabajadores saludables y productivos. Se logrará una mayor aceptación del programa de promoción de la salud, tanto de parte de la gerencia organizacional como de los trabajadores y sus representantes, cuando este cubra sus necesidades y cumpla sus expectativas. La alta gerencia también necesitará buenos argumentos para comprometer recursos.

Dadas ciertas importantes superposiciones entre la SST y la promoción de la salud, es conveniente usar y expandir las estructuras ya existentes para la seguridad y la salud para incorporar en ellas la promoción de la salud. Por ejemplo, los comités conjuntos que involucren a representantes de los trabajadores y de la gerencia son una práctica estándar e incluso un requisito legal en muchos países. Dichos comités ya tienen procedimientos, personal y prácticas establecidos para manejar los problemas de seguridad y salud. Es más eficiente integrar la promoción de la salud a dichas estructuras existentes que crear algo totalmente nuevo. Puesto que podría ser necesario asignar algunos recursos a las nuevas tareas de promoción de la salud y se debe tener cuidado de no sobrecargar el sistema y evitar obstáculos. La promoción de la salud no debe ser vista como una moda que no sea tomada en serio. Aunque haga buen uso de las estructuras existentes, la PST debe tener su propio peso y ser reconocida por dar un aporte valioso a la salud, seguridad y productividad en la compañía. De consecuencia, es altamente recomendable enfatizar los aspectos complementarios entre la seguridad y salud en el trabajo y la salud pública en el lugar de trabajo, como se describió anteriormente.

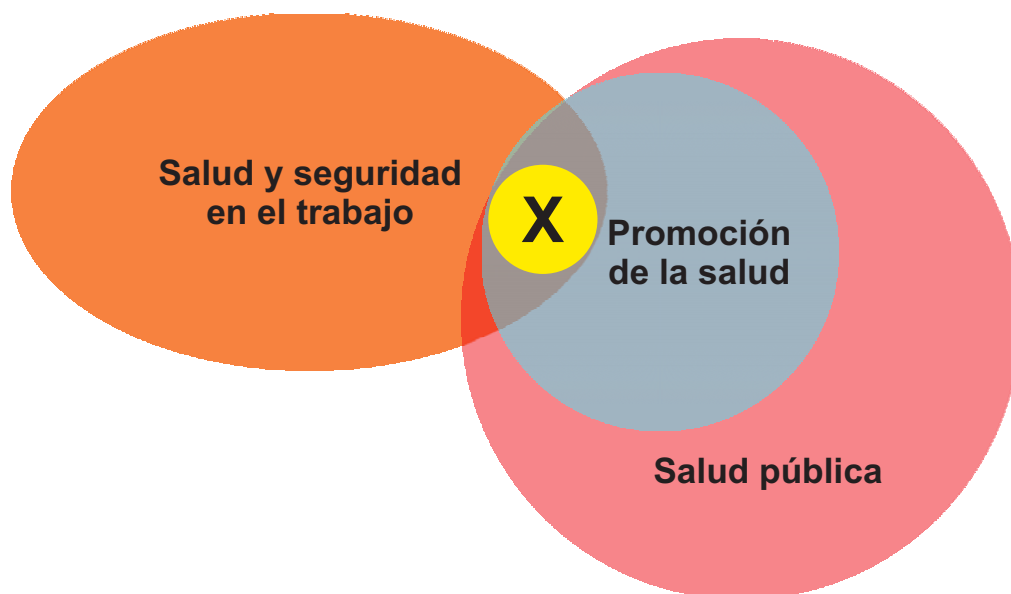


Ilustración 2.2: Promoción de la salud en el lugar de trabajo y SST

Red Europea para la Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (ENWHP *European Network for Workplace Health Promotion*)

La Red Europea para la Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo es una asociación de instituciones gubernamentales de seguridad y salud en el trabajo y de organismos de salud pública de todos los Estados Miembro de la Unión Europea y el Área Económica Europea (AEE). Esta red es responsable de la implementación de la Declaración de Luxemburgo sobre la promoción de la salud en el lugar de trabajo en la Unión Europea. Desde su creación en 1996, el objetivo de la ENWHP ha sido facilitar y coordinar el intercambio de buenas prácticas e información sobre trabajo y salud tanto al interior de cada Estado Miembro como entre todos ellos, para fomentar el desarrollo de estrategias comunes, políticas y procesos que generen mejoras en la salud y seguridad de las personas en el trabajo, tendientes a hábitos de vida más saludables y a mejores niveles de empleabilidad en Europa (WHP, 2011).

Declaración de Luxemburgo sobre la promoción de la salud en el lugar de trabajo en la Unión Europea

La promoción de la salud en el lugar de trabajo es el esfuerzo combinado de los empleadores, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el trabajo.

Ello puede lograrse mediante la combinación de:

- la mejora de las condiciones y la organización del trabajo
- la promoción de la participación activa
- el fomento del desarrollo personal

Las 5 fases de la gestión de la promoción de la salud en el lugar de trabajo (PST)

Uno de los elementos más importantes para el éxito de la promoción de la salud en el lugar de trabajo es el compromiso continuo de todos los involucrados. Por lo tanto, al igual que en la implementación de todo sistema de gestión, el compromiso es esencial para evitar un conflicto entre el programa de PST y las prácticas de gestión de la SST. También es importante integrar al personal de todos niveles y fomentar la máxima participación durante todas las etapas del programa, y es esencial combinar las necesidades de la organización con las de los trabajadores. Al igual que con cualquier proceso de gestión, cada empresa debe adaptar los principios centrales de la PST a sus propias necesidades.

Las cinco fases de la gestión de la PST incluyen:

1. La preparación

Establezca un comité ad hoc responsable de planear e implementar el programa. Este debe incluir representantes de la alta gerencia, el comité del personal, el departamento de recursos humanos y el servicio y comité de salud y seguridad en el trabajo.

Informe a todos sobre el programa de PST usando distintos canales de comunicación, como carteles, tableros de avisos, la intranet y reuniones.

Asegúrese de que se sigan los requisitos legales sobre salud y seguridad en el trabajo. La PST sólo es eficaz cuando existe una gestión exitosa de los peligros y riesgos en el trabajo.

2. El planeamiento

Evalúe las necesidades. Puede maximizar la eficacia del programa evaluando las necesidades y expectativas de los trabajadores. Algunas opciones para hacerlo son:

- grupos focales (técnica de *focus group*);
- sondeos realizados con un cuestionario en línea;
- vinculando la evaluación con acciones similares ya existentes. (p. ej. incluir preguntas sobre la salud y el bienestar en un sondeo de evaluación de riesgos);
- revisar los datos existentes: estadísticas de la compañía, datos demográficos de los trabajadores, sobre ausentismo, tasas de rotación y otra información del sistema de vigilancia de la salud en el trabajo, o los exámenes médicos voluntarios podrían indicar áreas en las que se necesiten acciones.

Decida las prioridades. Identifique los objetivos específicos del programa de PST y fije las prioridades que se desprendan de ellos. Dichos objetivos pueden incluir:

- mejorar el manejo equilibrado de las exigencias del trabajo y de la vida privada,
- reducir las lesiones músculo-esqueléticas,
- promover hábitos saludables de vida en general.

Articule la PST con las actividades de prevención de riesgos. Siempre que sea posible se debe integrar el planeamiento y las intervenciones de PST con las actividades de prevención de riesgos.

Integre las actividades de salud exitosas ya existentes, como los grupos para trotar, equipos deportivos, etc., al programa de PST.

Implemente un programa coordinado en lugar de realizar varias intervenciones inconexas.

Involucre organizaciones intermediarias, de ser necesario, y aproveche cualquier oferta, material o iniciativa. Estos podrían incluir:

- aseguradoras de riesgos del trabajo que ofrezcan, por ejemplo, primas reducidas a organizaciones que implementen programas de PST,
- planes de seguros de salud que ofrezcan un reembolso a los miembros que se inscriban en clubes o en cursos deportivos,
- aprovechar la cobertura del seguro para tratar la dependencia al tabaco de los trabajadores.

Dé oportunidades a todos los trabajadores. Evite generar desigualdades, por ejemplo, al no considerar los horarios de todos los trabajadores. Es conveniente identificar un canal idóneo para comunicar con los que no utilizan medios electrónicos.

Piense en evaluar el resultado antes de iniciar el proceso. Monitorear las señales de éxito o fracaso ayuda a evaluar y mejorar el programa, de ser necesario.

3. La implementación

Obtenga apoyo activo y visible de la alta, media y baja gerencia. Este es uno de los factores más importantes en la creación de una cultura saludable en el lugar de trabajo.

Involucre a los trabajadores tanto como sea posible. Entre más corresponda el programa de PST con las necesidades de los trabajadores, menos tendrá que promoverlo. Definir incentivos “a la medida” de su organización puede ser útil para hacer el cambio hacia una cultura saludable. Dichos incentivos pueden incluir:

- alicientes y ayudas económicas que cubran parte del costo de actividades sociales o deportivas externas,
- tiempo libre a quienes participan,
- competencias y premios para reconocer y gratificar la participación en los programas PST.

Adapte la información y los materiales de formación al grupo objetivo. El grado de complejidad y de detalle de la información, así como el esfuerzo de lectura requerido, deben ser apropiados para su público meta. Pida comentarios.

4. La evaluación

Analice el impacto del programa de PST:

- el grado de satisfacción del personal, por ejemplo, realizando un sondeo,
- en indicadores económicos relevantes, como la rotación del personal, la productividad y las tasas de ausentismo.

Evalúe los beneficios económicos del programa de PST.

Comunique los resultados de su evaluación: informe a las personas involucradas sobre los éxitos y los cambios que planea para el futuro.

5. Revise y actualice: implementación constante (principio de la mejora continua)

No detenga el planeamiento y la mejora: la buena PST es un proceso continuo.

Identifique: Los resultados detallados de la evaluación para el planeamiento futuro.

Recuerde:

- No tiene caso implementar un programa de PST sin ofrecer también un ambiente de trabajo seguro y saludable. La PST se basa en una cultura saludable, que primero que nada requiere una administración adecuada de los riesgos.
- La promoción de la salud en el lugar de trabajo va más allá de los requerimientos legales. Se basa en la acción voluntaria de ambos lados.
- La PST únicamente puede tener éxito si se integra como componente permanente en todos los procesos organizacionales.

Algunos ejemplos de medidas de promoción de la salud en el lugar de trabajo²:

Medidas organizacionales:

- proponer horarios laborales y lugares de trabajo flexibles,
- crear condiciones para que los trabajadores participen en la mejora de la organización del trabajo y de su entorno laboral;
- ofrecer a los trabajadores oportunidades de aprendizaje permanente (*lifelong learning*).

Medidas ambientales:

- proporcionar salas de estar que propicien las relaciones sociales,
- ofrecer una prohibición total de fumar en el centro de trabajo,
- ofrecer un ambiente laboral que garantice el apoyo psicosocial.

Medidas individuales:

- proponer el financiamiento de cursos y eventos deportivos,
- fomentar la alimentación saludable,
- ofrecer programas para dejar de fumar, y
- promover el bienestar mental, por ejemplo, ofreciendo atención psicosocial externa anónima, orientación y apoyo psicológico, y formación anti-estrés.

² Adaptado de: *Promoción de la salud en el trabajo para los empresarios*, Facts 93, © European Agency for Safety and Health at Work. Disponible en: http://osha.europa.eu/es/publications/factsheets/es_93.pdf [consultado el 24 de julio 2012].

Un ejemplo de buena práctica: La estrategia nacional de promoción de la salud de Irlanda.

En julio de 2000, el Ministerio para la Salud y la Infancia de Irlanda lanzó la Estrategia para la promoción de la salud 2000-2005. Esta estrategia define los objetivos que contribuyen a la mejora general de la salud de la población irlandesa.

Después de una revisión de los avances y políticas más recientes que se han establecido internacional y nacionalmente, brinda un panorama general del estatus de la salud en Irlanda, ofreciendo datos sobre el impacto de factores externos y estructurales sobre la salud – como el desempleo, la insuficiencia de ingresos o el acceso a los servicios de salud- y los comportamientos saludables de vida – como el uso del tabaco, la nutrición, el uso del alcohol, el ejercicio o el comportamiento sexual.

Con base en el análisis, la estrategia destaca acciones futuras para abordar: las enfermedades mentales, cardiovasculares, el cáncer, las dietas poco saludables, el uso del cigarrillo, alcohol y drogas, VIH y SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, además de los accidentes de tráfico.

Dichas acciones están enfocadas a hombres, mujeres, ancianos, niños y jóvenes en distintos ambientes como lugares de trabajo, escuelas, servicios de salud y dentro de la comunidad.

La estrategia también busca enfoques inter-sectoriales y multidisciplinarios para abordar el impacto que dichos factores sociales, económicos y ambientales tienen sobre el bienestar físico, mental y social de las personas y las comunidades.













Se estableció un proceso de monitoreo y evaluación para garantizar la revisión periódica de la estrategia que asegure la mejora continua.








La estrategia nacional para la promoción de la salud puede consultarse en:

http://www.injuryobservatory.net/documents/National_Health_Promotion_Strategy_2000_2005.pdf

Fuente: Estrategia nacional para la promoción de la salud, 2000-2005, Ministerio de la Salud - Departamento de Salud e Infancia.

Bibliografía

-  Asociación Americana de Diabetes. 2008. “Economic costs of diabetes in the U.S. in 2007”, en *Diabetes Care* vol. 31, núm. 3, págs. 596-615.
-  BKK BV; HVBG. 1996. *Health-related and economic benefits of workplace health promotion and prevention*. Disponible en inglés en: http://www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Reporte_Projektberichte/iga-Report_13e_effectiveness_workplace_prevention.pdf [consultado el 12 de junio 2012].
-  Deal, T.E.; Kennedy, A. A. 1982. *Corporate Cultures: The Rites and Rituals of Corporate Life* (Harmondsworth, Penguin Books).
-  European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP). *WHP in Europe. Healthy Employees in Healthy Organisations: Recommendations for Promoting Workplace Health Action*. Federal Association of Company Health Insurance Funds (BKK), Essen/Germany. Essen, June 2001.
-  Edington, D.W. “Emerging Research: A View from One Research Center”, en *American Journal of Health Promotion*, mayo/junio 2001, vol. 15, núm. 5, págs. 341-349.
-  Henning, R.A. et al. 1997. “Frequent short rest breaks from computer work: effects on productivity and well-being at two field sites”, en *Ergonomics* vol. 40, núm. 1, págs. 78-91.
-  Hill, C.W.L; Jones, G. R. 2001. *Strategic Management* (Boston, Houghton Mifflin).
-  Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health. 1995. *Report of the Committee. 12th Session, Geneva, 5-7 April 1995*.
-  Lightwood, J.M.; Glantz S.A. 2009. “Declines in Acute Myocardial Infarction After Smoke-Free Laws and Individual Risk Attributable to Secondhand Smoke”, en *Journal of the American Heart Association* 120:1373-1379.
-  McLeroy, K. et al. 1988. “An ecological perspective on health promotion programs”, en *Health Education Quarterly*, vol. 15, págs. 351-377.
-  Menzies, D. et al. 2006. “Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places”, en *Journal of the American Medical Association* vol. 296, núm. 14, págs. 1742-1748.
-  Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2001. *Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo, ILO-OSH 2001* (Ginebra).

-  — Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, 2006 (núm. 187) (Ginebra).
-  — Recomendación sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, 2006 (núm. 197) (Ginebra).
-  —. 2009. *Salud y vida en el trabajo: Un derecho humano fundamental. Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo 200* (Ginebra).
-  Organización Mundial de la Salud. 2009. *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences* (Ginebra).
-  Schoenborn C.A. y Adams P.F. 2008. “Sleep duration as a correlate of smoking, alcohol use, leisure-time physical activity, and obesity among adults: United States 2004-2006”, en *Health E-Stat mayo 2008*. Disponible sólo en internet en: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/sleep04-06/sleep04-06.htm> [consultado el 2 de abril 2012].
-  Vieira, E.R.; Kumar, S.; Narayan, Y. 2008. “Smoking, no-exercise, overweight and low back disorder in welders and nurses”, en *International Journal of Industrial Ergonomics* vol. 38, págs. 143-149.
-  Zárate, A. et al. 2009 “Influencia de la obesidad en los costos en salud y en el ausentismo laboral de causa médica en una cohorte de trabajadores”, en *Revista Médica de Chile*, vol. 137, núm. 3, págs. 337-344.

Sitios Web



Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo/ Fomento de la Salud en el Trabajo:
http://osha.europa.eu/es/topics/whp/index_html [consultado el 4 de julio de 2012].



European Network for Workplace Health Promotion:
<http://www.enwhp.org/> [consultado el 4 de julio de 2012].



Maltese Occupational Health and Safety Authority:
<http://www.ohsa.org.mt/> [consultado el 4 de julio de 2012].



Organización Mundial de la Salud / Promoción de la salud:
http://www.who.int/topics/health_promotion/es/index.html [consultado el 4 de julio de 2012].



UK Department for Work and Pensions/Health, Work and Well-being:
<http://www.dwp.gov.uk/health-work-and-well-being/> [consultado el 4 de julio de 2012].



Workplace Health Partnership Website:
<http://www.workplacehealth.ie/> [consultado el 4 de julio de 2012].



Estrés relacionado con el trabajo



1. Introducción

El término estrés tiene innumerables acepciones hoy en día, se usa para describir desde malestar matutino, hasta la ansiedad que lleva a la depresión. En algunos círculos tiene tanto connotaciones negativas como positivas. En el contexto de SOLVE, se considera únicamente el estrés que tiene un impacto negativo. La reacción que tenemos cuando se nos impulsa a dar lo mejor de sí, por las exigencias del trabajo y la vida cotidiana, **no es** considerada estrés, en este contexto, sino más bien motivación hacia el logro.

El estrés es ocasionado por un desequilibrio entre las exigencias percibidas y los recursos y capacidades percibidos por una persona para enfrentar dichas exigencias. El estrés relacionado con el trabajo es la respuesta física y emocional nociva que ocurre cuando las exigencias del trabajo no corresponden o superan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador.

La Ilustración 3.1 muestra la relación entre el desempeño y la presión. Inicialmente el desempeño aumenta a medida que aumenta la presión. La presión o las exigencias son positivas hasta un cierto punto, pero al pasar ese pico la presión se vuelve negativa o estresante, el desempeño decae y el resultado a largo plazo es el agotamiento emocional (burnout).

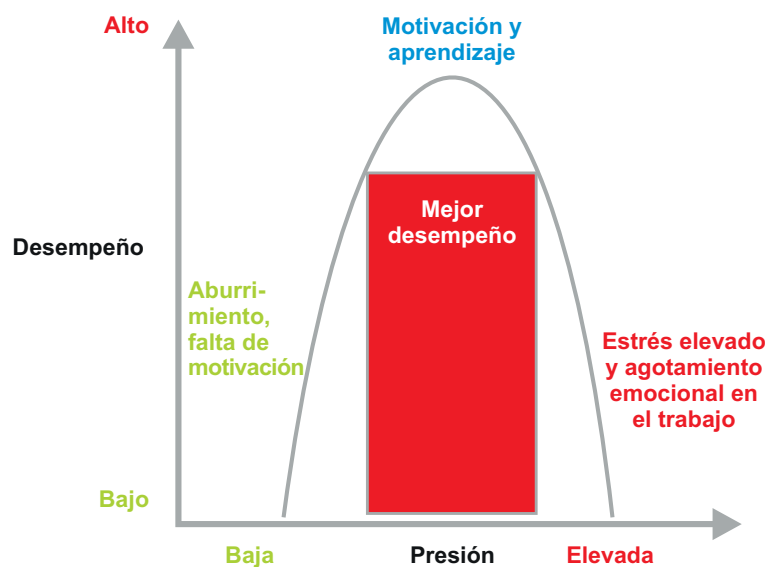


Ilustración 3.1: Relación entre el desempeño y la presión

El estrés es un fenómeno natural. Puede desencadenarlo cualquier factor emocional, físico, social o económico que requiera una respuesta o un cambio de una persona. Es un mecanismo de defensa que de muchas maneras ha garantizado la supervivencia de la especie humana. Sin embargo actualmente, el estrés prolongado se ha convertido en destructivo y debilitante.

El estrés relacionado con el trabajo está determinado por la organización y diseño del trabajo, y por las relaciones laborales. Emerge cuando el conocimiento y la capacidad para resistir, afrontar y superar dificultades de un trabajador individual o de un grupo, no corresponden a las expectativas de la cultura organizacional de una empresa.

El ritmo de la vida moderna ha crecido considerablemente en comparación con el de hace 20 años. Las personas están conectadas por teléfono, correo electrónico, internet y otros medios de comunicación electrónica. Con tantas formas de comunicarse estamos potencialmente disponibles las 24 horas del día. Mucha gente lee sus correos profesionales no sólo en el trabajo, sino también en casa y estando de vacaciones.

Antes, un trabajador podía cerrar la puerta al salir de su puesto de trabajo y olvidarse de sus tareas; actualmente muchos trabajadores temen que el trabajo continúe sin ellos y los deje atrás. El trabajo se está insertando en la vida privada, durante los eventos sociales o familiares. Los límites que separan el trabajo de la vida doméstica cada vez son más difíciles de identificar.

Ahora que el ritmo del trabajo lo dictan las múltiples comunicaciones instantáneas y el alto nivel de competencia mundial, muchos trabajadores sienten que su trabajo y su vida están conformados por urgencias y perciben que ya no pueden controlar las exigencias que se les imponen.

Para los que trabajan en la economía informal puede ser aún más difícil separar las exigencias del trabajo y las de la vida cotidiana, ya que su capacidad de supervivencia financiera depende de una enorme carga de trabajo y condiciones laborales impredecibles.

En los trabajos inciertos o precarios, o cuando las compañías cierran, se ajustan o reducen su tamaño, los trabajadores pueden percibirlo como un amenaza a su bienestar financiero. Se preguntan si tendrán la estabilidad económica suficiente para comprar alimentos, pagar su vivienda, comprar ropa a su familia y sufragar los gastos de la supervivencia cotidiana. La necesidad de mantenerse trabajando para garantizar un ingreso estable puede llevar a muchas concesiones personales.

El estrés puede ocasionar reacciones físicas, psicológicas o conductuales. A medida que el estrés aumenta, más se consume la capacidad de sobrellevar las dificultades. Algunas personas pueden sufrir trastornos de ansiedad, otros pueden padecer agotamiento emocional, en el cual la persona pierde todo interés por el trabajo y se siente completamente desmotivada; otras personas pueden experimentar episodios de depresión aguda, en la que la pérdida de interés se extiende del trabajo a la vida en general. El estrés también puede ocasionar una mayor presión arterial y cambios en la dieta, lo cual aumenta el riesgo de padecimientos como problemas cardíacos y derrames.

En algunas ocupaciones, como en los servicios de emergencia, los trabajadores podrían estar expuestos a situaciones de estrés emocional extremo, por ejemplo, al enfrentarse a un accidente que involucre pérdida de vidas. Como resultado, podrían sufrir un trastorno de estrés posttraumático (TEPT). Es necesario establecer medidas especiales para ayudar a dichos trabajadores a resistir este tipo de estrés.

Al igual que con los otros temas que aborda SOLVE, el estrés no sólo está relacionado con el trabajo. Muchos eventos de la vida pueden crear estrés a una persona. Dicho estrés y el comportamiento resultante pueden acabar por salir a flote en el trabajo. Los eventos como la pérdida de un cónyuge, el divorcio, la separación, la pérdida del empleo, el embarazo, el enfermar o lesionarse, o el asumir una deuda grande, como al comprar una casa dan lugar a un incremento de exigencias cuyo control puede sobrepasar las posibilidades de la persona.

2. Para comprender el estrés

El estrés como reacción humana

El estrés es un mecanismo natural de protección y de defensa que ha garantizado nuestra supervivencia a lo largo de milenios. En un ambiente natural, por ejemplo, cuando los humanos eran cazadores, pescadores o recolectores de alimentos, el estrés provocaba una serie de reacciones en nuestros cuerpos que permitían reaccionar rápidamente ante situaciones potencialmente peligrosas y así poder sobrevivir.

El Síndrome General de Adaptación fue descrito inicialmente por Hans Hugo Bruno Selye en 1936. Él sugería que hay tres etapas en el estrés: alarma, adaptación y agotamiento.

Cuando una persona siente peligro, el cerebro envía señales a otras partes del cuerpo para que se preparen para experimentar el miedo, pelear o huir. Estas son algunas de las señales:

- el corazón late más rápido, la presión sanguínea y el pulso aumentan, la respiración se acelera, fluye más oxígeno a los músculos -para la acción- y al cerebro para pensar rápidamente;
- se liberan combustible o nutrientes (bajo la forma de glucosa y ácidos grasos) de las grasas almacenadas en el cuerpo, para estar listo para pelear o huir;
- el cuerpo incrementa la producción de plaquetas (que ayudan a la coagulación), y glóbulos blancos (que combaten las infecciones) en el torrente sanguíneo;
- para priorizar en este mecanismo de pelea o huida, el cuerpo desvía hacia los músculos sangre, del sistema digestivo, los órganos reproductivos, la piel y otras funciones no esenciales para la supervivencia inmediata;
- dado que la sangre también es desviada de la piel y la boca, se comienza a transpirar, mientras que la producción de saliva disminuye, la boca se seca y se dificulta el habla.

Estas respuestas fisiológicas garantizaron la supervivencia humana frente al peligro. Una vez que había pasado el peligro, la persona quedaba agotada y buscaba un lugar para descansar, mientras todos sus sistemas regresaban a la normalidad.

En las condiciones actuales se activa la misma respuesta, debido a altos niveles de exigencias y exigencias, que contrastan con la percepción de poco control sobre lo que se hace, que además se mantienen por periodos prolongados; como consecuencia, la persona suele no tener la oportunidad de descansar lo suficiente para que sus sistemas regresen a la normalidad. Existen síntomas físicos, psicológicos y conductuales del estrés. Incluso el sueño, que ayuda al cuerpo a recuperar el equilibrio necesario para un funcionamiento normal, podría verse interrumpido o perturbado por la ansiedad o la organización del trabajo.

La siguiente tabla 1 muestra algunos efectos del estrés en los humanos que pueden ocasionar daños a la salud (la tabla no agota las posibilidades).

Tabla 1: Síntomas del estrés

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos	Síntomas conductuales
<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio • Fatiga • Reducción de la inmunidad ante infecciones • Presión arterial elevada • Dolor en el pecho • Sed • Trastornos de peso • Aumento del colesterol • Trastornos de la piel • Dolor de espalda • Pérdida de la libido • Dolor de cabeza 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Pérdida de la memoria • Confusión • Desmotivación • Frustración • Deseo o necesidad de aislarse • Inseguridad • Pesimismo • Depresión 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidad • Ira • Retraimiento/comportamiento evasivo • Propensión a arriesgarse • Ausentismo • Abuso de las drogas o el alcohol • Impaciencia • Problemas con las relaciones interpersonales • Cambios de humor • Juegos de azar • Promiscuidad

Fuente: Brun, 2005.

Definiciones del estrés relacionado con el trabajo

“Las personas experimentan estrés cuando sienten que existe un desequilibrio entre lo que se les exige y los recursos con que cuentan para satisfacer dichas exigencias. Aunque el estrés se experimenta psicológicamente, también afecta a la salud física de las personas.”

Observatorio OSHA de la UE, 2009.

“El estrés relacionado con el trabajo puede definirse como la respuesta física y emocional nociva que ocurre cuando las exigencias del trabajo no corresponden a las capacidades, recursos o las necesidades del trabajador. El estrés relacionado con el trabajo puede dañar la salud e incluso causar lesiones.”

Stress at work, Instituto Nacional seguridad y salud ocupacional de los Estados Unidos, 1999.

“Con el término estrés relacionado con el trabajo nos referimos al proceso que surge cuando las exigencias y exigencias laborales, de distintos tipos y combinaciones, superan la capacidad de resistir de la persona. Imagínelo como un "trabajo malo". Es una causa importante de trastornos y enfermedades y se sabe que está vinculado con permisos por enfermedad frecuentes, alta rotación de los empleados y otros indicadores de bajo desempeño organizacional, incluyendo los errores humanos.”

HSE (Oficina Ejecutiva de Salud y Seguridad), 2010.

“El estrés se manifiesta cuando la presión percibida supera la capacidad que la persona percibe de sí misma de afrontar y superar las exigencias.”

Palmer et al, 2003.

Modelos

Existen varios modelos que describen el estrés y los factores de riesgo de estrés relacionados con el trabajo, algunos de los cuales son descritos aquí. Entre estos están el “Modelo de exigencia y control” de Robert Karasek, el “Modelo ecológico” (por ejemplo, en el trabajo de Daniel Stokols), la “Jerarquía de necesidades” de Abraham Maslow y el “Modelo del estrés relacionado con el trabajo” de Palmer, Cooper y Thomas.

El Modelo de exigencia y control

El modelo de Robert Karasek describe las características de las tareas de los trabajadores que están asociadas con el estrés psicológico. Este modelo se basa en tres variables:

1. El margen de decisión o control sobre el trabajo.
2. Las demandas (o exigencias) psicológicas.
3. El apoyo social.

De acuerdo con este modelo, no son sólo las exigencias psicológicas del trabajo las que causan el estrés y las enfermedades relacionadas, sino también las situaciones en las que se perciben altas exigencias combinadas con una percepción de poco control sobre el proceso de trabajo. El estrés se desencadena cuando a los trabajadores se les imposibilita responder a un factor estresante conforme a su propio patrón óptimo de respuesta psicológica y fisiológica, debido a factores externos sobre los cuales no tienen control.

Usando el modelo se pueden identificar cuatro situaciones:

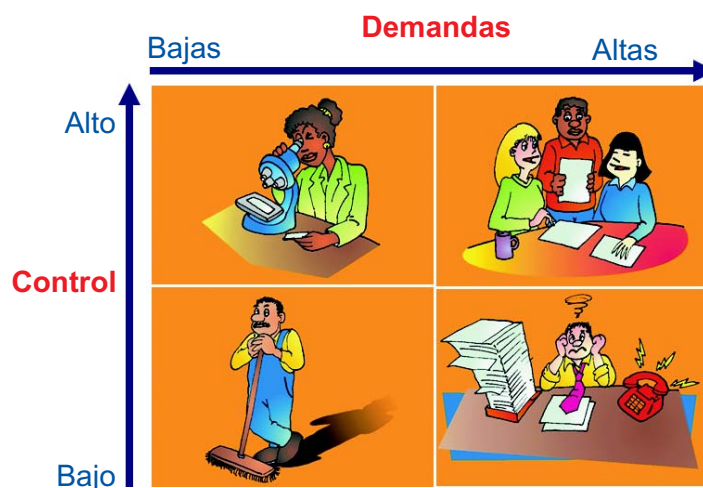


Ilustración 3.2: El modelo Karasek

1. **Bajo control – baja exigencia** o situación pasiva, en la que los trabajadores tienen suficiente control y la exigencia no es demasiado elevada. Esto ocasiona poco estrés. Sin embargo, puede ocasionar desmotivación y pérdida de competencias profesionales.

2. **Bajo control – alta exigencia** o situaciones de mucha tensión, en las que teniendo una exigencia elevada, los trabajadores tienen poco control. Esto ocasiona estrés.
3. **Alto control – baja exigencia** o situaciones relajadas o de poca tensión, en las que los trabajadores tienen mucho control y la exigencia es baja. Esto ocasiona poco estrés pero también puede ser desmotivador.
4. **Alto control – alta exigencia** o situación activa, en la que los trabajadores tienen una gran exigencia de sus servicios y mucho control. Ello ocasiona situaciones que la mayoría de la gente siente que puede manejar.

Apoyo social

El apoyo social es la tercera variable del Modelo de exigencia y control. Consiste en el reconocimiento, apoyo y aprecio que brinda una persona o un grupo, a alguien y que le ayuda a abrirse paso ante las dificultades de la vida cotidiana. Las personas que ofrecen el apoyo social impulsan al individuo escuchándolo, reconfortándolo y dándole una mano. Pueden ser del mismo lugar de trabajo, pero también pueden ser familiares o amigos. Al tener gente que le ofrezca apoyo social, el trabajador se sentirá mejor, se volverá más resiliente, y tendrá mayor capacidad de salir adelante. Sentirá que puede ejercer más control y los niveles de estrés disminuirán.

El apoyo social funciona en ambas direcciones: la persona que lo ofrece también tiene una sensación positiva sobre lo que hace a favor de un amigo o colega. Este tipo de apoyo es un factor importante para mantenerse saludable. Recibir y dar aprecio y elogios puede aumentar la autoestima de la persona que da y de la que recibe. Por medio del apoyo social se puede desarrollar la solidaridad mutua.

Uso de este modelo

Cada trabajador puede identificar en qué parte del modelo está, valorando sus propios niveles de control y de exigencia. Esta es una buena ayuda para identificar la fuente del estrés, que podría ser una exigencia excesiva o quizá insuficiente. Con esta información los trabajadores y la gerencia empresarial pueden iniciar la búsqueda de soluciones al problema, en lugar de limitarse a sentirse impotentes ante una situación estresante.

Un enfoque dinámico para el uso del modelo de Karasek

El estrés no es una situación estática: los niveles de estrés cambian a medida que cambia el control, la exigencia y el apoyo social. Por lo tanto el estrés no es un aspecto inevitable del trabajo, ya que algunos de los factores que lo producen están sujetos a cambios, lo cual a menudo hace que el estrés sea prevenible.

- El estrés *aumenta* si cae el control ejercido y sube la exigencia.
- El estrés *disminuye* si sube el control ejercido y disminuye la exigencia.
- El estrés *disminuye* si aumenta el apoyo social.

El apoyo y la interacción social en el trabajo contribuyen a la reducción del estrés. Los siguientes aspectos del apoyo social son importantes:

- la calidad de las relaciones: el grado en que una persona compagina con sus colegas o la existencia de un buen clima social en el lugar de trabajo, p. ej. que pueda comunicarse con sus colegas sobre asuntos cotidianos o hacer bromas;

- el apoyo social percibido: en que grado una persona piensa que puede recurrir al apoyo social de los demás;
- apoyo social real: la medida en que dicho apoyo social se concreta en la realidad.

El modelo ecológico y el estrés

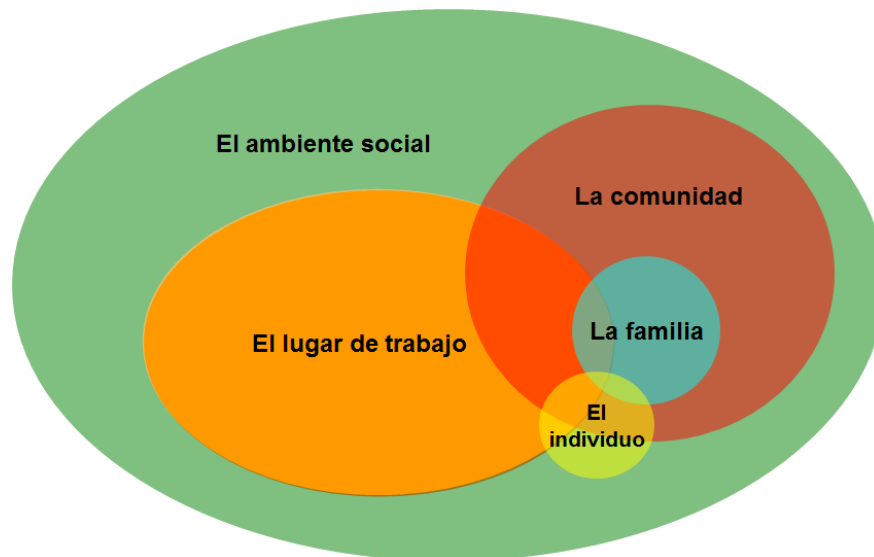


Ilustración 3.3: El modelo ecológico

Los factores psicosociales que causan estrés deben ser examinados desde diferentes perspectivas. Las causas del estrés pueden encontrarse en el trabajo, en casa, en el entorno social o en la comunidad (el término comunidad en este contexto puede ser local, provincial o incluso nacional). En cada uno de estos ambientes podría haber una fuente o más de estrés, como también puede haber más o menos recursos que contribuyan a prevenir o reducir el impacto del estrés. Las consecuencias del estrés también pueden tener impacto en cualquiera de estos ambientes; por lo tanto, el estrés relacionado con el trabajo no debe ser tomado de manera aislada. Los psicólogos usan el modelo ecológico para explicar esta interrelación.

La persona

En términos individuales, todas las personas se ven afectadas en algún momento por el estrés. Aunque el estrés relacionado con el trabajo no es en absoluto un fenómeno nuevo, se está globalizando cada vez más y está afectando a todas las categorías de trabajadores.

Varios factores pueden aumentar la vulnerabilidad ante el estrés. Entre estos están:

- la edad;
- el género;
- la discapacidad;
- el estatus socioeconómico.

Lo más frecuente es que sea una combinación de factores, sea en el trabajo como fuera de él, la responsable de llevar a las personas a agotar su capacidad de resistencia al estrés relacionado con el trabajo.

La relación entre el género, el trabajo y el estrés es compleja. Muchos factores magnifican el impacto del estrés sobre las mujeres, incluyendo su importante papel en el cuidado de la familia. La carga de trabajo diario total de las mujeres que trabajan a tiempo completo fuera del hogar, suele ser mayor a la del personal masculino ocupado a tiempo completo, particularmente si tienen responsabilidades familiares, porque su trabajo continúa en casa, sin remuneración.

Además de sus responsabilidades familiares, hay otros factores que también tienden a hacer que las mujeres sean más vulnerables al estrés relacionado con el trabajo:

- menor nivel de control en sus trabajos, dado que la tendencia actual sigue siendo que la gran mayoría de las mujeres ocupen menos puestos de alto cargo que los hombres;
- hay más mujeres que hombres que trabajan en empleos precarios;
- hay más mujeres que hombres en ocupaciones de alto estrés, como la enfermería, la docencia, la banca o los servicios de atención al cliente.

La familia

Una combinación de factores que podría elevar el nivel de estrés proviene de la interacción entre el trabajo y la vida familiar. Esto es particularmente cierto en las familias en las que ambos padres trabajan, además de las familias mono parentales.

Puede ser difícil lograr un equilibrio entre el trabajo y la vida familiar; entre las dificultades están los cambios abruptos al horario de trabajo, el trabajo bajo presión de tiempo, un tratamiento poco comprensivo de parte de la gerencia y los colegas y, la falta de control sobre el contenido y la organización del trabajo. El trabajo por turnos y los horarios irregulares son especialmente difíciles de manejar con respecto a las rutinas y eventos familiares. Las personas que trabajan desde casa, y aquellos que usan tecnologías de la información para trabajar cuando no están en su sede principal de trabajo (los trabajadores a distancia), pueden enfrentar el desafío de compatibilizar el trabajo con la vida familiar de maneras atípicas. El trabajo veloz e intensivo aumenta el conflicto entre el roles laboral y el familiar.

Es indispensable destacar que, al mismo, tiempo la familia puede convertirse en una fuente de apoyo social, ofreciendo medios para resistir las dificultades relacionadas con el equilibrio entre el trabajo y la familia.

La comunidad

La capacidad de las personas o los grupos de socializar con otros puede tener un impacto directo sobre el estrés. Como sugieren *Karasek* y otros, una de las claves para reducir el estrés es el apoyo social, que puede darse en diversas formas. En algunas culturas, la comunidad engloba a la familia ampliada, en la que la familia inmediata y los primos, tías, tíos y amigos suelen vivir cerca, reunirse con frecuencia y apoyarse entre sí. En otras culturas, se recurre a los familiares inmediatos, amigos o a los conocidos en clubes sociales y actividades deportivas, además de los colegas de trabajo, para recibir ayuda en las situaciones difíciles. Esta red de relaciones puede ser muy valiosa a la hora de resolver problemas y desarrollar vínculos significativos de confianza.

El entorno social

El **entorno social** puede ayudar a prevenir el estrés y los riesgos psicosociales relacionados, como las adicciones y la violencia. La interrelación de los factores psicosociales hace que, al abordar un riesgo específico como el estrés, las acciones que se emprendan en el lugar de trabajo, en la comunidad y en la sociedad, también puedan contribuir a reducir otro riesgo, como por ejemplo, el hábito de fumar.

El **entorno social** puede desempeñar tres papeles principales: proveer un marco legislativo, contribuir en el diseño de políticas, y de infraestructuras de promoción de la salud:

1. El entorno social amplio (a nivel nacional o local) podría desarrollar y promover leyes, regulaciones y políticas que incluyan estrategias para enfrentar los factores psicosociales y así reducir o eliminar los factores estresantes potenciales. Por ejemplo, el **entorno social** podría proveer leyes que aborden problemas como el consumo de alcohol y tabaco, que también afectan al trabajo. La aplicación de dichas leyes puede contribuir a que haya menores niveles de estrés relacionado con el trabajo, en un ambiente laboral más seguro y más saludable.
2. La infraestructura del **entorno social** puede contribuir a la disminución del estrés, reduciendo otros problemas psicosociales. Dicha contribución puede incluir servicios como un mejor transporte público; instalaciones deportivas y de esparcimiento; apoyo comunitario de servicios sociales para enfrentar problemas específicos como el abuso del alcohol, la violencia y el consumo de tabaco; actividades educativas en las escuelas y la comunidad, además de programas de nutrición.
3. El **entorno social** también puede tener un importante papel de concientización al promover vías para reducir el estrés en la familia, la escuela y el trabajo. Puede ofrecer apoyo médico profesional, literatura de autoayuda o información sobre dónde encontrar apoyo.

El lugar de trabajo

La globalización introdujo cambios drásticos al mundo del trabajo con respecto a:

- tecnologías nuevas y más complejas, en particular de comunicación;
- nuevas formas de organización del trabajo, como cambios en la intensidad del trabajo y en los horarios de trabajo; la tercerización y la fragmentación de los procesos de producción y, con la crisis, la reestructuración organizacional, la inseguridad laboral y mayores exigencias;
- nuevas formas de empleo, como el empleo temporal, de medio tiempo y desde casa, además del empleo precario;
- variaciones en la composición de la fuerza laboral debido a los cambios demográficos y políticos relacionados con la migración, el envejecimiento de la fuerza laboral, la falta de acceso al empleo para trabajadores jóvenes y un número creciente de trabajadores en la economía informal.

En este contexto el lugar de trabajo se ha convertido en una fuente importante de riesgos psicosociales y de desequilibrio entre el trabajo y la vida privada.

El lugar de trabajo puede ayudar a prevenir el estrés equiparando las capacidades de los trabajadores con la carga de trabajo y las tareas que se les asignan. Se reconoce que cierto grado de estrés sirve como precursor de la motivación y es esencial para tener un impulso al desempeño y un vínculo con el trabajo. Sin embargo, se puede llegar a un punto en el cual este estrés inicial sea demasiado. Desafortunadamente, a menudo estamos conscientes de que se llegó al límite sólo cuando los efectos negativos ya afectaron nuestro trabajo. Varios factores como una mayor competición por cargos, mayores expectativas sobre los niveles de desempeño, horarios más largos y la inseguridad laboral han contribuido a que el lugar de trabajo se convierta en un lugar cada vez más estresante. Los empleadores deben estar conscientes de los efectos negativos que el estrés puede tener sobre los trabajadores. Deben conocer los factores ambientales de estrés que tienen como resultado el exceso de trabajo y la falta de control sobre sus tareas, (ej. el agotamiento emocional –burnout–).

De ahí la importancia de activar una gestión de las medidas emprendidas en el lugar de trabajo que tenga un enfoque multifacético que incluya:

- la implementación de medidas colectivas de evaluación y de gestión del riesgo, de la misma forma que se hará con otros peligros del lugar de trabajo – adaptando la organización del trabajo y las condiciones laborales;
- el incremento de las habilidades de los trabajadores para enfrentar y superar dificultades; y
- el desarrollo de sistemas de apoyo social para los trabajadores en el lugar de trabajo.

El lugar de trabajo puede ofrecer cierto alivio y promover la productividad de los trabajadores sin perpetuar los efectos del estrés negativo. Para este fin, se debe incorporar la evaluación de los factores de riesgo de estrés relacionados con el trabajo en las medidas de evaluación y gestión de riesgos, al igual que se hace con otros riesgos en el lugar de trabajo; y al mismo tiempo, ofrecer opciones que faciliten la adaptación a los factores estresantes externos al ambiente de trabajo, p.ej., ofrecer horarios de trabajo flexibles con miras a conciliar la vida familiar con el trabajo, esquemas de microfinanzas que consideren el entorno social o formación para el desarrollo personal.

La jerarquía de necesidades de Maslow

El psicólogo estadounidense Abraham Maslow estudió las necesidades y motivaciones de las personas. Él se interesó en las cualidades de las personas que sacan el mayor provecho de la vida y en lo que las motiva. En este modelo, el estrés surge cuando no se satisfacen las necesidades de las personas.

La teoría de Maslow parte de la idea de que las personas se sienten motivadas por necesidades insatisfechas. En su modelo, las necesidades de los niveles inferiores (ver la ilustración 3.4) tienen que ser cubiertas antes de que las personas puedan considerar las necesidades de los niveles superiores. Es decir, para que las personas actúen sin egoísmo necesitan tener satisfechas sus necesidades básicas, como las fisiológicas, de seguridad y las sociales. Las personas que se sienten motivadas, avanzan hacia la autorrealización. Satisfacer las necesidades permite una vida saludable, mientras que las necesidades insatisfechas ocasionan enfermedades, frustración o actos negativos.

Social y profesionalmente es importante comprender qué motiva a los demás y qué los frustra. Este modelo puede ayudar a identificar fuentes de estrés. Por ejemplo, si las necesidades básicas de seguridad de un trabajador no se ven cumplidas porque trabaja en un ambiente inseguro, sufrirá mayor estrés, lo cual a su vez puede contribuir a generar accidentes. Si las necesidades sociales del trabajador no se cumplen porque la atmósfera de trabajo es poco amigable, o peor aún, porque este es objeto de acoso psicológico, es fácilmente entendible que experimente una baja en su motivación y autoestima. Como alternativa, un lugar de trabajo positivo puede hacer que los trabajadores se sientan más estimulados, se orienten a un buen desempeño y sean propensos a la autorrealización.



Ilustración 3.4: Adaptación de la pirámide de necesidades de Maslow

1. **Necesidades fisiológicas básicas:** en la base de la pirámide están las necesidades básicas para la supervivencia, como el aire, alimento, agua y abrigo.
2. **Necesidades de seguridad básica:** un ambiente seguro, no amenazante y saludable, que incluya seguridad personal y estabilidad económica.
3. **Necesidades sociales:** compañía, amistad y aceptación de los demás. Ser parte de un grupo o un equipo en el trabajo.
4. **Necesidades de estima:** la necesidad de un sentido del control y de ser posible de ejercer poder, que influyen en la autoestima. La necesidad de aprecio, reconocimiento y respeto de los demás.

5. **Autorrealización:** necesidad de desarrollar las potencialidades por medio de oportunidades de aprendizaje y creatividad, que permiten sentirse conectado con el propio entorno.

Como se explicó antes, una persona generalmente deben ocuparse de las necesidades de los niveles inferiores antes de que pueda pasar a las demás. Por ejemplo, si una persona siente frío, está mojada y está hambrienta en la oscuridad, muy probablemente no pensarán en el reconocimiento de sus logros.

Modelo de estrés organizacional

El estrés relacionado con el trabajo es resultado de la exposición a factores de riesgo psicosociales y organizacionales.

En un modelo propuesto por Palmer, Cooper y Thomas en 2001, y aplicado posteriormente en 2003, se vincularon varios factores de riesgo psicosocial con síntomas, resultados y costos financieros. Los autores destacaron que las cifras usadas en el modelo de costos estaban subestimadas..

La gente suele sentirse impotente al enfrentarse al estrés en el trabajo. Una ventaja de este modelo es que abre una ruta reconocida hacia la solución del problema, usando las técnicas bien establecidas de la evaluación y la gestión de los riesgos. Este modelo fue usado para crear una evaluación estructurada del riesgo de sufrir estrés, que consiste en cinco pasos que vinculan siete factores de riesgo clave, que pueden tener resultados relacionados con el estrés.

Modelo de estrés relacionado con el trabajo

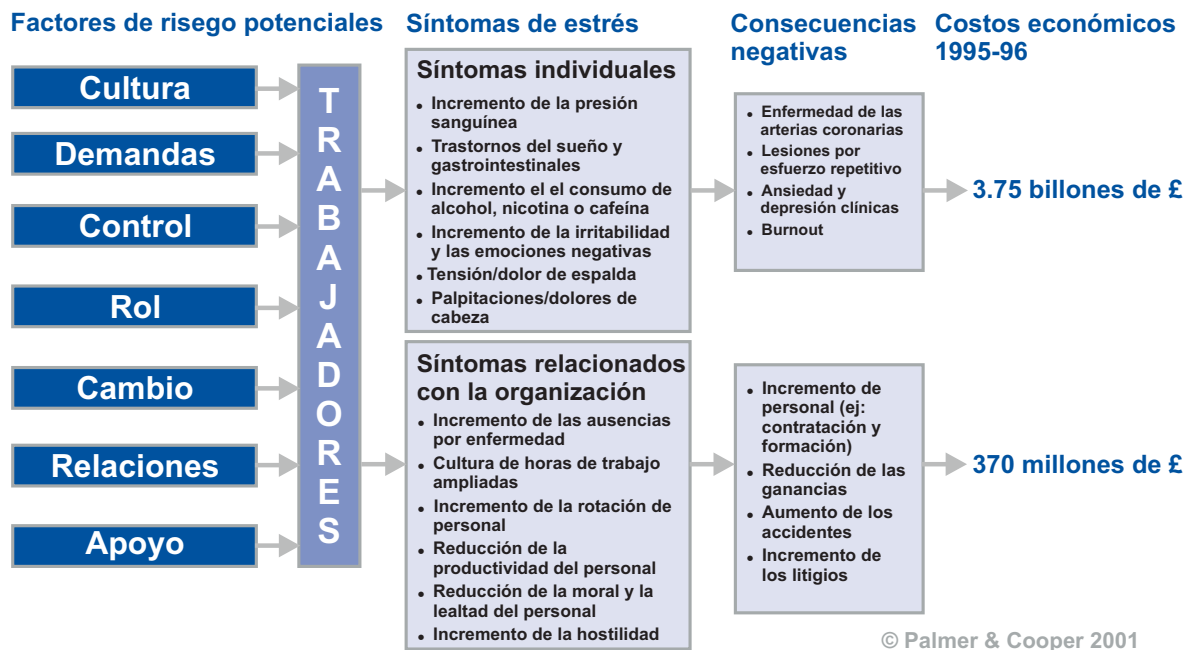


Ilustración 3.5: Modelo del estrés de Palmer, Cooper y Thomas

3. Impacto

El estrés relacionado con el trabajo, a menudo complicado por el estrés doméstico o comunitario, puede tener un efecto importante sobre la salud, la seguridad y el bienestar general en el trabajo. El estrés podría ser ocasionado o podría ocasionar una variedad de trastornos psicosociales distintos.

El estrés en el lugar de trabajo se ha convertido en un problema muy difundido debido a las nuevas formas de organización del trabajo, las nuevas relaciones de trabajo y los nuevos patrones de empleo. Un estudio reciente de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA, siglas en inglés) descubrió que, en promedio, 22 por ciento de la fuerza de trabajo europea está estresada, con niveles notablemente mayores en los Estados de recién ingreso a la UE (30 por ciento) que en los Estados que han sido miembros por más tiempo (20 por ciento). El estrés tiene una prevalencia mayor en el sector educativo y el sector salud, además de en la agricultura, la caza, la silvicultura y la pesca (28.5 por ciento). El grupo más grande de trabajadores que padecían ansiedad en el trabajo era el de los empleados en los sectores educativo y de la salud (12.7 por ciento), la administración pública y la defensa (11.1 por ciento) y, la agricultura, caza, silvicultura y pesca (9.4 por ciento) EU-OSHA, 2009.

Estrés y salud

El comportamiento relacionado con el estrés puede tener una influencia determinante sobre la salud e incluso, puede llevar a la muerte. Los niveles elevados de estrés afectan nuestro bienestar, nuestra salud y, en definitiva, nuestras vidas.

Cálculos del costo del estrés relacionado con el trabajo

- En 2002 la Comisión Europea informó que el costo anual del estrés relacionado con el trabajo en 15 de los países de la Unión Europea era de 20.000 millones de Euros al año (EU-OSHA, 2009).
- En 2005/06 se perdieron más de 70 millones de días al año por problemas de salud mental en el Reino Unido. El estrés relacionado con el trabajo, la depresión y la ansiedad aumentaron los costos de tratamiento y compensación de Gran Bretaña que se excedieron en 530 millones de Libras Esterlinas (HSE, 2007).

El aumento en los niveles de estrés puede acelerar el ritmo de desgaste del cuerpo y de desarrollo de trastornos a la salud. El tipo de enfermedades a las que puede conducir el estrés dependerá en parte de la genética y, en parte, del ambiente, es decir, de los factores de riesgo a los que la persona esté expuesta, incluyendo, las enfermedades padecidas en el pasado. Por lo tanto, el impacto del estrés sobre la salud puede variar considerablemente de persona a persona. Para algunas el estrés puede llevar al suicidio, mientras que para otras el resultado puede ser la elevación de la presión arterial o un ataque cardíaco. Otras podrían tener la suerte de sufrir pocos efectos negativos.

La importancia del papel que juegan los factores psicosociales en la etiología de las enfermedades también puede variar considerablemente. En algunos casos tienen un rol determinante en el origen de la enfermedad y este tipo de trastornos se conocen como

psicosomáticos. En otros el rol de los factores psicosociales podría ser menos importante. Sin embargo, los factores psicosociales siempre tiene algún papel; pueden por ejemplo, influir en la forma de interpretar la situación de vida, o la manera en que se vive la enfermedad. Los factores psicosociales influyen en lo que las personas están dispuesta a hacer para evitar el deterioro de su salud (por ejemplo, dejar de fumar) o para adquirir hábitos saludables (seguir consejos de dieta o ejercicio). Los factores psicosociales también pueden empeorar los síntomas ocasionados por la enfermedad o aliviar el decaimiento de la persona.

El siguiente texto refleja los resultados de algunas investigaciones que ilustran la interacción entre los factores psicosociales y físicos y distintos tipos de mala salud.

Presión arterial elevada

El estrés en el trabajo puede elevar la presión arterial. Una serie de estudios ha demostrado que la presión alta es particularmente común entre los operadores telefónicos y los profesores.

Algunos científicos también han demostrado que vivir una vida estresante puede ocasionar un aumento de la presión arterial con la edad. Independientemente de si se vive en un país industrializado o en desarrollo, una persona que viva en una sociedad estable y que aprenda durante la infancia a manejar las tensiones de la vida cotidiana, la presión arterial no necesariamente tendrá un aumento con la edad. Pero si el entorno cambia dramáticamente y la persona se ve expuesta a nuevas exigencias y tensiones que no sabe manejar, la presión arterial suele aumentar. Sin embargo, si la persona recibe apoyo y ánimos de su red social, a menudo se puede evitar la presión arterial elevada. La desintegración o el desinterés de la red social de apoyo (por ejemplo, la familia o los colegas) ocasionan reacciones de estrés y, a la larga, aumentará el riesgo de presión arterial elevada. Al mismo tiempo, aumenta el riesgo de sufrir un derrame cerebral o un ataque al corazón.

Padecimientos cardiacos

Las circunstancias psicosociales negativas, junto con una presión arterial elevada, un nivel alto de colesterol en la sangre y el hábito de fumar son los factores principales que aumentan el riesgo de tener un ataque al corazón.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que 17.1 millones de personas murieron por enfermedades cardiovasculares en 2004, lo cual representa 29 por ciento de las muertes totales. De dichos fallecimientos, se calcula que 7.2 millones se debieron a cardiopatía coronaria y 5.7 millones se debieron a derrame cerebral (accidente cerebral vascular –AVC-). Hacia 2030 casi 23.6 millones de personas morirán de enfermedades cardiovasculares, principalmente de cardiopatía coronaria y de AVC (OMS, Nota descriptiva N. 317, 2009a).

La relación entre los hábitos saludables de vida y el riesgo de cardiopatía coronaria está bien establecida. Aquellos que ascienden agresivamente en la escala social tienen un contenido más alto de grasa en el cuerpo, coagulación más rápida de la sangre, tasas más elevadas de enfermedad y un mayor riesgo de cardiopatía coronaria en comparación con las personas que tienen un estilo de vida más tranquilo, más suave y más “relajado”.

El estrés puede ocasionar ataques al corazón. A corto plazo, a las personas que tienen arterias coronarias parcialmente bloqueadas o, a largo plazo, como resultado del desgaste impuesto al corazón por una combinación de una carga de trabajo excesiva (ya sea de forma recurrente o a lo largo de un periodo prolongado) con un control del trabajo excesivamente bajo.

La Red Europea del Corazón (EHN, siglas en inglés) publicó una revisión de las publicaciones científicas sobre el estrés en la vida laboral como un factor de riesgo para los ataques al corazón. Descubrieron que un factor de riesgo importante era la combinación de un alto nivel de exigencia, y de falta de control y de apoyo social. El riesgo de infracciones del miocardio atribuibles al estrés en hombres, resultó ser tan significativo como el atribuible al hábito de fumar. (European Heart Network, 2006).

Las enfermedades cardiovasculares representan la mayoría de los fallecimientos por enfermedades no transmisibles (ENT), 17 millones de personas al año; seguidas por el cáncer (7.6 millones), las enfermedades respiratorias (4.2 millones) y la diabetes (1.3 millones). Estos cuatro grupos de enfermedades representan alrededor del 80 por ciento de todas las muertes por ENT y comparten cuatro factores de riesgo en común:

- el uso de tabaco
- la inactividad física
- el abuso del alcohol y
- la mala alimentación.

Fuente: OMS, Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010, OMS 2011a.

Cáncer

El cáncer es un crecimiento y propagación sin control de células que podría afectar a cualquier tejido del cuerpo. El cáncer ocasionó 7.6 millones de fallecimientos en 2008, equivalente al 13 por ciento de los fallecimientos a nivel mundial. Más de 30 por ciento de estos pudieron ser prevenidas modificando y evitando factores de riesgo clave, como: el hábito de fumar, el uso del alcohol, un bajo consumo de frutas y vegetales, el sobrepeso y la obesidad y el sexo sin protección, (el cual contribuye a la transmisión del virus del papiloma humano). Se ha demostrado que estos factores contribuyentes suelen aumentar según el nivel de estrés que la persona experimente. La OMS calculó que si esta situación no mejora, habrá 12 millones de fallecimientos por cáncer para el 2030 (OMS, Nota descriptiva No. 297, 2011b).

Trastornos mentales

Más de 150 millones de personas en todo el mundo padecen depresión; alrededor de 125 millones de personas se ven afectadas por trastornos relacionados con el uso del alcohol; los trastornos mentales, neurológicos y relacionados con el uso de sustancias psicotrópicas representan el 14 por ciento de la carga de enfermedades en todo el mundo (OMS, 2011).

Las enfermedades mentales son comunes en todos los países y ocasionan inmensos sufrimientos. Las personas que padecen estos trastornos suelen ser sometidas al aislamiento social y a una mala calidad de vida, lo cual agrava sus niveles de estrés. Los problemas de salud mental ocasionan enormes costos económicos y sociales.

El trastorno de estrés posttraumático (TEPT) es una forma particularmente extrema de estrés que ocurre después de asistir a una experiencia intensamente desgastante, como accidentes, violencia, asesinatos, violaciones, torturas, guerra o desastres naturales. La persona se ve atormentada por recuerdos dolorosos y traumáticos e intenta olvidarlos. Si se le recuerdan puede reaccionar con taquicardias, temblores, dificultad para concentrarse y pérdida del sueño. Algunas ocupaciones podrían exponer a los trabajadores a un riesgo de TEPT, y quienes las realizan deben recibir un tratamiento adecuado.

Agotamiento emocional (*Burnout*)

El agotamiento emocional (sensación de “estar quemado por el trabajo”) es un trastorno por cansancio combinado con sensaciones de desesperanza y cinismo. El agotamiento suele ocurrir cuando a lo largo de un periodo prolongado se impone exigencias a una persona que no tiene suficientes recursos para cumplirlas. Lo que experimenta la persona se puede describir como “tratar de vaciar el océano con una cucharilla”. Esta sensación es común en el personal de escuelas y del sector salud, entre los que cuidan personas de edad avanzada y los que trabajan en servicios sociales. Aplica a todas las formas de trabajo donde se demande cada vez mayor “eficiencia”, pero se provean cada vez menos recursos.

El trabajador con agotamiento emocional se cansa, se vuelve indiferente e ineficiente. Puede haber dado todo, haber puesto las necesidades de otros antes que las suyas y finalmente llegar a un punto en el cual no tiene nada más que dar. Si no se trata el agotamiento emocional, la persona podría llegar a estar incapacitada para trabajar.

Comportamiento suicida

De acuerdo con la OMS, en los últimos 45 años, las tasas de suicidio aumentaron 60 por ciento a nivel mundial y el suicidio ahora está entre las tres principales causas de muerte entre las personas de 15 a 44 años de edad. Estas cifras no incluyen los intentos de suicidio, que se han vuelto hasta 20 veces más frecuentes que los intentos de suicidio que tienen éxito (OMS, SUPRE, 2009b).

Los trastornos mentales (particularmente los asociados a la depresión y al abuso de sustancias psicotrópicas) son un importante factor de riesgo asociado al suicidio en Europa y Norteamérica (OMS, SUPRE, 2009b). Sin embargo, el suicidio es resultado de una serie de factores socioculturales complejos. Los problemas laborales o familiares, como la pérdida del empleo, la falta de apoyo social, la violencia psicológica o la pérdida de un pariente cercano por un divorcio o por un fallecimiento suelen ser parte de las causas.

El perder el empleo, sufrir acoso en el lugar de trabajo o situaciones particulares como la jubilación, una carga de trabajo excesiva o los problemas financieros también pueden llevar al suicidio.

4. Gestión del estrés en el trabajo

Al igual que existen muchas causas diferentes de estrés, existen varias maneras de manejarlo. Además de las respuestas individuales, existen importantes acciones que pueden emprenderse en el lugar de trabajo desde una perspectiva colectiva para realizar una gestión adecuada del estrés.

A nivel individual

Si padece estrés... piense en los siguientes diez puntos. Algunos podrían aplicarse a su caso.

1. Familiarícese con sus propias reacciones al estrés. Úselas como **señales de advertencia**.
 - a. ¿Qué le están tratando de decir su cuerpo y su mente?
 - b. ¿Debe definir sus prioridades de otra manera?
 - c. ¿Desacelerar? ¿Tomarse algunos días libres la próxima semana?
 - d. ¿Solicitar un permiso por enfermedad si no se siente bien?
 - e. ¿Cambiar de trabajo?
 - f. ¿Ver a un médico?
2. Trate de averiguar que **causa** el estrés en su situación.
 - ¿El trabajo?
 - ¿La familia?
 - ¿Las finanzas?
 - ¿Sus propias exigencias?
 - ¿En qué áreas? ¿Algo que puede cambiar y que va a cambiar?
3. Mucho de lo que lo estresa podría ser **trivial**, algo que pronto habrá olvidado, nada de qué preocuparse. No reaccione exageradamente a cosas pequeñas que no requieren tanta energía y atención. Algunas cosas son un fastidio, no un desastre.
4. No se atormenta con preocupaciones sobre lo que pudiera pasar en el futuro ("qué pasaría si..."). Alguien dijo alguna vez: "Yo he tenido muchas preocupaciones en mi vida, la mayoría de las cuales nunca sucedieron."
5. Si se enfrenta a algo que no puede cambiar, no se golpee la cabeza contra el muro. Trate de *aceptar* lo inevitable. Deje que venga la ola, y agárrese. Después quizá descubra que no fue tan malo como pensaba.
6. Intente *compensar* por otras vías. Haga cosas divertidas con su familia si está teniendo dificultades en el trabajo. Trate de disfrutar el trabajo si su vida familiar es difícil.
7. Obtenga *apoyo* social. "Ayudémonos a cargar nuestras penas".
8. Ponga los pies en la tierra. *Sea realista* cuando se fije metas. Fíjese metas parciales. Y no pelee contra fantasmas.
9. Trate de *controlar* su propia vida.
 - Desarrolle y use su propio autocontrol, su propio poder, el poder que tiene sobre su vida cotidiana.
 - Cambie lo que pueda y deba ser cambiado.
 - Acepte lo que no se puede cambiar.
 - Compense los sinsabores.
 - Y aprenda a apreciar todo lo que está bien.
10. Si los puntos anteriores no le ayudan – no dude en ver a un *doctor*.

Gestión desde un nivel colectivo

En el marco de una política integral de seguridad y salud ocupacional que aborde la promoción de la salud, hay varias estrategias que pueden ser útiles para no crear condiciones laborales estresantes y para evitar el estrés en el trabajo. Muchas de estas estrategias están relacionadas con la carga, el diseño y el contenido del trabajo.

Control

Como se mostró en el modelo de estrés de exigencia-control de *Karasek*, dar a los trabajadores más control puede ayudar a reducir el estrés aunque conlleve una mayor exigencia. Ello puede lograrse:

- garantizando la cantidad de personal adecuada;
- permitiendo que los trabajadores opinen sobre cómo realizar su trabajo;

Programar las estrategias puede ser crucial para evitar el estrés:

- evalúe regularmente los plazos de tiempo y asigne fechas límite razonables;
- asegúrese de que las horas de trabajo sean predecibles y razonables.

Apoyo social

La tercera variable del modelo de exigencia-control es el apoyo de los colegas. Existen varias estrategias gerenciales que pueden crear el clima social necesario para que surja el apoyo:

- permita el contacto social entre los trabajadores;
- mantenga un lugar de trabajo libre de violencia física y psicológica;
- asegúrese de que existan relaciones de apoyo entre los supervisores y los trabajadores;
- ofrezca una infraestructura organizacional en la que el personal de supervisión asuma la responsabilidad de los demás trabajadores y exista un nivel apropiado de contacto;
- invite a los trabajadores a discutir cualquier conflicto entre las exigencias del trabajo y la familia;
- refuerce la motivación destacando los aspectos positivos y útiles del trabajo.

Correspondencia entre el trabajo y el trabajador

La persona correcta en el trabajo correcto tiene los recursos que necesita para realizar las tareas sin estresarse. Esto requiere aptitudes de parte de los gerentes para evaluar tanto el cargo como al trabajador, con el fin de:

- que el trabajo corresponda con las aptitudes físicas y psicológicas del trabajador;
- asignar tareas conforme a la experiencia y la competencia;
- garantizar la utilización adecuada de las aptitudes. Por ejemplo, se debe tener al trabajador altamente cualificado en un trabajo que aproveche sus aptitudes o de lo contrario se aburrirá; de igual manera, un trabajador que tenga aptitudes básicas estará muy estresado si se le pide que asuma una tarea para la cual no es competente o para la cual no ha tenido la formación adecuada.

Formación y educación

Para garantizar que las aptitudes de los trabajadores y sus tareas correspondan entre sí, a medida que la compañía se desarrolla y las situaciones cambian, es necesario ofrecer la formación adecuada a los trabajadores para no crear situaciones estresantes.

Transparencia y justicia

En una atmósfera en la que los trabajadores sienten que son tratados con justicia y que saben qué esperar, hay menos estrés. Los gerentes pueden crear este tipo de atmósfera:

- asegurándose de que las tareas estén claramente definidas;
- asignando roles claros, evitando conflictos y ambigüedades entre estos;
- ofreciendo seguridad en el empleo, en la medida de lo posible;
- ofreciendo una retribución adecuada por el trabajo desempeñado;
- garantizando transparencia y justicia en los procedimientos para atender las quejas.

Ambiente físico de trabajo

No debe olvidarse que la configuración del espacio físico de trabajo puede contribuir a reducir los niveles de estrés. Se limita el estrés entre los trabajadores, proporcionando iluminación y equipo adecuados, controlando la calidad del aire, y los niveles de ruido, evitando la exposición a agentes peligrosos y tomando en cuenta medidas ergonómicas para el diseño del trabajo.

5. Buenas prácticas

Evaluación del estrés

La meta de todo programa de control del estrés es la gestión de sus causas específicas y de sus efectos, relacionados tanto con la situación laboral como con las características personales del individuo. Para que un programa sea eficaz es necesario identificar adecuadamente los factores de riesgo que causan situaciones de mucho estrés y evaluar el desempeño en el trabajo y los problemas personales derivados del estrés.

Es necesario involucrar a los trabajadores en la identificación de los factores de riesgo que ellos consideren que ocasionan estrés innecesario en sus trabajos, y en la calificación de los mismos para establecer prioridades de intervención. Esta evaluación debe hacerse de manera sistemática y es necesario solicitar a los trabajadores que expresen sus inquietudes sobre cualquier situación que pueda estarles ocasionando estrés en el trabajo. En este sentido, la evaluación de los factores de riesgo relevantes puede ser particularmente útil para diseñar medidas preventivas y correctivas.

Prevención del estrés

Una vez que se ha reconocido la existencia de estrés y se han identificado los factores de riesgo, se deben iniciar las acciones que permitan hacer frente al estrés. Asumiendo que el estrés se deba a una falta de concordancia entre las exigencias del entorno y las capacidades del individuo, las acciones estarán dirigidas a corregir ese desequilibrio. Conforme a cada situación, dicha corrección puede consistir en un ajuste de las exigencias externas a la persona, en el refuerzo de la capacidad de la persona de sobrellevar dificultades o en ambas. En este punto se debe tener en cuenta que, dado que el estrés es un fenómeno multifacético y que cada caso es distinto, no hay una solución simple y universal para la gestión del estrés.

La respuesta ideal ante el estrés es evitar que ocurra. Ello puede lograrse atacando el núcleo del problema: la causa. Sin embargo, no hay una causa única del estrés y no siempre es posible eliminar todos los factores de riesgo. Por lo tanto las acciones deben apuntar a la eliminación de tantas causas en el lugar de trabajo como sea posible, para que estas acciones emprendidas reduzcan el estrés y lo eviten en el futuro. Ya que no siempre es posible lograr ambas cosas a corto plazo, se acepta a nivel general, que mejorar la capacidad de las personas de resistir el estrés puede ser una estrategia complementaria valiosa, en el marco de un amplio proceso organizacional de combate colectivo al estrés.

La mayoría de las causas del estrés en el lugar de trabajo están relacionadas con el diseño del contenido de las tareas específicas y la organización del trabajo. Los investigadores del estrés han identificado nueve categorías en las que se pueden agrupar los factores de riesgo relacionados con el estrés: contenido del trabajo, carga y ritmo de trabajo, horario laboral, participación y control, desarrollo profesional, estatus y remuneración, rol en la organización, relaciones interpersonales, cultura organizacional e interfaz entre el hogar y el trabajo. La tabla de la siguiente página describe algunos de los factores de riesgo psicosocial, relacionados con estas categorías.

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL ESTRÉS

Contenido del trabajo

- Tareas monótonas, poco estimulantes, sin sentido
- Falta de variedad
- Tareas desagradables
- Tareas repulsivas

Carga y ritmo de trabajo

- Tener demasiado o muy poco que hacer
- Trabajar bajo presión de tiempo

Horario laboral

- Horarios de trabajo estrictos y poco flexibles
- Horarios prolongados e incompatibles con la vida social
- Horario de trabajo impredecible
- Sistemas de turnos mal diseñados

Participación y control

- Falta de participación en la toma de decisiones
- Falta de control (por ejemplo, sobre los métodos y el ritmo de trabajo, el horario y el entorno laboral)

Desarrollo profesional, estatus y remuneración

- Inseguridad en el empleo
- Falta de perspectivas de ascenso
- Sub-promoción o sobre-promoción
- Trabajo con 'poco valor social'
- Esquemas de pago a destajo
- Sistemas de evaluación del desempeño poco claros o injustos
- Sobre-calificación o sub-calificación para el trabajo

Rol en la organización

- Rol poco claro
- Roles en conflicto dentro del mismo trabajo
- Ser responsable por otras personas
- Lidiar continuamente con otras personas y sus problemas

Relaciones interpersonales

- Supervisión inadecuada, desconsiderada o que no ofrece apoyo
- Malas relaciones con los colegas
- Presión de grupo, acoso y violencia
- Trabajo aislado o solitario
- Inexistencia de procedimientos acordados para manejar los problemas o las quejas.

Cultura organizacional

- Mala comunicación
- Mal liderazgo
- Falta de claridad sobre los objetivos y la estructura organizacional

Interfaz entre el hogar y el trabajo

- Exigencias del trabajo y el hogar en conflicto
- Falta de apoyo en el trabajo respecto de dificultades familiares
- Falta de apoyo en la familia respecto de los problemas del trabajo.

Fuente: OMS, Protección de la salud de los trabajadores Serie No. 3: La organización del trabajo y el estrés, 2004.

Evaluación y gestión de riesgos

La gestión de riesgos es un enfoque de resolución de problemas respecto de los factores de riesgo para la salud y seguridad, es parte integral del sistema de gestión de la SST de la empresa y contribuye al ciclo de mejora continua del trabajo y de las condiciones laborales.

Se pueden evaluar los factores de riesgo relacionados con el estrés en el lugar de trabajo y se pueden controlar sus efectos a través de medidas de evaluación y de gestión de riesgos, de la misma manera que se hace con otros riesgos en el trabajo. Dado que las causas del estrés son factores de riesgo relacionados con el diseño y la gestión del trabajo y las condiciones laborales, será necesario identificar cuáles son las prácticas laborales o medidas de organización del trabajo que ocasionan desequilibrios importantes entre la exigencia y los recursos (en términos de una falta de correspondencia entre las exigencias y las presiones, por un lado, y del conocimiento y capacidad de los trabajadores, por el otro). Trabajar con un enfoque de gestión de riesgos supone identificarlos, establecer prioridades, introducir cambios y lograr la reducción o eliminación de los efectos.

Pasos de la gestión del riesgo:

1. análisis de la situación y evaluación del riesgo;
2. diseño del plan de acción para reducir el riesgo de estrés relacionado con el trabajo;
3. implementación del plan de acción;
4. evaluación del plan de acción; e
5. identificación de lecciones aprendidas y acciones posteriores basadas en los resultados de dicha evaluación.

Existe una amplia variedad de intervenciones que pueden considerarse. La elección de la combinación más eficaz debe corresponder con el grupo objetivo y con las características específicas de la situación laboral particular. Siguiendo la secuencia de acciones para la gestión del riesgo; un ejemplo de intervenciones para reducir el riesgo de estrés relacionado con el trabajo sería:

1. Prevención primaria, reducir el estrés por medio de:

- medidas ergonómicas,
- organización del trabajo y diseño del ambiente de trabajo,
- desarrollo organizacional y gerencial.

2. Prevención secundaria, reducir el estrés por medio de:

- formación y educación para trabajadores y supervisores,
- apoyo social.

3. Prevención terciaria, reducir el impacto del estrés por medio de:

- el desarrollo de culturas gerenciales más sensibles y con mayor capacidad de respuesta,
- incorporación de la gestión del riesgo de estrés en las políticas y prácticas de la SST,
- mejorar el acceso a los servicios de salud en el trabajo.

Para combatir las causas del estrés, el trabajo bien diseñado debe incluir:

<i>Trabajo bien diseñado</i>	
Estructura y prácticas organizacionales claras	Los trabajadores deben recibir información clara sobre la estructura, el propósito y las prácticas de la organización.
Selección, formación y desarrollo apropiado del personal	<p>El conocimiento, competencias y capacidades de cada empleado deben corresponder, en la medida de lo posible, con las necesidades de cada trabajo.</p> <p>Los candidatos para cada trabajo deben ser evaluados con respecto a los requisitos. Cuando sea necesario se debe ofrecer la formación adecuada.</p> <p>Una supervisión y asesoría eficaz es importante y puede ayudar a proteger al personal del estrés.</p>
Descripciones del puesto	Una adecuada descripción del puesto de trabajo se fundamenta en una cabal comprensión de la política, los objetivos y la estrategia de la organización; en el propósito y organización del trabajo y de los métodos de medición y evaluación del desempeño.

Trabajo bien diseñado	
Las descripciones de los puestos deben ser claras	<p>Es importante que la gerencia y otros miembros clave del personal estén al tanto de los detalles relevantes del trabajo de sus subalternos y se aseguren de que las exigencias sean apropiadas.</p> <p>Entre mejor comprendan los trabajadores su trabajo, mayores habilidades tendrán para dirigir los esfuerzos adecuados a su realización.</p>
Comunicación	<p>Los gerentes deben hablar con su personal, escucharlo y dejar claro que fueron escuchados.</p> <p>La comunicación de las expectativas laborales debe ser comprensible, consistente con la descripción del trabajo y completa.</p> <p>Los compromisos asumidos con el personal deben ser claros y deben respetarse.</p>
Entorno social	<p>Un nivel razonable de socialización y trabajo en equipo suele ser productivo, ya que puede aumentar el compromiso con el trabajo y con el grupo de trabajo.</p>

Fuente: OMS, Serie Protección de la salud de los trabajadores n.3: La organización del trabajo y el estrés, 2004.

A continuación aparece una lista de posibles tipos de intervención, que va desde acciones dirigidas al entorno laboral hasta aquellas orientadas al individuo:

- la intervención del entorno socio-económico externo;
- diseño de leyes, directrices internacionales y nacionales;
- integración de la prevención del estrés en la política de la compañía sobre seguridad y salud en el trabajo por medio de medidas de promoción de la salud;
- apoyo social;
- adaptación de las tecnologías y en la organización del trabajo;
- mejoramiento del planeamiento del trabajo y de la confiabilidad de los sistemas;
- reducción de las horas de trabajo y configuración de los equipos de trabajo y los periodos de descanso con relación a la carga de trabajo;
- configuración de los turnos conforme a criterios psicológicos, fisiológicos y sociales;
- participación en la toma de decisiones y en una comunicación biunívoca eficaz;
- intervención en el lugar de trabajo y la estructura de las tareas;
- mejoramiento del ambiente físico de trabajo;
- reducción del ruido;
- mejoramiento de las condiciones micro-climáticas y la calidad del aire en espacios cerrados;
- diseño de los lugares de trabajo conforme a criterios ergonómicos;
- mejoramiento del diseño de los puestos de trabajo;

- mejoramiento de las condiciones de las personas que trabajan con computadoras y pantallas de visualización;
- corrección de las posturas en la posición de sentado;
- intervenciones para mejorar las respuestas y el comportamiento individual;
- orientación y apoyo psicológico sobre estrategias individuales para afrontar el estrés;
- mejor reclutamiento, selección, y formación;
- orientación y apoyo psicológico, y otras estrategias de atención a nivel de la empresa;
- intervenciones específicas para la protección y promoción de la salud;
- vigilancia de la salud adecuada.

Dado que prácticamente todas las medidas antes mencionadas pueden en principio, beneficiar a personas de todas las ocupaciones afectadas por el estrés, es necesario identificar cuáles son las medidas específicas más relevantes para cada lugar de trabajo.

Los enfoques preventivos están siendo cada vez más relevantes en la investigación y en la orientación de las políticas públicas y están abriendo nuevas rutas de intervención en la lucha contra el estrés relacionado con el trabajo.

6. Interrelaciones

Como indicado anteriormente, los problemas psicosociales están interrelacionados: padecer uno de ellos puede provocar o contribuir a causar otro. El estrés está particularmente relacionado con la violencia y la adicción, pero también con hábitos saludables de vida como la nutrición, el ejercicio y el sueño reparador.

Violencia y estrés

Claramente existe una relación estrecha entre la violencia y el estrés. En SOLVE la violencia en el lugar de trabajo incluye tanto la violencia psicológica como la física. En situaciones estresantes muchas personas tienden a malhumorarse e indisponerse con los que las rodean. Entre muchas fuentes del estrés relacionado con el trabajo, las investigaciones de Barling identificaron tres que contribuyen considerablemente a la probabilidad de que ocurra violencia (particularmente violencia física) en el lugar de trabajo:

- la percepción de injusticia (p. ej. no ser tomado en cuenta para un ascenso o ser castigado injustamente),
- el monitoreo electrónico, y
- la inseguridad en el empleo.

De igual manera, cuando exista violencia en el lugar de trabajo, es probable que se genere aun más estrés. Un punto interesante es que, de acuerdo con investigaciones de Bennett y Lehman este fenómeno puede afectar a los testigos de la violencia tanto como a sus víctimas, esta situación se presenta sobre todo en las ocupaciones que involucren mucho trabajo en equipo y que estén orientadas hacia el cliente.

Adicciones y estrés

Existe mucha evidencia de que el estrés alimenta los hábitos adictivos, pero también de que las adicciones pueden generar un aumento del estrés. Por ejemplo, se ha demostrado que los trabajadores estresados que trabajan muchas horas fuman más y toman más alcohol que los que trabajan menos horas. Las investigaciones demuestran que muchas de las personas que padecen adicciones también tienen manifestaciones de estrés como la ansiedad y la depresión. A menudo la adicción es producto del intento de sobrellevar las dificultades en la vida o el trabajo, pero casi siempre solo empeora las cosas. Los fumadores, por ejemplo, suelen aducir que “fuman para sobrellevar las cosas” para justificar su hábito, pero existe evidencia que sugiere que los niveles de estrés de los fumadores entre un cigarrillo y otro son más altos que los de los no fumadores. Los fumadores tienen que fumar para alcanzar el nivel “normal” de estrés que experimentan los no fumadores.

Estilo de vida y estrés

Actualmente muchas de las elecciones que las personas hacen respecto de sus estilos de vida, como qué comer y cómo organizar sus patrones de sueño, se ven afectados por el estrés experimentado en el trabajo o en otros ambientes. Muchas personas altamente estresadas tienen dificultades para conciliar el sueño. Cuando esta situación es continua, puede derivar en graves consecuencias para la salud, dado que el cuerpo no puede recuperarse.

Los hábitos alimenticios también se ven afectados por el estrés. La presión de tiempo puede llevar a horarios irregulares de comida. Los alimentos disponibles en estas condiciones tienden a ser altamente procesados, a contener mucha grasa y azúcar y poca fibra. Las investigaciones también han descubierto que algunas personas comen alimentos más saludables cuando se sienten bien, pero prefieren la comida chatarra cuando no.

El ejercicio es una respuesta positiva al estrés que es bien conocida. No sólo mejora la salud sino además el humor y la capacidad de resistir situaciones difíciles.

7. Integración de políticas

En el marco de una política integral sobre seguridad y salud en el trabajo que incorpora los factores de riesgo psicosocial existe una serie de aspectos que son particularmente relevantes para la gestión y prevención del estrés en el trabajo.

Organización del trabajo

La organización del trabajo es clave para lograr una gestión del estrés en cualquier empresa/organización. Una determinada carga de trabajo podría parecer imposible de resistir, si la situación laboral le ofrece al trabajador poco control y nada de apoyo social; mientras que la misma carga de trabajo podría parecer un desafío manejable con apoyo de los colegas y teniendo un poco de control sobre la forma de trabajar. La política de la compañía sobre la organización del trabajo debe tender a que los trabajadores experimenten la segunda situación, no en la primera.

Participación y consulta al trabajador

Una manera de crear un poco de control y, posiblemente, algo de apoyo social es involucrar a los trabajadores en el diseño del trabajo y la elaboración de las políticas en todas sus etapas. De esta manera se pueden encontrar soluciones que cubran las necesidades de las personas que desempeñan el trabajo, además de las necesidades del empleador. Una buena política de prevención del estrés relacionado con el trabajo presupone un buen diálogo social.

Información

Ofrecer información clara y transparencia dentro de la empresa/organización es una manera de reducir el estrés. Evitando el ocultamiento de información sobre la evolución de la compañía se pueden encontrar respuestas apropiadas a las situaciones reales, en lugar de crear preocupaciones y especulaciones sobre problemas que podrían no emerger.

Formación y educación

Para lograr una correspondencia entre la exigencia y el control es esencial que la persona que realice el trabajo tenga la formación adecuada. Una buena formación le ofrece los recursos y las competencias para cumplir las exigencias del trabajo. Debe ser política de la compañía que se forme a los trabajadores adecuados, para hacer los trabajos apropiados.














Evaluación y gestión de riesgos















Al ver el estrés como resultado de algunos factores de riesgo en el lugar de trabajo (como en el modelo de Palmer, Cooper y Thomas mencionado anteriormente en este capítulo), las estrategias apropiadas de evaluación y de gestión de riesgos se pueden aplicar a los riesgos psicosociales y así prevenir el estrés.











Promoción de la salud

Promoviendo hábitos de vida saludables, las empresas pueden contribuir a la reducción del estrés; los trabajadores que hacen ejercicio, comen bien y no están sujetos a adicciones tienen menores fuentes de estrés en sus vidas. De igual manera, si están menos estresados por el trabajo, tienen menos probabilidades de recurrir a comportamientos poco saludables como el abuso del alcohol y el cigarrillo.

Bibliografía

-  Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. 2000. *Research on work-related stress* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea).
-  —. 2009. *OSH in Figures: Stress at work – facts and figures*. (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea).
-  —. 2010. “European survey of enterprises on new and emerging risks”, en *Managing safety and health at work* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea).
-  Barling, J. 1996. “The prediction, psychological experience and consequences of workplace violence”, en G. VandenBos y E. Q. Bulatao (eds.): *Violence on the job: Identifying risks and developing solutions*. Washington D.C., American Psychological Association.
-  Bennett, J.B.; Lehman, W.E. 1999. “The relationship between problem co-workers and quality work practices: A case study of exposure to sexual harassment, substance abuse, violence and job stress”, en *Work & Stress*, vol. 13, núm. 4. Londres, Routledge, págs. 299–311.
-  Beskow, J.; Wasserman, D. 2002. “Venlång: The Swedish National Programme for Suicide Prevention”, en D. De Leo; A. Schmidtke y R.F.W. Diekstra (eds.): *Suicide prevention. A holistic approach*, Kluwer, Dordrecht.
-  Brun, J.P. Instituto de investigación Robert-Sauvé de seguridad y salud en el trabajo (IRSST). 2005. “Scope of the problem. How workplace stress is shown. Booklet 1”, *Mental health at work. From defining to solving the problem* (Quebec, Chaire de gestion de la sécurité et de la santé au travail - Université Laval).
-  Canetti, L. y otros. 2002. “Food and emotion”, en *Behavioural Processes*, vol. 60, núm. 2, págs. 157–164.
-  Cox, T.; Griffiths, A. 1994. *Manual on Occupational Stress in Nursing* (Ginebra, OIT).
-  — et al. 2000. *Organisational Interventions for Work Stress* (Sudbury, Reino Unido, HSE Books).
-  Danaei, G. et al. 2005. “Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioral and environmental risk factors”, en *The Lancet*, vol. 366, núm. 9499, págs. 1784–1793.
-  European Heart Network. 2006. *Stress and Cardiovascular disease* (Bruselas).
-  Greenberg, P.E. et al. 1999. “The economic burden of anxiety disorders in the 1990s”, en *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 60, núm. 7, págs. 427–435.

-  Griffiths, A.; Cox, T. 1998. *Work Stress: Advice on its Prevention and Management* (Borehamwood, UK, Loss Prevention Council).
-  Health and Safety Executive. 2001. *Tackling workrelated stress: a managers' guide to improving and maintaining employee health and wellbeing* (Sudbury).
-  Houtman, I.L.D; Kompier, M.A.J. 1995. "Risk factors and occupational risk groups for work stress in the Netherlands", en S. L. Sauter y L. R. Murphy (eds.): *Organizational risk factors for job stress* (Washington, D.C., American Psychological Association).
-  Karasek, R.A.; Theorell, T. 1990. *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life* (Nueva York, Basic Books).
-  Levi, L. 2001. *Stress and health* (Estocolmo, Skandia).
-  Maslow, A.H. 1943. "A Theory of Human Motivation", en *Psychological Review*, vol. 50, núm. 4 (American Psychological Association), págs. 370–96.
-  National Institute for Occupational Safety and Health. 1999. *Stress... At Work* (Cincinnati, Ohio, Department of Human and Health Services NIOSH, Publication núm. 99–101).
-  Organización Mundial de la Salud. 2004. Serie protección de la salud de los trabajadores núm. 3: *La organización del trabajo y el estrés: Estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales* (Ginebra). Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/publications/stress/es/index.html [consultado el 5 de julio de 2012].
-  —. 2009a. *Nota informativa núm. 317, Enfermedades cardiovasculares*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/print.html> [consultado el 5 de julio de 2012].
-  —. 2009b. *Suicide prevention (SUPRE)*. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ [consultado el 5 de julio de 2012].
-  —. 2011a. WHO Global status report on noncommunicable diseases (NCD).
-  —. 2011b. *Nota descriptiva núm. 297 Cáncer*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html> [consultado el 5 de julio de 2012].
-  —. 2011c. WHO Mental Health GAP Action Programme Newsletter (mhGAP), enero 2011, Ginebra.
-  Palmer, S.; Cooper, C.; Thomas, K. 2001. "Model of organizational stress for use within an occupational health education/promotion or wellbeing programme – A short communication", en *Health Education Journal*, vol. 60, núm. 4, págs. 378–80.

-  Palmer S, Cooper C, Thomas K. 2003. *Creating a balance: managing stress* (Londres, British Library).
-  Palmer, S.; Cooper, C.; Thomas, K. 2004. “A model of work stress” en. *Counselling at work*, vol. 4 (Lutterworth, UK, British Association for Counselling & Psychotherapy), págs. 2–5.
-  Parrott, A. 1999. “Does cigarette smoking *cause* stress?”, en *American Psychologist*, vol. 54 (Washington, D.C., American Psychological Association), págs. 817–820.
-  Richman, J.A. et al. 1999. “Sexual harassment and generalized workplace abuse among university employees: prevalence and mental health correlates” ,en *American Journal of Public Health*, vol. 89 (Washington, D.C., American Public Health Association), págs. 358–363.
-  Selye, H. 1936. “A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents”, en *Nature*, vol. 138 (Nature Publishing Group), págs. 32–34.
-  Shields, M. 2000. “Long working hours and health”, en *Perspectives on Labour and Income*, vol. 12 (Ottawa, Ontario, Statistics Canada), págs. 49–56.
-  Stokols, D. 1996. “Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion”, en *American Journal of Health Promotion*, vol. 5, núm. 10, págs. 282–298.
-  Stokols, D.; Pelletier, K. R.; Fielding, J. E. 1996. “The Ecology of Work and Health: Research and Policy Directions for the promotion for Employee Health”, en *Health Education Quarterly*, vol. 23, núm. 2 (SAGE Publications), págs. 137–158.
-  Weissman, M.M.; Myers, J.K. 1980. “Clinical depression in alcoholism”, en *American Journal of Psychiatry*, vol. 137, núm. 3 (Arlington, Virginia, American Psychiatric Publishing), págs. 372–373.
-  Wolf, S.; Bruhn, J.G. 1979. *The Roseto story. An anatomy of health* (Norman, Universidad de Oklahoma Press).

Sitios Web



Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, El estrés: definición y síntomas:
http://osha.europa.eu/es/topics/stress/definitions_and_causes [consultado el 5 de julio de 2012].



Organización Mundial de la Salud, Cáncer:
<http://www.who.int/cancer/es/index.html> [consultado el 5 de julio de 2012].



Organización Mundial de la Salud, Enfermedades cardiovasculares:
http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/es/index.html [consultado el 5 de julio de 2012].



Organización Mundial de la Salud, Nota descriptiva núm. 297, Cáncer:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html> [consultado el 5 de julio de 2012].



Organización Mundial de la Salud, Prevention of Suicidal Behaviours: A Task for All:
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/background/en/index.html [consultado el 5 de julio de 2012].



Organización Mundial de la Salud, Salud mental:
http://www.who.int/mental_health/es/index.html [consultado el 5 de julio de 2012].



Organización Mundial de la Salud, Suicide prevention (SUPRE):
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ [consultado el 5 de julio de 2012].



The European Heart Network:
<http://www.ehnheart.org> [consultado el 5 de julio de 2012].



Alcohol y drogas en el trabajo



1. Introducción

Los problemas relacionados con el alcohol y las drogas pueden surgir como consecuencia de factores personales, familiares o sociales, de ciertas situaciones laborales o de una combinación de estos elementos. Dichos problemas no solo tienen un efecto negativo sobre la salud y el bienestar de los trabajadores, sino que además pueden ocasionar muchos problemas laborales, incluyendo un deterioro del desempeño. Aun cuando la eliminación del abuso de sustancias es una meta altamente deseable, la experiencia ha mostrado cuáles son las dificultades y las posibilidades de lograrlo desde el lugar de trabajo.

Existe una larga tradición de programas para abordar el problema del abuso de sustancias por parte de los trabajadores. Tradicionalmente se han centrado en la identificación y rehabilitación de las personas con problemas severos de abuso del alcohol y, más recientemente, de las drogas; en ambos casos, con un enfoque individual. Sin embargo, a medida que se ha profundizado en la comprensión del alcance, la naturaleza y los costos del problema, las empresas, organizaciones y países más progresistas han hecho un mayor énfasis en el desarrollo de alianzas consensuadas entre las contrapartes en el lugar de trabajo, y fuera de este para diseñar estrategias de largo alcance dirigidas a una mejora real en la situación; se ha tomado en cuenta que hay múltiples causas para los problemas relacionados con el alcohol y las drogas y que, por lo tanto, existen también múltiples enfoques para la prevención, la asistencia, el tratamiento y la rehabilitación.

De acuerdo con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (MSD, *Management of Substance Dependence*) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), más de dos mil millones de personas en todo el mundo consumen bebidas alcohólicas y 200 millones de personas han usado drogas recientemente. Es un problema que afecta por igual a países desarrollados y en desarrollo. Todos los países son afectados por las consecuencias devastadoras del abuso del alcohol y las drogas, aunque se usan drogas diferentes según el país. La ilustración 4.1. muestra la seriedad de estos problemas y cómo van en aumento en todas partes del mundo. Un aspecto central del tema es el rápido ritmo de la globalización y del cambio social; los patrones de conducta y los problemas del abuso de sustancias están empeorando y teniendo un mayor impacto sobre el trabajo y la salud pública; muchas veces es en estos lugares donde hay menos recursos para combatirlos.

Son varios los factores que contribuyen al aumento de los problemas relacionados con el alcohol y las drogas en todo el mundo:

- cambios rápidos en los diferentes contextos sociales y económicos;
- la disponibilidad global de las sustancias objeto de abuso;
- la creciente demanda de drogas y alcohol.

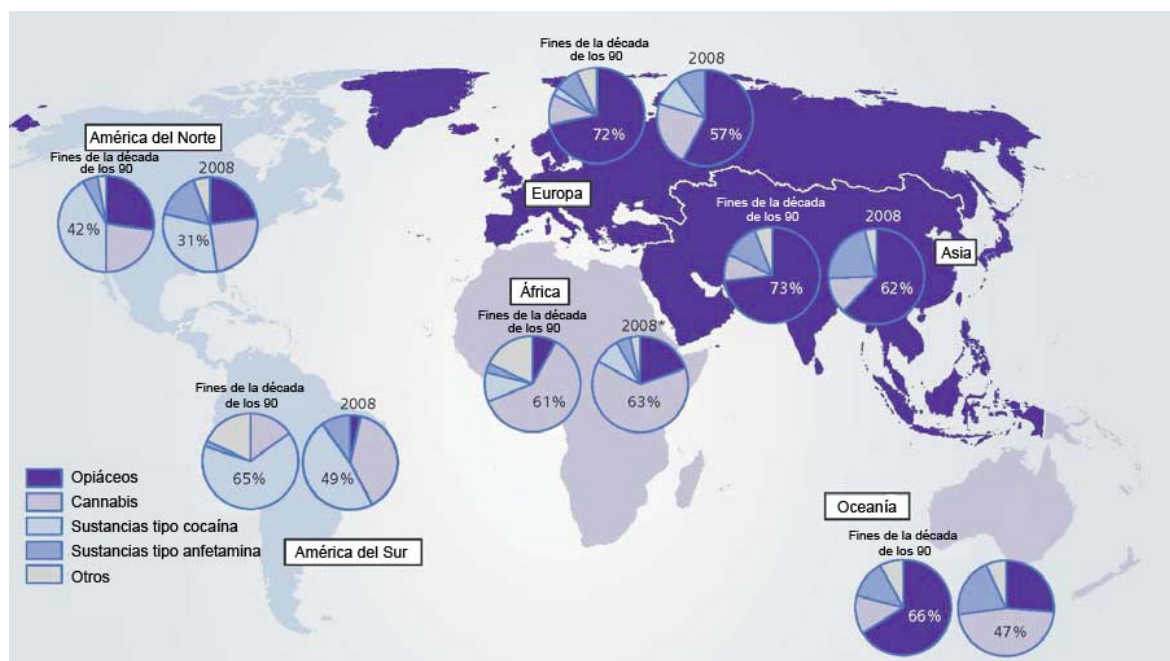


Ilustración 4.1: Las principales drogas problema, según se reflejan en la demanda de tratamiento por región, de finales de la década de 1990 a 2008 (o el último año disponible)

Fuente: ONUDD, 2010.

El abuso del alcohol contribuye a una amplia gama de problemas sociales y de salud, incluyendo la pérdida de la productividad laboral, la destrucción de la familia, la dependencia, la depresión, lesiones por accidentes o violencia, cirrosis hepática y cáncer. Los problemas sociales y de salud que se derivan de la bebida suelen afectar a otras personas además del bebedor, tales como: la violencia doméstica, el estrés financiero y el emocional para los colegas, amigos y familiares. El uso intensivo del alcohol, les pasa una factura particularmente elevada a los jóvenes y ha sido vinculado con tasas elevadas de comportamientos delictivos juveniles, lesiones y abandono escolar.

El impacto social y sobre la salud del abuso de las drogas puede ser profundo. Puede contribuir a enfermedades cardiovasculares, derrames cerebrales, cáncer, VIH y SIDA, hepatitis y enfermedades pulmonares. Algunos de estos efectos se asocian al uso de dosis elevadas o por periodos prolongados. Sin embargo, algunos podrían darse después de un único consumo.

La adicción afecta a las personas durante los años más productivos de sus vidas. Hay cifras de la OMS que muestran que una abrumadora mayoría de los fallecimientos por trastornos relacionados con el alcohol en el mundo suceden entre los 30 y los 69 años de edad, con un pico importante entre los 45 y los 59. La mayoría de las personas esperarían estar en la cúspide de su vida laboral en este periodo.

Más aún, 320.000 jóvenes de entre 15 y 29 años de edad mueren por causas relacionadas con el alcohol, lo cual representa un 9 por ciento de todos los fallecimientos de ese grupo de edad.¹ (OMS, 2011).

¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/index.html> [consultado el 25 de julio de 2012].

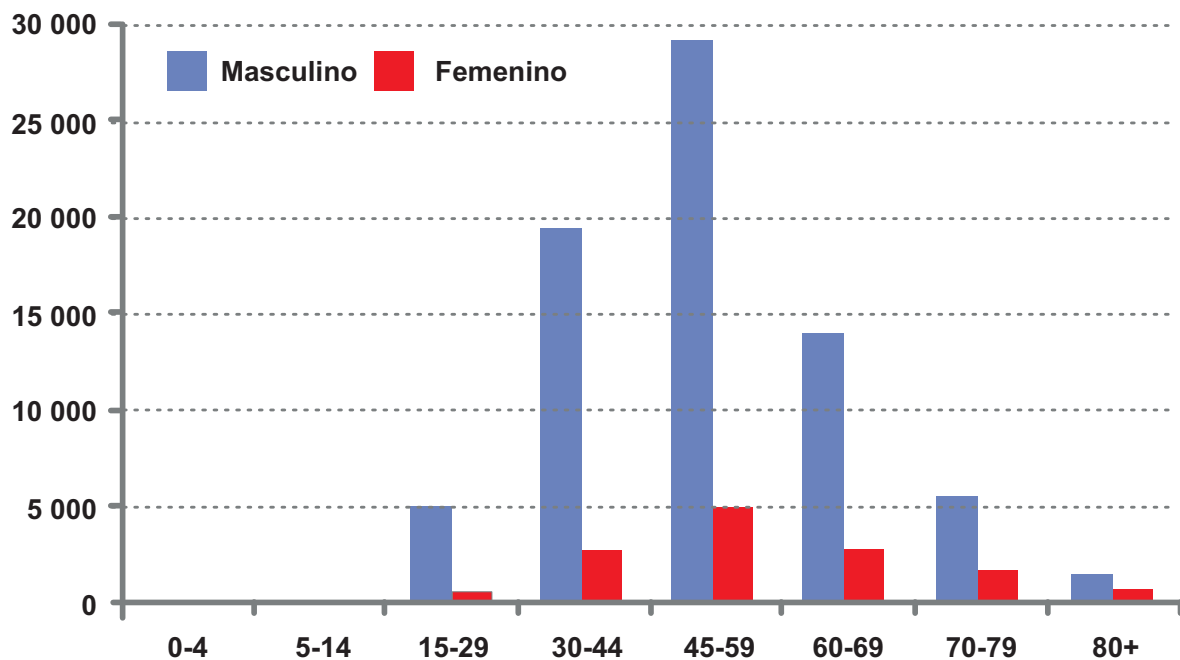


Ilustración 4.2: Muertes en el mundo por trastornos relacionados con el uso del alcohol, por grupo etario y sexo en 2001

Fuente: OMS, 2004.

Este capítulo se ocupa del alcohol y otras drogas que tienen la capacidad de producir adicción. Se trata de sustancias psicotrópicas que alteran las funciones cerebrales. El tabaco entra en la misma categoría, pero debido a su enorme impacto sobre la salud, en SOLVE el tabaco es abordado por separado.

Es importante recordar que muchas de las sustancias psicotrópicas de las que comúnmente se abusa son sustancias lícitas, incluyendo aquellas que constituyen medicamentos. El consumo de medicinas sin receta y con la intención primordial de experimentar sus efectos psicotrópicos o debido a una adicción, se considera abuso.

Los problemas con el alcohol y otras drogas nos pueden afectar a todos independientemente de la edad, el sexo, el estado civil, nivel de ingresos o estilo de vida. Tanto su uso como su abuso pueden tener múltiples consecuencias para la salud, la seguridad y la productividad; también pueden derivar en otros riesgos psicosociales. Por fortuna existen medios para abordar estas cuestiones y resolverlos tanto en el trabajo como en otros ámbitos.

El alcohol y muchas drogas causan dependencia física o psicológica (adicción). Los trabajadores que tienen problemas con el uso del alcohol y las drogas pueden estar sufriendo un trastorno a la salud y deben ser tratados igual que a los trabajadores con otros problemas de salud. El empleador debe ofrecerles orientación y apoyo psicológico, tratamiento y rehabilitación como alternativas antes de considerar la imposición de medidas disciplinarias.

2. Para comprender el alcohol y las drogas

Al abuso del alcohol y otras drogas también se le conoce como “abuso de sustancias”, a pesar de que este término incluye también otros elementos. En la siguiente tabla aparecen algunas de las sustancias de las que se abusa más comúnmente, algunas de ellas tienen diferentes nombres populares.

Substancias de abuso común	
<p>Depresores del sistema nervioso central</p> <ul style="list-style-type: none">• Alcohol (incluye los licores el vino, la cerveza y los destilados caseros)• Tranquilizantes menores (benzodiazepinas y barbitúricos)• Gammahidroxibutirato <p>Estimulantes del Sistema Nervioso Central</p> <ul style="list-style-type: none">• Anfetaminas• Cocaína• Nicotina• Cafeína <p>Opiáceos</p> <ul style="list-style-type: none">• Morfina y heroína• Opio• Codeína• Analgésicos de venta controlada, como el dextropropoxifeno• Metadona	<p>Canabinoides</p> <ul style="list-style-type: none">• Hachís, marihuana• Aceite de cannabis <p>Alucinógenos</p> <ul style="list-style-type: none">• Dietilamida de ácido lisérgico (LSD)• Mescalina, psilocibina (en los hongos alucinógenos)• Éxtasis/metilendioxitmetanfetamina (MDMA)• Fenciclidina (PCP) <p>Inhalantes</p> <ul style="list-style-type: none">• Aerosoles• Pegamento• Nafta o gasolina• Aguarrás• Sustancias con tolueno <p>Recetas de venta libre, otros medicamentos de venta controlada y otras</p> <ul style="list-style-type: none">• Antihistamínicos• Agentes para reducir el estreñimiento• Agentes para reducir la ansiedad• Medicamentos usados en el tratamiento de trastornos mentales• Otros (diuréticos, medicinas contra el Parkinson)• Esteroides anabólicos (testosterona, danazol, nandrolona, fluoximesterona)

Al alcohol, al tabaco y a otras drogas se les llama sustancias psicotrópicas porque afectan el cerebro. Alteran la actividad mental, la percepción y el comportamiento; su uso regular puede generar dependencia (adicción) y expone al usuario a riesgos, daños a la salud, además de que puede tener consecuencias sociales adversas.

El consumo de sustancias psicotrópicas genera sensaciones inmediatas de placer o alivio. Es por esto que muchas personas podrían, por ejemplo:

- tomar alcohol porque les gusta el sabor, para relajarse, o sentirse mejor, o para superar una experiencia dolorosa;
- fumar cannabis para imitar a los amigos, para acompañar a los colegas, o simplemente porque no pueden dejarlo;
- tomar éxtasis para experimentar sensaciones intensas;
- abusar de las sustancias por muchas otras razones: para reducir una sensación de desasosiego, para olvidar algo doloroso o para escapar de la realidad cuando se vuelve intolerable.

Los efectos, riesgos y peligros de los psicotrópicos varían de una sustancia a otra y según los hábitos de consumo. Puede haber distintos patrones de abuso de sustancias; por ejemplo, un joven que toma éxtasis ocasionalmente con fines recreativos usa las drogas de manera diferente a un bebedor habitual de 50 años de edad; el patrón de consumo es también distinto en el caso de un usuario de heroína a largo plazo (dependencia o adicción). Las consecuencias del uso del alcohol y las drogas dependen de qué sustancia específica se use, cuánto se consuma, con qué frecuencia, en qué contexto, además existen las vulnerabilidades específicas de cada usuario.

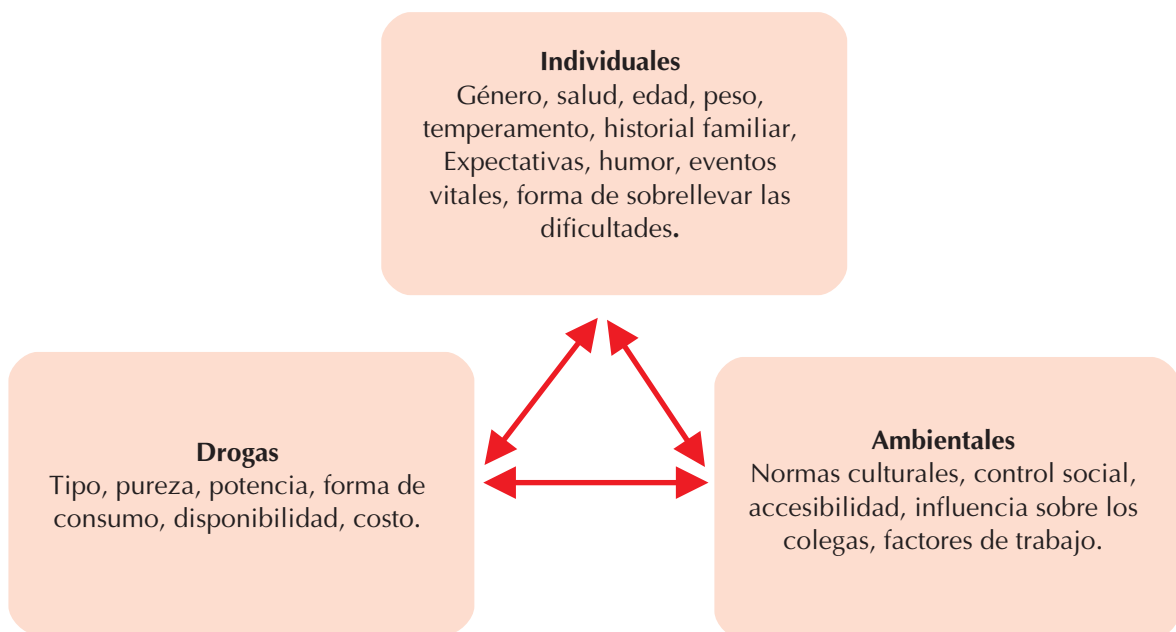


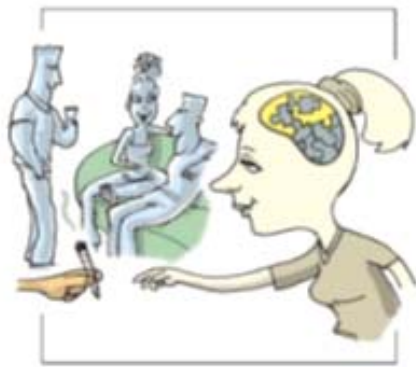
Ilustración 4.3: Factores que influyen en el consumo y los efectos del alcohol y las drogas

Efectos sobre el cerebro

El alcohol y las drogas afectan al cerebro causando intoxicación. Es su efecto sobre el cerebro lo que hace que se cree y se mantenga un hábito de tomar o usar drogas en exceso, mecanismo que opera también en las recaídas, cuando las personas están tratando de abandonar el consumo. Aunque el uso inicial de las drogas podría ser voluntario, el abuso altera el funcionamiento del cerebro y, por lo tanto, la manera en que se comportan las personas. Una vez que se desarrolla la adicción estos cambios en el cerebro bloquean la capacidad de tomar decisiones voluntarias, lo cual lleva a un ansia de consumo, búsqueda y uso compulsivo de las drogas.

Mito 1

La dependencia de las drogas es una simple cuestión de falta de voluntad o de fuerza de carácter



Fuente: NIDA, Instituto Nacional sobre el Abuso de las Drogas de los Estados Unidos de América (National Institute on Drug Abuse).

El cerebro tiene un circuito natural de recompensa que regula las sensaciones placenteras y los impulsos básicos como el apetito y el interés sexual. Las drogas afectan precisamente este circuito, aumentando un químico cerebral llamado dopamina, que crea sensaciones placenteras por medio del circuito de recompensa.



Fuente: MSD, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS (Management of Substance Dependence), 2001.

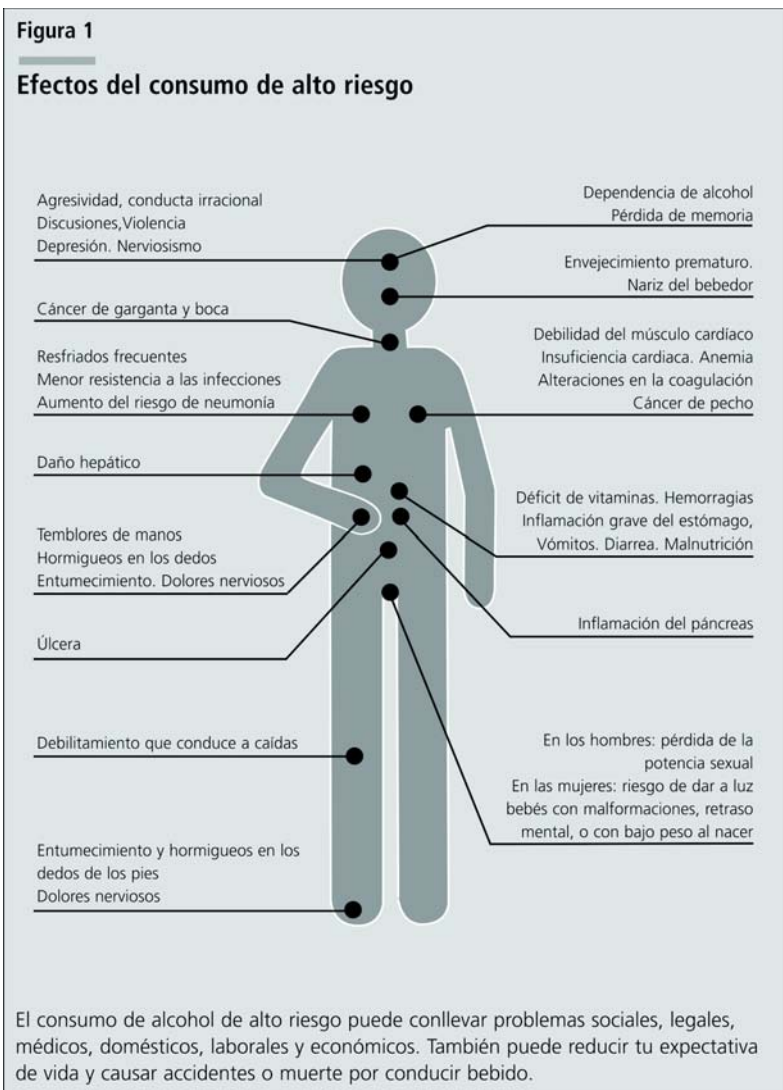
Efectos para la salud del consumo de alcohol de alto riesgo

El consumo excesivo de alcohol puede afectar la salud en muchas áreas del cuerpo. Sus consecuencias para el hígado son bien conocidas, pero el consumo de alcohol en grandes cantidades también puede causar muchas otras enfermedades, como úlceras, padecimientos cardíacos y algunas formas de cáncer.

La adicción es un problema de salud mental, pero aún antes de que se active la dependencia, el alcohol afecta el cerebro y genera agresión, violencia, depresión y nerviosismo.

Los problemas relacionados con el alcohol y las drogas se dan en un espectro que va del uso al abuso y, finalmente, a la dependencia. Para reconocer si un trabajador tiene problemas, es importante averiguar en qué punto del espectro se encuentra. Existen muchas señales, algunas de las cuales aparecen en la siguiente tabla.

Abuso	Dependencia
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo en situaciones de alto peligro. ej. al manejar un vehículo u operar maquinaria. • Tener problemas legales por el consumo. • Experimentar problemas de salud, personales o sociales asociados al uso. • No poder cumplir las obligaciones en la escuela, la casa o el trabajo. • Poner en peligro la salud y seguridad de otra persona por el uso de alcohol y drogas. • Continuar el consumo a pesar de recibir advertencias (por problemas de salud o laborales) de no hacerlo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de tomar la droga regularmente para sentir sus efectos o para superar la desazón provocada por la falta de consumo. • Sensación de pérdida de control cuando se toma la sustancia. • Sensación de alivio después de tomar la sustancia. • Síndrome de abstinencia bajo la forma de problemas físicos que causan malestar (p. ej. pérdida del sueño, nerviosismo) y síntomas psicológicos (p. ej. ansia por consumir) cuando no se toma la sustancia.



Fuente: Babor; Higgins-Biddle, 2001.

Hablemos claro..... sobre el alcohol

El abuso del alcohol es un patrón de consumo problemático que tiene consecuencias médicas, sociales o ambas. La dependencia del alcohol, o alcoholismo, se refiere a una enfermedad caracterizada por un comportamiento anormal de búsqueda del alcohol que menoscaba el control sobre el consumo.

Los efectos a corto plazo del uso del alcohol incluyen:

- distorsión de la visión, del oído y de la coordinación;
- alteración de las percepciones y emociones;
- deterioro del juicio;
- mal aliento;
- resacas.

Los efectos a largo plazo del uso intenso del alcohol incluyen:

- pérdida del apetito;
- deficiencias vitamínicas;
- problemas estomacales;
- problemas en la piel;
- impotencia sexual;
- daño al hígado;
- daños al corazón y el sistema nervioso central;
- pérdida de la memoria.

Algunas señales rápidas que podrían indicar que alguien tiene un problema con la bebida son:

- incapacidad de controlar el consumo;
- uso del alcohol para escapar de los problemas;
- un cambio de personalidad;
- un alto nivel de tolerancia: mantener cierto control y coordinación con cantidades que embriagan a los demás;
- “apagones” o “vacíos”: no recordar algunas veces lo que sucedió cuando se consumió alcohol;
- problemas en el trabajo o la escuela como resultado del consumo de alcohol;
- que la familia y los amigos muestren preocupación por su consumo alcohólico.

² Adaptado de: *Straight Facts About Drugs and Alcohol*, © 1996-2010 At Health, Inc. Disponible en inglés en: <http://www.athealth.com/Consumer/disorders/Substanceabuse.html> [consultado el 25 de julio de 2012].

Hablemos claro.....sobre el cannabis

El cannabis es la droga ilícita más usada en la mayoría de los países y tiende a ser la primera droga ilegal que usan los adolescentes. Los efectos físicos del uso del cannabis, particularmente en etapas de desarrollo (adolescentes), pueden ser agudos.

Efectos a corto plazo del uso del cannabis:

- somnolencia;
- dificultad para mantener conciencia del tiempo, deterioro o reducción de la memoria a corto plazo;
- reducción de la capacidad de desempeñar tareas que requieran concentración y coordinación, como conducir un auto;
- aumento del ritmo cardíaco;
- potenciales daños en el corazón para aquellos con antecedentes de padecimiento cardíaco;
- enrojecimiento de los ojos;
- resequedad de la boca y la garganta;
- desinhibición social;
- paranoia;
- alucinaciones.

Efectos a largo plazo del uso del cannabis:

- mayor riesgo de cáncer;
- disminución de la testosterona en los hombres, además de un menor conteo espermático y dificultad para tener hijos;
- aumento en los niveles de testosterona en las mujeres; también un mayor riesgo de infertilidad;
- disminución o desaparición del placer sexual;
- dependencia psicológica que implica requerir más cantidad para obtener el mismo efecto;
- la marihuana afecta los mensajes del cerebro y altera las percepciones y emociones, la vista, el oído y la coordinación.

Hablemos claro.....sobre los derivados de la anfetamina (metanfetamina)

La metanfetamina es un estimulante relacionado químicamente con la anfetamina, pero con efectos más intensos sobre el sistema nervioso central. La metanfetamina se usa en pastillas o en polvo, por inhalación o inyección. Se conoce con diferentes nombres callejeros en los países de habla hispana, algunos comunes son: "speed", "base" y "meta". La metanfetamina cristalizada, conocida como "ice (hielo)", "cristal", o "piedra", que es una forma más potente y se puede fumar.

Los efectos del uso de la metanfetamina incluyen:

- un aumento del ritmo cardiaco y de la presión arterial;
- potenciación del estado de vigilia, insomnio;
- aumento de la actividad física;
- disminución del apetito;
- problemas respiratorios;
- anorexia extrema;
- hipotermia;
- convulsiones;
- problemas cardiovasculares que pueden causar la muerte;
- euforia;
- irritabilidad;
- confusión;
- temblores;
- ansiedad;
- paranoia;
- comportamiento violento;
- puede causar daño irreversible a los vasos sanguíneos en el cerebro, produciendo derrames.

Los usuarios de la metanfetamina que la usen por inyección y compartan las jeringas están en riesgo de adquirir VIH y SIDA, hepatitis B y otras enfermedades transmitidas por el uso de jeringas sucias. La metanfetamina es cada vez más popular en los *raves* (fiestas con música electrónica donde se baila toda la noche) y en la variedad de drogas que usan estudiantes universitarios.

Durante la admisión a tratamiento a personas para recibir tratamiento por metanfetamina se ha observado que también suele consumir cannabis y alcohol. También se ha observado que en la mayoría de los fallecimientos por metanfetamina esta se ha combinado con, por lo menos, otra droga, muy a menudo alcohol, heroína, o cocaína. Los investigadores siguen estudiando los efectos a largo plazo ocasionados por su uso.

Hablemos clarosobre el éxtasis³

Su uso se expandió con el surgimiento de la música tecno y las fiestas conocidas como 'raves', donde los usuarios se quedan toda la noche bailando sin parar. Es parte de una nueva categoría de sustancias que han surgido con los avances de la química, conocidas como “drogas de diseñador”, que se ingieren en pastillas. Es un estimulante derivado de la anfetamina y tiene propiedades similares, genera excitación y pericia física y mental, suprime la fatiga, el hambre y el dolor.

Riesgos físicos:

- deshidratación;
- irregularidad del ritmo cardíaco, presión arterial elevada y otros problemas cardiovasculares;
- hepatitis;
- daño cerebral;
- muerte súbita.

Riesgos psicológicos:

- ansiedad y pánico;
- cambios de humor y depresión;
- comportamiento agresivo.

El éxtasis puede ser especialmente peligroso para las personas que toman otros medicamentos y para las personas que tienen problemas de salud subyacentes.

Hablemos claro.....sobre la cocaína y el crack

La cocaína es un polvo blanco derivado de las hojas de la planta sudamericana de la coca. El *crack* es una forma de cocaína fumable, que ha sido alterada químicamente. La cocaína y el *crack* son altamente adictivos. Esta adicción puede erosionar la salud física y mental y llegar a ser tan fuerte que domine todos los aspectos de la vida del adicto. La cocaína pertenece a una categoría de drogas conocidas como estimulantes, que tienden a dar una ilusión temporal de poder y energía ilimitados que, al finalizar, dejan al consumidor con una sensación de depresión, irritabilidad y con el ansia de consumir más. La cocaína se inhala por los conductos nasales o se inyecta por vía intravenosa.

Riesgos físicos asociados con el uso de cualquier cantidad de cocaína y *crack*:

- aumentos del ritmo cardíaco y la presión sanguínea, la tasa respiratoria y la temperatura corporal;
- ataques cardíacos ;
- derrames;
- paros respiratorios;

³ Adaptado de: Ecstasy, Copyright 2010 CQLD. Disponible en inglés y francés en: <http://www.cqld.ca/livre/en/en/11-ecstasy.htm> [consultado el 25 de julio de 2012].

- hepatitis B o VIH y SIDA por compartir las agujas;
- ataque cerebral;
- reducción de la capacidad corporal de resistir y combatir la infección.

Incluso los usuarios primerizos pueden experimentar ataques cerebrales o cardíacos que pueden ser fatales.

Riesgos psicológicos asociados con el uso de cualquier cantidad de cocaína y *crack*:

- comportamiento violento, errático o paranoide;
- alucinaciones y “hormigqueo” - la sensación de que se tienen insectos imaginarios sobre la piel;
- confusión, ansiedad y depresión;
- pérdida del interés en el alimento o el sexo;
- “psicosis de cocaína” – pérdida de contacto con la realidad, acompañada de desinterés en los amigos, la familia, los deportes, pasatiempos y otras actividades.

Además de los efectos señalados, el uso de la cocaína y el *crack* han sido factores contribuyentes en muchos incidentes, como ahogamientos, accidentes de autos, caídas, quemaduras y suicidios.

Hablemos claro sobre los alucinógenos

Las drogas alucinógenas son sustancias que distorsionan la percepción de la realidad objetiva. Entre los alucinógenos mejor conocido están la fenciclidina, también conocida como PCP (por sus siglas en inglés); el polvo de ángel; la dietilamida del ácido lisérgico, comúnmente conocida como LSD o ácido; la mescalina y el peyote; y la psilocibina u hongos alucinógenos.

Bajo la influencia de los alucinógenos, se desorienta la percepción del desplazamiento, la dirección, la distancia y el tiempo. Los alucinógenos pueden producir comportamiento impredecible, errático y violento en sus consumidores, lo cual eventualmente puede ocasionar lesiones graves o la muerte. El efecto de los alucinógenos puede durar hasta 12 horas. El LSD produce aumento de la tolerancia: cada vez se necesitan dosis más altas para lograr el mismo estado de intoxicación. Este hecho es extremadamente peligroso, dada la impredecibilidad de los efectos de la droga. También puede aumentar el riesgo de convulsiones, coma, paro cardíaco y respiratorio e incluso de muerte.

Riesgos físicos asociados con el uso de alucinógenos:

- aumento del pulso cardíaco;
- aumento de la presión arterial;
- insomnio;
- temblores;
- falta de coordinación muscular;
- habla dispersa, inconexa, cortada e incoherente;

- reducción de la sensibilidad al tacto y al dolor, lo cual puede generar heridas autoinfligidas;
- convulsiones;
- coma;
- paro cardíaco y pulmonar.

Riesgos psicológicos asociados al uso de alucinógenos:

- una sensación de distancia y extrañamiento;
- depresión, ansiedad y paranoia;
- comportamiento violento;
- confusión, suspicacia y pérdida del control;
- visiones retrospectivas (*flashbacks*);
- comportamiento similar a la psicosis esquizofrénica;
- estados catatónicos en los que el usuario queda mudo, letárgico, desorientado y hace movimientos repetitivos sin sentido.

Cada persona reacciona de manera distinta a los alucinógenos, no hay manera de predecir si se puede evitar un “mal viaje”.

Hablemos claro sobre los inhalantes

El término inhalantes se refiere a sustancias que se ingieren a través de la nariz para obtener una exaltación inmediata. Los inhalantes incluyen un grupo diverso de químicos que se encuentran en productos para el consumo como los aerosoles, los solventes de limpieza y la pintura.

El uso de inhalantes puede ocasionar una variedad de problemas físicos y emocionales e incluso el usarlos una sola vez podría generar la muerte.

Usar inhalantes, aunque sea una sola vez, implica en riesgo de:

- muerte súbita;
- sofocación;
- alucinaciones y cambios de humor repentino;
- adormecimiento y hormigueo en las manos y los pies.

El uso prolongado de inhalantes puede ocasionar:

- dolor de cabeza;
- debilidad muscular;
- dolor abdominal;
- disminución o pérdida del sentido del olfato;
- náusea y hemorragia nasal;
- hepatitis;

- comportamiento violento;
- pulso irregular;
- deterioro hepático, pulmonar y renal;
- daño cerebral irreversible;
- daños al sistema nervioso;
- desequilibrios químicos importantes en el cuerpo.

Los efectos a corto plazo de los inhalantes incluyen:

- taquicardia;
- dificultad para respirar;
- mareo;
- dolores de cabeza.

Como se señaló, los inhalantes pueden causar la muerte aunque se les use una sola vez. De acuerdo con expertos médicos, la muerte puede ocurrir, por lo menos, de cinco formas:

- asfixia, los gases de los solventes pueden limitar considerablemente el oxígeno disponible en el aire, haciendo que cese la respiración;
- sofocación – normalmente registrada en casos de consumidores que inhalan usando bolsas;
- ahogo en el vómito;
- comportamientos descuidados en ambientes potencialmente peligrosos;
- síndrome de la muerte súbita por inhalación, presumiblemente por paro cardíaco.

Hablemos claro..... sobre los opiáceos

Los opiáceos son narcóticos que estimulan brevemente ciertas áreas del cerebro y posteriormente deprimen el sistema nervioso central; incluyen el opio, la codeína, la morfina y la heroína. Los opiáceos son producidos por la vaina de semillas de la amapola asiática (la adormidera); la codeína y la morfina son derivados del opio. Otras drogas, como la heroína, son procesadas a partir de la morfina o la codeína. Los opiáceos pueden ser fumados, inyectados o ingeridos por vía oral o rectal. Los síntomas de abstinencia por el abuso de los opiáceos son severos y, de todas las sustancias de las que se abusa, la heroína es la más adictiva.

Los efectos de los opiáceos incluyen:

- exaltación seguida de un estado de gratificación;
- supresión del hambre, el dolor y los impulsos sexuales;
- náusea;
- vómito;
- sobresalto;
- somnolencia;

- depresión respiratoria lenta a profunda;
- reflejos lentos;
- habla lenta;
- piel seca;
- comezón;
- en las embarazadas: anemia, enfermedades cardíacas, diabetes, neumonía, hepatitis, tasas elevadas de aborto espontáneo, parto pélvico, nacimiento prematuro, muerte perinatal (partos de feto muerto);
- síntomas de abstinencia: desasosiego, bostezo, llanto, diarrea, calambres abdominales, goteo de la nariz, ansias de consumir la droga.

El uso a largo plazo puede causar:

- endocarditis (infección del pericardio y las válvulas del corazón);
- VIH y SIDA (por el uso de jeringas sucias);
- abscesos;
- celulitis;
- padecimientos hepáticos;
- daño cerebral;
- complicaciones pulmonarias.

Cabe destacar que:

La morfina y la codeína pueden ser ingredientes del jarabe para la tos, los analgésicos y otros medicamentos de venta tanto controlada como libre. Al consumirlos se debe ser especialmente precavido si se operan vehículos o se trabaja con máquinas y materiales peligrosos.

Diferencias de género en la respuesta

El consumo de alcohol es una cuestión de género en todo el mundo; los hombres beben más (en algunos lugares son casi los únicos o los únicos que beben), pero las mujeres sufren mayores consecuencias.

Al mismo tiempo, existe evidencia que muestra que la 'brecha de género' (diferencias en el abuso de sustancias entre hombres y mujeres) está reduciéndose. A medida que el uso del alcohol y otras drogas aumenta entre las mujeres, también aumentan sus efectos negativos. A veces es el delicado acto de malabarismo que las mujeres tienen que realizar entre el trabajo y sus otras responsabilidades el que las empuja hacia el alcohol u otras drogas (Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, (*National Health Service NHS*, 2010).

En el Reino Unido los vínculos entre el empleo, los hábitos de consumo de alcohol y los problemas con el alcohol parecen ser particularmente entre las mujeres. Las mujeres que tienen empleos lucrativos tienden a beber más de los 'límites sensatos' de uso regular de alcohol.

Fuente: NHS, 2010.

Las mujeres tienden a usar distintas drogas que los hombres. Normalmente usan las drogas legales más que los hombres y tienen tasas más altas de adicción a drogas como tranquilizantes, pastillas para dormir, anfetaminas y pastillas para la dieta.

El efecto indirecto de las drogas y el alcohol sobre las mujeres es colosal. Las mujeres cargan el peso de "manejar" a aquellos que abusen de sustancias en la familia, ya sean sus padres, hermanos, esposos o hijos. Las mujeres que están involucradas en una relación con una persona que abusa activamente de sustancias suelen sufrir comportamientos violentos y arbitrarios. Por lo general deben arreglárselas para enfrentar sus hogares desechos, la pérdida de sus empleos y trabajos remunerados adicionales para compensar los ingresos económicos de la familia dilapidados en las drogas o el alcohol.

De acuerdo con los datos del Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas de los Estados Unidos de América (*National Institute on Drug Abuse*, NIDA) la evidencia sugiere que las mujeres que abusan de las drogas tienen menos probabilidades que los hombres de buscar tratamiento por alcohol y drogas. Viejos estereotipos, estigmas sociales y otras cuestiones como el cuidado de los niños y el embarazo bloquean los patrones de búsqueda de ayuda de las mujeres que requieren tratamiento por abuso de sustancias, lo que contribuye a que sean mal diagnosticadas, a que no se les detecte el problema y tengan tasas más bajas de tratamiento.

Fuente: Johnston, 2006.

Los diferentes efectos del alcohol en las mujeres, en parte se deben a motivos fisiológicos. Por ejemplo, las mujeres tienen menos agua en el cuerpo que los hombres, entonces beber la misma cantidad de alcohol que los hombres, crea mayores concentraciones en el torrente sanguíneo de una mujer. Las mujeres y los hombres también tienen enzimas y hormonas distintas, lo cual explica, en parte, la diferencia fisiológica entre géneros en cuanto a la tolerancia del alcohol. En cuanto al abuso de drogas, las investigaciones sugieren que las mujeres podrían ser más sensibles que los hombres a los efectos gratificantes de las drogas debido a diferencias en la química cerebral, lo cual podría implicar tendencia a desarrollar una adicción al uso de drogas más rápidamente.

La evidencia indica que los factores psicosociales juegan un papel más importante en las mujeres que en los hombres en cuanto a iniciar y continuar el uso de drogas. Entre los que abusan de drogas, hay más mujeres que hombres que hayan sufrido problemas como abuso físico y sexual en la infancia, depresión y trastorno de estrés postraumático, malas relaciones con su pareja y violencia ejercida por la pareja.

En cuanto a los efectos del alcohol en las mujeres también hay que considerar las consecuencias del consumo durante el embarazo. El consumo intensivo de alcohol durante el embarazo puede causar un aborto espontáneo, un nacimiento prematuro y síndrome alcohólico fetal, que impide el desarrollo adecuado del sistema nervioso del feto.

3. Impacto

El abuso de drogas y alcohol es un problema muy difundido en muchos países en todo el mundo, como lo muestran las siguientes notas y estadísticas. Cuando el abuso es intenso, el impacto sobre el trabajo, las familias y los ingresos familiares también es muy fuerte. La economía nacional padece, la salud pública padece y el impacto sobre los servicios de salud también aumenta.

Notas de alrededor del mundo

Australia: En un sondeo realizado por el gobierno australiano en 2007, nueve de cada diez australianos de 14 años o más habían probado el alcohol en algún momento de sus vidas y 82.9 por ciento habían consumido alcohol en los 12 meses previos al sondeo. Casi dos de cada cinco australianos habían usado alguna droga ilegal en algún momento de sus vidas y casi uno de cada siete había usado drogas ilegales en los 12 meses anteriores.

Canadá: El Sondeo Canadiense sobre las Adicciones de 2009 descubrió que 76.5 por ciento de los adultos canadienses eran consumidores de alcohol y, de estos, 36.4 por ciento bebían semanalmente y 5.1 por ciento fueron descritos como bebedores en exceso. El número de usuarios de marihuana (cannabis) se había duplicado en 10 años. Uno de cada seis canadienses reportó haber usado una droga ilegal distinta al cannabis en su vida.

Unión Europea: El Centro Europeo de Monitoreo de las Drogas y de la Adicción a las Drogas (2009) examinó el uso de drogas en la UE y calculó que en los 13 países europeos donde se recopilaron datos, 4 millones de personas usan cannabis diariamente. También reporta hallazgos como el uso de nuevas sustancias psicotrópicas.

India: Bengala (2005) reportó consumo de alcohol en tan solo 21 por ciento de los hombres; el problema era **Regional:** La diferencias iban de un promedio de 7 por ciento en el estado occidental de Gujarat (oficialmente bajo prohibición) hasta 75 por ciento en el estado de Arunachal Pradesh, en el noreste. También se calculó que los licores destilados ilegalmente representan 95 por ciento de las bebidas alcohólicas que beben hombres y mujeres.

Japón: Dos factores importantes aceleran el acceso a las drogas ilegales entre los jóvenes: uno es la presencia de grupos que trafiquen con drogas ilegales, que las ofrecen indiscriminadamente, y el otro son las nuevas tecnologías, como Internet y los teléfonos móviles (Yamamoto, 2004).

Filipinas: Un estudio de la Organización Internacional del Trabajo sobre el uso de drogas en los niños que trabajan en el tráfico de drogas de una ciudad filipina descubrió que más de 90 por ciento de los niños usaban drogas como metanfetamina, pegamento y cannabis, y que la mayoría de ellos comenzaron a trabajar en el tráfico de drogas entre los 14 y los 16 años de edad.

Sudáfrica: El Proyecto Sacendu que monitorea el uso del alcohol y las drogas descubrió que el alcohol sigue siendo la sustancia de mayor abuso y tiene un impacto considerable sobre las personas y la sociedad, ya que representa entre 61 y 74 por ciento de los ingresos a centros de tratamiento especializado. Se han reportado diagnósticos relacionados con el alcohol entre los pacientes psiquiátricos de hasta 17 por ciento.

Sri Lanka: Algunos estudios de 2007 reportados por el FORUT señalan que 30 por ciento de las familias usan alcohol y gastan más de 30 por ciento de sus ingresos en ello.

Reino Unido: En 2007, a alrededor de 40 por ciento de los pacientes admitidos a los Departamentos de Accidentes y Emergencias se les diagnostican lesiones relacionadas con el alcohol. 460 muertes fueron ocasionadas por conductores que estaban por encima del límite legal de alcohol. 1.760 accidentes graves adicionales y 12.260 accidentes ligeros fueron atribuidos a conductores o peatones intoxicados de acuerdo con la ONG inglesa Drinkaware.

Impacto sobre el lugar de trabajo

El uso y abuso de sustancias se da prácticamente en todos los sectores de actividad económica y entre todo tipo de personas; sin embargo hay estudios que han mostrado que los hombres adultos, los jóvenes y los trabajadores de ciertos sectores u ocupaciones tienen mayor probabilidad de estar asociados con el abuso de sustancias en el lugar de trabajo, y 3 por ciento de la fuerza laboral promedio a nivel mundial depende del alcohol (OIT, 2003).

Algunos estudios señalan que las tasas de uso de alcohol y drogas son más altas entre los trabajadores que trabajan:

- en empleos con estrés; p. ej., los gerentes, el personal de ventas, los médicos, abogados, cantineros y trabajadores del entretenimiento;
- en situaciones no supervisadas; p. ej., conductores de largas distancias, vendedores itinerantes;
- en condiciones extremas; p. ej., personal militar, mineros;
- todo el día, con distintos usos horarios, en centros de llamadas y servicios de tecnologías de la información.

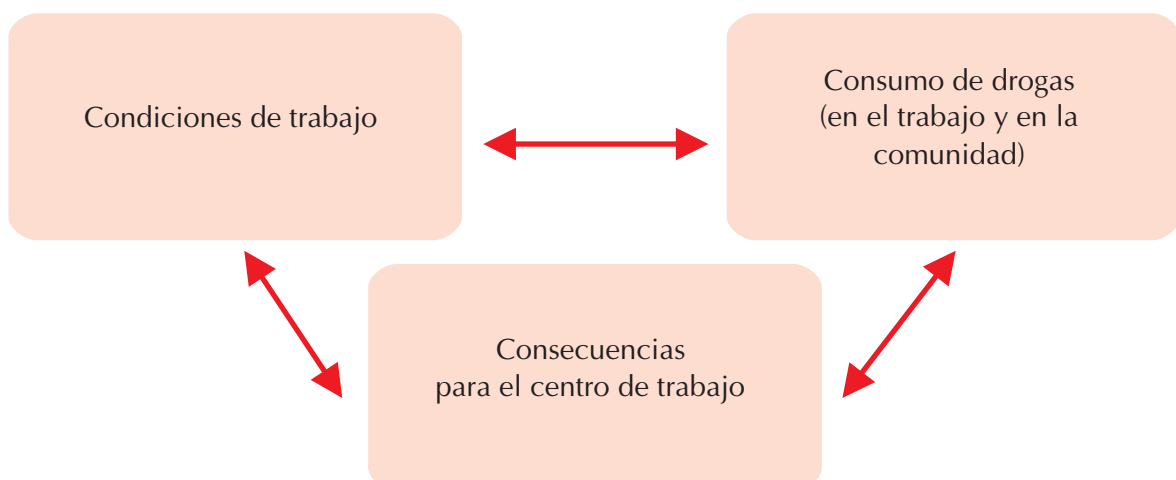
Sin embargo ningún sector está completamente libre de problemas relacionados con el alcohol o las drogas en el lugar de trabajo.

(OIT, 2003).

Becker (2001) calcula que hasta 54 por ciento de los incidentes relacionados con el alcohol (como accidentes, disputas, ausentismo, delitos), son atribuidos a bebedores ligeros, y 87 por ciento en total son atribuidos a bebedores ligeros y moderados, por el simple motivo de que son muchos más.

Pueden surgir problemas relacionados con el uso del alcohol y las drogas como consecuencia de factores personales, familiares o sociales, de ciertas situaciones laborales, o de una combinación de estos elementos.

Hay evidencia científica que vincula las condiciones laborales con el uso del alcohol y las drogas, la cual señala los siguientes factores contribuyentes al abuso de sustancias en el lugar de trabajo: la disponibilidad de alcohol y drogas en el trabajo, la presión social para beber o usar drogas en el trabajo, el estrés laboral, los viajes/separación de las relaciones sociales o sexuales normales, la falta de supervisión, los cambios frecuentes de colegas y supervisores, el trabajo monótono, el trabajo por turnos, el trabajo nocturno, el empleo precario y la posibilidad de quedar desempleado.



Todas las profesiones están sujetas al abuso de sustancias en el lugar de trabajo, se calcula que entre 10 y 15 por ciento de los médicos han abusado del alcohol u otras drogas en algún momento de su vida. Los anestesiólogos son particularmente vulnerables a los opiáceos parenterales (drogas administradas durante el parto) debido al fácil acceso que tienen a ellos (Domino, 2005).

Los factores laborales que pueden aumentar el uso del alcohol y las drogas, especialmente entre los trabajadores vulnerables, incluyen:

- el trabajo por turnos;
- los viajes lejos de casa o el trabajo en lugares remotos;
- normas culturales que fomenten el uso de sustancias;
- la disponibilidad de alcohol y drogas en el lugar de trabajo o cerca del mismo;
- el estrés relacionado con el trabajo, que puede ser resultado de una remuneración no equitativa, trabajo bajo presión de tiempo, exigencias de alto rendimiento sostenido, de falta de claridad en los roles, de inseguridad del empleo, de una comunicación insatisfactoria, aburrimiento, falta de creatividad y variedad;
- la falta de control sobre el trabajo (por ejemplo sobre las horas extra que se trabajan o la carga de trabajo en sí).

Un error común es pensar que los alcohólicos son responsables de la mayoría de los problemas relacionados con el alcohol en el lugar de trabajo. Los bebedores casuales suelen ser responsables de más incidentes de ausentismo, llegadas con demora y trabajo mal hecho que los que son adictos al alcohol. El estudio sobre el uso del alcohol en personal corporativo de la Escuela de Harvard para la Salud Pública y la Fundación Robert Wood Johnson

descubrieron que la mayoría de los problemas de desempeño laboral relacionados con el alcohol (60 por ciento) están asociados con bebedores no dependientes: los consumidores que ocasionalmente beben en exceso – calculados en 80 por ciento de todos los que beben (Instituto Nacional sobre Abuso del Alcohol, Fundación Robert Wood Johnson, 1998).

En algunos trabajos incluso el beber pequeñas cantidades de alcohol puede tener un efecto crítico. Algunos pilotos cuyo desempeño fue puesto a prueba en simuladores de vuelo por Yesavage (1994) tuvieron más errores de lo normal hasta 8 horas después de que la concentración de alcohol en su sangre (BAC, por sus siglas en inglés) era de aproximadamente 0.10 BAC (el límite legal para conducir en muchos países es de 0.05 BAC, que normalmente equivale a una copa). Un punto más importante es que se está comenzando a investigar el efecto de la resaca: al día siguiente, cuando el BAC se acerca a cero, los efectos de la resaca pueden continuar por 24 horas más.

Becker (2001) encontró una relación positiva entre tener resaca y sentirse enfermo en el trabajo, quedarse dormido mientras se trabaja y tener problemas con las tareas o los colegas.

Las resacas también ponen a quienes las padecen en riesgo de sufrir problemas cardiacos, neurológicos y psiquiátricos y cuestan a la sociedad cerca de 148 mil millones de dólares al año, de acuerdo con un estudio en los Anales de Medicina Interna.

Costo laboral del consumo de alcohol y drogas:

- pérdidas humanas, materiales y en tiempo ocasionadas por accidentes;
- incremento de las primas por compensación por riesgos del trabajo;
- una reducción del ritmo de desempeño y una mala calidad del trabajo debido a la intoxicación o la resaca;
- un aumento de ausencias por enfermedad;
- mayor rotación de empleados y aumento de los costos por formación a los nuevos trabajadores;
- mayor incidencia de llegadas tardías;
- robo y daños en el lugar de trabajo.

El abuso de sustancias tiene un fuerte impacto sobre el lugar de trabajo, incluyendo el desempeño laboral general (por ejemplo productos de menor calidad, trabajos por rehacer), la rotación de personal, costos de re-contratación cuando los trabajadores dejan la compañía (como la pérdida de memoria de la organización, las compensaciones por despido, el reclutamiento y los costos de orientación), las responsabilidades legales asociadas con los accidentes y las lesiones, aumento de permisos por enfermedad u otros costos en prestaciones de salud para los trabajadores, comportamiento conflictivo y empobrecimiento de las relaciones laborales; robos y vandalismo, quejas y arbitrajes.

Aunque algunos de los costos, como el del aumento de las ausencias, los accidentes y errores pueden ser atestiguados o medidos, hay otros que son más difíciles de identificar, como la baja moral y las tasas elevadas de enfermedad. Sus efectos son igualmente perjudiciales.

Las primeras señales de abuso del alcohol o las drogas son malestares, resaca, temblor en las manos, demoras, almuerzos prolongados y salidas adelantadas. El abuso suele generar estrés, nerviosismo, irritabilidad, resentimiento y un deterioro del estado de ánimo, además de fricciones y peleas con los colegas. Estas manifestaciones pueden ir acompañadas de un descuido del desempeño, una menor producción y malas decisiones que pueden ocasionar o contribuir a accidentes en el lugar de trabajo, una menor productividad, una imposibilidad de cumplir las fechas y la pérdida de clientes.

Los costos familiares del abuso del alcohol y las drogas también se pagan en el lugar de trabajo

El trabajador con un familiar que abusa del alcohol o las drogas, puede experimentar distracción mala concentración; puede bajar la productividad, incumplir las fechas y tener errores de juicio. Además, podría verse forzado a asumir tareas adicionales de cuidado de niños y otras actividades domésticas para cubrir al familiar que tiene el problema de adicción, lo cual puede tener un impacto sobre el lugar de trabajo.

Impacto sobre la persona

Las sustancias psicotrópicas pueden afectar el tiempo de reacción, el desempeño motor, la vista, el humor y los sentimientos, el aprendizaje, la memoria y el desempeño intelectual, la salud en general y las relaciones con los colegas. Cualquiera de los cambios mencionados puede reducir el desempeño laboral.

El problema también puede sentirse más allá de “ las puertas de la fábrica ” bajo la forma de problemas y tensiones en la familia, y de dificultades financieras, además de un aumento en los costos sociales.

Impacto sobre los colegas

El efecto del uso de sustancias psicotrópicas sobre los colegas puede incluir una mayor carga de trabajo, un aumento de los riesgos de seguridad y una caída en la producción general. Esto a su vez puede ocasionar disputas, quejas, pérdida de tiempo y reducción de la productividad. Muy probablemente esta situación empeorará al aumentar la posibilidad de sufrir accidentes y lesiones debido a la intoxicación, negligencia y el deterioro del juicio.

Costo para el empleador

Los costos relacionados con el abuso del alcohol y las drogas se suman hasta convertirse en un tema delicado para cualquier empleador. Los malestares vinculados al abuso del alcohol y las drogas aumentan los costos médicos, mientras que el ausentismo reduce la disponibilidad de personal y disminuye la producción. Las relaciones laborales podrían deteriorarse. Las quejas resultantes ocasionan pérdidas debido a su costo en tiempo y dinero. El mal desempeño laboral, las malas decisiones y el deterioro del juicio hacen que se incumplan las fechas y se pierdan clientes. Los accidentes causan lesiones y daños a los bienes y al equipo que, combinados con el tiempo de producción perdido por averías, aumentan los gastos del empleador. Si el abuso de sustancias deriva en despidos, el empleador enfrenta costos de reclutamiento y capacitación adicionales, además de la pérdida de trabajadores experimentados.

La Cámara Australiana de Comercio calcula que hasta 25 por ciento de los accidentes y 10 por ciento de las fatalidades en el trabajo involucran a personas intoxicadas que se lesionan a sí mismas y a víctimas inocentes.

El abuso de sustancias también puede ser una amenaza para la seguridad pública y ser perjudicial para la imagen de la empresa y del empleador. Las compañías están cada vez más conscientes de que el lugar de trabajo refleja la realidad de la comunidad aledaña y que los problemas comunitarios muy probablemente se convierten en problemas del lugar de trabajo (Cámara Australiana de Comercio e Industria, 2007).

4. Gestión del alcohol y las drogas en el trabajo

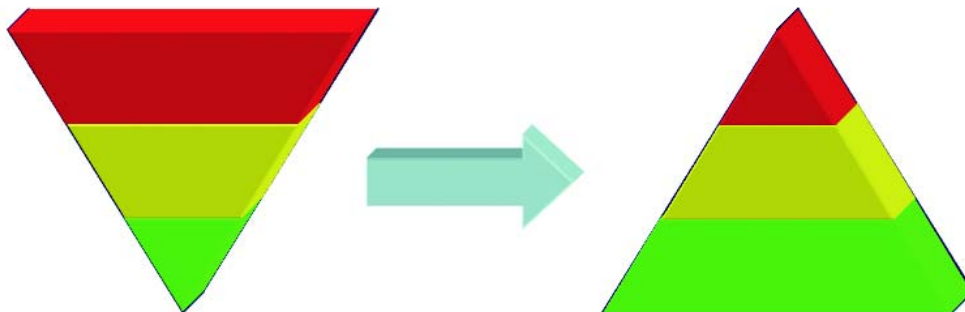
Respuestas tradicionales y cambio de paradigmas

La reacción tradicional ante los problemas con el alcohol y las drogas que afectan al lugar de trabajo era responder a las necesidades de un grupo pequeño de personas que eran considerados alcohólicos o drogadictos. Este **enfoque pasivo** implica que las empresas estén dispuestas a absorber costos a lo largo de un periodo prolongado.

En las últimas dos décadas esta actitud ha cambiado. Existen nuevos requisitos de seguridad y salud en el trabajo y mayor consciencia del impacto del uso de sustancias sobre la productividad, la seguridad y la salud. Como resultado se ha dado un cambio hacia la **prevención** y la **intervención** temprana.

Ahora se hace énfasis en prevenir el abuso de sustancias entre todos los trabajadores y en lugar de solamente brindar asistencia a unos cuantos. Aunque sigue habiendo ayuda y atención disponibles para quienes las necesiten, el enfoque principal está en concientizar con programas educativos con miras a promover cambios de actitud y de comportamiento.

El cambio de paradigma



- Nuestros esfuerzos deben enfocarse en prevenir que los trabajadores saludables enfermen.
- Por lo tanto el cambio de paradigma es del tratamiento a la prevención.

Se puede usar la metáfora del semáforo para ubicar a los trabajadores en categorías de consumo, representadas por las zonas verdes, ámbar y rojas, lo que resulta altamente pertinente en el consumo de alcohol.

La zona verde sugiere que no se usa alcohol o se bebe con moderación, sin ningún problema en absoluto.

La zona ámbar representa el uso excesivo o problemático, como beber cuando se conduce. Es mejor que los trabajadores que están en la zona ámbar bajen la velocidad o dejen de usar alcohol.

La zona roja indica un patrón de dependencia, evidenciada por algunas señales como:

- aumentar la cantidad de alcohol para obtener el efecto deseado;
- seguir bebiendo a pesar de conocer el daño que genera;
- síntomas problemáticos de abstinencia, incluyendo temblor en las manos; problemas para dormir, ansiedad cuando no se bebe;
- incumplimiento de responsabilidades laborales o domésticas importantes.

Los trabajadores que están en la zona roja necesitan ayuda profesional o tratamiento.

Los programas completos en el lugar de trabajo requieren acciones dirigidas a trabajadores de las tres zonas, enfatizando la zona verde para prevenir el uso problemático del alcohol o las drogas.

La mayoría de los trabajadores de cualquier organización están en la zona verde y el desafío es mantenerlos ahí.

Las estrategias para la zona verde llegan a una población amplia, son relativamente baratas y exploran maneras de prevenir el uso de las sustancias, lo cual incluye el desarrollo de hábitos saludables de vida.

Las estrategias para la zona ámbar ayudan a los trabajadores a identificar potenciales problemas asociados con el uso de sustancias en una etapa temprana. Motivan a los trabajadores a monitorear su propio comportamiento y, de ser posible, a cambiarlo. Este enfoque a menudo arroja resultados buenos y de largo plazo, lo hace de la intervención temprana una realidad.

Las estrategias para la zona roja, como el tratamiento y la rehabilitación, son intensivas, caras, llegan solo a unos cuantos y tienen pronósticos inciertos a largo plazo, debido a las frecuentes recaídas. De todas formas, deben estar disponibles para trabajadores que ya tengan problemas considerables.

Ventajas de impulsar iniciativas sobre el abuso de sustancias en el lugar de trabajo

- es un lugar efectivo para la intervención temprana, el tratamiento y la reintegración al trabajo;
- llegan a toda la fuerza laboral;
- el lugar de trabajo constituye un público meta para las campañas de prevención;
- el lugar de trabajo es un reflejo de la comunidad. Asumir los problemas del lugar de trabajo puede reducir la carga sobre la comunidad.

Política y estrategia

Un primer e imprescindible paso para planear, organizar, implementar y mejorar los esfuerzos para prevenir y tratar los problemas con las drogas y el alcohol en el trabajo consiste en ajustar las políticas de la compañía. Se deben abordar el alcohol y las drogas como parte de una política integrada de seguridad y salud en el trabajo. Un elemento clave es establecer lineamientos que apliquen a todas las áreas del lugar de trabajo, como lo son la consulta a los trabajadores y resguardo de la confidencialidad.

Esa es una buena base para desarrollar estrategias sobre el alcohol y las drogas orientadas al abordaje de las necesidades específicas de una compañía, lo que debe incluir medidas de prevención constante, además de información sobre la disponibilidad de asistencia externa para aquellos que la necesiten.

Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT

El *Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo* (Ginebra, 1996) se centra en el diseño de políticas y programas para el lugar de trabajo con el fin de ayudar a las personas que tienen problemas relacionados con el alcohol y las drogas, como apoyo a los empleadores y trabajadores, y sus organizaciones, para manejar el problema de manera constructiva. Ofrece una amplia variedad de recomendaciones prácticas, además de asesoría para el desarrollo de políticas y estrategias para el lugar de trabajo. Algunas de las cuestiones importantes presentadas en el Repertorio de recomendaciones prácticas son:

- considerar los problemas con el alcohol y las drogas como problemas de salud;
- evaluar el impacto del alcohol y las drogas en el lugar de trabajo;
- identificar situaciones laborales que contribuyan al abuso del alcohol y las drogas;
- proveer información y formación sobre el alcohol y las drogas a todos los trabajadores;
- mantener la confidencialidad de la información sobre problemas con el alcohol y las drogas de los trabajadores individuales;
- propiciar un ambiente laboral de apoyo para recuperarse de la adicción;
- garantizar que no se discrimine a los trabajadores que busquen tratamiento y rehabilitación por problemas relacionados con el alcohol y las drogas;
- privilegiar la orientación y apoyo psicológico, el tratamiento y la rehabilitación antes que las acciones disciplinarias.

Prevención

Algunas estrategias de prevención de los daños ocasionados por las drogas pueden ser:

- mensajes educativos sencillos sobre los riesgos para la salud por excesos con el alcohol y las drogas;
- prohibiciones del uso del alcohol y las drogas en el lugar de trabajo;
- programas de reducción del estrés;
- programas de promoción de la salud y de hábitos saludables de vida;
- pruebas de detección sobre el uso de drogas (cuando sea apropiado; consulte el siguiente recuadro sobre los exámenes);
- acceso a servicios de orientación y apoyo psicológico preventivo (*counseling, coaching*).

Otro aspecto clave de un programa exitoso sería la identificación y control de los factores que aumentan el riesgo de uso de sustancias en el lugar de trabajo. Las medidas de evaluación de los riesgos consisten en incorporar el abuso de sustancias a los procedimientos estándar aplicados a otros factores de riesgo para la salud en el trabajo.

La capacitación de supervisores es un elemento crítico para reconocer las señales tempranas del abuso de sustancias. El abuso de las drogas y el alcohol suele afectar el desempeño del trabajador, por lo que los supervisores deben estar capacitados para identificar y manejar adecuadamente los problemas de desempeño. Igualmente, los compañeros de trabajo también podrían notar los cambios en el comportamiento. Al respecto, un mecanismo efectivo de prevención es brindar formación al personal sobre técnicas básicas de apoyo psicológico preventivo “horizontal”, que capacite para ofrecer una ayuda puntual. De esta manera, un trabajador que tenga dificultades crecientes tendrá oportunidades de una escucha eficaz de parte de un compañero de trabajo, que lo remita a otras fuentes profesionales de ayuda, sin tener que acudir al supervisor o a otras rutas oficiales.

Los enfoques eficaces de prevención en el trabajo también reconocen el papel de la comunidad aledaña a la empresa en la creación de normas y valores respecto al uso del alcohol y las drogas.

Las medidas de prevención dirigidas a toda la población que consume alcohol es una de las formas más efectivas de prevenir los problemas relacionados con el alcohol.

¿Se deben realizar pruebas de detección?

Los exámenes de drogas en el lugar de trabajo siguen siendo una cuestión delicada debido a lo difícil que resulta equilibrar los requisitos de seguridad y productividad con los derechos de privacidad y no discriminación del trabajador.

Las razones más comunes por las que los empleadores implementan pruebas de detección de drogas son:

- disuadir a los trabajadores de caer en el abuso de drogas y alcohol;
- evitar la contratación de personas que usen drogas ilegales;
- identificar y referir a tiempo a los trabajadores que tienen problemas de drogas y/o alcohol;
- ofrecer un lugar de trabajo seguro para los otros trabajadores;
- garantizar la seguridad del público en general y generar confianza en los consumidores, basada en el hecho de que los trabajadores trabajan de manera segura.

El Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo ofrece asesoría detallada y fundamentada sobre si se debe implementar una política que exija exámenes de drogas y sobre cómo hacerlo.

Asistencia

Las intervenciones breves han sido aplicadas con éxito tanto por profesionales de la salud como por asesores comunitarios para ayudar a las personas a cambiar su uso de drogas o alcohol. Algunos ejemplos de estrategias de intervención breve que pueden ser efectivas son:

- herramientas de autoevaluación para detectar los problemas tempranamente (por ejemplo: el Test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol, conocido como AUDIT, (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) (Anexo I);
- material de autoayuda para detener o modificar el uso de sustancias y para manejar los efectos temporales pero desagradables de dejar el hábito;
- información sobre la variedad de formas en que el uso de drogas afectan el desempeño laboral.

Para aquellos trabajadores que empiezan a tener problemas con el alcohol o las drogas, se plantea una intervención de prevención secundaria. Para la mayoría de estos trabajadores el eje central de la ayuda es la toma de consciencia, sobre la existencia de un problema (para quienes no lo reconocen) o sobre la necesidad de ayuda para detener o reducir el consumo (para quienes no lograron controlarlo por sí mismos). En la primera situación, idealmente, el apoyo incluiría ayudas para reconocer el problema e intentar reducir el consumo. En el segundo escenario, podría ser necesario referirlos a servicios de apoyo profesional y tratamiento especializado.

El tratamiento de los problemas de adicción puede darse en ambientes especializados, ambientes médicos generales, lugares de trabajo, organizaciones de autoayuda y otros grupos voluntarios. Idealmente tendrían que estar organizados como sistemas integrados basados en la comunidad.

En algunos países las empresas y organizaciones usan programas de asistencia en el empleo (PAE) para proporcionar evaluación, orientación y apoyo psicológico de corto plazo a aquellos trabajadores que experimentan problemas con las drogas y el alcohol. La orientación y apoyo psicológico de corto plazo (counselling) es un tipo de servicio centrado en la prevención, que aborda además del uso de sustancias, problemas relacionados con la salud del trabajador, la relación marital, la familia y la situación financiera y ayuda a la persona a identificar y poner en práctica estrategias de gestión de los problemas en esos ámbitos. Además de esto, un PAE efectivo también facilita el acceso a servicios de tratamiento de largo plazo (nivel de intervención terciaria, para personas que ya presentan daños a la salud), además ofrece apoyo a la gerencia, los supervisores o los sindicatos que quieran responder a los problemas de los trabajadores que afectan al lugar de trabajo.

A aquellas personas que requieran tratamiento especializado se les garantizaría la seguridad en el empleo mientras reciben ayuda. Muchos empleadores se reservan el derecho a aplicar acciones disciplinarias si se rechaza la opción del tratamiento. Estas cuestiones deben ser abordadas de antemano en las políticas del lugar de trabajo y deben ser transmitidas claramente a todos los trabajadores.

Vínculos comunitarios y familiares

El lugar de trabajo refleja el nivel de permisividad que tienen la cultura y la sociedad respecto al uso del alcohol y otras drogas. De igual manera, las actitudes hacia el abuso de sustancias dentro del lugar de trabajo tienen una gran influencia en el uso de alcohol y drogas que hacen los trabajadores en su tiempo libre, y por lo tanto, en las comunidades en las que viven. En las cuestiones del abuso de sustancias, el bienestar en el lugar de trabajo y la familia van de la mano; no se debe subestimar la relación entre el trabajo y la vida privada.

Un grupo de la población en el que las empresas pueden tener una influencia positiva es la juventud, particularmente si actúan en alianza con escuelas, organizaciones de atención médica, organizaciones comunitarias y el sector público. Las empresas pueden respaldar actividades familiares y comunitarias sobre la prevención del abuso de sustancias de muchas maneras, entre otras dirigiendo campañas de concientización a los padres e hijos, patrocinando actividades escolares, con iniciativas de capacitación y empleo para trabajadores en recuperación, haciendo cabildeo ante el gobierno local, fortaleciendo las instalaciones y actividades de recreación comunitaria, y estableciendo redes con servicios de tratamiento y rehabilitación con base comunitaria.

¿Qué es una bebida (copa, trago) estándar?

1 bebida =



Una jarra de cerveza
(p.ej. 330 ml con 5%)

=



Bebidas espirituosas
(tequila, ron, cachaça
aguardiente, whiskey,
vodka, etc.)
(p.ej. 40 ml con 40%)

=



**Una copa de vino o un
vaso pequeño de sherry**
(p.ej. 140 ml con 12%
o 90 ml con 18%)

=



**Una copa pequeña
de licor o aperitivo**
(p.ej. 70 ml a 25%)

¿Cuánto es excesivo? Lo más importante es la cantidad de alcohol en una bebida. Estos ejemplos, por lo general, continen cantidades semejantes de alcohol puro. Piense en cada una como un estándar de bebida (copa, trago).

En los contextos en los que beber es culturalmente aceptado:

Recuerde que hay ocasiones en que una o dos copas pueden ser demasiado - por ejemplo:

- Al manejar un vehículo u operar maquinaria.
- Durante el embarazo o la lactancia.
- Cuando se toman determinados medicamentos.
- Si se tienen determinados trastornos médicos.
- Si no se puede controlar el hábito.

5. Buenas prácticas

Trabajo de la OIT en el campo del abuso del alcohol y las drogas en el lugar de trabajo

La experiencia de la OIT muestra que el lugar de trabajo es un excelente ambiente para el desarrollo de alianzas amplias para acciones preventivas en el área del abuso del alcohol y las drogas como parte de una política de promoción de la salud. Las políticas para prevenir el abuso de drogas y alcohol en el lugar de trabajo y para ayudar a las personas que los padecen parecen arrojar los resultados más constructivos para el beneficio de todos los involucrados, incluyendo a los empleadores, los trabajadores, sus familias, las ONG y la sociedad como un todo.

La acción de la OIT en este campo se desarrolla por medio de la elaboración de un conjunto de recomendaciones prácticas, guías y manuales sobre el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo, además de actividades de cooperación técnica para respaldar acciones de cobertura nacional en los Estados Miembros de la OIT. Las actividades de cooperación técnica de la OIT se enfocan en la adaptación e implementación de programas modelo para la prevención del abuso de las drogas y el alcohol a nivel nacional y de empresa en varios países. Con la asistencia técnica, algunas empresas en todo el mundo han estado desarrollando programas de prevención y apoyo para sus trabajadores. En muchos casos estos proyectos han logrado establecer asociaciones de gestores de recursos contra el abuso de drogas. En cada país se prestó ayuda para establecer consejos consultivos tripartitos y equipos nacionales para la implementación de los proyectos. El establecimiento de asociaciones de gestores de recursos humanos contra el abuso de drogas, así como la integración de elementos de prevención a los programas de recursos humanos y de en las empresas fueron diseñados para garantizar que las iniciativas de prevención del abuso de sustancias se mantuvieran después de terminados los proyectos. Estos y otros proyectos han brindado un estímulo importante para la acción en las empresas y a nivel nacional, especialmente por medio de la participación estrecha de los representantes del gobierno, de los empleadores y los trabajadores.

Ruedas de cambio: una compañía de transporte en India

La investigación científica de países desarrollados y en desarrollo muestra que la aplicación de políticas eficaces puede contribuir a la reducción de los problemas relacionados con el alcohol en el mundo laboral.

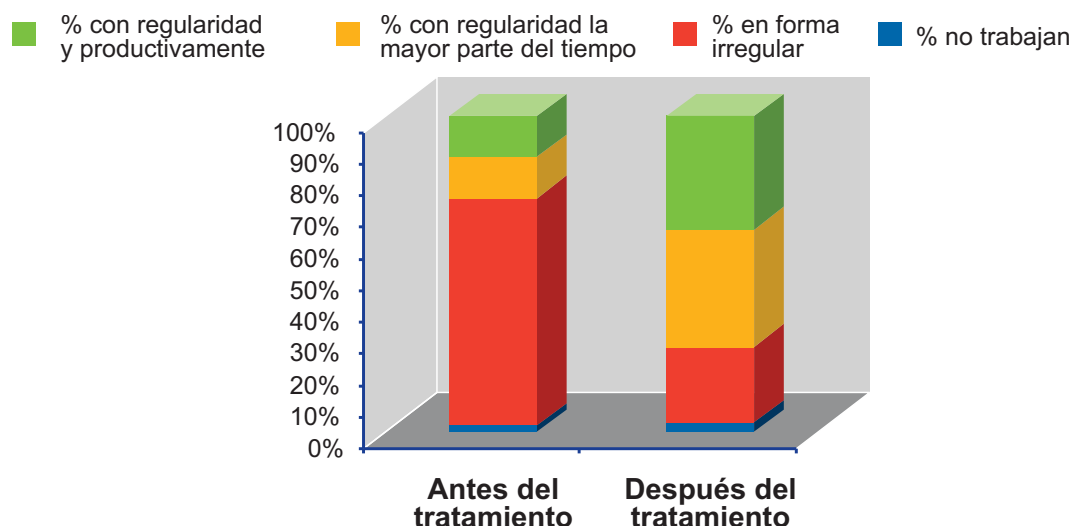
La *Karnataka State Road Transport Corporation*, está entre las cinco compañías de transporte más grandes de la India, tiene el mandato estatutario de proveer al público servicios de transporte seguros y confiables. Durante una década esta compañía había acumulado pérdidas por 4.000 millones de rupias (\$ 81.6 millones de dólares estadounidenses), antes de que comenzara a inventariar sistemáticamente los problemas que plagaban a la corporación (*Karnataka State Road Transport Corporation y National Institute of Mental Health and Neuro Sciences*, 2004). La administración se sorprendió al ver la relación entre el uso del alcohol y diversos problemas dentro de la organización. Principalmente experimentaban una

gran escasez de personal debido al ausentismo, lo cual ocasionaba cancelaciones frecuentes del servicio de autobús. Además había miles de casos disciplinarios pendientes y una tasa elevada de robo a las utilidades por transporte. Se había ganado una reputación de tener 'autobuses asesinos' después de un gran número de accidentes fatales que involucraban sus autobuses, lo cual arruinó su imagen pública. Se pensaba que todos estos problemas organizacionales estuvieran vinculados con una alta tasa de consumo de alcohol. La administración decidió enfrentar el problema del alcohol entre sus trabajadores.

La compañía lanzó un programa de prevención del uso de alcohol en el lugar de trabajo llamado (WAPPA, *Alcohol Prevention Programme and Activity*). La corporación instaló varios puestos de salud para animar a los trabajadores a buscar ayuda para los problemas de salud en general. La adicción también era tratada como problema de salud. Se invitaba a los trabajadores adictos a obtener tratamiento en centros de rehabilitación especializados. La corporación, en colaboración con la Organización Internacional del Trabajo y varias agencias no gubernamentales del área, desarrolló un programa amplio de prevención del uso del alcohol y las drogas para abordar la adicción no sólo de los trabajadores que estaban en la “zona roja”, sino también a los que estaban en las zonas ámbar y verde. Desarrolló una política amplia que fue respaldada por todos los niveles de la organización y facilitada por el Ministro de Estado para el Transporte, quien también era presidente de la compañía.

Cómo ayudó el programa sobre alcohol y drogas

Antes de que el programa comenzara, casi 80 por ciento de los trabajadores no trabajaban de manera regular y productiva. Después del programa el porcentaje se invirtió y más de 70 por ciento de los trabajadores eran considerados miembros útiles y productivos de la corporación.



Fuente: OIT, 2003.

Cinco años después de haber iniciado el programa los trabajadores y la compañía mostraban una marcada mejoría en:

- las tasas de abstinencia y de reducción del hábito de beber;
- el ausentismo debido al alcohol y los problemas de salud;
- la salud;
- el funcionamiento familiar y la reducción de problemas familiares;
- el estatus financiero por medio de la reducción del gasto en alcohol, la reducción de deudas y la creación de activos;
- un cambio positivo en varios estilos de vida, incluyendo la disminución de los juegos de azar y comportamientos sexuales de alto riesgo.

En 2003 se realizó un grupo focal con familiares, principalmente esposas de los trabajadores que estaban recibiendo tratamiento, para ver si el tratamiento para la adicción había ayudado. Sus respuestas fueron:

- la mayoría de sus esposos habían dejado de beber o habían reducido su consumo;
- el estatus financiero familiar mejoró;
- había “paz” en la casa tras el tratamiento.

WAPPA evolucionó hasta convertirse en un programa de proyección comunitaria para motivar a los trabajadores, reducir las pérdidas de la corporación y generar una mejor disciplina. Este método particular de vigilancia preventiva fue formulado para involucrar a los trabajadores y sus familias.

Una historia malasia de éxito

Cuarenta y cuatro pequeñas y medianas empresas implementaron un programa para un lugar de trabajo libre de drogas, en el marco de un proyecto con financiamiento noruego ejecutado por la OIT. En un sondeo de evaluación realizado al final del periodo del proyecto, más de 80 por ciento de los entrevistados reportaron una mejora del desempeño de la empresa, que se evidenciaban en una mayor productividad, una disminución de los accidentes laborales, un menor ausentismo y una caída en los costos e indemnizaciones médicas. Cerca de 90 por ciento de los entrevistados consideraba que el programa debía continuar y que lo recomendarían a otras compañías y organizaciones.

La Carta Europea sobre el Alcohol de la Organización Mundial de la Salud declara lo siguiente:

“Todas las personas tienen derecho a que su familia, comunidad y vida laboral estén protegidas de accidentes, violencia u otras consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol”.

“Promover entornos públicos, privados y laborales protegidos de accidentes, violencias y otras consecuencias negativas derivadas del consumo de alcohol”.

La Carta de la OMS fue firmada por todos los Estados Miembro de la UE.

Contrapartes sociales en Europa del Norte – El ejemplo Finlandés

Los países nórdicos estuvieron entre los primeros en los que las contrapartes sociales (empleadores y trabajadores) se unieron a otros actores sociales para desarrollar iniciativas conjuntas de prevención del abuso de las drogas y el alcohol. Las primeras y más duraderas de estas iniciativas incluyen el Consejo *Alna* de Suecia, originalmente establecido en la década de 1960 por organizaciones nacionales de empleadores y trabajadores; y el sistema *Akan* de Noruega, también desarrollado por las contrapartes sociales en la década de 1960, el cual reúne a representantes de los empleadores, los trabajadores y los servicios de salud en el trabajo.

Países como Dinamarca y Holanda realizan campañas nacionales anuales contra el abuso de las drogas y el alcohol con una fuerte participación tripartita. Un ejemplo interesante del cambio de las políticas hacia una alianza amplia en el tema es el Programa nacional sobre alcohol de Finlandia, que fue desarrollado en 1997. Finlandia tiene la tradición de usar el precio y la oferta como mecanismos para restringir el consumo de alcohol, mientras que con el nuevo Programa se hizo énfasis en tres nuevos factores:

- la participación y concientización entre ciudadanos y patrones;
- programa sobre alcohol y drogas en el lugar de trabajo; y
- prevención.

Filipinas - El sector marítimo

Filipinas es el país con el mayor número de marineros empleados en el mercado laboral de todo el mundo. Reconociendo los potenciales problemas que podrían surgir por el uso del alcohol y otras drogas en los barcos, se inició el Programa para un lugar de trabajo libre de drogas en el sector marítimo, a finales de la década de 1990. Se desarrolló un plan de capacitación y se produjeron carteles, folletos y materiales en video sobre la prevención del abuso del alcohol y las drogas. Esta capacitación fue integrada a las actividades de orientación previa a la partida de los marineros. Se incluyeron los temas de la prevención del abuso del alcohol y las drogas en los planes de capacitación de los cursos para el personal de seguridad. Se emprendieron acciones para desarrollar lineamientos sobre pruebas de drogas y alcohol en los ámbitos empresarial y gubernamental. De acuerdo con el Informe de 1998 del Centro de Seguridad y Salud en el Trabajo, la nueva orientación, la capacitación y el cambio en las condiciones de trabajo contribuyeron a un mejoramiento en general, mayor conciencia sobre los riesgos relacionados con las sustancias de abuso en el extranjero, estrictas normas de ética laboral a bordo con respecto al alcohol y las drogas, y mayor atención a las condiciones de trabajo, incluyendo los horarios y los turnos.⁴

⁴ Disponible en inglés en: <http://www.oshc.dole.gov.ph/index.php> [consultado el 25 de julio de 2012].

6. Interrelaciones

Los patrones de consumo de alcohol son distintos en diferentes partes del mundo. En Europa occidental para muchas personas es parte de la vida cotidiana, mientras que en muchas sociedades africanas hay menos personas que toman alcohol. Sin embargo, cuando lo toman suele ser en grandes cantidades, lo cual sucede particularmente los fines de semana. En muchas partes del mundo ahora existe una “cultura 24/7”, en la cual las personas trabajan extremadamente duro en la semana y se liberan por completo durante el fin de semana, lo cual suele involucrar grandes cantidades de alcohol.

Consumo de tabaco, alcohol y drogas en la juventud de Inglaterra

En un estudio de 2004, los alumnos que recientemente habían consumido una droga, ya sea que hubieran bebido alcohol, fumado cannabis o usado inhalantes o drogas clase A (incluyendo opiáceos, alucinógenos, éxtasis y cocaína) tendían a haber usado también una de las otras sustancias. Existían relaciones particularmente estrechas entre el consumo de:

- cannabis y tabaco;
- tabaco y alcohol;
- cannabis y drogas clase A;
- alcohol y cannabis.

Fuente: NHS, 2004.

Estrés y consumo de alcohol y drogas

El uso de alcohol por parte de un trabajador puede ser una respuesta a aspectos físicos y psicosociales del trabajo. Demandas muy elevadas al trabajador, que generan estrés, así como demandas muy bajas, que generan aburrimiento pueden ser la razón por la cual bebe. La falta de participación en la toma de decisiones y los conflictos interpersonales con los supervisores y los colegas pueden tener el mismo resultado. El recurrir al alcohol y las drogas para sobrellevar la tristeza, el miedo, la culpa o la ansiedad, así como para compartir sentimientos positivos como la felicidad, es algo común en muchas culturas.

VIH y SIDA y consumo de alcohol y drogas

Los problemas relacionados con el alcohol y las drogas raramente ocurren de manera aislada.

La relación entre el uso de sustancias tóxicas y los comportamientos sexuales de alto riesgo es bien conocida:

- el alcohol y las drogas reducen las inhibiciones sexuales;
- las alteraciones del humor provocadas por el alcohol y las drogas llevan a comportamientos de alto riesgo y a múltiples compañeros sexuales;

- el alcohol y las drogas suelen ser usados para sobrellevar la depresión, la ansiedad, el dolor físico y los horarios laborales prolongados (especialmente en algunas ocupaciones como la de camionero). Ello a su vez lleva a la pérdida del control, el sexo inseguro y al riesgo de VIH.

La conexión entre la infección de VIH y el uso de sustancias es especialmente importante. El uso de drogas por inyección, directa o indirectamente, es el principal medio de transmisión del VIH en adultos heterosexuales, mujeres, minorías y niños.

Se preguntó a un grupo de trabajadores de Sudáfrica cómo manejaban el estrés. Una respuesta muy común fue que emborrachándose y frecuentando el burdel local.

Violencia y uso de sustancias

La relación entre la violencia y el abuso de sustancias es compleja. El efecto de una droga sobre el comportamiento del individuo es resultado de una variedad de factores, algunos relacionados con la droga y otros no, estos incluyen:

- las propiedades farmacológicas de la droga en cuestión;
- el temperamento de la persona;
- las expectativas de la persona sobre los efectos de la droga;
- el ambiente social en el que se use la droga.

Tanto el uso de drogas como la violencia pueden ser resultado de una incapacidad básica de controlar los impulsos propios. La violencia también está asociada con el tráfico y distribución de drogas.

Un enfoque preventivo integral

Los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo pueden abordar múltiples problemas psicosociales. Pueden fomentar que los trabajadores adquieran un sentido de control sobre su salud en general o en relación con un problema específico como la dieta o el ejercicio. Los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo también pueden sensibilizar a los trabajadores sobre las interrelaciones entre distintos problemas psicosociales y además proporcionan estímulos y motivos de trabajo para cambiar sus hábitos y mantener el cambio.

7. Integración de políticas

¿Qué tipo de política se debería promover?

El alcohol y las drogas deben ser incluidos en una política amplia que aborde todos los problemas relacionados con la seguridad y salud en el trabajo en la organización o empresa. Dicha política debería ser desarrollada conjuntamente por todas las partes involucradas. El marco de la política debe ser claro, consistente, comprensible, accesible e incluir lo siguiente:

- la mejora del ambiente de trabajo;
- medidas de prevención como información, educación, autoevaluación y promoción de la salud;
- capacitación para la supervisión, asesoría, tratamiento, rehabilitación y seguimiento;
- medidas de control.












Muchas de estas recomendaciones aplican no solo al alcohol y las drogas sino a todos los problemas psicosociales. Por ejemplo, el siguiente recuadro está tomado de consejos que responden específicamente a los problemas del alcohol y las drogas en el trabajo. Los puntos cinco y seis se refieren únicamente al alcohol y las drogas. Todos los demás son igualmente útiles para las políticas integradas sobre problemas psicosociales para el lugar de trabajo.

Diez ingredientes para desarrollar e implementar una política sobre alcohol y drogas en el lugar de trabajo












1. Consultas a todo nivel en la fase de desarrollo.
2. Aplicación universal para todos los trabajadores.
3. Elaboración de una política a la medida de la organización, que aborde sus complejidades específicas y su cultura organizacional, y que tome en cuenta factores sociales, organizacionales e individuales.
4. Política de carácter integrador.
5. Instrucciones y procedimientos claros para responder a incidentes relacionados con el alcohol y las drogas.
6. Consideración de las pruebas de detección de drogas como una opción potencial y compleja que puede aplicarse únicamente en circunstancia y ámbitos delimitados.
7. Reconocimiento de que el cambio debe ser gradual y comunicado.
8. Difusión apropiada y equitativa de la política.
9. Garantía del cumplimiento de parte de los empleados por medio de la definición de funciones y responsabilidades y de actividades educación y capacitación.
10. Evaluación del proceso de implementación.

Fuente: Allsop; Philips; Calogero, 2003.

Bibliografía

-  Allsop, S.; Phillips, M.; Calogero, C. 2003. *Drugs and Work. Responding to Alcohol and Other Drug Problems in Australian Workplaces* (Melbourne, Victoria, IP Communications).
-  Babor, T.F.; Higgins-Biddle, J.C. (eds.). 2001. *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care* (Organización Mundial de la Salud).
Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf [consultado el 6 de julio de 2012].
-  Becker, J. 2001. “The Alcohol Hangover”, en *The Annals of Internal Medicine*, vol. 134, págs. 533–534.
-  Benegal, V. 2005. India: Alcohol and Public Health en *The Globe*, Issue 2 (Londres, Institute of Alcohol Studies).
Disponible en:
http://www.ias.org.uk/resources/publications/theglobe/globe200502/gl200502_p7.html [consultado el 6 de julio de 2012].
-  Caborn, J.; Shahandeh, B. 2003. *Ethical issues in workplace drug testing in Europe*. Prepared for Seminar on Ethics, Professional Standards and Drug Addiction, organized by the Pompidou Group co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Consejo de Europa).
-  Colombo Plan Drug Advisory Programme. 2002. *A Guide to Mobilize Businesses/Workplaces to Prevent Drug Abuse in Asia*.
-  Domino K.B. et al. 2005. “Risk factors for Relapse in Health Care Professionals with Substance use Disorder”, en *Journal of the American Medical Association*, vol. 293, núm. 12, págs. 1453–1460.
-  Executive Office of the President; Office of National Drug Control Policy. 2004. *The economic Costs of Drug Abuse in the United States 1992–2002* (Washington, D.C.).
-  Health and Safety Executive. 1998. *Drug misuse at work. A guide for employers* (Sudbury, Reino Unido, HSE Books).
Disponible en:
<http://www.hse.gov.uk/pubns/indg91.pdf> [consultado el 6 de julio de 2012].
-  Johnston, L.D. et al. 2009. *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975–2008. vol. I: Secondary school students* (Bethesda, Maryland, NIH, Publicación núm. 09-7402, National Institute on Drug Abuse).
-  Karnataka State Road Transport Corporation and National Institute of Mental Health and Neuro Sciences. 2004. *The Workplace Alcohol Prevention Programme and Activity (WAPPA)*.

Disponible en: http://www.nimhans.kar.nic.in/deaddiction/CAM/workplace_intervention.pdf [consultado el 6 de julio de 2012].

-  Lepiten, M. 2002. *Children's Involvement in the Production, Sale and Trafficking of Drugs in Cebu City: A Rapid Assessment*, núm. 22 (Ginebra, ILO-IPEC).
-  Mangione, T.W. et al. 1999. Employee Drinking Practices and Work Performance, en *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 60, núm. 2 págs. 261–270.
-  National Health Service. 2005. *Smoking, drinking and drug use among young people in England in 2004* (Londres, National Statistics, Department of Health, NHS).
-  —. 2010. *Statistics on Alcohol, England 2010* (The Health and Social Care Information Centre).
Disponible en:
<http://www.ic.nhs.uk/pubs/alcohol10> [consultado el 6 de julio de 2012].
-  National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; Robert Wood Johnson Foundation. 1998a. “Perspectives for Worksite Alcohol Strategies: Results from a Corporate Drinking Study”, en *Drug Strategies, Millennium Hangover: Keeping Score on Alcohol*.
Disponible en:
<http://www.drugstrategies.org/keepingscore1999/adults.html> [consultado el 6 de julio de 2012].
-  —. 1998b. *Study on Worksite Prevention of Alcohol Problems and its Dissemination*.
Disponible en:
<http://www.rwjf.org/reports/grr/031314s.htm> [consultado el 6 de julio de 2012].
-  —. 1999. *Alcohol Alert*, núm. 44 (Bethesda, Maryland).
Disponible en:
<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa44.htm> [consultado el 6 de julio de 2012].
-  National Institutes of Health. 2003. *Alcohol: A Women's Health Issue* (Bethesda, Maryland, NIH Publicación de Investigación núm. 03-4956).
-  Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD. 2010. *World Drug Report 2010* (Nueva York).
Disponible en:
http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/World_Drug_Report_2010_lo-res.pdf [consultado el 6 de julio de 2012].
-  —. 2001. *What do people think they know about substance dependence* (Management of Substance Dependence Team, Ginebra).
-  —. 2004. *Global Status Report on Alcohol 2004* (Ginebra).
Disponible en:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf [consultado el 6 de julio de 2012].

-  —. 2011. Global Status Report on Alcohol 2011 (Ginebra).
Disponible en:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html
[consultado el 6 de julio de 2012].
-  Organización Internacional del Trabajo. 1996. *Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT* (Ginebra).
-  —. 2003. *Alcohol and drug problems at work: The shift to prevention* (Ginebra).
-  Roman, P.M.; Blum, T.C. 2002. “The Workplace and Alcohol Problem Prevention”, en *Alcohol Research and Health*, vol. 26, núm. 1 (Bethesda, Maryland).
-  Saunders, J.B. et al. 1993. “Desarrollo del Test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT): Un proyecto colaborativo de la OMS sobre la detección temprana de personas con un consumo nocivo de alcohol”, en *Addiction*, Vol. 88, pág. 791–803.
-  Swift, R.; Davidson, D. 1998. “Alcohol hangover. Mechanisms and Mediators”, en *Alcohol Health Research World*, vol. 22, págs. 54–60.
-  Yamamoto, J. 2004. “Recent Trends of Drug Abuse in Japan”, en *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1025 (Wiley), págs. 430–438.
-  Yesavage, J.A.; Dolher, N.; Taylor, J.L. 1994. “Flight simulator performance of younger and older aircraft pilots: effects of age and alcohol”, en *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 42, págs. 577–582.

Sitios Web

-  Activation of the Reward Pathway by Addictive Drugs:
<http://www.drugabuse.gov/pubs/teaching/Teaching5/Teaching.html> [consultado el 6 de julio de 2012].

-  Alcohol Problems in Developing Countries. Challenges for the New Millenium 2000:
<http://www.sahealthinfo.org/admodule/Suchtmed.pdf> [consultado el 6 de julio de 2012].

-  Australia Institute of Health and Welfare, 2007 National Drug Strategy Household Survey:
<http://www.aihw.gov.au/publications/phe/ndshs07-fr/ndshs07-fr-no-questionnaire.pdf>
[consultado el 6 de julio de 2012].

-  Australian Chamber of Commerce and Industry (2007), Issues Papers, Drugs and Alcohol in the Workplace:
<http://www.acci.asn.au/Research-and-Publications/Issues-Papers>

-  Canadian Centre on Substance Abuse:
<http://www.ccsa.ca/eng/topics/populations/workplace/pages/default.aspx> [consultado el 6 de julio de 2012].

-  City of London:
www.cityoflondon.gov.uk [consultado el 6 de julio de 2012].

-  Departamento del Trabajo de Estados Unidos. Working Partners for a drug free workplace:
<http://www.dol.gov//workingpartners/welcome.html>

-  Drink Aware Campaign 2010:
<http://www.drinkaware.co.uk/facts/factsheets/alcohol-and-accidents> [consultado el 6 de julio de 2012].

-  Economic costs of alcohol and other drugs at the workplace:
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_4118305
[consultado el 6 de julio de 2012].

-  FORUT Alcohol Drugs and Development Fact Sheet:
<http://www.add-resources.org/fact-sheets.76589.en.html> [consultado el 6 de julio de 2012].

-  India: Alcohol and Public Health. The Globe Issue 2 Global Alcohol Policy Alliance
http://www.ias.org.uk/resources/publications/theglobe/globe200502/gl200502_p7.html
[consultado el 6 de julio de 2012].



Institute of Alcohol Studies:
<http://www.ias.org.uk> [consultado el 6 de julio de 2012].



Institute of Alcohol Studies, Alcohol and the workplace. IAS fact sheet, 2007.
<http://www.ias.org.uk/resources/factsheets/workplace.pdf> [consultado el 6 de julio de 2012].



Institute for the Study of Drug Dependence:
<http://www.drugscope.org.uk/> [consultado el 6 de julio de 2012].



Instituto Nacional sobre Abuso del Alcohol:
<http://www.drugabuse.gov/es/inicio> [consultado el 6 de julio de 2012].



New South Wales Office on Drug and Alcohol Policy. Changing the culture of alcohol use in NSW:
<http://www.alcoholinfo.nsw.gov.au/> [consultado el 6 de julio de 2012].



NHS Information Centre, Statistics on Alcohol: England 2010:
www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/alcohol10/Statistics_on_Alcohol_England_2010.pdf
[consultado el 6 de julio de 2012].



Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT): General Report of Activities 2008:
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_80990_EN_gra2008.pdf [consultado el 6 de julio de 2012].



Organización Mundial de la Salud, Global Status Report on Alcohol, 2004:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf
[consultado el 6 de julio de 2012].



South African Community Epidemiology Network on Drug Use:
<http://www.sahealthinfo.org/admodule/sacendu.htm> [consultado el 6 de julio de 2012].



World Health Organization's European Charter on Alcohol, 1995:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/79396/E88335.pdf [consultado el 6 de julio de 2012].

Anexo I

Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (Cuestionario de autoevaluación)⁵

Encierre en un círculo la respuesta correcta para usted.

1. ¿Con qué frecuencia se toma una copa que contenga **alcohol**?

- Nunca
- Una vez al mes o menos
- 2 a 4 veces al mes
- 2 a 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántas copas estándar que contengan **alcohol** se toma en un día normal cuando bebe?

- 1 o 2
- 3 o 4
- 5 o 6
- 7 a 9
- 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia se toma seis o más copas en una sola ocasión?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- Todos los días o casi todos los días

4. Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia descubrió que no podía parar una vez que había comenzado a beber ?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- Todos los días o casi todos los días

⁵ Ver final del cuestionario.

5. Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia le fue imposible hacer lo que normalmente se espera de usted a causa de la bebida?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- Todos los días o casi todos los días

6. Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia necesitó una copa en la mañana para arrancar después de un consumo intensivo de alcohol?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- Todos los días o casi todos los días

7. Durante el año pasado, ¿con qué frecuencia sintió culpabilidad o remordimiento después de beber?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- Todos los días o casi todos los días

8. Durante el año pasado, ¿en alguna ocasión le fue imposible recordar lo que sucedió la noche anterior por haber estado tomando?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- Todos los días o casi todos los días

9. ¿Alguna vez usted o alguien más ha resultado lesionado a causa de su consumo de alcohol?

- No
- Sí, pero no en el último año
- Sí, en el último año

10. ¿Algún familiar o amigo, doctor u otro profesional de la salud ha mostrado preocupación sobre su consumo de alcohol o le ha recomendado reducirlo?

- No
- Sí, pero no en el último año
- Sí, en el último año

Calificación del cuestionario

Las calificaciones de cada pregunta van del 0 al 4, siendo que la primera respuesta de cada pregunta (ej. "nunca") tiene una calificación de 0, la segunda (ej. "menos de una vez al mes") tiene una calificación de 1, la tercera (ej. "una vez al mes") tiene una calificación de 2, la cuarta (ej. "una vez a la semana") tiene una calificación de 3, y la última (ej. " Todos los días o casi todos los días") tiene una calificación de 4. En el caso de las preguntas 9 y 10, que sólo tienen tres respuestas, la calificación es de 0, 2 y 4 (de arriba hacia abajo).

Un resultado de 8 o más está asociado con un hábito de bebida nocivo o peligroso, una calificación de 13 o más en las mujeres y de 15 o más en los hombres, tiende a señalar una dependencia del **alcohol**.

Adaptación de Saunders, J.B. et al. 1993.



Violencia en el trabajo



1. Introducción

Ignorada durante mucho tiempo, negada o considerada como una dura realidad que debe aceptarse como parte de la vida, tan sólo recientemente la violencia en el trabajo ha comenzado a recibir la atención que merece como un peligro grave para la seguridad y la salud, con un alto costo para las víctimas y el desempeño de la empresa. Tanto los empleadores como los trabajadores tienen interés en reducir o eliminar la violencia en el trabajo. Para los empleadores la violencia puede implicar costos adicionales debido a un alto ausentismo, mayores primas de los seguros y pagos por indemnización. También puede generar una baja moral y una mala imagen para la organización, dificultando el reclutamiento y la permanencia del personal. En última instancia puede reducir la productividad y la competitividad.

Para los trabajadores la violencia puede causar dolor, malestar e incluso discapacidad o muerte. Los ataques físicos son evidentemente peligrosos, pero los ataques psicológicos bajo la forma del maltrato verbal o las amenazas persistentes también pueden perjudicar la salud de los trabajadores con manifestaciones de ansiedad o estrés, el cual a su vez, está asociado con un mayor uso de tabaco, al abuso del alcohol y las drogas, a otras adicciones o a comportamientos poco saludables. Los trabajadores suelen darse a una o más de estas actividades para encontrar alivio ante la carga de estrés y de violencia. El estrés, las adicciones y el comportamiento poco saludable también pueden causar violencia. El efecto acumulativo de dichas prácticas puede tener consecuencias drásticas sobre la salud física y mental de los trabajadores.

Conceptos clave de la violencia en el trabajo

1. El lugar de trabajo puede ser un generador de violencia.
2. La violencia generada en otros ámbitos puede trasladarse al lugar de trabajo.
3. Todas las ocupaciones parecen verse afectadas.
4. Los vínculos entre la violencia en el trabajo, en la familia y en la comunidad son cada vez más evidentes.
5. La violencia en el lugar de trabajo puede ser muy costosa.

Tendencias relacionadas con la violencia en el trabajo

1. La violencia extrema, como los tiroteos en el lugar de trabajo, atrae la atención del público y los medios.
2. La importancia de los actos reiterados de violencia psicológica, como el acoso continuo, está siendo reconocida cada vez más.
3. Las autoridades públicas, los trabajadores y los empleadores están cada vez más conscientes de la necesidad de controlar la violencia.
4. La atención internacional se está extendiendo a esta área.
5. No se sabe suficiente sobre la violencia en el trabajo en los países en desarrollo.

2. Para comprender la violencia en el trabajo

Definición

La violencia en el trabajo no es fácil de definir en pocas palabras.

El *Repertorio de la OIT sobre recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla* define la violencia en el lugar de trabajo de la siguiente manera:

“Toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma.”

- Se usa el término **maltrato o abuso** para señalar todo comportamiento que se aleje de una conducta razonable y que involucre el mal uso de la fuerza física o psicológica.
- El término **agresión/ataque** generalmente incluye cualquier intento de lesión o agresión física a una persona, incluyendo daños físicos.
- Las **amenazas** abarcan las amenazas de muerte, el anuncio de una intención de dañar a una persona o causar perjuicios a sus bienes.

En situaciones reales estos tipos de comportamientos suelen entrecruzarse, lo cual dificulta los intentos de categorizar las distintas formas de violencia.

GLOSARIO

SOLVE incluye la violencia física y psicológica al abordar la violencia en el lugar de trabajo.

VIOLENCIA FÍSICA

- El uso de la fuerza física contra otra persona o grupo que deriva en daños físicos, sexuales o psicológicos. Incluye el golpear, patear, abofetear, apuñalar, acribillar, empujar, morder y pellizcar, entre otras.
- Agresión/ataque: Comportamiento intencional que lesiona a otra persona físicamente, incluyendo la agresión sexual (violación).

VIOLENCIA PSICOLÓGICA

- El abuso intencional del poder, incluyendo las amenazas de fuerza física contra otra persona o grupo que puedan derivar en daños a los estados físicos, mentales, espirituales, morales o al desarrollo social. Incluye el maltrato verbal, la intimidación (*bullying*), el acoso psicológico (*mobbing*) y las amenazas.
- Maltrato: comportamiento que humilla, degrada o indica de otra manera una falta de respeto por la dignidad y la valía de una persona.
- *Intimidación/acoso psicológico (bullying/mobbing)*: comportamiento reiterado y ofensivo por medio de intentos vengativos, crueles o maliciosos de humillar o menoscabar a una persona o un grupo de trabajadores.

- Acoso: cualquier conducta hacia alguien, que no sea recíproca ni deseada y que afecte la dignidad de las mujeres y los hombres en el trabajo, basada en su edad, discapacidad, estatus de VIH, circunstancias domésticas, sexo, orientación sexual, cambio de sexo, origen étnico, color, idioma, religión, opinión política, afiliación sindical o cualquier otra opinión o creencia, origen nacional o social, asociación con una minoría, bienes, el nacimiento u otro tipo de estatus.
- Acoso sexual: cualquier comportamiento no recíproco o no deseado de naturaleza sexual que sea ofensivo a la persona involucrada y ocasione que la persona se sienta amenazada, humillada o avergonzada.
- Acoso étnico: cualquier conducta amenazante basada en la diversidad étnica, el color, el idioma, el origen nacional, la religión, la asociación con una minoría, el nacimiento u otro tipo de estatus que no sea recíproco o deseado y que afecte la dignidad de las mujeres y los hombres en el trabajo.
- Amenaza: declaración de la intención de usar la fuerza física o el poder (fuerza psicológica), que genera miedo de sufrir daños físicos, sexuales, psicológicos u otras consecuencias negativas en los individuos o grupos a quienes va dirigida.

¿Qué forma asume la violencia en el trabajo?

La gama de comportamientos que pueden incluirse, en general, bajo el término de violencia en el trabajo es muy amplia. La frontera de lo que constituye un comportamiento aceptable suele ser vaga y los valores y actitudes culturales sobre qué representa violencia son tan diversos que en la práctica la violencia en el trabajo puede ser un asunto muy complejo de identificar. Puede asumir la forma de una amplia variedad de comportamientos muchas veces entrecruzados, incluyendo la violencia no física y psicológica.

¿Física o psicológica?

No toda la violencia es física. En años recientes ha surgido nueva evidencia sobre los peligros de la violencia psicológica. El nuevo perfil de la violencia en el trabajo da el mismo énfasis al comportamiento físico que al psicológico y reconoce la importancia de lo que podrían parecer actos menores de violencia. La violencia también puede consistir en acciones reiteradas que por sí mismas podrían parecer relativamente insignificantes, pero en conjunto pueden acumularse y constituir formas graves de violencia psicológica, como el acoso sexual, la intimidación (*bullying*) o la presión de grupo.

La intimidación en el lugar de trabajo es una forma de violencia cada vez más reconocida. Sucede cuando se dan comportamientos ofensivos reiterados que menoscaban a una persona o un grupo de trabajadores de manera vengativa, cruel, maliciosa o humillante. Suele hacerse a través de tácticas como hacerle la vida difícil a aquellos que tienen el potencial de hacer el trabajo mejor que la persona que realiza la intimidación, gritarle al personal para que haga las cosas, insistir en que “la manera en el intimidador hace las cosas es la correcta”, negarse a delegar porque la persona intimidadora siente que no puede confiar en nadie, castigar a otros con críticas constantes o quitándoles responsabilidades por ser demasiado competentes. Dichos ataques persistentemente negativos al desempeño personal y profesional normalmente son impredecibles, irracionales e injustos y suelen no realizarse abiertamente, sino lejos de la vista de los posibles testigos. Aunque pueden comenzar como una serie de incidentes pequeños, suelen aumentar de intensidad.

Los reportes de otra forma de violencia colectiva sistemática han aumentado en los últimos años. Involucran la confabulación para el acoso psicológico o **mobbing**, contra algún empleado y el someterlo a acoso psicológico, por ejemplo con constantes comentarios o críticas negativos, aislamiento, difusión de chismes o ridiculizando a la persona en cuestión. Aunque dichas prácticas podrían parecer en la superficie como acciones individuales menores, pueden tener un efecto muy grave. Se ha calculado, por ejemplo, que entre 10 y 15 por ciento de los suicidios anuales en Suecia tienen este tipo de trasfondo (Leymann, 1990).

La diferencia entre intimidación y acoso psicológico (*bullying* y *mobbing*) es que el primero lo hace una persona, mientras que el segundo lo hace un grupo que actúa en conjunto contra una persona. La intimidación (*bullying*) también puede derivar en acoso psicológico (*mobbing*) si la persona que lo hace es un alguien de estatus elevado en el lugar de trabajo. Otras personas se podrían unir por miedo a perder sus empleos, o para quedar bien ante el intimidador. En algunos lugares, como Escandinavia, los términos en inglés *bullying* y *mobbing* son intercambiables.

Aunque un solo incidente puede bastar para causar daños, el **acoso sexual** suele consistir en acciones reiteradas, no solicitadas, no recíprocas e impuestas que pueden tener un efecto muy severo en la víctima. Dado que los perpetradores en los lugares de trabajo suelen tener cargos más altos que la persona a la que acosan, las víctimas podrían estar demasiado asustadas para objetar o para presentar una queja formal. El acoso sexual puede incluir contacto inapropiado, comentarios, miradas, actitudes, bromas o el uso de lenguaje con orientación sexual, alusiones a la vida privada de una persona, referencias a la orientación sexual, insinuaciones con connotación sexual, comentarios o miradas lascivas a la ropa o la figura de la persona. Aunque el acoso sexual más comúnmente está dirigido a mujeres, los hombres también pueden ser víctimas de este tipo de violencia en el lugar de trabajo.

Mujeres especialmente en riesgo

Muchos estudios muestran que las mujeres están particularmente en riesgo de violencia, tanto dentro como fuera del lugar de trabajo. ¿Por qué las mujeres están en alto riesgo de sufrir comportamientos violentos en el lugar de trabajo? En primer lugar, las mujeres están concentradas en muchas de las ocupaciones que se desempeñan en condiciones que se han identificado como de alto riesgo, trabajando en contacto con el público y en ambientes solitarios, particularmente como profesoras, trabajadoras sociales, en puestos de atención médica, en bancos y en tiendas. Las mujeres también tienden a trabajar en empleos mal pagados y de poco estatus en los que la violencia es más común, mientras que los hombres predominan en trabajos mejor pagados, de más estatus y en cargos de supervisión. No obstante, los hombres tienden a estar en mayor riesgo de agresiones físicas, mientras que las mujeres son particularmente vulnerables a incidentes de naturaleza sexual.

Muchas encuestas nacionales han descubierto que entre 40 y 90 por ciento de las mujeres entrevistadas han sufrido alguna forma de acoso sexual en algún punto de su vida laboral (Hunt, et al., 2007). La gran diferencia entre los resultados de las encuestas se debe a las diferencias en las definiciones de violencia sexual entre estas. Sin embargo, aun el porcentaje más bajo en los resultados, sugiere que casi la mitad de las mujeres han sido sometidas a alguna forma de acoso sexual. Muchos gobiernos, empleadores y trabajadores se dieron cuenta del alcance del acoso sexual como problema en el lugar de trabajo antes de estar conscientes del problema general de la violencia en el trabajo.

2. Para comprender la violencia en el trabajo

Una encuesta de 2002 realizado en Italia por el Instituto Nacional de Estadística (ISTAT, *Istituto Nazionale di Statistica*) mostró que más mujeres sufren acoso sexual en el trabajo que en el transporte público o en la calle. Como muestra la Tabla 1, el 15.3 por ciento de la violencia sexual, (tanto efectuada como intentada), fue perpetrada por alguien del ámbito laboral, y 11.8 por ciento de la violencia tuvo lugar en el trabajo o cerca de él, mientras que 12.1 por ciento del acoso sexual sucedió en el trabajo.

Tabla 1: Personas que han padecido violencia y acoso sexual en el lugar de trabajo (cifras en números relativos)

Frecuencia:	Colegas, empleadores, superiores		Lugar de trabajo y alrededores	
	Al menos una vez en su vida	En los últimos tres años	Al menos una vez en su vida	En los últimos tres años
Violencia e intento de violencia	15,3	8,8	11,8	9,9
Porcentaje de Violencia	4,4	3,9	1,6	3,9
Porcentaje de Intento de violencia	17,9	9,6	14,3	10,9
Acoso físico	10,4	11,6	12,1	15,1

Fuente: Instituto Nacional de Estadística de Italia (ISTAT, *Istituto Nazionale di Statistica*), 2004.

Causas de la violencia en el trabajo

Para decidir cómo prevenir la violencia en el trabajo es importante comprender de dónde proviene. Las imágenes de los medios suelen estar dominadas por imágenes de trabajadores insatisfechos, cónyuges iracundos o personas infelices, desesperadas, a menudo con trastornos psiquiátricos que descargan su ira sobre sus colegas. Estas imágenes afectan la percepción pública y oficial de la violencia y las políticas que se adoptan para abordarla.

La violencia en el lugar de trabajo puede ser menos dramática, pero su impacto es igual de intenso. Es esencial reconocer y comprender los distintos y complejos factores que contribuyen a la violencia en el trabajo.

La violencia o agresión tienen raíces profundas en el repertorio conductual de los humanos. Parece que originalmente sirvió como un mecanismo de adaptación necesario para la sobrevivencia de la especie. Sin embargo, actualmente el comportamiento violento no se presenta de forma aleatoria en la especie humana, ni se da de manera homogénea en una sociedad. Teniendo en cuenta que el riesgo de violencia depende de la interacción de una variedad de factores, los siguientes han sido identificados como los más importantes:

- el desarrollo en la infancia y la influencia de la familia: es dentro de la familia que se aprende el comportamiento agresivo o que se inculcan valores pacíficos en los niños;
- factores culturales: las creencias y las normas compartidas dentro de una cultura o sub-cultura ayudan a definir los límites del comportamiento aceptado o tolerable. Sin

embargo entre los factores que pueden generar un mayor nivel de violencia en una sociedad están la pobreza y la desigualdad generalizadas. Los grupos socialmente marginados o en proceso de marginación sufren diferentes grados de discriminación, situación que contribuye a la formación de patrones de comportamiento violento. Por otro lado, las actitudes de desigualdad de género profundamente enraizadas, también pueden conllevar un riesgo de violencia elevado.

- factores de personalidad: incluyen el comportamiento agresivo en el pasado, la falta de empatía hacia los sentimientos de los demás, la impulsividad (o la incapacidad de diferir la gratificación) o, en contraste, controles internos inusualmente intensos (personalidades sobre controladas);
- abuso de sustancias: aunque hay una asociación estrecha entre el abuso de sustancias y la violencia, la relación es compleja e involucra muchos factores, entre ellos la incapacidad de controlar los propios impulsos, factores psicológicos, sociales y culturales coexistentes y, en el caso de las drogas ilegales, la violencia asociada al tráfico y distribución de las mismas, además de los efectos farmacológicos del consumo de las drogas o el alcohol;
- factores biológicos: aunque el comportamiento violento no parece ser una característica hereditaria, algunos trastornos (como disfunciones del sistema nervioso autónomo) pueden derivar en comportamientos psicópatas; las hormonas (particularmente la testosterona) también pueden hacer parte del comportamiento violento; razón por la cual, la mayor parte del comportamiento violento ha sido asociado con hombres de entre 15 y 30 años de edad;
- enfermedades mentales: aunque se considera extremadamente difícil predecir la violencia en los enfermos mentales, se sabe que algunas formas de enfermedad mental, notablemente la esquizofrenia paranoide, pueden ocasionalmente dar lugar a actos violentos;
- influencia de los medios: las investigaciones señalan que existe una relación bidireccional, el observar violencia en la televisión, en videos o en el cine puede dar pie a agresiones, mientras que el comportamiento violento puede dar pie a que se busquen imágenes de violencia;
- los compañeros y la escuela: la compañía de personas delincuentes o agresivas puede influir en que una persona se vuelva agresiva.

Como muestra esta lista, abordar el problema de la violencia en el trabajo es un proyecto para toda la sociedad, en vista de que los cambios necesarios son de largo plazo. Al mismo tiempo, el lugar de trabajo, como parte de dicha sociedad, puede aportar a la reducción de la incidencia de la violencia. Las comunidades y los lugares de trabajo se interrelacionan e influyen mutuamente, introducir mejoras en uno puede contribuir a la generación de mejoras en el otro.

El siguiente diagrama debe ayudar a identificar las interacciones complejas que pueden generar violencia en el trabajo.

Situaciones de riesgo

Cada situación violenta es única y por lo tanto requiere su propio análisis. Es por ello que la predicción de actos específicos de violencia es extremadamente difícil. No obstante, hay muchas situaciones laborales en las que la violencia parece ocurrir con mayor frecuencia y que requieren consideración especial.

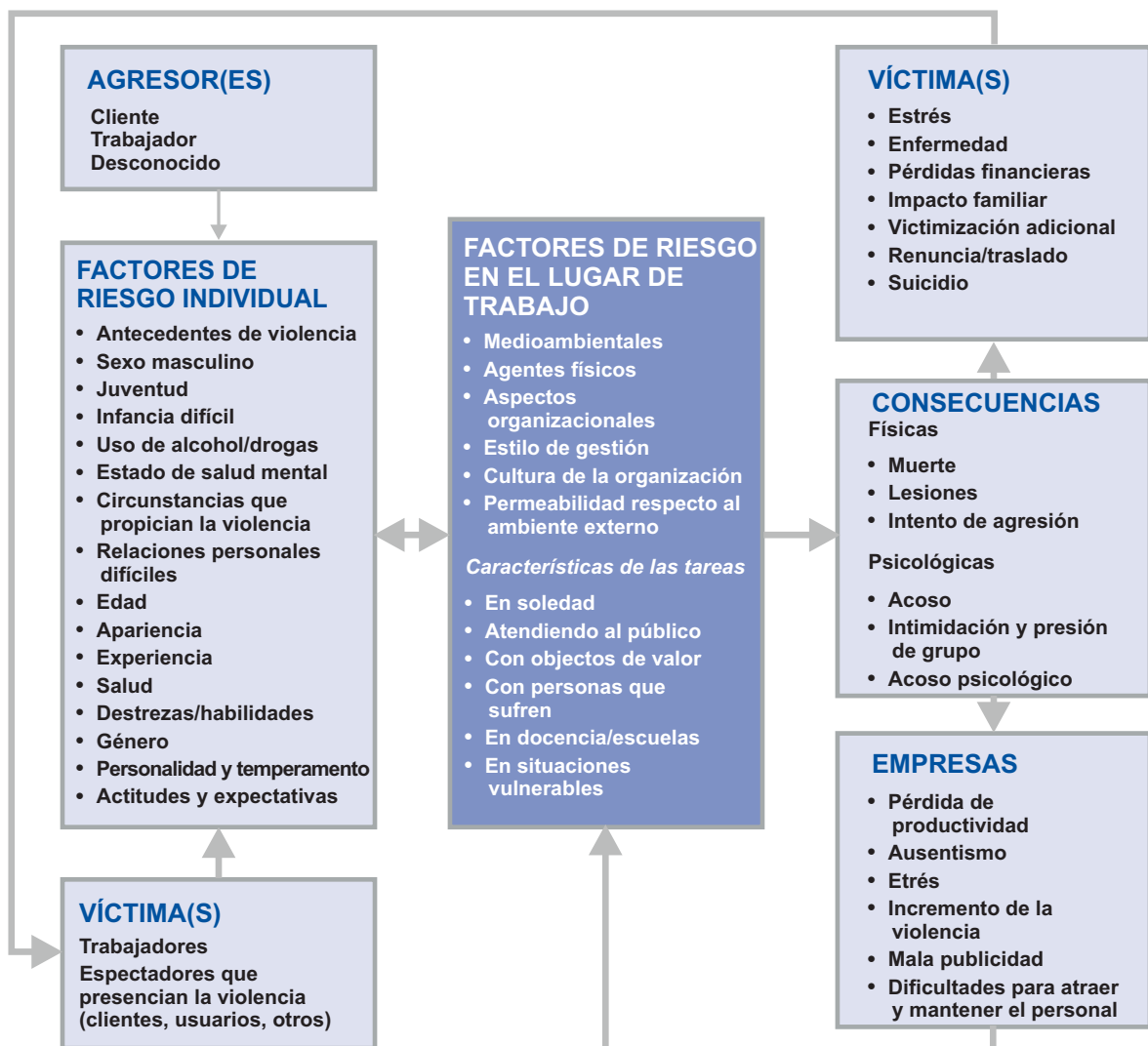


Ilustración 5.1: Las causas de la violencia en el trabajo

Trabajar a solas

Trabajar a solas implica que no haya testigos de la eventual violencia, hecho que, en sí mismo, aumenta el riesgo de violencia. Entre las situaciones de trabajo solitario de alto riesgo están el laborar en pequeñas tiendas o quioscos, así como las ocupaciones de conserjes, el personal de mantenimiento, los taxistas y aquellos que trabajan fuera del horario de oficina, particularmente de noche y cuando los clientes están intoxicados. De acuerdo con cifras publicadas en 2001 (Chappell, 2006), en los Estados Unidos los taxistas tienen 30 veces más probabilidades de sufrir una agresión fatal que el trabajador promedio. En Sudáfrica, un 60 por ciento de las gasolineras encuestadas en 2002 habían experimentado delitos violentos en los 36 meses anteriores (Hadland, 2002).

Cada vez más personas trabajan a solas en una variedad de sectores, como resultado de las nuevas formas de trabajo, como la sub-contratación, la tercerización, el trabajo a distancia, el trabajo en redes y el autoempleo.

Trabajo en contacto con el público

Trabajar con el público añade un elemento de imprevisibilidad, ya que los trabajadores pueden verse expuestos a personas que tengan antecedentes de violencia, de enfermedad mental o a personas intoxicadas con drogas o alcohol. La violencia de un usuario puede ser desatada por un servicio de mala calidad o una percepción de ello, por una conducta despectiva o poco atenta de parte del trabajador o por la inconformidad general del cliente con una empresa, sin vínculos directos con el trabajador específico o con el problema existente en el momento en que se comete la violencia.

Trabajo con objetos de valor y dinero en efectivo

Siempre que hay, o que parece haber, objetos valiosos “de fácil alcance”, existe el riesgo de que se cometan delitos, particularmente delitos violentos. Aunque hay trabajadores en muchos sectores que se enfrentan a este problema, los trabajadores de tiendas, oficinas postales e instituciones financieras, especialmente aquellos que manejan efectivo, están en mayor riesgo.

Trabajo con personas en dificultades

La violencia es tan común entre los trabajadores que están en contacto con personas en dificultades que a veces se le considera un peligro inevitable, inherente al trabajo. La frustración y la ira que emanan de la enfermedad y el dolor, los problemas relacionados con el avance de la edad, los trastornos psiquiátricos, además del abuso del alcohol y las sustancias pueden afectar el comportamiento y hacer que una persona reacciones con violencia verbal o física. El riesgo de violencia aumenta con:

- la pobreza y marginalización en la comunidad en la que vive el agresor;
- mala organización o equipo inadecuado en el lugar donde se realizan actividades de atención;
- formación insuficiente y pocas habilidades relacionales del personal que provee los servicios;
- un clima general de estrés e inseguridad en el lugar de trabajo.

Trabajar en ambientes cada vez más expuestos a la violencia

Los ambientes de trabajo que tradicionalmente han sido inmunes a la violencia se están viendo cada vez más afectados. Esta preocupante tendencia parece reflejarse en un crecimiento general de la agitación y la violencia comunitaria; el colapso de algunos valores sociales y la violencia en las escuelas es parte de esta tendencia. Los profesores han estado expuestos al riesgo de violencia por mucho tiempo; sin embargo, el nivel de riesgo que afrontan en muchos países se está haciendo inquietante.

Trabajo en condiciones de especial vulnerabilidad

Ello incluye las siguientes situaciones:

- un número creciente de personas con trabajos precarios y temporales;
- trabajadores inmigrantes y personas de distinto origen étnico o de contextos culturales diversos;
- trabajadores en industrias exportadoras que operan en zonas de libre comercio;
- trabajadores en áreas rurales y mineras, particularmente en los países en desarrollo;
- niños, de los cuales hay millones trabajando, tanto en países industrializados como en países en desarrollo.

¿Dónde se concentra la violencia?

La violencia física y psicológica en el lugar de trabajo se ha convertido en un problema global, cruzando fronteras, ambientes de trabajo y grupos ocupacionales. Ninguna ocupación está inmune a la violencia en el trabajo, aunque la violencia en el lugar de trabajo tiende a aglomerarse en ciertas ocupaciones. La siguiente tabla señala las ocupaciones que están en mayor riesgo en el Reino Unido, de acuerdo con las entrevistas de la Encuesta Británica sobre el Delito (BCS, *British Crime Survey*) realizadas entre 2003 y 2005.

**Riesgo de violencia en el trabajo, por ocupación, 2003-04 y 2004-05.
Entrevistas de la BCS del Reino Unido**

Porcentaje de víctimas en una o más ocasiones	Agresiones	Amenazas	Toda tipo de violencia en el trabajo	Muestra no ponderada
Ocupaciones de servicios de protección	8.8	1.2	9.7	460
Gerentes y propietarios en la agricultura y los servicios	2.6	2.3	4.6	1,351
Conductores y operarios de transportes y máquinas móviles	1.3	1.6	2.7	1,606
Personal de servicios recreativos y otros servicios personales	1.0	1.7	2.5	835
Profesionales de la atención médica y la seguridad social	1.1	1.4	2.5	1,683
Profesionales de la salud	0.4	2.3	2.3	345
Profesionales empresariales y del servicio público	0.4	1.3	1.7	1,044
Ocupaciones de ventas	0.8	0.9	1.6	2,572
Gerentes corporativos	0.8	0.9	1.4	4,730
Ocupaciones en administración y servicios básicos	0.8	0.6	1.4	3,269
Profesionales docentes y de investigación	0.8	0.6	1.3	2,045
Ocupaciones de servicio al cliente	0.3	0.9	1.1	581
Ocupantes de servicios de cuidado personal	0.5*	0.4	0.8	2,509
Profesionales asociados empresariales y del servicio público	0.2	0.5	0.7	2,103
Oficios metalúrgicos y eléctricos cualificados	0.2	0.3	0.5	1,846
Textiles, impresión y otros oficios cualificados	0.5	0.1	0.5	838
Ocupaciones administrativas	0.1	0.4*	0.5*	3,943
Profesionales asociados en ciencia y tecnología	-	0.5	0.5	699
Oficios básicos, ocupaciones en plantas y almacenes	0.2	0.2	0.4	1,691
Ocupaciones secretariales y relacionadas	0.2	0.4	0.4	1,234

**Riesgo de violencia en el trabajo, por ocupación, 2003-04 y 2004-05.
Entrevistas de la BCS del Reino Unido**

Porcentaje de víctimas en una o más ocasiones	Agresiones	Amenazas	Toda tipo de violencia en el trabajo	Muestra no ponderada
Ocupaciones en cultura, medios y deportes	0.1	0.3	0.4	798
Profesionales en ciencia y tecnología	0.1	0.4	0.4	1,231
Oficios cualificados en construcción	0.2	0.1	0.3	1,636
Operarios de procesos, plantas y máquinas	.1	0.3	0.3	1,543
Oficios agrícolas cualificados	-	-	-	427
TOTAL	0.6*	0.7*	1.3*	41,19

* denota una caída considerable de 2001/02 y 2002/03 equivalente a p0.05

1. Fuente BCS de 2003/04 y 2004/05.
2. Basada en adultos de edad laboral con empleo.
3. Los detalles completos de las ocupaciones SOC dentro de cada uno de los grupos están en el Apéndice B en el Informe en línea 04/04.
4. 0.1 denota un valor inferior a 0.05. – señala que no hubo casos en la muestra

Fuente: Upson, 2004.

¿Qué aumenta el riesgo de violencia?

- **ESTATUS**

El empleo precario es un factor agravante.

- **GÉNERO**

Especialmente en el caso del acoso sexual, las mujeres que trabajan están más expuestas.

- **ESTRÉS**

La presión por un buen desempeño dentro de las organizaciones aumenta rápidamente y puede ser vista como un factor que exacerbe la tensión en el lugar de trabajo.

3. Impacto

La violencia en el trabajo es un problema ampliamente difundido que un número considerable de trabajadores tienen que enfrentar. Los siguientes datos y cifras ilustran las dimensiones del problema en distintas regiones del mundo y en diferentes ocupaciones.

- En la Unión Europea, de acuerdo con cifras de 2005 nueve millones de personas, o seis por ciento de todos los trabajadores, se vieron sometidos a violencia física en el trabajo. Cuatro por ciento de los trabajadores (seis millones de personas) sufrieron violencia física de parte de personas fuera de su lugar de trabajo. Otro cinco por ciento de los trabajadores en la Unión Europea se vieron sometidos a intimidación (*bullying*) y acoso en el trabajo.
- La violencia psicológica es cada vez más reconocida como un fenómeno importante y ampliamente difundido, que tiene un impacto serio sobre el trabajo. En un estudio realizado por el Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud en el Trabajo de los Estados Unidos de América (NIOSH, *National Institute for Occupational Safety and Health*) en 2004, se encontró intimidación (*bullying*) en 24.5 por ciento de las compañías encuestadas en el último año (NIOSH, 2004).
- El sector salud es particularmente vulnerable a la violencia. Un estudio internacional realizado por la OIT, la OMS y dos sindicatos internacionales en 2005 descubrió que más de la mitad de los trabajadores del sector salud, encuestados en ocho países distintos de seis continentes, habían experimentado por lo menos un incidente de violencia física o psicológica en los últimos doce meses (OIT; ICN; OMS; PSI, 2002). Los resultados de distintos tipos de violencia en los diferentes países se resume en la siguiente tabla:

País	Ataque físico	Maltrato verbal	<i>Bullying/mobbing</i>
Australia	12.0	67.0	10.5
Brasil	6.4	39.5	15.2
Bulgaria	7.5	32.2	30.9
Líbano	5.8	40.9	22.1
Portugal	3.0	51.0 ^{a)} / 16.5 ^{b)}	23.1 ^{a)} / 16.5 ^{b)}
Sudáfrica (sector privado)	9.0	52.0	20.6
Sudáfrica	17.0	60.1	-
Tailandia	10.5	47.7	10.7
^{a)} En un complejo hospitalario; ^{b)} En un hospital			

Fuente: Chappell; Di Martino, 2006.

- Hay muy pocos datos disponibles sobre la violencia en el lugar de trabajo en los países en desarrollo, particularmente con respecto a la violencia psicológica. Este fenómeno es importante, pero en general no hay información disponible. Por ejemplo, la información sobre el sector salud de la tabla anterior muestra que hay más intimidación y acoso psicológico (*bullying* y *mobbing*) en Brasil que en Australia, pero hay más maltrato verbal en Australia que en Brasil (Chappell, Di Martino, 2006).

¿A quién afecta?

La violencia en el trabajo no sólo tiene efecto inmediato sobre la víctima, sino que además afecta a otras personas (directa o indirectamente), además de la empresa y la comunidad. El impacto y el costo de la violencia en el trabajo se manifiestan a varios niveles.

- A nivel **individual**: el sufrimiento y humillación que ocasiona la violencia suele generar desmotivación, pérdida de confianza, disminución de la autoestima, depresión, ira, ansiedad e irritabilidad. De la misma manera que pasa con el estrés, si las causas de la violencia no son eliminadas, o si no se controlan sus efectos, los síntomas pueden desarrollarse hasta convertirse en una enfermedad física, en trastornos psicológicos, en abuso del tabaco, el alcohol y las drogas y en otras adicciones. Podrían afectar otras áreas de la vida, como los hábitos alimenticios y de sueño. Podrían incluso terminar en accidentes del trabajo, enfermedades a largo plazo e incapacidad de trabajar o incluso en suicidios.
- A nivel del **lugar de trabajo**: la violencia causa una alteración inmediata y a menudo prolongada de las relaciones interpersonales, la organización de trabajo y el ambiente general de trabajo. Los empleadores sufragan el costo directo con el trabajo perdido, el aumento de las medidas de seguridad, el ausentismo, la rotación, los accidentes, enfermedades, la discapacidad y los fallecimientos. Enfrentan dificultades para reclutar y captar personal. También probablemente asumen los costos indirectos por la reducción de la eficiencia y la productividad, el deterioro de la calidad del producto y la reducción del volumen de transacciones. Los empleadores prestan cada vez más atención al impacto negativo de la violencia sobre “factores intangibles” como la imagen de la compañía, la motivación y el compromiso, la lealtad a la empresa, la creatividad, el clima laboral, la apertura a la innovación, el desarrollo de conocimientos y el aprendizaje.
- A nivel **comunitario** los costos de la violencia incluyen gastos médicos y de rehabilitación a largo plazo para las víctimas, prestaciones por desempleo y la nueva formación a las víctimas que pierden su trabajo como resultado de dicha violencia, además de los costos por discapacidad e invalidez cuando las capacidades laborales de las víctimas se ven menoscabadas por la violencia en el trabajo.

¿Cuánto cuesta la violencia en el trabajo? Algunos ejemplos:

Costos directos: como lesiones en el lugar de trabajo, enfermedades, ausentismo y rotación.

- Las víctimas de intimidación (*bullying*) usaron 26 por ciento más permisos por enfermedad que otros trabajadores, de acuerdo con un estudio en hospitales de Finlandia.

Costos indirectos: como la reducción de la satisfacción, la moral y la productividad laboral.

- Entre más se exponían a la violencia en el trabajo las enfermeras suecas, menos satisfacción laboral experimentaban.

Costos totales:

- En un estudio australiano, cada caso de intimidación (*bullying*) en el trabajo costaba al patrón al menos 16,977 dólares australianos.
- Se ha calculado que los costos de la intimidación en el trabajo (*bullying*) se acercan a 2 mil millones de libras esterlinas al año en el Reino Unido.
- En Estados Unidos se calcula que el costo total de los homicidios en el lugar de trabajo es de 970 millones de dólares estadounidenses por año.

Fuente: Finlandia: Kivimaki, 2000; Suecia: Arnetz, 1996; Australia: Sheehan, 2001; Reino Unido: Health and Safety Executive, 2006; Estados Unidos: Biddle, 2002.

En conjunto, varios estudios confiables han calculado que el estrés y la violencia representan aproximadamente 30 por ciento de los costos globales de los problemas de salud y los accidentes. Basándose en las cifras anteriores se ha sugerido que el estrés y la violencia representan aproximadamente entre 0.5 y 3.5 por ciento del producto interno bruto al año (OIT, 2001).

4. Gestión de la violencia en el trabajo

¿Cómo se puede afrontar la violencia?

Existe un creciente reconocimiento de que:

- es posible prevenir la violencia en el trabajo;
- la violencia no es sólo un problema personal;
- es perjudicial para el lugar de trabajo;
- la organización del trabajo y el ambiente laboral pueden ser parte de la causa del problema;
- se puede cambiar la organización del trabajo y el ambiente laboral para prevenir la violencia;
- combatir la violencia es parte integrante de la cultura de gestión de una empresa sana;
- la violencia en el trabajo está vinculada, por medio de un ciclo de sinergias negativas, a otros problemas psicosociales.

Los gobiernos, empleadores y trabajadores tienen que:

- atacar las causas, más que los efectos de la violencia;
- reconocer que no hay una “respuesta única para todos los casos”, sino que las soluciones deben adaptarse a cada lugar de trabajo;
- actuar preventivamente antes de que el daño esté hecho, incluyendo la mejora de las competencias relacionales de la gerencia y de los trabajadores por igual;
- actuar sistemáticamente en todos niveles de intervención;
- involucrar a todos los actores, en particular a los trabajadores y sus representantes, para identificar el problema e implementar soluciones;
- tener una política de SST integrada y buenas estrategias dirigida a un manejo integral de todos los factores de riesgo psicosocial y sus relaciones.

La violencia en el trabajo puede afrontarse y prevenirse de distintas maneras. La prevención de la violencia es mejor que la acción posterior al evento. Puede emprenderse usando una variedad de medidas.

Medidas administrativas

Pueden asumir la forma de una declaración de intenciones directa del más alto mando empresarial, informando que el lugar de trabajo deberá estar libre de violencia. Esto puede implicar una política de cero tolerancia, declarando que ninguna forma de violencia es aceptable y que dará lugar a sanciones severas. Se deben emprender medidas específicas para prevenir la violencia, incluyendo un sistema para denunciarla, acceso a formas de apoyo y la designación de un *ombudsperson* (mediador).

Organización del trabajo y diseño de los puestos de trabajo

La organización del trabajo puede ser la causa de la violencia en el lugar de trabajo y, afortunadamente, este es un factor que se puede cambiar. De hecho, es más efectivo y menos costoso mejorar la organización del trabajo para **prevenir** la violencia, que introducir grandes medidas para **reaccionar** tras un evento violento. Algunos aspectos del diseño de puestos, de la organización del trabajo y de la jornada laboral, que pueden prevenir la violencia, aparecen enumerados en la siguiente recomendación para la prevención de la violencia en el sector salud, realizada por la OIT y la OMS, y dos sindicatos internacionales de enfermeros.

Diseño del puesto de trabajo

El diseño de los puestos de trabajos es un factor esencial con respecto a la violencia en el lugar de trabajo. Un diseño eficiente siempre debe garantizar que:

- las tareas desempeñadas sean identificables como unidades completas de un trabajo, no fragmentos;
- los trabajos hagan un aporte significativo y reconocido a la organización, que pueda ser comprendido por el trabajador;
- los trabajos ofrezcan un grado apropiado de autonomía;
- los trabajos no sean excesivamente repetitivos ni monótonos;
- se proporcione suficiente retroalimentación sobre el desempeño de las tareas y oportunidades para el desarrollo de las competencias del personal;
- los trabajos se enriquezcan con una variedad más amplia de tareas;
- se mejore la planificación de los trabajos;
- el ritmo de trabajo no sea excesivo;
- se facilite el acceso a trabajadores de apoyo o miembros de equipos de trabajo;
- haya tiempo disponible para el diálogo, para compartir información y resolver problemas.

Tiempo de trabajo

Para prevenir o desarticular la violencia en el lugar de trabajo, en la gestión de los tiempos de trabajo se debe evitar una presión laboral excesiva:

- organizando el tiempo de trabajo, en consulta con los trabajadores involucrados, en la medida de lo posible;
- evitando horarios de trabajo excesivamente prolongados;
- evitando recurrir excesivamente a las horas extra;
- estableciendo periodos de descanso adecuados;
- creando equipos de trabajo autónomos o semiautónomos que coordinen su propio tiempo de trabajo;
- haciendo que los horarios de trabajo sean regulares y predecibles;
- evitando al máximo posible los turnos nocturnos consecutivos.

Fuente: OIT; ICN; OMS; PSI, 2002.

Pruebas de selección y exámenes pre-empleo

Entre las herramientas tradicionales de selección de personal están las pruebas escritas, las entrevistas y las pruebas de desempeño. Algunas herramientas nuevas han adquirido popularidad recientemente, como el levantamiento de perfiles psicológicos o los exámenes de detección de alcohol y drogas, las cuales se deben usar con precaución por razones éticas y porque no necesariamente logran los resultados que parecen prometer. Si se usan cuidadosamente y en clave positiva pueden ser útiles para identificar a las personas que son más adecuadas para ciertos trabajos. Es factible reconocer a alguien que tenga una menor tendencia a estresarse, frustrarse o enojarse por factores estresores del trabajo y, como resultado, tendría una menor tendencia a la violencia en el ambiente laboral.

Formación

La formación para la prevención de la violencia en el lugar de trabajo puede cubrir varias áreas diferentes:

- identificación de situaciones y personas potencialmente violentas;
- desarrollo de competencias comunicativas y relacionales para desarticular situaciones potencialmente violentas;
- mejora del nivel de competencia profesional en general y con ello evitar reacciones fuertes de los clientes y los colegas por un trabajo mal realizado;
- formación especializada que capacite a una parte de los empleados para manejar situaciones laborales complicadas, de cara al objetivo de garantizar la calidad;
- conocimiento de planes, procedimientos y equipo de emergencia para responder a incidentes graves, y su correcta utilización;
- capacidad para identificar los vínculos entre los diferentes factores psicosociales y para otorgarle a este fenómeno la importancia requerida.

Información y comunicación

El silencio puede ser el peor enemigo: la falta de información, o de información correcta, aumenta la incertidumbre y esto puede generar miedo y reacciones irracionales. Las personas tenderán a sacar conclusiones falsas que empeoren la situación. Se debe comunicar a todo el personal información que cubra las siguientes áreas:

- a) la política de la empresa, de modo que todos los involucrados sepan qué esperar;
- b) a los clientes, cuando aplique, , por ejemplo, en relación con los tiempos de espera o las razones de una baja en la calidad de un servicio;
- c) el acoso sexual, la intimidación (*bullying*) y el acoso psicológico (*mobbing*) y las medidas de la empresa para afrontarlos, para eliminar el tabú, romper el silencio y ofrecer ayuda;
- d) los cambios en la organización;
- e) las oportunidades reales para que los trabajadores se comuniquen con la administración y para que sean consultados;
- f) cuando el potencial de violencia esté relacionado con el trabajar a solas, brindar un sistema de información y comunicación relevante, que incluya: donde se encuentra el personal y cuándo se espera que regresen, la selección de aquellos que tendrán que trabajar a solas, y un sistema de rotación que evite el aislamiento de los trabajadores.

Disposición física (*lay-out*) y ambiente de trabajo

El riesgo de violencia en el trabajo puede reducirse considerablemente con un buen diseño del entorno físico. La accesibilidad y la comodidad pueden ser aspectos clave a mejorar.

Controlar el acceso puede ser una manera de distanciar a los clientes potencialmente agresivos de los trabajadores. En este sentido se deben considerar medidas como el control de las entradas, barreras de protección y filtros de seguridad. Mejorar la comodidad de los clientes, en particular cuando el tiempo de espera pueda ser prolongado, también podría ser una buena medida preventiva. Buenos asientos, color, iluminación, instalaciones sanitarias, una temperatura y niveles de ruido confortables pueden hacer una gran diferencia.

Estas sugerencias también aplican a la violencia entre colegas, ya que por lo general contribuyen a reducir la tensión en el trabajo.

Encarar los incidentes violentos

Aunque la prevención es, con mucho, la mejor manera de abordar la violencia en el trabajo, es importante que los trabajadores estén preparados y que se establezcan procedimientos para desarticular situaciones difíciles y para evitar confrontaciones violentas.

Desarticulación de la agresión

Aún en las situaciones más difíciles, suele haber cierto margen de maniobra antes de que se inicie la violencia. Se han desarrollado muchos lineamientos que recomiendan maneras de minimizar el riesgo de un incidente violento. En el marco de un sistema de apoyo horizontal entre compañeros de trabajo, para los trabajadores que fungen como “facilitadores de apoyo” puede ser útil recibir capacitación especial sobre la desarticulación de situaciones agresivas. En este aspecto, las competencias actitudinales y de comportamiento personal son extremadamente importantes.

Una persona que esté en riesgo de sufrir una agresión física tiene varias opciones: atacar, retirarse o ceder. Es necesario guiar la situación hacia las dos últimas alternativas, por ejemplo, manteniendo la calma, manteniendo un volumen normal de la voz, hablando amable, lenta y claramente y tratando de dialogar de manera razonable. Se debe evitar el lenguaje corporal agresivo, como los brazos cruzados, las manos en las caderas, apuntar con un dedo o levantar un brazo – ya que estas acciones desafían y confrontan.

Acción inmediata tras los incidentes violentos

Dependiendo de la naturaleza y seriedad de la violencia, podría requerirse intervención policiaca, especialmente en el caso de los incidentes graves. En cualquier caso, todos los expertos hacen énfasis en la importancia de registrar y denunciar inmediatamente la violencia en el lugar de trabajo. El sistema de registro y denuncia debe cubrir todos los incidentes, sin excluir incidentes menores y potenciales, en los que no haya habido daños. Los eventos aparentemente triviales no deben ser ignorados, ya que podrían cobrar relevancia más tarde, por ejemplo, para detectar patrones repetidos de comportamiento violento o escaladas de agresión (fenómeno en el que va creciendo la intensidad de la agresividad hasta llegar a la violencia). Los trabajadores deben saber cómo y dónde denunciar los actos violentos o las amenazas de violencia, sin miedo a las críticas, o a que el agresor tome represalias.

Las víctimas de la violencia pueden experimentar un amplio espectro de disturbios como consecuencia y podrían requerir ayuda psicológica para manejar los efectos perturbadores y a menudo incapacitantes de los incidentes violentos. Se recomienda realizar sesiones de seguimiento en todos los casos, salvo los más triviales, bajo la forma de reuniones, preferiblemente manejadas por el personal y, de ser posible, con la presencia de las personas involucradas en el incidente. También se recomienda en general que se incorpore orientación y apoyo psicológico para traumas y crisis posteriores al incidente, ya sea por medio de personal cualificado o con especialistas externos. Especialmente en el caso de incidentes graves de violencia, algunas víctimas podrían requerir atención a largo plazo, la cual podría incluir orientación y apoyo psicológico prolongados, asistencia legal con procedimientos de indemnización, rehabilitación y ayuda para la reinserción laboral.

Supervisión y evaluación

Por último, es necesario revisar y controlar periódicamente la eficacia de las medidas emprendidas para prevenir y manejar la violencia en el trabajo. La supervisión debe asumir la forma de un análisis de los resultados de los cambios introducidos, usando un sistema en el que los trabajadores puedan ofrecer retroalimentación constante. De esta manera se puede evaluar el impacto de los cambios y se puede detectar cualquier problema residual o cualquier cambio en la naturaleza de los problemas. El seguimiento y evaluación es un componente clave del sistema de gestión cíclica recomendado en las *Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo de la OIT* (OIT, 2001).

5. Buenas prácticas

Dado que la violencia en el lugar de trabajo es cada vez más reconocida como un problema a afrontar, existe una cantidad creciente de ejemplos de buenas prácticas que pueden utilizarse. Los siguientes estudios de caso muestran ejemplos de buenas prácticas. El primer ejemplo señala lo importante que es sentar bases con compromisos claros reflejados en una política desde la alta gerencia para reducir la violencia en el trabajo. Una política explícita es un indicador de que la organización toma el asunto seriamente, lo que aumenta las posibilidades de éxito de la estrategia a desarrollar.

Una política marco y compromiso de los altos mandos

El siguiente documento de una política está tomado de una universidad en Norteamérica. Vincula la meta de la reducción de la violencia con el propósito principal de la organización (la excelencia en la docencia y el aprendizaje) y sus objetivos de salud y seguridad. Especifica una definición de violencia, y cuáles serán las consecuencias para todo aquel que no respete dicha política. También subraya la responsabilidad, de todos los miembros del personal, de denunciar la violencia cuando ocurra.

Ejemplo de una política universitaria

Esta Universidad está comprometida con la creación y el mantenimiento de un ambiente en el campus libre de violencia para todos los miembros de la comunidad universitaria. El civismo, la comprensión y el respeto mutuo hacia todos los miembros de la comunidad universitaria son intrínsecos a la excelencia en la docencia y el aprendizaje, a la seguridad en el lugar de trabajo y al mantenimiento de una cultura y un ambiente que sirva a las necesidades de todos los miembros del campus.

Esta Universidad no tolerará violencia ni amenazas de violencia, en el campus o en eventos patrocinados por el campus, de parte de los miembros de la comunidad universitaria contra otras personas o contra bienes.

Para los fines de esta política, la violencia y las amenazas de violencia incluyen, pero no se limitan a:

- cualquier acto que sea una agresión física; o
- cualquier amenaza, comportamiento o acción que una persona razonable interprete que tenga potencial para:
 - dañar o poner en riesgo la seguridad de terceros,
 - derivar en un acto de agresión; o
 - destruir o dañar bienes.

Cualquier miembro de la comunidad universitaria que cometa un acto violento o amenace con cometer un acto violento hacia otras personas o hacia bienes en el campus o en eventos patrocinados por el campus estará sujeto a acciones disciplinarias, conforme a los procedimientos establecidos, que pueden incluir el despido o la expulsión de la universidad, aparte de cualquier pena civil y/o penal que pueda aplicarse, según corresponda.

Es responsabilidad de cada administrador, docente, miembro del personal y alumno tomar cualquier amenaza o acto violento seriamente y denunciar los actos de violencia o las amenazas de violencia ante las autoridades apropiadas.

Fuente: Universidad Estatal de Sonoma, 1998.

Prevención de la discriminación y el acoso

Una multinacional manufacturera ubicada en Asia y Europa implementó con éxito un programa para la prevención de la violencia y el acoso dentro de las empresas. Se enfocaba particularmente en el respeto a la diversidad cultural y la prevención de la discriminación y el acoso en una compañía que tenía trabajadores de 22 nacionalidades diferentes. Algunos elementos del programa eran:

- un código de conducta y una declaración de tolerancia cero (desarrollada con aportes de los trabajadores);
- talleres, que:
 - se realizaban con regularidad, con pocos meses de intervalo,
 - eran obligatorios para todo el personal,
 - eran organizados durante el horario laboral;
- reuniones cada dos semanas para exponer los sensaciones e impresiones y discutir cualquier problema;
- información al momento del reclutamiento, y posteriormente, por medio de pizarrones y un boletín interno;
- liderazgo y formación para que los supervisores manejen la violencia y el acoso;
- procedimientos para la presentación de reclamos, incluyendo mediación, investigación oficial, sanciones y apoyo a las víctimas. Las víctimas podían denunciar ante los supervisores, ante un representante externo de los trabajadores o ante el trabajador social interno.

Prevención por medio del diseño del ambiente de trabajo

El departamento de servicios sociales de Ámsterdam, en Holanda, logró cambiar el diseño de su ambiente de trabajo para prevenir la violencia en el trabajo. Primero hizo que el ambiente fuera placentero y accesible para el personal y el público por igual, a través de varias medidas:

- la ubicación cuidadosa de las oficinas para un fácil acceso;
- estacionamiento suficiente y cómodo;
- señales dentro del edificio para encontrar fácilmente lo que se busca;
- un sistema claro de numeración para los tiempos de espera;
- un área de espera placentera con: cafetera, teléfono, área de juegos para los niños, televisión, materiales de lectura, una gama de colores tranquilizante.

En el espacio de uso común del personal y los clientes los mostradores eran lo suficientemente anchos y altos para prevenir el contacto físico entre los clientes y el personal, y se colocaron paneles fono-absorbentes entre los clientes para garantizar la privacidad. Se prestó atención a crear elementos de diseño arquitectónico como vías de fuga, para salir rápidamente, de ser necesario; lo cual era relevante cuando había amenazas de violencia, y contribuyó a una mayor seguridad para el personal.

También se instalaron algunas medidas de seguridad, como alarmas en los mostradores y sistemas de monitoreo por circuito cerrado. Estas medidas fueron anunciadas, para aumentar su efecto disuasivo.

Entre los resultados de esta estrategia se pueden destacar:

- menos estrés laboral;
- mejor ambiente de trabajo;
- mejor prestación de servicio;
- cambios en la cultura laboral por medio de discusiones sobre la violencia;
- ganancias en la relación de costo-beneficio: 275,000 euros (gastos directos por las nuevas medidas de diseño, en comparación con 900,000 euros en gastos estimados por costos indirectos de la violencia (como los permisos por enfermedad) al año.

Respuesta a la violencia

Se debe asumir un enfoque balanceado para erradicar la violencia en el lugar de trabajo. Es necesario consultar al personal sobre en qué momento o en qué lugar de su trabajo se siente más vulnerable a la violencia y la administración debe ofrecer apoyo apropiado cuando los trabajadores se encuentren en esas situaciones. Debe haber equipo adecuado, formación, lineamientos y procedimientos para permitir que el personal maneje situaciones de conflicto, de las cuales el siguiente caso es un buen ejemplo.

Un hospital de un pueblo pequeño de Holanda estaba experimentando un incremento de la violencia, que aumentaban la percepción de inseguridad del personal. Los gerentes, los trabajadores, la junta ejecutiva, los representantes de la policía y la Fiscalía Pública colaboraron para desarrollar un plan para reducir la violencia en el hospital. Con un sondeo se identificó dónde y cuándo sucedía la mayoría de los incidentes. Se dio un dispositivo de alarma a todo el personal para llamar a seguridad, además de instrucciones de cómo y cuándo usarlo.

Tipo de violencia	Acción	Consecuencias
Agresión verbal	Primero trate de calmar al agresor, y únicamente use su alarma personal si eso no funciona.	Se registra el incidente.
Amenazas serias	Use la alarma personal inmediatamente e intervendrá el personal de seguridad.	Se registra el incidente; el agresor recibe una "tarjeta amarilla"; el incidente es denunciado a la policía.
Violencia física	Use la alarma personal inmediatamente e intervendrá el personal de seguridad.	Se registra el incidente; el agresor recibe una "tarjeta roja"; el incidente es denunciado a la policía; el agresor es llevado ante el fiscal público adjunto y podría prohibírsele la entrada al hospital.

Desde que se introdujo esta estrategia la violencia física en el hospital cayó hasta 30 por ciento y la violencia verbal hasta 27 por ciento. Fue considerada tan exitosa que actualmente se implementa en otros 24 hospitales del país (Chappell; Di Martino, 2006).

6. Interrelaciones

La violencia en el trabajo a menudo está vinculada con otros problemas psicosociales. Está estrechamente relacionada con el estrés y particularmente con el estrés económico, pero también con el abuso de sustancias. Se pueden relacionar con la falta de sueño y, en cierta medida, con el hábito de fumar y el VIH y SIDA. El ejercicio físico puede ser un medio para prevenir la violencia.

El estrés y la violencia en el trabajo

El estrés puede ser tanto una consecuencia como una causa de la violencia. En un estudio del Fondo Comunitario del Servicio Nacional de Salud del gobierno Británico, (*British National Health Service Community Trust* (Kivimaki; Elovainio, 2000), casi el 40 por ciento de los trabajadores reportaron experiencias de intimidación entendida en un sentido amplio (*bullying*). Otras consecuencias de la violencia típicamente relacionadas con el estrés son la falta de autoconfianza, la dificultad para concentrarse y el miedo. También puede verse afectada la salud mental, cuando los efectos derivan en enfermedades o síntomas como la depresión y la ansiedad.

Algunas formas de violencia laboral son ocasionadas por el estrés. Un estudio de los EUA descubrió que los siguientes cuatro estresores laborales tenían probabilidades de generar agresiones físicas a los colegas:

- pocas posibilidades de controlar el propio trabajo;
- altos niveles de responsabilidad por otras personas;
- alternativas limitadas para encontrar un nuevo trabajo;
- subutilización de las competencias profesionales.

El estrés debido a factores de riesgo de tipo económico, por ejemplo el miedo de perder el trabajo o el despido real, muy a menudo están vinculados con una de las formas más dramáticas de violencia laboral: los tiroteos masivos en el trabajo, que suelen terminar con el suicidio del agresor.

El abuso de sustancias y la violencia en el trabajo

El uso de drogas, y en particular del alcohol, está estrechamente vinculado con la violencia, aunque la relación entre los dos no es directa. Además de las propiedades farmacológicas del alcohol, hay otros factores que contribuyen significativamente a que una persona se vuelva violenta, como:

- la personalidad y el temperamento;
- las expectativas de los efectos del alcohol;
- el ambiente social en el cual se desarrollan los eventos.

Sin embargo, las razones subyacentes del uso de las drogas y el comportamiento violento podrían ser las mismas: la incapacidad básica de controlar los impulsos propios. Los estudios muestran que en casos reales de violencia en el lugar de trabajo, el alcohol y las drogas suelen tener injerencia.

La violencia en el trabajo y otros factores psicosociales de riesgo

- A medida que el cigarrillo va volviéndose cada vez menos aceptable en algunas culturas, podría haber tensión entre los fumadores y los no fumadores, lo cual podría generar violencia psicológica.
- Saber que un compañero de trabajo es seropositivo puede provocar una reacción negativa de un colega mal informado.
- Es bien sabido que la falta de sueño aumenta la irritabilidad y, por lo tanto, el potencial de acciones irracionales, entre las cuales está la violencia en el trabajo.

La actividad física con fines de salud, como el ejercicio, puede tener un impacto positivo en la incidencia de la violencia. Podría usarse como medio para descargar la agresión y reducir la tensión, neutralizando el potencial de violencia.

7. Integración de políticas

A continuación se presentan aquellos elementos con referencia específica a la violencia, que deberían formar parte de una política sobre seguridad y salud que integre los factores psicosociales y la promoción de la salud.

Organización del trabajo

La empresa necesita comprometerse a organizar el trabajo de manera que no fomente la violencia. Ello implica garantizar que los niveles de estrés no se salgan de control, procurando que haya correspondencia entre las exigencias laborales, las oportunidades de controlar el propio trabajo y las características del trabajador. La organización física del espacio de trabajo también puede ayudar a reducir el potencial de violencia.

Información

Garantizar que exista claridad sobre la política y las estrategias para manejar la violencia quiere decir que todos los involucrados saben qué esperar si se cumple y si no se cumple la política. La información clara y con suficiente detalle sobre todas las áreas del trabajo, incluyendo información para los clientes (si aplica), también puede ser un enfoque preventivo de la violencia en el trabajo.

Formación

Una formación exhaustiva es clave para dar a los trabajadores y a los gerentes las competencias necesarias para prevenir la violencia. Esta podría incluir la capacidad para el reconocer situaciones potencialmente peligrosas, para mejorar la calidad del trabajo y para prevenir agresiones de clientes internos y externos insatisfechos.

Evaluación de riesgos

La violencia puede derivar de decisiones de gestión de los recursos humanos, puede ser vista como el resultado de haber puesto determinadas personas en ciertos cargos. Un uso ético y cuidadoso de las herramientas de valoración de candidatos permite evaluar ese riesgo al momento del reclutamiento y selección y poner al trabajador adecuado en el trabajo correcto.

Participación y consulta al trabajador

Es importante involucrar a todas las partes (los trabajadores y los gerentes) en la definición y el desarrollo de políticas y estrategias de prevención sobre la violencia, para garantizar que todas las necesidades sean reconocidas y cubiertas.

Asistencia y tratamiento

Si tuviera lugar un incidente violento, la política debe prever qué asistencia y tratamiento se ofrecerá a las víctimas, los testigos y, eventualmente, a los perpetradores, y garantizar que todos se puedan recuperar al máximo de los efectos negativos de la violencia. Es importante recordar que los perpetradores podrían, a su vez, ser o convertirse en víctimas y también ellos podrían necesitar ayuda.

Confidencialidad

Todo sistema de registro para seguir la pista a los incidentes violentos y potencialmente violentos tiene que mantenerse confidencial y así evitar que se difunda información inapropiada y chismes sin fundamento. Toda información médica registrada en el proceso de encarar la violencia en el lugar de trabajo debe permanecer estrictamente confidencial.

Ética

En la política se debe consagrar una cultura que incorpore apertura y transparencia en forma transversal a toda la estructura de la empresa, de modo que los trabajadores cuenten con mecanismos concretos de trato justo. La percepción de injusticia es uno de los precursores más comunes de la violencia en el trabajo.











Mejora continua







Todos los sistemas de la empresa deben ser monitoreados y evaluados para garantizar que estén logrando los resultados previstos y que sigan haciéndolo a medida que la situación cambie.







Para una revisión más profunda de la gama de medidas que se pueden emprender para prevenir y afrontar la violencia en el trabajo, consulte la publicación de la OIT:

Violence at work por Chappel, et Di Martino. 2000. ISBN 92-2-210335-1. *Workplace violence in the health sector* por Di Martino. 2006. Disponible en inglés en:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf [consultado el 25 de julio de 2012].

Bibliografía

-  Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. 2002. *Facts: Bullying at work* núm. 23, Bilbao, en *Violence at work* por Di Martino.
-  Arnetz J.; Arnetz B.; Petterson, I. 1996. “Violence in the nursing profession: Occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses”, en *Work and Stress*, vol. 10, núm. 2, págs. 19–127.
-  Biddle, E.; Hartley, D. 2002. “The cost of workplace homicides in the USA 1990–1997”, en *Injury Prevention and Control, Sixth World Conference* (Montreal, Les Presses de l’Université de Montréal), págs. 421–422.
-  Chappel D.; Di Martino V. 2000. *Violence at work*. (Ginebra, OIT) ISBN 92-2-210335-1.
-  Di Martino, V. 2006. *Workplace violence in the health sector*. (Ginebra, OIT-OMS).
Disponible en inglés en:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf
[consultado el 25 de julio de 2012].
-  Duhart, D. 2001. “Violence in the workplace 1993–1999”, en *National Crime Victimization Survey* (Departamento de Justicia de los Estados Unidos, Informe especial de la Oficina de Estadísticas de Justicia, NCJ 190076).
-  Greenberg, L.; Barling, J. 1999. “Predicting employee aggression against coworkers, subordinates and supervisors: the roles of person behaviours and perceived workplace issues” en *Journal of Organizational Behaviour*, vol. 20, 6 (John Wiley & Sons), págs. 897–913.
-  Hadland, A. 2002. “In terror and in silence, an investigation into crime and safety at petrol stations”, en *Petrol Station 5 Safety Project* (Ciudad del Cabo, Programa de Investigación sobre la Cohesión Social e Integración - Social Cohesion and Integration Research Programme, HSRC Press).
-  Health and Safety Executive. 2006. *Bullying, bullying its way into the Workplace*.
Disponible en:
<http://www.hse.gov.uk/press/2006/e06110.htm> [consultado el 6 de julio de 2012].
-  Hunt, C. et al. 2007. *Sexual Harassment in the Workplace: a Literature review* (Equal Opportunities Commission. University of Manchester).
Disponible en:
<https://research.mbs.ac.uk/equality-diversity/Portals/0/docs/WPS59Sexualharassment.pdf>
[consultado el 6 de julio de 2012].

-  Hurrell, J.; Worthington, K.A.; Driscoll, R.J. 1996. “Job stress, gender and workplace violence: Analysis of assault experience of state employees”, en G. VandenBos y E. Bulatao (eds.): *Violence on the job: Identifying risks and developing solutions* (Washington, D.C., American Psychological Association).
-  Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). 2004. *Molestie e violenze sessuali*. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2005/03/IT0503NU03.htm> [consultado el 6 de julio de 2012].
-  Kivimaki, K.; Elovainio, M. 2000. “Workplace bullying and sickness absence in hospital staff”, en *Occupational and Environmental Medicine* vol. 57, núm. 10 (Londres, Publicaciones BMJ), págs. 656–660.
-  Leymann, H. 1990. “Mobbing and psychological terror at workplaces” en H. Leymann (ed.): *Violence and victims vol. 5* (Nueva York, Springer Publishing Company).
-  McCarthy, P.; Mayhew, C. 2004. *Safeguarding the organisation against violence and bullying. An international perspective* (Basingstoke, Palgrave–MacMillan).
-  National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). 2004. *NIOSH Update*: “Most workplace bullying is worker to worker, early findings from NIOSH study suggest” (Atlanta, 28 julio). Disponible en: <http://www.cdc.gov/niosh/updates/upd-07-28-04.html> [consultado el 6 de julio de 2012].
-  Organización Internacional del Trabajo. 2001. *Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo, ILO-OSH 2001* (Ginebra).
-  —. 2001. *The cost of violence and stress at work and the benefits of a violence - and stress-free working environment* (Manchester, UMIST). Disponible en: http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_118190/lang—en/index.htm [consultado el 6 de julio de 2012].
-  —; Consejo Internacional de Enfermeras (CIE); Organización Mundial de la Salud (OMS); Internacional de Servicios Públicos (ISP). 2002. *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud* (Ginebra, OIT/CIE/OMS/ISP Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector). Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—ed_dialogue/—sector/documents/publication/wcms_160911.pdf [consultado el 6 de julio de 2012].
-  Parent-Thirion A.; et al. 2007. *Fourth European Working Conditions Survey* (Dublín, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo) Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf> [consultado el 6 de julio de 2012].

-  Sheehan, M. et al. 2001. *Model for assessing the impacts and costs of workplace violence*, Ponencia presentada en la Conferencia Permanente de Simbolismo Organizacional, Trinity College de Dublín.
-  Sonoma State University. 1998. *Policy: Violence free campus* (Sonoma, California). Disponible en: <http://sonoma.edu/UAffairs/policies/violence.htm> [consultado el 6 de julio de 2012].
-  Talli, R. 2003. *Growing fears for safety of people working alone in the service sector*. (Helsingin Sanomat). Disponible en: <http://www2.hs.fi/english/archive/news.asp?id=20030805IE16> [consultado el 6 de julio de 2012].
-  Upson, A. 2004. *Violence at Work. Findings from the 2002/2003 British Crime Survey* (Londres, *Informe online de Home Office 04/04*). Disponible en: <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/rdsolr0404.pdf> [consultado el 6 de julio de 2012].
Tablas actualizadas hasta el año 2005 en: <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr0404supp.pdf> [consultado el 6 de julio de 2012].
-  Vartia, M. 2001. “Consequences of workplace bullying with respect to the well-being of its targets and the observers of bullying”, en *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, vol. 27, núm. 1 (Finnish Institute of Occupational Health), págs. 63–69.
-  Wynne, R. et al. 1997. *Guidance on the Prevention of violence at work* (Luxemburgo, Comisión Europea).



VIH y SIDA en el trabajo



1. Introducción

En los últimos 30 años el combate al VIH y SIDA ha emergido como uno de los mayores y más urgentes desafíos que enfrenta el mundo. Desafortunadamente aún no hay cura ni vacuna para el VIH. Debido a los prejuicios y los mitos asociados con el VIH y el SIDA, frecuentemente las personas afectadas enfrentan estigmas y discriminación en la vida cotidiana y en el trabajo. El miedo a la discriminación y la pérdida del trabajo disuaden a muchas mujeres y hombres de acudir a orientación y apoyo psicológico (*counselling*) y someterse a pruebas voluntarias, y a tratamiento, cuando es necesario.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) puede permanecer en el cuerpo entre diez y quince años antes de que el sistema inmunológico comience a debilitarse y se desarrolle el SIDA. Con la aparición de tratamientos efectivos, cada vez hay más personas viviendo con VIH. Por lo tanto, la respuesta al VIH y el SIDA en el mundo actual está centrada en cómo las personas que viven con el VIH o que se ve afectadas por éste pueden seguir viviendo y trabajando productivamente. Las mujeres y hombres que trabajan y viven con VIH pueden contribuir a la productividad con sus conocimientos, capacidades y competencias por un largo tiempo después de infectarse, mientras sean médicamente aptos. Más aún, el tratamiento con terapia antirretroviral puede inhibir la réplica del VIH, demorar el deterioro del sistema inmunológico y brindar una mejor calidad de vida a los trabajadores y sus familias.

En 2009 aproximadamente 1,8 millones de personas murieron de SIDA y en ese mismo año se infectaron 2,6 millones de personas. La región más afectada es el África Subsahariana, con 22,5 millones de personas que viven con VIH, 68 por ciento del total mundial (ONUSIDA, 2010).

Muchas personas que viven con VIH están en la cúspide de su vida laboral. Esto acarrea elevados costos tanto en términos del sufrimiento de las familias, como de la pérdida de trabajadores cualificados y experimentados para las empresas y las economías nacionales.

Los esfuerzos de prevención son esenciales para evitar la transmisión del VIH y reducir el impacto de la epidemia. Desde la perspectiva de la concientización sobre el problema, el lugar de trabajo ofrece un escenario único para llegar a un segmento vital y productivo de la población. Desde los centros de trabajo es posible enviar mensajes y aplicar estrategias regularmente, que aborden específicamente los estigmas y la discriminación, respalden los cambios de comportamiento y faciliten el acceso a la prevención, a tratamiento antirretroviral, cuidados médicos y apoyo personal.

“Nueve de cada diez personas que viven actualmente con VIH se levantan y van a trabajar.”

Juan Somavía, Director-General de la OIT

El SIDA es un problema del lugar de trabajo porque tiene un pronunciado impacto sobre los trabajadores, sus familias y dependientes, las empresas y las economías nacionales.

2. El impacto del VIH y el SIDA

El VIH tiene un impacto profundo en las personas trabajadoras, los empleadores y las economías en todo el mundo. Esta epidemia se encuentra en diferentes etapas en las distintas partes del mundo. Sus efectos amenazan la vida y el sustento de muchos trabajadores y sus familias. Reduce la productividad y amenaza la supervivencia y la rentabilidad de las empresas y limita la capacidad de las economías nacionales. Menoscaba los derechos humanos, el trabajo decente, el crecimiento y el desarrollo además de la seguridad y la prosperidad.

ONUSIDA calcula que en 2009 había 33,3 millones de personas viviendo con el VIH (ONUSIDA, 2010). La gran escala del problema estriba no solamente en el número de personas infectadas hasta ahora (Ilustración 6.1), sino también en el número de personas que serán afectadas en el futuro, sin una adecuada prevención.

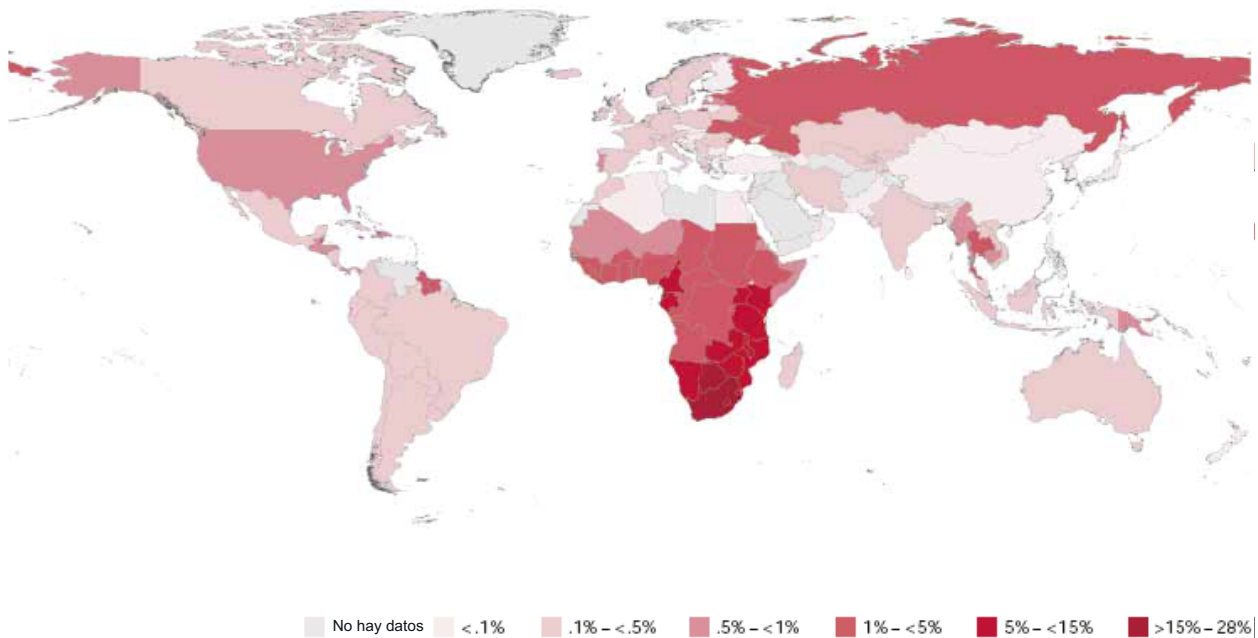


Ilustración 6.1: Prevalencia mundial del VIH, 2009

Fuente: ONUSIDA, 2010.

El impacto del VIH y el SIDA va más allá de las personas directamente afectadas. La expectativa de vida en los países más perjudicados se está reduciendo severamente y el tamaño de la fuerza laboral está disminuyendo. El crecimiento y el desarrollo económico se están viendo deteriorados. El VIH y el SIDA están teniendo un impacto amplio y cada vez más serio sobre el sector público y privado y también sobre los trabajadores de la economía informal. La seguridad alimentaria y el acceso a los alimentos también se ven amenazados; la producción agrícola aminora y las cosechas se reducen a medida que la fuerza laboral agrícola de las áreas rurales se ve afectada por el VIH y el SIDA.

Al mismo tiempo, la salud y educación de la siguiente generación y la fuerza de trabajo futura están en riesgo, particularmente en las comunidades pobres. La transferencia informal de competencias laborales también se ve minada. Se calcula que hay 12 millones de niños

huérfanos debido al SIDA tan sólo en la África subsahariana. Los menores se ven forzados a dejar la escuela para cuidar familiares enfermos o para ingresar al mercado laboral y con ello contribuir al sostén de sus familias. Otras personas viven con VIH o mueren debido a condiciones relacionadas con el SIDA.

En los países más afectados, la capacidad de los gobiernos de ofrecer y mantener servicios básicos se reduce a medida que cae la productividad, que el personal se enferma o deja el trabajo y que los costos de la salud y seguridad social aumentan. Los servicios públicos pierden personal cada vez que los trabajadores de la salud y la asistencia social, la educación, los servicios de emergencia, la policía y las fuerzas armadas se enferman y mueren de disturbios de salud relacionados con el SIDA. Con unos servicios públicos debilitados, también se dificulta el ofrecer servicios esenciales, tratamiento, atención y apoyo al resto de la población.

El impacto del VIH y el SIDA sobre las empresas individuales en esos países es claro. Muchas compañías han hecho evaluaciones de impacto que muestran pérdidas considerables, tanto en productividad como en rentabilidad, como resultado directo de la pérdida de trabajadores cualificados debido al VIH y el SIDA. Esta epidemia también es un desafío para las micro, pequeñas y medianas empresas que tienen capacidad limitada para abordar el problema.

Sin embargo, algunas intervenciones exitosas en el lugar de trabajo han mostrado que estas tendencias pueden ser mitigadas o incluso revertidas. El desarrollo de políticas amplias para el lugar de trabajo y el financiamiento de programas preventivos representan una inversión significativa a futuro.

El impacto del VIH y el SIDA en el mundo del trabajo:

- menor disponibilidad de mano de obra;
- pérdida de trabajadores cualificados y con experiencia;
- ausentismo y jubilación anticipados;
- estigmatización y discriminación de los trabajadores que viven con VIH o que se ven afectados por el SIDA;
- mayores costos laborales para los empleadores, que van desde los seguros médicos hasta la formación de los reemplazos;
- menor productividad e impacto negativo sobre el crecimiento económico;
- debilitamiento de la demanda, incapacidad de atraer inversionistas y menoscabo del desarrollo de la empresa;
- sistemas de protección social y los servicios de salud bajo presión;
- pérdida de ingresos familiares y productividad del hogar, exacerbando la pobreza;
- una carga sobre las mujeres que tienen que cuidar a los familiares enfermos, al mismo tiempo que procuran el sustento para la familia;
- presión sobre las niñas y las mujeres para que recurran a favores sexuales para sobrevivir;
- ingreso anticipado de los niños al empleo.

Fuente: OIT, SIDA, 2002.

3. Para comprender el VIH y el SIDA

¿Qué es el VIH y qué es el SIDA?

VIH significa virus de inmunodeficiencia humana. Este virus es un microorganismo que infecta células del sistema inmunológico humano y destruye o deteriora sus funciones. El sistema inmunológico incluye los glóbulos blancos que ayudan a proteger el cuerpo de infecciones y enfermedades. Con el tiempo el VIH ataca y destruye estas células, dejando al cuerpo sin la protección del sistema inmunológico, vulnerable a las infecciones y enfermedades.

El VIH puede estar presente por años sin que la persona sepa que está infectada. Las personas que viven con VIH pueden verse y sentirse perfectamente saludables. No es posible decir que alguien tiene el VIH con sólo verlo.

SIDA significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Adquirida indica que no es un trastorno heredado. La inmunodeficiencia indica que el sistema inmunológico del cuerpo se ha dañado y que se ha hecho vulnerable a una variedad de infecciones oportunistas que normalmente podría vencer. Síndrome se refiere a un grupo de señales y síntomas que caracterizan a un trastorno de la salud en particular. En la ausencia de tratamiento, el VIH generalmente toma de 10 a 15 años para desencadenar el SIDA.

El término SIDA se refiere a las etapas más avanzadas de la infección del VIH y a las enfermedades oportunistas relacionadas con esta, entre las cuales puede haber más de 20 infecciones oportunistas (por ejemplo, tuberculosis y neumonía) y algunos cánceres.

El tratamiento y los cuidados médicos apropiados, unidos a la nutrición adecuada, aplazan el avance del SIDA, reducen los síntomas, previenen infecciones oportunistas y prolongan y mejoran la calidad de vida de la persona que vive con SIDA.

¿Cómo se transmite el VIH?

El VIH únicamente puede transmitirse mediante las siguientes vías:

- sexo sin protección (anal, vaginal u oral entre personas de cualquier sexo) con una persona infectada);
- compartir agujas, jeringas y otros instrumentos de punzo-cortantes contaminados;
- transfusión de sangre y productos sanguíneos contaminados;
- transmisión de una mujer embarazada que vive con VIH al feto durante el embarazo, el parto o como resultado de la lactancia;
- exposición profesional a sangre y productos sanguíneos o a agujas, jeringas y otros instrumentos punzo-cortantes o quirúrgicos contaminados.

La manera más común en que se contagia y adquiere el VIH es por sexo penetrativo sin protección con una persona infectada. Ochenta por ciento de todas las infecciones por VIH en el mundo son por esta vía.

En el período inicial de la infección, el riesgo de contagio del VIH es más elevado. Con tan solo una exposición al virus (por ejemplo, un solo acto sexual sin protección) se puede transmitir el virus a otra persona.

¿Cómo no se transmite el VIH?

No se puede adquirir el VIH:

- mediante el tacto, con un apretón de manos, abrazos, ni por compartir sanitarios;
- comiendo alimentos preparados por alguien que viva con VIH, compartiendo cubiertos y utensilios o loza de cocina;
- trabajando junto a alguien que vive con VIH;
- besando, incluyendo besos profundos; aunque se ha encontrado VIH en la saliva en cantidades extremadamente pequeñas, nadie se ha infectado por besar;
- por picaduras de mosquito; los mosquitos pueden portar malaria y otras enfermedades, pero no pueden transmitir VIH.

¿Se puede curar el SIDA?

No, no existe cura para el SIDA. Una vez que una persona tiene VIH, no se puede eliminar. Desafortunadamente, los esfuerzos para encontrar una vacuna hasta ahora han sido infructuosos. Se han investigado las declaraciones de haber encontrado 'curas' para el SIDA de parte de algunos curanderos tradicionales, pero no han demostrado que puedan eliminar el VIH o curar el SIDA.

Sin embargo, hay tratamiento disponible bajo la forma de terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA). Con administración adecuada, estos medicamentos logran controlar el virus y pueden prolongar la vida de las personas que viven con SIDA.

¿Quién está más expuesto al riesgo?

Los jóvenes y especialmente las jóvenes, son más vulnerables a la infección del VIH y al impacto del SIDA por razones tanto biológicas como socioeconómicas. Las jóvenes están fisiológicamente en mayor riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH que los hombres, y tienen el doble de probabilidades de contraer el virus por sexo sin protección. Hay evidencia científica que muestra que la carga viral del semen es mayor que la de la mucosa vaginal, la membrana vaginal es más delgada que el tejido del pene, el semen permanece más tiempo en la vagina y las jóvenes son más vulnerables a las micro lesiones. Se ha demostrado que la violencia contra las mujeres y las niñas aumenta el riesgo de que la mujer se infecte por VIH. Las desigualdades socioeconómicas hacen que sea más difícil para las mujeres y las niñas protegerse contra la infección del VIH y exacerbando el impacto del VIH y el SIDA sobre ellas. Esto también incluye su dependencia económica y social de los hombres, la cual disminuye el poder de negociación de las mujeres para acordar sexo más seguro. La dependencia económica puede privarlas de pruebas de VIH y de orientación y apoyo psicológico, lo que aleja las posibilidades de que sigan la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA). Las mujeres y las niñas tradicionalmente son las principales proveedoras

de cuidado y atención en sus familias y comunidades. Por lo tanto sufren un mayor impacto por la carga de cuidar a familiares y miembros de la comunidad infectados por VIH que los hombres y los niños; los estigmas y la discriminación relacionados con el VIH suelen afectar a las mujeres más que a los hombres, lo cual a su vez margina a las mujeres que viven con VIH.

Las mujeres y las niñas que no son independientes financieramente también son vulnerables a la presión por favores sexuales o de vender sexo para mantenerse a sí mismas o a su familia. Las trabajadoras sexuales que no usan condones o que no pueden negociar el uso de condones con sus clientes, también tienen mayores probabilidades de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), que a su vez podrían transmitir a otras personas. Además, la presencia de ITS aumenta el riesgo de transmisión del VIH.

Mujeres, niñas y VIH

- La epidemia del VIH ha pasado una factura devastadora a las vidas de las mujeres jóvenes, quienes representan el 66% de las infecciones de los jóvenes de todo el mundo.
- El VIH es la principal causa de muerte y enfermedades entre las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) en todo el mundo.
- En casi todos los países del África sub-sahariana y ciertos países caribeños la mayoría de las personas que viven con VIH son mujeres, especialmente niñas y mujeres de entre 15 y 24 años.
- La mitad de las personas que viven con VIH en todo el mundo, son mujeres y, 76% de todas las mujeres seropositivas viven en el África subsahariana.
- Las mujeres que viven con VIH tienen mayor probabilidad de experimentar violencia debido a su estatus seropositivo.
- En 2008 las mujeres representaban dos terceras partes de los cuidadores de personas que viven con VIH en África; las mujeres también eran 70% de los pobres y dos terceras partes de los analfabetos del mundo.

Fuente: OIT, SIDA, 2011.

Las personas que tienen sexo anal están en riesgo particular, ya que las membranas que están dentro del ano pueden rasgarse fácilmente, aumentando el riesgo de que se transmita la infección. Los consumidores de drogas que comparten jeringas también tienen un alto riesgo de infección por VIH. Nadie debe utilizar una aguja, jeringa o un equipo empleado para cualquier tipo de inyección, que ya haya sido usado por otra persona. Las personas que usan drogas deben tomar medidas para prevenir la exposición al VIH, particularmente si las drogas son inyectadas; asegurándose de utilizar cada vez una jeringa/aguja nueva o estéril. En muchas partes del mundo con alta prevalencia del uso de drogas por inyección hay programas de cambio de jeringas, que ofrecen a los usuarios acceso a jeringas estériles. Hay estudios que muestran que dichos programas reducen el riesgo de transmisión del VIH sin contribuir a un aumento del uso de las drogas.

Actualmente, en la mayor parte de los países se revisan los suministros de sangre, en busca de anticuerpos de VIH. La sangre que no se haya obtenido de donantes seleccionados adecuadamente y que no haya sido sometida a pruebas en búsqueda de agentes infecciosos transmisibles como el VIH, conforme a los requerimientos nacionales, no debe ser usada en transfusiones, a menos que se trate de situaciones extremas excepcionales de peligro de muerte para la persona que requiere la transfusión. Los pacientes están en riesgo por sangre infectada con VIH en aquellos países donde la sangre y los productos sanguíneos para transfusiones no sean revisados rutinariamente en busca de VIH, donde las agujas y jeringas sean reutilizadas, y

donde los procedimientos de control de las infecciones en las instalaciones de los servicios de salud no sean seguidos estrictamente. Para los trabajadores de la salud el principal riesgo de infección es por lesión con una aguja, pero aunque estas lesiones son muy comunes, el número de casos de infección reportados es relativamente bajo debido a que se siguen las precauciones del protocolo sanitario específico.

Una mujer embarazada que viva con VIH puede transmitirlo al bebé en su vientre, durante el parto o, después del nacimiento, durante la lactancia. Tanto la mujer como el feto pueden infectarse durante el embarazo si el virus es transmitido por una persona seropositiva, de ahí la importancia de que cada persona conozca su estatus VIH. La transmisión del VIH de madre a hijo se puede prevenir.

¿Cuáles trabajadores pueden estar en riesgo?

Exposición profesional al VIH

Algunos trabajadores entran en contacto con la sangre humana y otros fluidos corporales en el lugar de trabajo. Se enfrentan al riesgo de infección por VIH debido a su trabajo. En dichos casos, se deben establecer medidas de seguridad y salud apropiadas para evitar que los trabajadores se infecten.¹

Otros trabajadores podrían enfrentarse a riesgos dentro y fuera del lugar de trabajo si entran en contacto con sangre u otros fluidos corporales infectados como resultado de un accidente o por equipo o materiales infectados. Por lo tanto, la formación para todos los trabajadores sobre primeros auxilios y respuesta ante accidentes debe incluir elementos sobre la prevención del VIH y el SIDA.

Algunos ejemplos de trabajadores que podrían estar expuestos a sangre y fluidos corporales humanos:

- Personal de servicios de salud y similares.
- Trabajadores de primeros auxilios.
- Profesionales forenses y personal funerario.
- Trabajadores de guarderías.
- Personal de limpieza y de hoteles.
- Trabajadores de lavanderías.
- Operarios de manejo de desechos.
- Personal de centros de detención y prisiones.
- Trabajadores de asistencia.
- Tatuadores, barberos y otras personas que usen agujas o cuchillas sin protección.

¹ Ver apartado: Formación para trabajadores que entran en contacto con sangre humana y otros líquidos corporales, p. 162.

Los trabajadores migrantes

Muchos trabajadores migrantes son particularmente vulnerables a la infección del VIH, porque suelen tener poco control sobre sus vidas en su nuevo lugar de residencia. Los factores sociales, económicos y políticos en los países de origen y de destino influyen en el riesgo de infección del VIH de los trabajadores migrantes internacionales. La vulnerabilidad de los trabajadores migrantes aumenta por la separación de sus cónyuges, sus familias y de las normas sociales y culturales, por un lado, y por las barreras lingüísticas, las condiciones de vida por debajo de los estándares, las condiciones explotadoras de trabajo y la violencia sexual, por el otro (ONUSIDA, OIT, OIM, 2008).

Las mujeres trabajadoras migrantes podrían estar en mayor riesgo de infección por VIH ya que suelen tener acceso limitado o nulo a los servicios de prevención y atención del VIH (OIT, 2009a). Además, en algunos lugares el SIDA es considerado una enfermedad que traen los extranjeros y dicha asociación errónea de los trabajadores migrantes al SIDA contribuye a su discriminación y estigmatización.

Los trabajadores de transporte

Algunos grupos de trabajadores están en riesgo particular de infección del VIH por la naturaleza y condiciones de su trabajo. La movilidad y las ausencias largas de casa hacen que los trabajadores del transporte y los trabajadores estacionales sean más vulnerables a la infección del VIH. En muchos países africanos y algunos países asiáticos la prevalencia del VIH es mayor entre los trabajadores del transporte que en la población general, especialmente entre los conductores de largas distancias en algunos de los principales “corredores” de transporte (OIT, 2005b). Muchos trabajadores del transporte y estacionales constituyen una población difícil de alcanzar debido a la movilidad que implica su trabajo. La población a la que resulta difícil acceder tiene un riesgo drásticamente mayor de infección con VIH debido al carácter itinerante o el aislamiento físico debido a su trabajo.

Por no tener vínculos firmes con la sociedad general, se ven excluidos de los esfuerzos nacionales de salud pública y tienen acceso limitado a la prevención del VIH, el tratamiento contra el SIDA y los servicios de apoyo y atención. Además, debido a sus pocos conocimientos sobre cómo protegerse del VIH, muchos se involucran en comportamientos de alto riesgo, como el sexo sin protección con muchas personas.

Los conductores de camiones de largo recorrido son otra población difícil de acceder cuyo estilo de vida, determinado por el trabajo, los pone en alto riesgo de contraer VIH. Frecuentemente, en las principales rutas de los camiones hay paradas con sexo comercial disponible 24 horas al día. Muchos de los camioneros que frecuentan estos establecimientos tienen sexo sin protección con múltiples parejas. Los camioneros, como cualquier otra población de alta movilidad, son difíciles de alcanzar con fines informativos y educativos con respecto al VIH y el SIDA.

Trabajadores estacionales

Muchas personas se ven forzadas a aceptar trabajos temporales lejos de casa para sobrevivir. Durante las temporadas de cosecha en las siembras, en construcciones grandes y en el sector minero, los hombres y las mujeres suelen vivir en campamentos hacinados con instalaciones sanitarias y servicios médicos mínimos.

Hay un uso galopante de alcohol y drogas. Hay fácil disponibilidad de sexo comercial. No siempre hay instalaciones de recreación disponibles. El estatus contractual y a menudo el

estatus legal de los trabajadores es poco claro, lo cual los despoja de poder y los hace vulnerables a todo tipo de abusos, incluyendo los sexuales.

La situación socioeconómica de los trabajadores estacionales los pone en una condición de alta vulnerabilidad a la infección por VIH. La naturaleza muchas veces ilegal de su trabajo los hace evitar a los funcionarios gubernamentales, quedando fuera del alcance de las campañas gubernamentales de prevención.

Trabajadores marítimos

En muchos países los trabajadores marítimos, particularmente los pescadores, son altamente vulnerables a la transmisión del VIH. Su ocupación exige viajes continuos a numerosos destinos en distintos países. Después de estar en el mar por meses, los barcos van a puerto por combustible, provisiones, descanso, reparaciones o para vender pescado. Durante estas visitas a los puertos los marineros pueden involucrarse en comportamientos de alto riesgo, como el sexo sin protección. Las esposas de los pescadores están en un alto riesgo de infecciones de transmisión sexual. Tienen pocos medios para protegerse de cualquier enfermedad que sus esposos pudieran traer a casa. Como resultado, muchas mujeres siguen contrayendo de sus esposos enfermedades de transmisión sexual y VIH.

¿Cómo se puede prevenir la infección del VIH?

La prevención es un proceso que requiere cambios en los comportamientos y actitudes sexuales de las personas, las organizaciones y las comunidades: implica atacar muchos factores, sociales, culturales, emocionales y personales, profundamente enraizados, incluyendo las desigualdades de género, los estigmas y la discriminación.

El primer paso es reconocer el problema y romper el silencio que rodea el VIH, el SIDA y la sexualidad. La prevención por medio de información, concientización y la educación participativa, además de un liderazgo informado son parte vital de este proceso. Por cada método de transmisión hay también un método de prevención. Algunas medidas específicas son:

- Cambiar las actitudes, creencias y comportamientos sexuales. Para prevenir la infección por VIH, las personas deben tener prácticas sexuales más seguras, o ser fieles o reducir el número de parejas sexuales. Siempre se debe usar el condón para el sexo penetrativo. La abstinencia es otra manera obvia de evitar la transmisión sexual y de permanecer a salvo y saludable, pero suele ser poco realista, especialmente cuando se intenta iniciar una familia o en las culturas en las que la identidad está estrechamente vinculada con la actividad sexual o la reproducción. Negociar el uso del condón es vital pero problemático en las sociedades en las que las mujeres carecen de habilidades de negociación o de poder, en las que no hay condones disponibles o no se confía en ellos o en las que hay una oposición a los anticonceptivos por razones religiosas o culturales.
- Los exámenes médicos y los servicios de orientación y apoyo psicológico (*counselling*) de carácter voluntario y confidencial permiten a las personas enterarse de su estatus con respecto al VIH y para tomar consciencia de las precauciones para protegerse de la infección del VIH o para evitar la transmisión, en caso de resultar seropositivos. Además, una persona que resulte ser seropositiva podrá obtener acceso al tratamiento cuando sea esto sea lo más recomendable. Es importante que la orientación y el apoyo psicológico sobre el VIH tomen en cuenta el género de la persona, para abordar las necesidades y circunstancias

particulares de las mujeres y los hombres. El apoyo psicológico debe proporcionar un clima comprensivo y de real atención, libre del miedo a la discriminación y la culpa.

- Afrontar el abuso de las drogas y ofrecer mecanismos gratuitos de cambio de jeringas puede reducir en gran medida las tasas de infección del VIH entre los usuarios de drogas inyectables.
- La prevención primaria de la transmisión del VIH de madre a hijo implica medidas para evitar que las embarazadas y las madres se infecten, y es la clave de la prevención a largo plazo. Pero también, con la prevención secundaria, el tratamiento de las madres infectadas con terapia antirretroviral puede ayudar a reducir en gran medida los riesgos de transmisión del VIH al hijo. Es bueno para la salud de la madre y también ayuda a evitar que la infección sea transmitida al infante. La leche materna contiene una pequeña cantidad del virus, y la lactancia implica una probabilidad de 30 por ciento de que el infante contraiga el VIH. Sin embargo, dado que hay otros riesgos de salud asociados a la falta de lactancia, es una decisión difícil para la madre, particularmente en áreas donde hay escasez de agua. Las mujeres infectadas deben buscar asesoría de personal sanitario competente antes de quedar embarazadas y en cuanto sepan que lo están.
- Los chequeos rutinarios de toda la sangre y los productos sanguíneos y el control efectivo de la infección, con el uso de las Precauciones Universales² de parte de las estructuras de salud, puede prevenir la exposición al VIH y otros virus de transmisión sanguínea en el trabajo.
- También es importante prevenir la exposición profesional al VIH. Algunas medidas preventivas incluyen la formación de los trabajadores que entran en contacto con la sangre humana y otros fluidos corporales por su trabajo. En el contexto de la formación sobre accidentes y primeros auxilios en el lugar de trabajo, todos los trabajadores deben también ser formados sobre los procedimientos de control de infecciones.³

² Ver recuadro en pág. 163.

³ Ver recuadro en pág. 162.

4. Gestión del VIH y el SIDA en el trabajo

Los roles de los gobiernos y de las organizaciones de empleadores y trabajadores

La implementación exitosa de las intervenciones sobre VIH y SIDA en el mundo laboral requiere cooperación y confianza entre los empleadores, los trabajadores, sus representantes y los funcionarios gubernamentales (según corresponda).

Las partes sociales en el mundo laboral, empleadores, sindicatos y gobiernos; tienen roles vitales en la lucha contra el VIH y el SIDA.

La participación de las personas que viven con VIH también es clave para desarrollar y proveer una respuesta efectiva al VIH y el SIDA.

Los gobiernos pueden ofrecer un marco legal habilitante, que incorpore temas cruciales como la confidencialidad, el combate a la discriminación, la adaptación razonable de los ambientes de trabajo y la protección social. Cuando sea necesario, deben actualizar las leyes y demás normativas relativas al trabajo para incorporar las disposiciones relevantes. También pueden movilizar recursos para los servicios sociales y de salud y para programas de prevención.

Los empleadores y los sindicatos pueden emprender acciones conjuntas para concientizar y propiciar que el mundo laboral emprenda acciones sobre el VIH y el SIDA. Pueden presionar a los gobiernos para que emprendan acciones y que asignen recursos, y pueden trabajar con los gobiernos y con terceros para desarrollar intervenciones efectivas a todo nivel.

“La OIE [Organización Internacional de Empleadores] y la CIOSL [Confederación Internacional de Organizaciones Sindicales Libres] reconocen conjuntamente el impacto directo de la pandemia del VIH y el SIDA sobre el mundo laboral. Por este medio hacemos un llamado a nuestros afiliados y sus empresas y sindicatos miembro, donde sea que se encuentren, para que den la más alta prioridad a este problema... y para que trabajemos en conjunto para generar y mantener el impulso necesario para intervenciones exitosas.”

*Fuente: 'Combatiendo juntos el VIH y SIDA: un programa para acciones futuras'
–Declaración conjunta de los Secretarios Generales de la Organización
Internacional de Empleadores y la Confederación Internacional de
Organizaciones Sindicales Libres, abril de 2003.*

A escala nacional, los gobiernos y las organizaciones de empleadores y trabajadores deben consultarse, coordinarse y trabajar en conjunto para crear las condiciones para enfrentar el problema. En algunos casos esta labor ha dado lugar a iniciativas conjuntas, como la adopción de una declaración tripartita sobre el tema en Togo. Esta Declaración Nacional Tripartita sobre VIH y SIDA y el mundo del trabajo fue adoptada en 2003 y actualizada en 2004. Especifica los roles y responsabilidades de los gobiernos y de las organizaciones de empleadores y trabajadores en la lucha contra el VIH y el SIDA en el país. Esta Declaración de carácter nacional y su Declaración consensual adjunta fueron firmadas por el Ministro de Trabajo y representantes de alto nivel de las organizaciones de empleadores y de trabajadores. Los

principios clave del Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo están integrados a ambos documentos, que han sido ampliamente difundidos entre empresas y otras contrapartes en el mundo del trabajo.

Recomendación sobre el VIH y el sida y el mundo del trabajo (núm. 200).

La Conferencia Internacional del Trabajo de junio de 2010 adoptó una nueva norma laboral internacional sobre VIH y el SIDA y el mundo del trabajo: la Recomendación de la OIT sobre el VIH y el sida y el mundo del trabajo (núm. 200). Esta establece principios clave para el desarrollo de políticas y programas nacionales tripartitos sobre VIH y SIDA, retomando los diez principios clave del Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo (2001). Aunque la Recomendación, como norma laboral internacional, es la principal referencia, el repertorio de recomendaciones prácticas sigue siendo un instrumento válido que provee asesoría útil y la complementa.

La Recomendación llama a que dichas políticas y programas sean integrados a estrategias y planes de desarrollo nacionales para garantizar que en la respuesta se incluya a los lugares de trabajo y a los actores del mundo laboral. Dispone que las políticas y programas sean desarrollados, adoptados, implementados y monitoreados por medio de un proceso participativo e inclusivo, que involucre a los representantes del gobierno, las organizaciones de empleadores y trabajadores, las asociaciones de personas que viven con VIH y otros actores relevantes, incluyendo el sector salud. La Recomendación también llama a que haya medidas en el lugar de trabajo para promover la participación activa tanto de mujeres como de hombres en la respuesta al VIH, además de la participación y el empoderamiento de todos los trabajadores, independientemente de su orientación sexual o de si pertenecen o no a un grupo vulnerable.

El Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA

El Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo, desarrollado en 2001 mediante consultas tripartitas, establece los principios fundamentales para el desarrollo de políticas y ofrece asesoría práctica para la implementación de estrategias de cobertura nacional, sectorial y de los lugares de trabajo. Cubre las siguientes áreas clave de acción:

- prevención del VIH y del SIDA;
- manejo y mitigación del impacto del VIH y del SIDA en el mundo del trabajo;
- atención médica, y apoyo personal para los trabajadores infectados y afectados por el VIH y el SIDA;
- eliminación del estigma y la discriminación relacionada con un estatus de VIH real o percibido.



Principios clave de la Recomendación-núm. 200 de la OIT sobre el VIH y el SIDA y el mundo del trabajo

Reconocimiento de que el VIH y el SIDA atañen al lugar de trabajo:

El VIH y el SIDA son problemas que involucran a los centros de trabajo y deben ser tratados como cualquier otra enfermedad o trastorno grave de la salud en el lugar de trabajo. Los centros de trabajo, como parte de la comunidad local, tienen un rol en la lucha global para limitar el avance y los efectos de la epidemia.

No a la discriminación:

Por el espíritu del trabajo decente y el respeto a los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas o afectadas por el VIH y el SIDA, no debe haber discriminación o estigmatización contra los trabajadores por su estatus real o percibido con respecto al VIH. La discriminación y estigmatización de las personas que viven con VIH inhibe los esfuerzos para promover la prevención del VIH y el SIDA.

Igualdad de género:

Se deben reconocer las dimensiones de género del VIH y el SIDA. Las mujeres tienen más probabilidades de infectarse y a menudo son más perjudicadas por el VIH y el SIDA que los hombres, debido a razones biológicas, socioculturales y económicas. Entre mayor sea la discriminación de género en las sociedades e inferior la posición de las mujeres, más perjudicadas serán por el VIH. Por ende, unas relaciones de género más equitativas y el empoderamiento de las mujeres son vitales para prevenir el esparcimiento de la infección del VIH y para facilitar a las mujeres sobrellevar el VIH y el SIDA.

Todas las medidas emprendidas en el lugar de trabajo y por medio de este deben garantizar la equidad de género. Se debe promover la protección de la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los hombres.

Ambiente de trabajo saludable:

Todos los trabajadores deben recibir formación sobre los modos de transmisión del VIH y las medidas para prevenir la exposición. Todas las medidas sobre infección y concientización deben hacer énfasis en el hecho de que el VIH no se transmite por contacto físico casual y que la presencia de una persona que viva con VIH no debe ser considerada un peligro para el lugar de trabajo.

Diálogo social:

La implementación exitosa de políticas y programas sobre VIH y SIDA requieren cooperación y confianza entre los empleadores, los trabajadores, sus representantes y los funcionarios gubernamentales, según corresponda, con la participación activa de los trabajadores infectados y afectados por el VIH y el SIDA.

NO a las pruebas obligatorias de VIH con fines de exclusión del empleo:

No se deben exigir pruebas de VIH y SIDA a los solicitantes o a las personas empleadas. Para evitar la discriminación se debe aplicar la prohibición de las pruebas para el empleo y más bien brindar orientación, apoyo psicológico y pruebas confidenciales de carácter voluntario.

Confidencialidad:

No existe justificación para pedir a los solicitantes de empleo o a los trabajadores que divulguen información personal relacionada con el VIH. Tampoco se debe obligar a los colegas a revelar

dicha información sobre sus compañeros de trabajo. El acceso a datos personales relacionados con el estatus de un trabajador con respecto al VIH debe regirse por reglas de confidencialidad que se adhieran al Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre la protección de los datos personales de los trabajadores, 1997.

Los resultados de las pruebas de VIH deben ser confidenciales y no deben poner en riesgo el acceso a los trabajos, la gestión, la seguridad laboral o las oportunidades de progreso.

Continuidad de la relación de empleo:

La infección por VIH no es causa para la terminar la relación de empleo. Al igual que con muchos otros problemas de salud, las personas que tienen enfermedades relacionadas con el VIH deben poder trabajar todo el tiempo que estén médicamente en condiciones de hacerlo en trabajos disponibles y apropiados.

Prevención:

La infección por VIH es prevenible. La prevención de todos los medios de transmisión puede lograrse con una variedad de estrategias que sean aptas a las condiciones nacionales, a los factores socioeconómicos y al respeto por la diversidad cultural.

La prevención puede lograrse con cambios en los comportamientos y los conocimientos mediante información y educación; o por medio del tratamiento y la creación de un ambiente sin discriminación. Las partes sociales (empleadores, trabajadores y gobiernos) están en una posición única para incidir en los esfuerzos de prevención, promoviéndola en el lugar de trabajo.

Las estrategias de prevención deben adaptarse al tipo de lugar de trabajo y a las condiciones nacionales, y deben tomar en cuenta cuestiones de género, culturales, sociales y económicas.

Pruebas de VIH: principios clave

Las pruebas de VIH **únicamente** deben realizarse conforme a las recomendaciones del Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT:

- con base en un consentimiento voluntario e informado;
- bajo condiciones de estricta confidencialidad; y
- con orientación y apoyo psicológico (*counselling*) previa y posteriormente al examen de parte de un profesional del apoyo personal capacitado sobre VIH.

Las pruebas de VIH **no** deben ser exigidas:

- al momento del reclutamiento;
- como condición para mantener el empleo, o
- si ello afecta los términos y condiciones del empleo

Divulgación del estatus

- A ningún empleado, o solicitante de empleo, se le debe pedir que divulgue su estatus de VIH en el trabajo;
- se debe observar estricta confidencialidad cuando se maneje información personal y registros de salud delicados;
- los gerentes deben procurar apoyar a los trabajadores que elijan divulgar libremente su estatus de VIH.

Ajustes razonables

- Se deben tomar medidas para alojar razonablemente a los trabajadores que tengan enfermedades relacionadas con el SIDA;
- el término ajustes razonables designa toda modificación o ajuste de un empleo o del lugar de trabajo que sea razonablemente practicable y que permita que una persona que vive con el VIH o el SIDA tenga acceso a un empleo, o participe o pueda progresar en él;
- podría incluir el reacomodo del horario laboral, equipo especial, oportunidades para tomar descansos, tiempo libre para citas médicas, permisos flexibles por enfermedad, arreglos para trabajar medio tiempo y para regresar al trabajo.

Fuente: OIT, SIDA, 2002.

Tratamiento, atención y apoyo:

La solidaridad, la atención médica y el apoyo personal deben guiar la respuesta al VIH y el SIDA en el mundo del trabajo. Todos los trabajadores, incluyendo los trabajadores que tienen VIH, tienen derecho a servicios de salud asequibles y a servicios profesionales de orientación y apoyo psicológico (*counselling*) para ellos y sus familias. No debe existir discriminación contra ellos y sus dependientes en cuanto al acceso al tratamiento y a las prestaciones de seguridad social estatutarias.

Respuesta al VIH y al SIDA en el lugar de trabajo

Cuáles acciones precisas sean mejores para un lugar de trabajo dependerá de la situación local, del tamaño y tipo de organización involucrada y de las necesidades de la fuerza laboral y el estado de la epidemia en el área. Aún si los niveles de prevalencia del problema son bajos, es importante actuar sin demora. Las intervenciones tempranas pueden evitar que la situación se agrave. Si los niveles de prevalencia son altos, la necesidad de acción es igual de urgente, pero las intervenciones serán diferentes y los costos podrían ser mayores.

Las intervenciones de salud en el lugar de trabajo deben vincularse a los servicios de salud pública. Los trabajadores y sus dependientes deben tener pleno acceso a dichos servicios, que deben incluir acceso gratuito o asequible a orientación, apoyo psicológico y pruebas voluntarias (IOPV); tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA); nutrición adecuada y coherente con el tratamiento; tratamiento para infecciones oportunistas e infecciones de transmisión sexual, y cualquier otra enfermedad relacionada con el VIH, en particular la tuberculosis; y programas de apoyo y prevención para personas que viven con el VIH, incluyendo apoyo psicosocial.

El VIH y el SIDA son problemas que atañen a los centros de trabajo

Su impacto lo sienten los trabajadores y los gerentes y aquellos que dependen de ellos. El lugar de trabajo tiene un papel clave en la lucha contra el SIDA y se encuentra en una posición ventajosa respecto a las diversas estrategias posibles y necesarias.

El lugar de trabajo:

- permite el desarrollo de políticas y estrategias que incluyan medidas para proteger los derechos y evitar la discriminación de los trabajadores, la confidencialidad y el acceso a la adaptación razonable de las condiciones y ambiente de trabajo;
- puede transmitir mensajes consistentes y precisos sobre VIH, SIDA y salud dirigidos a trabajadores que tengan un perfil similar en términos de edad, ocupación, educación, nivel de ingresos, comportamientos, origen social y cultural y que, de otro modo, no recibirían estos mensajes;
- puede vincular a los trabajadores con servicios comunitarios que provean información sobre infecciones de transmisión sexual, orientación y apoyo psicológico y pruebas voluntarias, , además de acceso a terapia antirretroviral;
- puede proveer oportunidades para motivar y movilizar personas y recursos, para apoyar a individuos, a sus familias y a las comunidades locales para desarrollar alianzas efectivas.

Es necesario primero averiguar qué está pasando en realidad y cuáles son los problemas ocultos. Esto implica consultar a terceros y realizar ejercicios de verificación empírica local de los datos globales, para evaluar qué se tiene que hacer y establecer prioridades.

La política de un centro de trabajo debe brindar lineamientos sobre cómo se manejará el VIH y el SIDA en el lugar de trabajo, como parte del enfoque de una política de SST integradora de la promoción de la salud y el bienestar.⁴

Incorporación del VIH y el SIDA en los programas de prevención para el lugar de trabajo

Los programas de prevención deben garantizar que:

- haya información precisa y actualizada disponible y que sea accesible para todos;
- se desarrollen programas educativos para ayudar a los trabajadores a comprender y a reducir el riesgo de todos los modos de transmisión del VIH, incluyendo la transmisión de madre a hijo, y a comprender la importancia de cambiar los comportamientos de riesgo relacionados con la infección;
- se ejecuten medidas efectivas de seguridad y salud en el trabajo;
- se emprendan medidas para animar a los trabajadores a acudir a orientación y apoyo psicológico y pruebas voluntarias, para averiguar su propio estatus con respecto al VIH.
- se dé acceso a todos los medios de prevención del VIH (p. ej. condones e información sobre su uso correcto, disponibilidad de profilaxis posterior a la exposición);
- los programas educativos se enfoquen en reducir los comportamientos de alto riesgo y en los grupos que están en mayor riesgo; y
- que las estrategias estén basadas en los instrumentos internacionales relevantes, como la Recomendación núm. 200 y el Repertorio de recomendaciones prácticas (2001) sobre el VIH/SIDA, además de los lineamientos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD).

La formación como herramienta para la prevención

Dada la naturaleza delicada del VIH, la formación debe ser una parte clave de cualquier política y programa de prevención en el lugar de trabajo. El Repertorio de recomendaciones prácticas invita a que:

- se provea formación diferente sobre VIH y SIDA a los distintos grupos;
- la formación sobre VIH y el SIDA sea parte de los programas de formación continua de la empresa, desarrollada en consulta con los representantes de los trabajadores;
- la formación sobre VIH y el SIDA sea respetuosa de la diversidad, con capacitadores formados para afrontar prejuicios de género y contra las minorías, especialmente con respecto al origen étnico o la orientación sexual.

La formación sobre VIH y SIDA debe ser una parte del programa regular de formación de la compañía. Los asuntos relacionados con el VIH y el SIDA deben aparecer regularmente en otros módulos de formación, en particular en aquellos sobre promoción de la salud debido a la interrelación de los problemas.

No se debe subestimar la importancia de brindar formación también a la alta gerencia. La experiencia recogida en las “buenas prácticas” muestra que concientizar a la alta gerencia sobre

⁴ Ver ejemplo de lineamientos de política en pág. 155.

el problema, sobre tomar en cuenta a las personas infectadas o enfermas y sobre el compromiso con la lucha contra el VIH y el SIDA hace una diferencia real.

Se recomienda que la formación de los representantes de los trabajadores sea durante la jornada laboral remunerada, y puede impartirse en el lugar de trabajo mediante los sindicatos involucrados, o por ambas vías. Debe cubrir muchos de los mismos temas que la formación de la gerencia, incluyendo aspectos sobre políticas e información factual actualizada sobre VIH y SIDA. Los contenidos y los métodos de formación deben contemplar su rol como representantes y defensores.

La figura del co-educador ha demostrado ser una estrategia muy efectiva en el lugar de trabajo, ya que realiza una labor trabajador por trabajador. Debe ser una de las principales herramientas usadas en los programas para el lugar de trabajo. Las intervenciones personales pueden tener un gran impacto sobre los cambios conductuales. Los compañeros de trabajo tienen antecedentes, valores y trabajos similares y pueden ser formados para brindar información, educación e incluso asesoría técnicas de apoyo psicológico personal. Pueden ofrecer información personalizada a sus colegas, lo que puede jugar un papel importante en el cambio conductual.

Formación para los trabajadores que entran en contacto con la sangre humana y otros fluidos corporales⁵

Los trabajadores que entran en contacto con la sangre humana y otros fluidos corporales en su trabajo deben recibir formación sobre los modos de transmisión del VIH y las medidas para prevenir la exposición e infección. En este contexto se debe hacer énfasis en el hecho de que el VIH no se transmite por contacto físico casual y que la presencia de una persona que viva con VIH no debe ser considerada un peligro para el lugar de trabajo. Todos los trabajadores deben recibir formación sobre los procedimientos de control de las infecciones en el contexto de los accidentes y los primeros auxilios en el lugar de trabajo. Los programas deben ofrecer formación sobre:

- el suministro de primeros auxilios;
- las Precauciones Universales para reducir el riesgo de exposición a la sangre humana y otros fluidos corporales;
- el uso de equipo de protección;

En noviembre de 2010 la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) lanzaron lineamientos internacionales dirigidos a proteger la salud de los trabajadores de la exposición al VIH/SIDA y a la tuberculosis (TB) y a ofrecer acceso a la prevención, el tratamiento y atención. Estos lineamientos apuntan directamente a garantizar que los trabajadores de la salud tengan acceso a precauciones universales y estándar, terapia preventiva para la tuberculosis, profilaxis y tratamiento posterior a la exposición al VIH, mecanismos de indemnización por infección profesional y seguro médico o por riesgos del trabajo. Los nuevos lineamientos son particularmente importantes para los trabajadores de la salud en áreas con una alta prevalencia de VIH y TB, como los médicos, enfermeras y obstetras, el personal técnico como los farmacéuticos y técnicos de laboratorio, además de los administradores médicos, conserjes, guardias de seguridad y otros trabajadores de servicios de apoyo. Se calcula que existen 60 millones de trabajadores de la salud en todo el mundo.

Fuente: OIT: Directrices de políticas conjuntas de la OIT/ OMS/ONUSIDA para mejorar el acceso de los trabajadores de la salud a los servicios de prevención, tratamiento y atención y apoyo en relación con el VIH y la tuberculosis (Ginebra), 2010. Disponible en: http://www.who.int/entity/occupational_health/SP14pt.pdf [consultado el 12 de septiembre de 2012].

⁵ OIT: Repertorio de recomendaciones prácticas sobre VIH/SIDA, 2001. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@ilo_aids/documents/publication/wcms_113788.pdf [consultado el 25 de julio de 2012].

- sobre los procedimientos correctos a seguir en caso de exposición a la sangre humana y otros fluidos corporales;
- sobre el derecho a la indemnización en caso de un accidente de trabajo.

Los programas de formación deben hacer énfasis en que tomar las precauciones no necesariamente está relacionado con el estatus percibido o real de las personas con respecto al VIH.

Precauciones Universales

Las Precauciones Universales son un conjunto sencillo de prácticas efectivas diseñadas para proteger a los trabajadores de la salud y a los pacientes de la infección por una variedad de agentes patógenos, incluyendo los virus transmitidos por la sangre. Las decisiones sobre el nivel de las precauciones a aplicar deben basarse en la naturaleza del procedimiento y no en el estatus serológico real o presumido del paciente.

Las Precauciones Universales incluyen las siguientes intervenciones:

- Lavado de las manos después de todo contacto directo con los pacientes.
- Re-encapuchado preventivo de agujas, usando las dos manos.
- Recolección y disposición seguras de las agujas (hipodérmicas y de sutura) y de objetos punzo-cortantes (bisturís, punzones, rastrillos, tijeras), en los requeridos contenedores a prueba de punción y de líquidos, en cada área de atención a pacientes.
- Uso guantes para el contacto con fluidos corporales, piel no intacta y membranas mucosas.
- Uso de máscara, protección para los ojos y bata (a veces un delantal de plástico) si la sangre y demás fluidos pudieran salpicar.
- Cobertura de todos los cortes y abrasiones con una vestidura impermeable.
- Limpieza inmediata y cuidadosa de todo derrame de sangre u otros fluidos corporales.
- Usar un sistema seguro para el manejo y la disposición de los desechos de la atención médica.

Dentro del sector salud se debe proveer profilaxis post-exposición como parte de un paquete amplio de precauciones universales que reduzca la exposición del personal al riesgo de infección en el trabajo. La profilaxis post-exposición es un tratamiento antirretroviral a corto plazo para reducir la probabilidad de infección del VIH ante una potencial exposición.

Fuente: Ayuda Memoria Una estrategia para la protección del personal de salud contra infecciones de virus transmitidos por sangre,OMS

*Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/activities/oehcdrom1.pdf
[consultado el 25 de julio de 2012].*

*Se puede encontrar información adicional en inglés sobre la profilaxis post-exposición en:
<http://www.who.int/hiv/topics/prophylaxis/info/en>
[consultado el 25 de julio de 2012].*

Estrategias de comunicación para el cambio de comportamientos

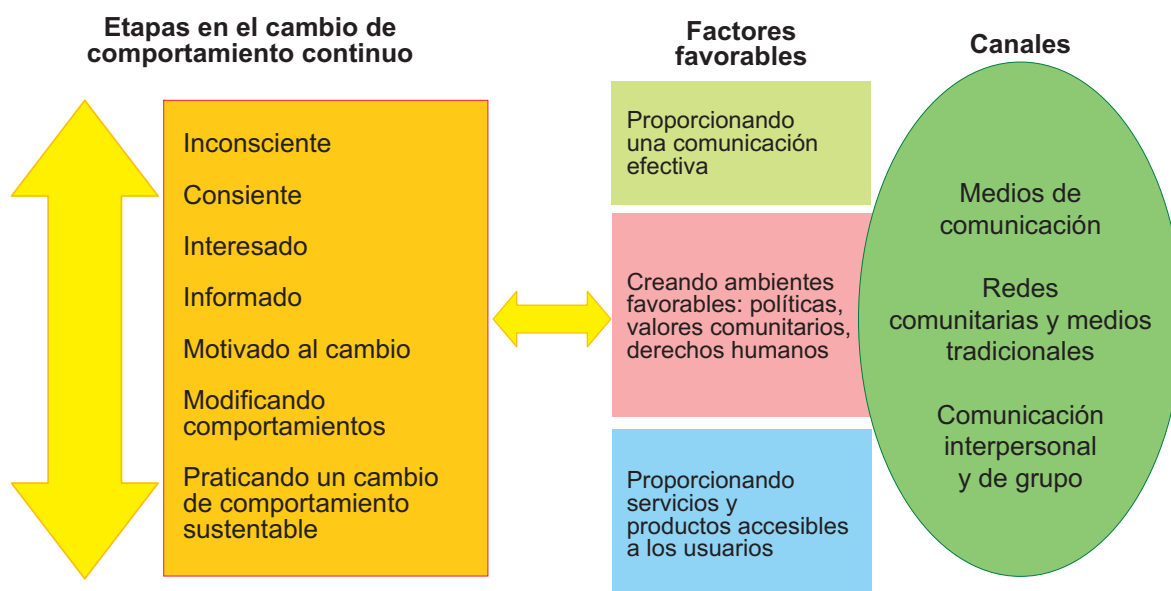
Para respaldar los esfuerzos de desarrollo e implementación de un programa de prevención del VIH y el SIDA en el lugar de trabajo, la OIT, en colaboración con *Family Health International* (FHI) desarrolló una caja de herramientas para el lugar de trabajo relativa a la comunicación para el cambio de comportamientos con respecto al VIH y el SIDA, (*HIV/AIDS Behaviour Change Communication – A toolkit for the workplace*, ILOAIDS, 2005). Este material, prevé un enfoque paso a paso que hace énfasis en la prevención por medio de la educación, la conciencia de género y un apoyo práctico para impulsar los cambios de comportamiento.

La comunicación para los cambios de comportamiento recurre a una mezcla de canales de comunicación para fomentar y mantener comportamientos positivos y apropiados. Promueve

mensajes personalizados, el diálogo y la plena asunción de responsabilidad. La participación de los actores del lugar de trabajo es vital a cada paso del planeamiento e implementación de los programas de cambio de comportamientos, para garantizar un cambio sostenible en las actitudes y el comportamiento.

Antes de que las personas y las comunidades logren reducir su nivel de riesgo o cambiar sus comportamientos, primero deben comprender los hechos básicos sobre el VIH y el SIDA, evaluar y modificar sus actitudes, aprender nuevas habilidades y obtener acceso a productos y servicios adecuados. También deben sentir que su entorno les brinda apoyo para el cambio de comportamientos y para mantener los comportamientos seguros. Para que sean efectivos, los programas BCC tienen que ser adaptados específicamente a las poblaciones objetivo.

El cambio de comportamientos es progresivo. El siguiente diagrama es un modelo práctico que muestra las “etapas del cambio”, y los factores facilitadores del cambio de comportamientos. Cada persona podría necesitar distintos mensajes y recursos de información en distintas etapas del cambio.



La comunicación eficaz para el cambio de comportamientos puede:

- aumentar los conocimientos sobre el VIH y el SIDA;
- estimular el diálogo social y comunitario;
- promover cambios esenciales de actitudes;
- mejorar las habilidades y el sentido de auto eficacia;
- reducir la estigmatización y discriminación contra las personas que viven con VIH;
- crear una demanda de información y servicios;
- impulsar una respuesta efectiva a la epidemia; y
- promover servicios para la prevención, la atención y el apoyo personal para poblaciones vulnerables.

5. Buenas prácticas

“Ninguna acción individual es apropiada o posible en todos los ambientes, pues están moldeados por los distintos flujos de la epidemia del VIH y el SIDA. El desafío es ayudar a los países, y a los empleadores y trabajadores en todas las etapas de la epidemia a beneficiarse de las lecciones de la experiencia y la buena praxis, y a acelerar y ampliar la escala de efectividad de las iniciativas de prevención, atención, apoyo personal y tratamiento.”

Fuente: Declaración de Consenso. Reunión tripartita interregional sobre las prácticas óptimas y enseñanzas extraídas de las políticas y los programas relativos al VIH/SIDA en el lugar de trabajo de la OIT, 2004.

La experiencia muestra que la acción efectiva contra el HIV y el SIDA en el lugar de trabajo puede funcionar y de hecho funciona. Ayuda a reducir riesgos y a prevenir la infección, el sufrimiento y la muerte precoz. Se pueden salvar millones de vidas y millones de trabajadores pueden vivir más, con vidas más saludables y más productivas, si los programas para el lugar de trabajo logran:

- romper el silencio en torno al VIH y el SIDA, crear y un ambiente de trabajo libre de estigma y discriminación;
- llegar a las empresas, los trabajadores, sus familias y las comunidades con información factual vital sobre los servicios de prevención, tratamiento, cuidado y apoyo relacionados con el VIH y el SIDA;
- movilizar personas y recursos, trabajar en conjunto con aliados clave para concientizar, promover comportamientos saludables, combatir el estigma y la discriminación, desarrollar lugares de trabajo habilitantes, seguros y que presten atención y faciliten el cuidado y el apoyo de las mujeres y los hombres afectados por el VIH y el SIDA, y que empoderen a las personas y las comunidades.

Establecer una estrategia sobre VIH y SIDA para el lugar de trabajo no significa empezar de cero. Existe amplia experiencia y muchos ejemplos de buena praxis de los cuales aprender y que se pueden retomar. Las alianzas comerciales globales y los sindicatos internacionales, las agencias internacionales, los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales (ONG) han producido lineamientos, desarrollado estudios de casos y provisto recursos. Entrar en contacto con aliados clave puede ayudar a desarrollar y adaptar las buenas prácticas, ahorrando tiempo y evitando esfuerzos innecesarios. Cada enfoque debe adaptarse a las necesidades del lugar de trabajo en cuestión, a los recursos y el apoyo disponibles. Por ejemplo, en el caso de las pequeñas empresas y en el caso de los trabajos que involucren a la economía informal y la comunidad, una de las lecciones clave aprendidas de la experiencia es la importancia de forjar vínculos firmes con terceros, más allá del lugar de trabajo.

Ejemplos de buenas prácticas:

NAMDEB Diamond Corporation, Botsuana

En Botsuana, la NAMDEB Diamond Corporation emplea casi 4.000 personas, quienes a su vez tienen alrededor de 6.000 dependientes. Esta compañía colaboró con los sindicatos para desarrollar un programa que brinda educación por medio de los compañeros de trabajo, además de distribución gratuita de preservativos, gestión de las infecciones de transmisión sexual (ITS), servicios de información/orientación y pruebas voluntarias y confidenciales de VIH y diagnóstico y tratamiento para la tuberculosis y las infecciones oportunistas para todos los trabajadores seropositivos. Este amplio programa ha tenido un impacto positivo en el control del VIH y otras ITS. Se distribuyen aproximadamente 200.000 condones al año. Los casos reportados anualmente de ITS entre los trabajadores cayeron de 533 a 186 en tres años (Rau, 2002).

RRR Industries, India

RRR Industries es una pequeña empresa que provee servicios de alta tecnología de la información y la comunicación (TIC) a otras pequeñas empresas y trabajadores organizados de la economía informal. Sus actividades sobre VIH y SIDA se dirigen primordialmente a este grupo objetivo. Su política antidiscriminatoria hace énfasis tanto en la prevención como en la promoción de una cultura de atención y apoyo para las personas que viven con VIH. Entre otras cosas, la compañía ha promovido la dotación de recursos para intervenciones que involucran a jóvenes aprendices de conductores, mecanismos de distribución de condones en propiedades industriales locales, tiendas e instalaciones de transporte. Se reportó que un programa que ofrecía incentivos financieros para que se “alojaran” máquinas expendedoras de condones en pequeñas empresas, instalaciones de transporte público y tiendas, las cuales se reabastecían regularmente, logró aumentar la distribución y el apoyo. Esta compañía, actualmente está haciendo alianzas con grupos de personas que viven con VIH para desarrollar potenciales oportunidades de empleo y programas de crédito comercial para personas que vivan con VIH (Paul, 2003).

Kahama Mining Corporation Ltd. (KCML) (Barrick Gold Corporation), Tanzania

El programa de alianza sobre VIH y SIDA de KCML combina la prevención en el lugar de trabajo, la información, orientación y apoyo psicológico, las pruebas voluntarias (IOPV), el tratamiento y cuidado, con un enfoque comunitario de desarrollo, atención y apoyo personal. Hace énfasis en el desarrollo de infraestructura comunitaria, la posesión de una vivienda y el empoderamiento de las mujeres y los jóvenes en la comunidad. Las iniciativas incluyen la posesión de una vivienda para que los mineros superen la separación de sus familias y que puedan reducir comportamientos de alto riesgo, servicios de salud sexual y reproductiva, promoción del desarrollo de pequeñas empresas y la formación para mujeres y otras personas sobre habilidades para conducir un proyecto de vida y competencias para desarrollar pequeñas empresas, como alternativas al trabajo en el sexo comercial.

Programa de formación docente sobre VIH y SIDA

En 2001 Educación Internacional (EI), un sindicato, la Organización Mundial de la Salud y el Centro de Desarrollo Educativo (EDC *Education Development Center*); una organización no gubernamental, lanzaron un Programa conjunto de formación de docentes sobre prevención de VIH y SIDA en las escuelas. Este programa fue implementado en 17 países: Botsuana, Guyana, Lesoto, Malawi, Namibia, Sudáfrica, Suazilandia, Tanzania, Zambia, Zimbabue, Burkina-Faso, Costa de Marfil, Guinea, Haití, Mali, Ruanda y Senegal. Hasta el año 2005, más de 133.000 docentes fueron capacitados sobre prevención de VIH y SIDA en más de 25.000 escuelas.

El objetivo principal era dar a los docentes las competencias necesarias para prevenir la infección por VIH de ellos mismos, sus colegas y sus alumnos. El programa también permite a los docentes promover el rol de las escuelas en la prevención de la infección del VIH y concientizar sobre una variedad de temas relacionados con el VIH, entre ellas la terapia antirretroviral, la orientación y el apoyo psicológico (*counselling*) y pruebas voluntarias, la estigmatización y la discriminación (OIT, 2009b).

6. Interrelaciones

Hay importantes problemas psicosociales vinculados con el VIH y el SIDA. El estrés, la violencia, el abuso de drogas y alcohol, todo ello debe ser abordado en la respuesta al VIH y el SIDA.

También se debe destacar la importancia del VIH y el SIDA y la nutrición. Cada uno de ellos puede ser causa del otro, creando potencialmente un círculo vicioso que requiera intervención urgente.

VIH y SIDA y el estrés

Los prejuicios y conceptos falsos sobre el VIH y el SIDA, los estigmas, la negación y la discriminación inciden en las actitudes sociales y en los comportamientos y la cultura organizacional. Todos estos factores pueden contribuir a un estrés extremo para las personas infectadas y afectadas por el VIH y el SIDA. El estrés relacionado con el VIH y el SIDA también afecta a aquellos que tienen que manejar su impacto, o a los familiares que sobreviven a la muerte de la persona enferma.

Reducir el estrés es importante para la salud de las personas que viven con VIH. Se sabe que el estrés debilita el sistema inmunológico, haciendo que las personas sean más susceptibles a la infección. Debido a que el sistema inmunológico de las personas que viven con VIH ya está debilitado por el virus, los efectos del estrés se suman a los riesgos ya existentes de una infección oportunista y de empobrecimiento de la salud.

Para los trabajadores de la salud, los miembros de asociaciones voluntarias o los familiares, la presión de una respuesta a la epidemia puede ser una fuente de estrés y pérdida de la moral. Muchos de los países que tienen mayor necesidad de trabajadores de la salud los pierden porque emigran en busca de mejores condiciones laborales o porque dejan la profesión del todo.

El Diagrama I muestra algunas de las interrelaciones clave entre el VIH y el estrés.

VIH y SIDA y consume de tabaco

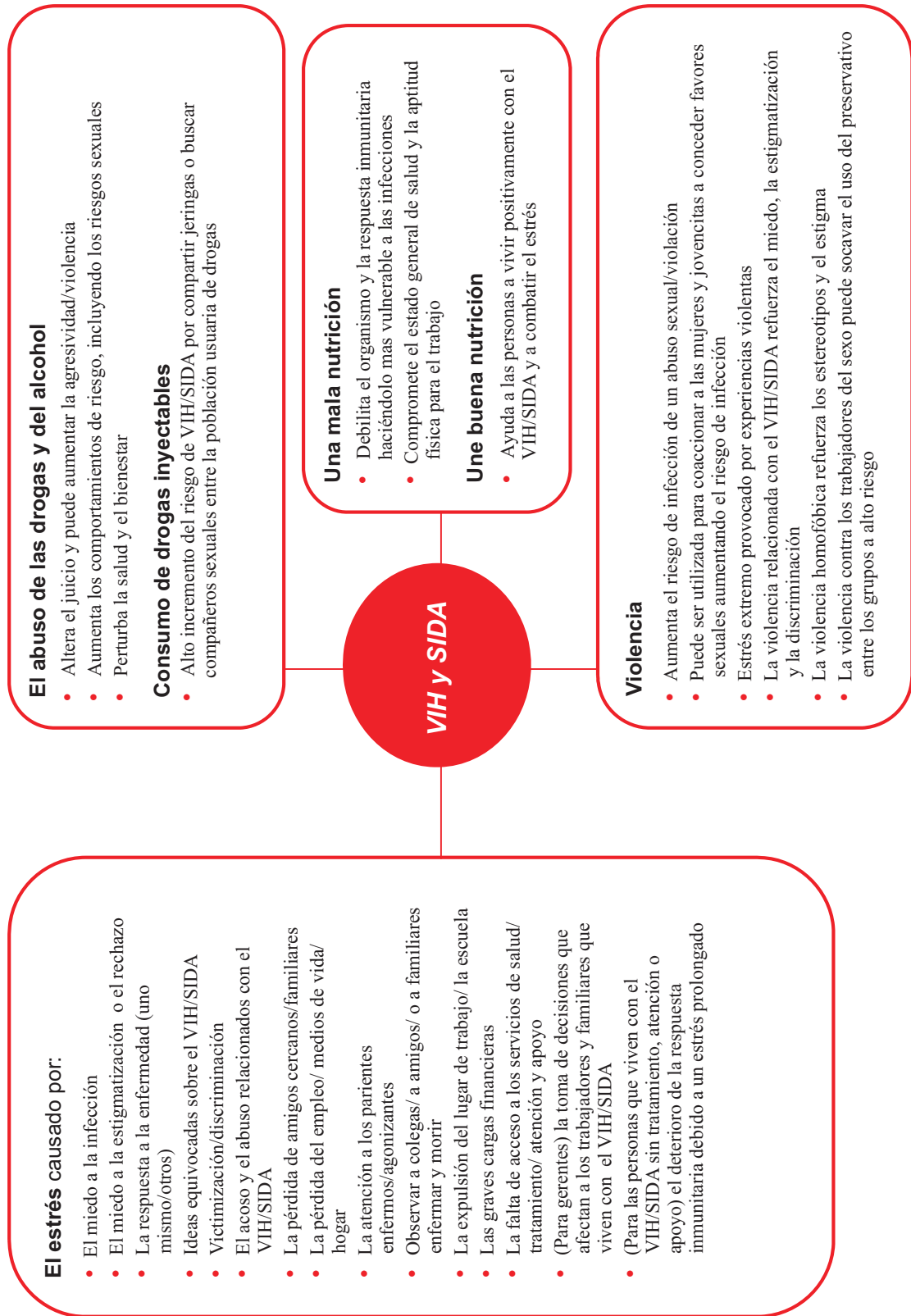
Las personas que viven con SIDA son particularmente susceptibles a infecciones respiratorias y tuberculosis. El consumo de tabaco los pone en mayor riesgo de enfermedades respiratorias y cáncer, daña sus pulmones y reduce aún más su capacidad de vivir con el VIH.

VIH y SIDA, y el consumo de drogas y alcohol

El equipo contaminado por drogas inyectables es un factor importante en la propagación del VIH. Las jeringas compartidas entre los consumidores de drogas inyectables, algunos de los cuales son seropositivos, implica un alto riesgo de infección del VIH. Hay estudios que han mostrado que existen más casos de VIH entre los consumidores de drogas inyectables y sus parejas que en la población promedio.

Diagrama I

Causas y efectos de las interacciones clave entre los problemas psicosociales y el VIH



El alcohol también está vinculado a la transmisión del VIH ya que inhibe el juicio y hace que las personas descuiden el uso del condón, al considerarlo innecesario. Ello aumenta el riesgo de sexo sin protección. El abuso del alcohol también está asociado con la violencia sexual, la cual a su vez puede aumentar el riesgo de transmisión del VIH.

VIH y SIDA y la violencia

Para las personas que han sido sometidas a violaciones o agresiones sexuales, o presionadas para tener sexo sin protección, el miedo de infectarse se añade al trauma del abuso sexual.

Las personas afectadas por el VIH y el SIDA podrían tener mayor riesgo de sufrir violencia. Podrían ser culpados, estigmatizados, sufrir violencia o ellos mismos podrían actuar violentamente hacia otros. Para reducir el riesgo de violencia y discriminación relacionadas con el VIH y el SIDA es necesario tomar medidas progresivas para combatir la estigmatización y las actitudes hacia la discriminación, además de crear un ambiente de trabajo saludable y que ofrezca apoyo.

VIH y SIDA y la nutrición

Una nutrición adecuada ayuda a fortalecer la capacidad de combatir el VIH o de prevenir la aparición de los síntomas en las personas que viven con el VIH y a reducir los riesgos de infecciones oportunistas. Quienes las cuidan también necesitan una dieta saludable para mantener la fortaleza. Muchos cuidadores no pueden costear una alimentación adecuada para ellos mismos o para terceros, especialmente si tuvieron que dejar sus propios trabajos para cuidar a la persona.

Las personas que tienen VIH tienen que tomar complementos vitamínicos para compensar algunos de los efectos del virus y los medicamentos antirretrovirales usados en el tratamiento del VIH y otros trastornos relacionados. Dichos complementos tienen un papel muy importante en ayudar a las personas que viven con VIH a vivir positiva y productivamente, permitiéndoles disfrutar una mejor calidad de vida y mantenerse aptos para trabajar.

El lugar de trabajo puede ser una fuente de complementos alimenticios, asistencia alimenticia, apoyo moral y emocional y un medio de soporte financiero.

7. Integración de políticas

Los empleadores y los trabajadores deben cooperar de manera positiva y atenta para desarrollar una política SST que aborde la infección por VIH y el SIDA, no sólo como enfermedad profesional cuando corresponda, sino también como una cuestión de promoción de la salud de toda la fuerza laboral. La política debe responder a las necesidades de ambas partes y equilibrarlas. Respalda por un compromiso del más alto nivel, esta política debe ofrecer un ejemplo a la comunidad en general sobre cómo manejar el VIH y el SIDA, como parte de un enfoque holístico de SST para abordar la promoción de la salud en el lugar de trabajo.

La política del lugar de trabajo debe ofrecer lineamientos sobre cómo se manejará el VIH y el SIDA como parte del enfoque de una política de SST integral, que incluya la promoción de la salud y el bienestar. Se requerirán amplias consultas, para lo cual puede ser útil establecer un comité que incluya:

- representantes de la alta gerencia;
- supervisores;
- trabajadores;
- sindicatos;
- el departamento de recursos humanos;
- la unidad de relaciones industriales;
- la unidad de salud en el trabajo;
- el comité de salud y seguridad; y
- personas que vivan con VIH y SIDA, si están de acuerdo.

El comité puede desarrollar la política sobre VIH y SIDA, la cual debe estar plenamente integrada a la política SST y debe ser aplicada por todos los actores. En los lugares de trabajo en los que haya un comité sobre seguridad y salud en el trabajo podría ser más apropiado darle la responsabilidad del VIH y el SIDA a este órgano ya existente, ya que la prevención de enfermedades laborales y la promoción de la salud están entre sus tareas.

La política SST que aborde el VIH y el SIDA debe ser difundida ampliamente antes de llegar a una versión final. Una vez que hayan sido acordados, los objetivos deben comunicarse claramente y deben ser conocidos a todos los niveles.

Es vital recibir apoyo total de la alta gerencia y asegurarse de que los trabajadores y sus representantes estén plenamente involucrados en todas las etapas de desarrollo e implementación. También es vital que los compromisos asumidos se materialicen en la práctica. Un documento por sí mismo, no cambia nada; la efectiva actuación de una estrategia en el lugar de trabajo puede hacer una gran diferencia.

Por último, es esencial monitorear y evaluar la política para asegurarse de que esté funcionando efectivamente. Ello implica establecer metas y objetivos desde el comienzo y después medir el avance hacia su consecución. Las políticas y estrategias deben ser revisadas regularmente y actualizadas siempre que sea necesario, a la luz de cualquier cambio en las condiciones y de los hallazgos de cualquier sondeo o estudio realizado.

Una política amplia de SST provee un marco firme para una estrategia de VIH y SIDA que busque reducir la propagación del VIH y contrarrestar su impacto. Dicha política debe:

- comprometer al centro de trabajo a realizar acciones concretas;
- establecer normas de comportamiento para todos los trabajadores (ya sea que vivan con el VIH o no);
- definir los derechos de todos;
- ofrecer lineamientos a los gerentes y los representantes de los trabajadores.

Los siguientes elementos de la política aplican particularmente al VIH y el SIDA y pueden ser usados para el diseño de un programa preventivo:

- **Formación, educación e información:** El VIH y el SIDA aún son muy incomprendidos, por razones sociales, culturales y médicas. Es por ello que la formación y la educación son particularmente importantes para crear un enfoque positivo hacia el VIH y el SIDA. Estos elementos están plasmados en la sección “Gestión del VIH y el SIDA en el trabajo”.
- **Mejora continua:** El VIH y el SIDA no son problemas estáticos. La epidemia cambia, la enfermedad avanza en las personas que la padecen y las necesidades de cada ambiente de trabajo cambian. Es vital seguirle el paso a los cambios que haya en el centro laboral y ajustar la política y la estrategia.
- **Participación y consulta al trabajador:** considerar los tabúes que rodean el VIH y el SIDA es particularmente importante para involucrar a los trabajadores en el planeamiento e implementación de la política y de la estrategia. El abordaje de los tabúes puede garantizar su participación y el éxito del programa relacionado. También es buena idea consultar e involucrar a personas que vivan con VIH, si están de acuerdo, ya sean trabajadores de la compañía o habitantes de la comunidad aledaña.
- **Organización del trabajo:** en la mayoría de las compañías hay muchos elementos de la organización del trabajo que NO tienen que cambiar, como las instalaciones sanitarias y alimenticias para los trabajadores que tienen y que no tienen VIH. Sin embargo, garantizar que los trabajadores que viven con VIH estén razonablemente a gusto en su trabajo a medida que la enfermedad avanza, podría requerir algunos cambios en la forma de organizar el trabajo.
- **Tratamiento y asistencia:** la política sobre atención y apoyo para el VIH debe abordar esta cuestión como cualquier otro trastorno serio de la salud en términos de acceso al tratamiento, prestaciones, indemnización. Debe ofrecer a los trabajadores tiempo y flexibilidad adecuados para que se ocupen de su enfermedad.
- **Evaluación y gestión de riesgos:** de uso común en la salud y seguridad, la evaluación de riesgos puede ser una buena manera de encontrar el enfoque adecuado para el VIH y el SIDA en una empresa.
- **Reclutamiento:** no debe existir discriminación por el estatus de VIH al momento del reclutamiento y, por lo tanto, no se deben realizar pruebas de VIH a los solicitantes de empleo.
- **Ética y confidencialidad:** cuando se maneje información delicada sobre la salud y aspectos culturales de los trabajadores, es esencial que haya una política que incorpore la confidencialidad.

- **Responsabilidad social:** al abordar el VIH y el SIDA de manera socialmente responsable, la empresa está respetando la dignidad y las necesidades de salud de sus trabajadores, lo que puede mejorar su imagen y su impacto en la comunidad.

Aprendiendo de las buenas prácticas

La combinación de los siguientes factores es común a las buenas prácticas de implementación de políticas y programas sobre VIH y SIDA en el lugar de trabajo, y puede ser usada como referencia:

- **Consulta, participación y alianza:**
 - involucrar gobiernos, empleadores y trabajadores y sus organizaciones;
 - garantizar la plena apropiación del proceso;
 - usar el diálogo social para decidir políticas, compartir recursos e implementar programas con respaldo de aliados adicionales cuando sea necesario.
- **Liderazgo**

Liderazgo de gobiernos, empleadores y trabajadores a todo nivel:

 - ayuda a inspirar confianza, a movilizar el apoyo y a garantizar la implementación;
 - contribuye al éxito de los proyectos, programas y alianzas.
- **Entorno propicio - leyes y derechos**

El planeamiento e implementación de programas en el lugar de trabajo depende críticamente de marcos legales y políticos de respaldo que:

 - reconozcan al VIH y el SIDA como problemas del lugar de trabajo;
 - integren actividades dentro de los centros de trabajo como parte de los programas nacionales sobre SIDA; y
 - garanticen la protección de los derechos.
- **Confianza y anti discriminación:**
 - la estigmatización y la discriminación son grandes obstáculos para el uso de servicios esenciales como la orientación y el apoyo psicológico, las pruebas voluntarias , y el tratamiento, aunque sean gratuitos;
 - una atmósfera de apertura y confianza, basada en la confidencialidad y el respeto de los derechos es la mejor manera de ayudar a crear condiciones para que las personas respondan positivamente a mensajes de cambio de comportamientos, y a la provisión de orientación, apoyo psicológico, pruebas voluntarias y tratamiento.
- **Construir sobre estructuras existentes**

Además de aprovechar los sistemas y estructuras establecidos, también es necesario adaptarlos para que reflejen aspectos específicos de la situación y la evolución de la epidemia. Algunos ejemplos de estructuras apropiadas en el lugar de trabajo son:

 - comités de seguridad y salud;
 - servicios de salud en el trabajo;
 - programas de educación y formación para los empleadores y los trabajadores.

- Prevención, atención y apoyo, y acceso al tratamiento - un proceso continuo

Los programas de prevención y de orientación, apoyo psicológico y pruebas voluntarias se ven fortalecidos cuando existe una capacidad adecuada y acceso a la atención, el apoyo y el tratamiento. Ofrecer atención y apoyo, y tratamiento para las infecciones oportunistas, las infecciones de transmisión sexual y el VIH:

- reduce la desigualdad;
- desarrolla confianza;
- motiva a las personas a abordar su estatus de VIH y a focalizarse en sus comportamientos preventivos y protectores;
- el tratamiento para las madres embarazadas y las madres en periodo de lactancia significa dar atención a las mujeres y oportunidad de prevenir la infección en los niños.

- Ir más allá del lugar de trabajo

Las actividades tienen que ir más allá de los centros de trabajo y extender los servicios a las familias y las comunidades para que sean efectivas y tengan impacto sobre las personas que están desempleadas o en la economía informal:

- las políticas gubernamentales y sectoriales pueden tener un papel importante en la consecución de estos objetivos.

- Comunicaciones

- tener mensajes claros, precisos y comprensibles es un punto central para el éxito de las campañas de información y educación;
- desarrollar mensajes personalizados para cada audiencia objetivo para una comunicación eficaz.

- Programas específicos para cada género

El género está profundamente vinculado con los factores de riesgo de la infección del VIH y con la manera en que esta epidemia afecta a las personas y las familias. Es esencial:

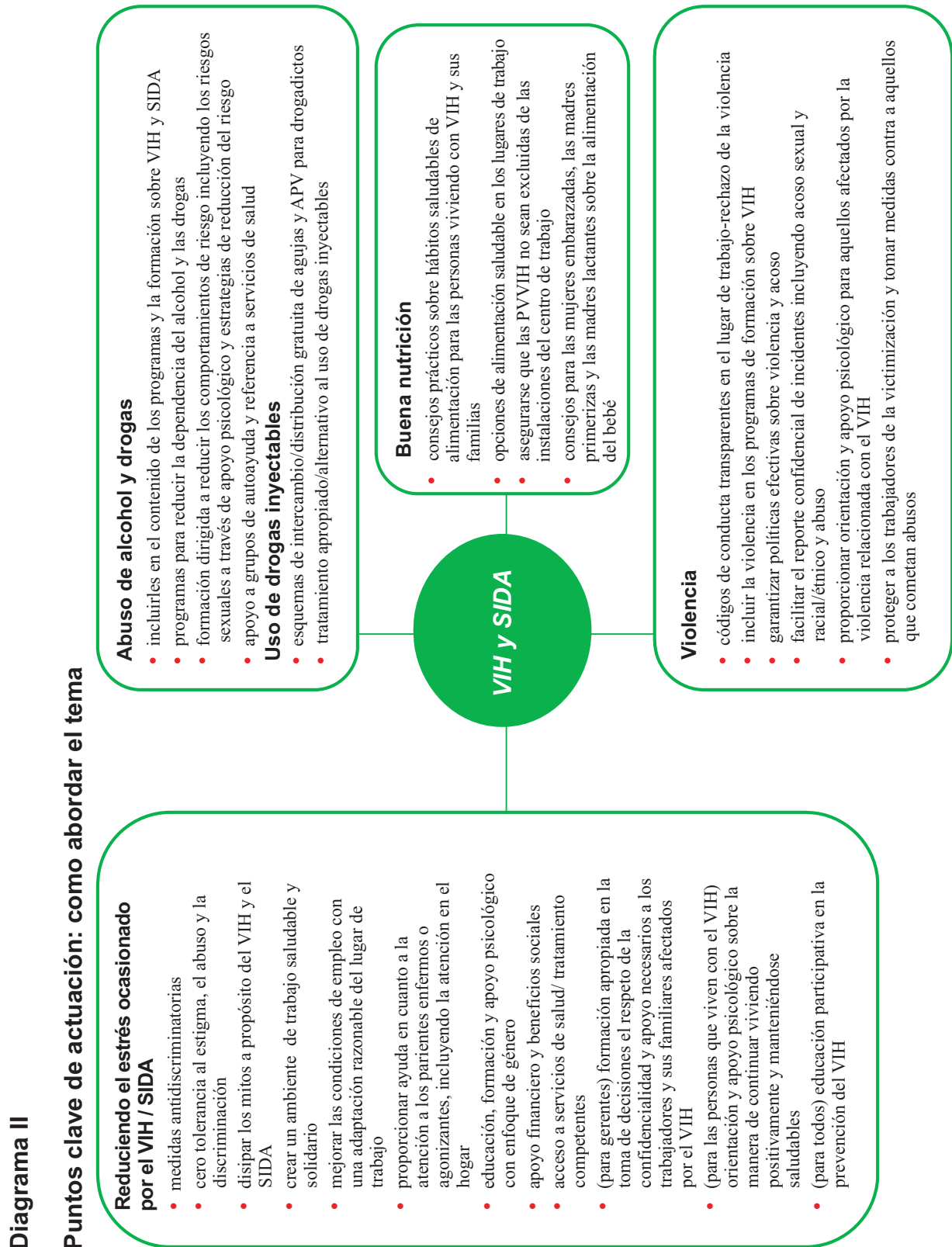
- incorporar la dimensión de género a todas las actividades del lugar de trabajo;
- abordar la posición social y económica de las mujeres además de los factores que definen el comportamiento de los hombres y las mujeres.

- Equidad: acceso para todos los que lo necesiten

















El VIH y el SIDA tienden a golpear a los más desfavorecidos de la manera más dura. Dirigir las respuestas a los grupos vulnerables ayuda a atacar la desigualdad, de la misma forma que las campañas de contacto con la comunidad local y la economía informal. El acceso al tratamiento es una de las cuestiones centrales en términos de la equidad.

Fuente: Declaración de Consenso. Reunión tripartita interregional sobre las prácticas óptimas y enseñanzas extraídas de las políticas y los programas relativos al VIH/SIDA en el lugar de trabajo de la OIT, 2004.

El siguiente Diagrama II muestra algunas de las medidas clave que pueden ayudar a abordar los aspectos centrales del problema por medio de un programa preventivo.



Bibliografía

-  Ball, L.; Crofts, N. 2002. “HIV Risk reduction in injecting drug users”, en P. Lamptey y H. Gayle (eds.): *HIV and AIDS Prevention and care in resource-constrained settings: Handbook for the design and management of programs* (Durham, NC, Family Health International). Disponible en: <http://www.fhi.org/en/hivaids/pub/guide/hivaidspreventioncare.htm> [consultado el 6 de julio de 2012].
-  De Cock, K.M. et al. 2000. “Prevention of Mother to child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice” en *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, núm. 9.
-  Global Health Initiative. 2004. *Business and HIV and AIDS: Who me? A global review of the business response to HIV and AIDS 2003-2004*. Disponible en: http://www.weforum.org/pdf/Initiatives/GHI_BusinessAIDSWhoMe_All.pdf [consultado el 10 de julio de 2012].
-  Goyer, K.C. 2001. *HIV and AIDS in Prisons: Problems, Policies and Potential*, Monografía núm. 79 (Pretoria, Sudáfrica, Institute for Security Studies).
-  Hamers, F.; Downs, A. 2003. “HIV in Central and Eastern Europe”, en *The Lancet*, vol. 361, núm. 9362, 22 marzo (Londres).
-  Institute for Security Studies (ISS). *HIV and AIDS in prisons: Problems, policies and potential*, 2001.
-  Michiels, S.; Extension, education and communication Service (SDRE); Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). 2001. *Strategic approaches to HIV prevention and AIDS mitigation in rural communities and households in sub-Saharan Africa*.
-  OIT-SIDA. 2002. *HIV and AIDS + Work – guidelines for employers: Using the ILO Code of Practice and Training Manual* (Ginebra).
-  —. 2005. *HIV/AIDS Behaviour Change Communication – A toolkit for the workplace*.
-  —. 2011. *Women, Girls and HIV and AIDS: Education, Women's Economic Empowerment and Workplace Violence* (OIT/ONUSIDA/UNESCO), *Fact sheet*. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—ed_protect/—protrav/—ilo_aids/documents/publication/wcms_152931.pdf [consultado el 10 de julio de 2012].
-  ONUSIDA. 1999. *Sex and youth: contextual factors affecting risk for HIV and AIDS: A comparative analysis of multi-site studies in developing countries* (Ginebra).
-  —. 2001. *Young men and HIV: Culture, poverty and sexual risk* (Ginebra).
-  —. 2008. *Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008* (Ginebra).
-  Organización Internacional de Empleadores (OIE); ONUSIDA. 2002. *Manual sobre el VIH/SIDA para empleadores – Guía para la acción*. Disponible en: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/jc767-employershandbook_es.pdf [consultado el 10 de julio de 2012].
-  Organización Internacional del Trabajo (OIT); Family Health International (FHI). 2005. *Behaviour Change Communication Toolkit for the Workplace*.
-  —. 2001. *Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo* (Ginebra).

Disponible en: http://www.ilo.org/aids/Publications/WCMS_113788/lang—es/index.htm [consultado el 4 de mayo de 2012].

-  —. 2002. *Aplicación de las recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo* (Ginebra).
Disponible en: http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_116498/lang—es/index.htm [consultado el 4 de mayo de 2012].
-  —. 2003. *Declaración de Consenso - Reunión tripartita interregional sobre las prácticas óptimas y enseñanzas extraídas de las políticas y los programas relativos al VIH/SIDA en el lugar de trabajo* (Ginebra).
Disponible en: http://www.ilo.org/aids/Publications/WCMS_117398/lang—es/index.htm [consultado el 4 de mayo de 2012].
-  —. 2004a. *El VIH/SIDA y el mundo del trabajo: estimaciones a nivel mundial, impacto y medidas adoptadas* (Ginebra).
Disponible en: http://www.ilo.org/aids/Publications/WCMS_120484/lang—es/index.htm [consultado el 4 de mayo de 2012].
-  —. 2004b. *Mujeres, niñas, VIH/SIDA y el mundo del trabajo*.
Disponible en: http://www.ilo.org/aids/Publications/WCMS_115053/lang—es/index.htm [consultado el 10 de julio de 2012].
-  —. 2005a. *Directrices mixtas OIT/OMS sobre los servicios de salud y el VIH/SIDA* (Ginebra).
Disponible en: <http://www.ilo.org/global/topics/hiv-aids/KD00016ES/lang—es/index.htm> [consultado el 10 de julio de 2012].
-  —. 2005b. *Utilización del Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo - Directrices para el sector del transporte* (Ginebra).
Disponible en: http://www.ilo.org/aids/Publications/WCMS_115116/lang—es/index.htm [consultado el 4 de mayo de 2012].
-  —. 2009a. *La igualdad de género como eje del trabajo decente*, Informe VI, Conferencia Internacional del Trabajo, 98.ª reunión, Ginebra.
Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@gender/documents/publication/wcms_106282.pdf [consultado el 4 de mayo de 2012].
-  —. 2009b. *El VIH/SIDA y el mundo del trabajo*, Informe IV(1), Conferencia Internacional del Trabajo, 98.ª reunión, Ginebra.
Disponible en: http://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/98thSession/ReportssubmittedtotheConference/WCMS_090193/lang—es/index.htm [consultado el 4 de mayo de 2012].
-  —. 2010. *Joint WHO/ILO policy guidelines on improving health worker access to prevention, treatment and care services for HIV and TB* (Ginebra).
Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500692_eng.pdf [consultado el 10 de julio de 2012].
-  Paul, J. 2003. *Best Practices in HIV and AIDS prevention in the Workplace*, Propuesta de documento informativo, Reunión tripartita interregional sobre las mejores prácticas para la implementación de políticas y programas sobre el VIH y el SIDA en el lugar de trabajo.
-  Rau, B. 2002. *Workplace HIV and AIDS Programs: An Action Guide for Managers* (Family Health International).
-  Tallis, V. 2002. *Gender and HIV and AIDS – Overview Report* (Brighton, Institute of Development Studies).

Sitios Web



Confederación Sindical Internacional (CSI):
<http://www.ituc-csi.org/?lang=es> [consultado el 7 de julio de 2012].



El Fondo mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria:
<http://www.theglobalfund.org/es/> [consultado el 7 de julio de 2012].



Family Health International (FHI):
<http://www.fhi.org> [consultado el 7 de julio de 2012].



Foro Económico Mundial: Iniciativa de Salud Global - Global Health Initiative (GHI):
<http://www.weforum.org/issues/global-health> [consultado el 7 de julio de 2012].



Global AIDS Alliance:
<http://www.globalaidsalliance.org> [consultado el 7 de julio de 2012].



Global Business Coalition on HIV and AIDS (GBC):
<http://www.businessfightsaids.org> [consultado el 7 de julio de 2012].



Internacional de la Educación (IE):
<http://www.ei-ie.org/spa/news/homepage/home> [consultado el 7 de julio de 2012].



Internacional de Servicios Públicos (ISP):
<http://www.world-psi.org/es> [consultado el 7 de julio de 2012].



OIT/SIDA:
<http://www.ilo.org/aids/lang—es/index.htm> [consultado el 7 de julio de 2012].



OMS VIH/SIDA:
<http://www.who.int/hiv/es/index.html> [consultado el 7 de julio de 2012].



ONUSIDA:
<http://www.unaids.org/es/> [consultado el 7 de julio de 2012].



Organización Internacional de Empleadores (OIE):
<http://www.ioe-emp.org/es/index.html> [consultado el 7 de julio de 2012].



PNUD China FAQ:
<http://www.undp.org.cn/modules.php?op=modload&name=News&file=article&catid=34&to pic=7&sid=4352&mode=thread&order=0&thold=0> [consultado el 7 de julio de 2012].



Tabaco y humo de segunda mano en el lugar de trabajo



1. Introducción

Todas las personas tienen el derecho básico a respirar aire limpio. Sin embargo, cuando se prohibió fumar en el trabajo a principios del siglo veinte, la prohibición era principalmente para prevenir incendios y explosiones y no por razones de salud. Más adelante en el siglo, de la década de 1950 a la de 1980, las prohibiciones del cigarrillo en los lugares de trabajo se enfocaban más en la protección de trabajadores vulnerables, principalmente en los sectores de la salud y la educación. Actualmente con la creciente conciencia que existe sobre el humo de segunda mano o ambiental proveniente del tabaco, cada vez se protege más trabajadores mediante leyes y políticas que prohíben fumar en el trabajo.

Hoy día existe una creciente evidencia del impacto que tiene la exposición al humo del tabaco sobre la salud. Además de los fumadores, esta evidencia exige una mayor protección a los no fumadores ante los peligros del humo del tabaco, ya que no existe ningún nivel de exposición segura al humo ambiental de tabaco. La única opción es promover leyes apropiadas que prohíban fumar en sitios públicos y lugares de trabajo.

Un estudio de 2005 publicado en el British Medical Journal sugiere que la exposición al humo del tabaco en el trabajo puede contribuir a una quinta parte de todas las muertes por humo de tabaco en la población general de entre 20 y 64 años de edad, y a la mitad de dichas muertes entre los trabajadores de la industria hotelera y gastronómica (Jamrozik, 2005).

Datos sobre el tabaco

- **El uso del tabaco es un factor que contribuye a seis de los ocho trastornos a la salud que son las principales causas de muerte en el mundo**, incluyendo las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infecciones del tracto respiratorio inferior y la tuberculosis.
- **El tabaco es una epidemia creciente.** En el siglo XX, esta epidemia ha matado a 100 millones de personas en el mundo. La epidemia del tabaco ya mata a 5,4 millones de personas al año por cáncer de pulmón, enfermedades cardíacas y otros padecimientos. Ese número aumentará hasta 8 millones al año en unas cuantas décadas.
- **A menos que se emprendan acciones urgentes** el tabaco podría matar a mil millones de personas durante el siglo XXI. Para 2030, más de 80 por ciento de las muertes relacionadas con el tabaco tendrán lugar en los países en desarrollo.
- **La exposición al humo de tabaco de segunda mano es un problema de salud importante en todo el mundo.** Mueren al menos 200,000 trabajadores al año y numerosos estudios han documentado los devastadores impactos para la salud ocasionados por la exposición, en algunos países en particular.

Fuente: OMS, 2008.

El desarrollo e implementación de estrategias para promover lugares de trabajo libres de humo y para dejar de fumar podría llevar a una reducción considerable de estas muertes evitables. De hecho, 168 países en todo el mundo ratificaron el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en 2010, lo cual los obliga legalmente a proteger a sus ciudadanos de la exposición al humo de segunda mano por medio de leyes apropiadas para prohibir el humo, las cuales deben incluir a los lugares de trabajo.¹

Dado que un porcentaje considerable de la población pasa la mayor parte de su tiempo en el trabajo, el lugar de trabajo puede ser usado para informar y educar a los trabajadores sobre los peligros del humo ambiental proveniente del tabaco. De acuerdo con la OMS, siete de cada diez fumadores quieren dejar de fumar y un lugar de trabajo libre de humo proveería un ambiente que apoye a los trabajadores que están tratando de hacerlo.

¹ Partes del Convenio Marco de la OMS sobre el control del tabaco, 2005.

2. Para comprender el consumo del tabaco

Los efectos del tabaco sobre la salud

El tabaco es una planta cuyas hojas se secan y se usan de distintas maneras. Para los fines de este capítulo consideraremos el uso del tabaco bajo la forma de cigarrillos y tomaremos en cuenta otras sustancias que se usan en la manufactura de cigarrillos. Fumar es muy malo para la salud y también afecta a las familias y los compañeros de trabajo de los fumadores. La mitad de todos los fumadores mueren a mediana edad. El tabaco mata más personas que el SIDA, que las drogas legales, las ilegales, los accidentes de carretera, asesinatos y suicidios en conjunto (OMS, 2002).²

¿Cuáles son los riesgos asociados con el cigarrillo?

- una disminución o desaparición del sentido del olfato y el gusto;
- resfriados frecuentes;
- tos de fumador;
- úlceras gástricas;
- bronquitis crónica;
- un aumento del pulso y la presión cardiaca;
- arrugas prematuras y más abundantes;
- enfisema;
- padecimientos cardiacos;
- derrames;
- cáncer de la boca, la laringe, faringe, el esófago, los pulmones, el páncreas, el cérvix, el útero y la vejiga.

Aunque muchas personas fuman porque creen que el cigarrillo les calma los nervios, el acto de fumar libera epinefrina, una hormona que crea estrés fisiológico en el fumador, y no relajación. La cualidad adictiva de esta droga hace que el usuario sienta que debe fumar más para tranquilizarse, cuando de hecho es el acto de fumar el que está ocasionando la agitación. El uso del tabaco es adictivo. La mayoría de los usuarios desarrollan tolerancia a la nicotina y necesitan mayores cantidades para producir el efecto deseado. Los fumadores se vuelven dependientes física y psicológicamente y sufren síndromes de abstinencia cuando dejan de fumar.

Entre los síntomas físicos del síndrome de abstinencia están:

- cambios en la temperatura corporal y el pulso;
- la digestión;
- pérdida del tono muscular;

² Disponible en inglés en: http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_atlas/en/ [consultado el 26 de julio de 2012].

- cambios en el apetito.

Entre los síntomas psicológicos están:

- irritabilidad;
- ansiedad;
- alteración del sueño;
- nerviosismo;
- dolores de cabeza;
- fatiga;
- náusea;
- antojos de tabaco que pueden durar días, semanas, meses, años o toda la vida.³

El hábito de fumar afecta a todos

Cuando una persona está en la misma habitación que otra que está fumando, el aire respirable queda contaminado con humo de segunda mano, o humo ambiental proveniente del tabaco. Esta es la combinación del humo de la punta encendida del cigarrillo y el humo exhalado por el fumador. Estar expuesto al humo de segunda mano proveniente del tabaco implica exponerse a los mismos gases tóxicos que si se estuviera fumando activamente.

Los no fumadores que respiran humo de segunda mano sufren de muchas de las mismas enfermedades que los fumadores regulares. Por lo tanto, el fumador pasivo está en riesgo de desarrollar los mismos cánceres y enfermedades cardíacas y pulmonares que el fumador activo.

El humo de segunda mano es una mezcla compleja de miles de químicos. Se ha demostrado que al menos 50 sustancias del humo de segunda mano causan cáncer (OMS, 2011)⁴, y pueden entrar al cuerpo a través de los pulmones antes de ser absorbidos por el torrente sanguíneo. El humo del tabaco también contiene grandes cantidades de monóxido de carbono, un gas que inhibe la capacidad de la sangre de transportar oxígeno a los tejidos corporales, incluyendo órganos vitales como el corazón y el cerebro, además de otras sustancias que contribuyen a enfermedades cardíacas y derrames.

¿Por qué fuman las personas?

Una razón por la que tantas personas fuman, aunque sepan que es peligroso, es porque es muy difícil dejar de fumar una vez que se ha desarrollado la dependencia de la sustancia adictiva que está en los cigarrillos: la nicotina. Fumar también es parte de la herencia cultural en muchos países; se considera “normal” fumar. Los cigarrillos también son atractivos para muchos jóvenes, a quienes se les venden con una imagen de producto para personas adultas y populares (*cool*). Muchas personas consideran que fumar les ayuda a sobrellevar situaciones estresantes, como los problemas en casa o una carga de trabajo excesiva.

³ Adaptado de: *Alcohol and Tobacco*. At Health, Inc. Copyright © 1996-2010. Disponible en inglés en: http://www.athealth.com/Practitioner/ceduc/alc_tob.html [consultado el 26 de julio de 2012].

⁴ Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/index.html> [consultado el 26 de julio de 2012].

Las mujeres y el cigarrillo

Un porcentaje creciente de los fumadores en la mayoría de los países del mundo son mujeres. En los países en los que las mujeres comenzaron a fumar en la década de 1950, por ejemplo los países europeos y norteamericanos, los cigarrillos siguen siendo un imán para las mujeres (especialmente las jóvenes) por la creencia de que fumar permite mantenerse delgado. En algunos países en donde hasta ahora se ha considerado tabú que las mujeres fumen, los productores de cigarrillos promueven sus productos como símbolo de la mujer moderna, sofisticada y emancipada.

Fumar tiene consecuencias particularmente malas para las mujeres embarazadas: fumar durante el embarazo puede ocasionar bajo peso al nacer. Más aún, es particularmente importante proteger a las mujeres del humo de segunda mano proveniente del tabaco durante el embarazo e informarles sobre los riesgos para el neonato. Los niños también deben ser protegidos del humo del tabaco, ya que son particularmente sensibles. El asma y las infecciones del oído son dos posibles consecuencias de la exposición al humo de segunda mano proveniente del tabaco.

Aunque las leyes están mejorando, sólo una minoría de los trabajadores de todo el mundo está protegida de la exposición al humo de segunda mano en el lugar de trabajo. Irónicamente el nivel de carcinógenos en un lugar de trabajo promedio que permita fumar está muy por encima de la exposición mínima recomendada a dichos carcinógenos por cualquier otra fuente. En muchos países la exposición a dichos niveles puede transgredir las leyes sobre salud y seguridad en el trabajo. El objetivo primordial de las leyes para los ambientes libres de humo es proteger a la población (no fumadores y fumadores por igual) de los graves daños para la salud que causa la exposición al humo de segunda mano proveniente del tabaco.

Las mujeres y el tabaco: Efectos sobre la salud y mortalidad

- Se calcula que en los Estados Unidos el cigarrillo mata a 178.000 mujeres al año. Las tres principales causas de muerte relacionadas con el cigarrillo en las mujeres son cáncer de los pulmones (45.000), enfermedades cardíacas (40.000) y enfermedades pulmonares crónicas (42.000).
- Noventa por ciento de todas las muertes por cáncer pulmonar en las mujeres fumadoras son atribuibles al cigarrillo. Desde 1950, las muertes por cáncer pulmonar entre las mujeres han aumentado más de 600 por ciento. En 1987, el cáncer pulmonar rebasó al cáncer de mamá como la principal causa de muerte relacionada con el cáncer en las mujeres.
- Las mujeres que fuman tienen mayor riesgo de desarrollar otros tipos de cáncer, incluyendo cáncer de la cavidad oral, de la faringe, la laringe, el esófago, páncreas, riñón, la vejiga y del cuello uterino. Las mujeres que fuman duplican su riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas coronarias y aumentan más de diez veces la probabilidad de morir de enfermedad pulmonar obstructiva.
- El cigarrillo aumenta el riesgo de infertilidad, de parto prematuro, mortinato, bajo peso al nacer y síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).
- Las mujeres posmenopáusicas que fuman tienen menor densidad ósea que las mujeres que nunca fumaron. Las mujeres que fuman tienen mayor riesgo de fractura de la cadera que las que nunca fumaron.

Fuente: Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, Centers for Disease Control).

Por qué fumar es un problema que atañe a los centros de trabajo

Además de que es malo para la salud del trabajador fumador, la exposición al humo del tabaco puede causar enfermedades graves a las familias y los compañeros de trabajo. Fumar también puede ocasionar incendios, explosiones y accidentes. En algunos lugares de trabajo el cigarrillo causa tensión y conflictos entre los trabajadores y este estrés negativo se traslada a las familias de los trabajadores y a la sociedad. Introducir un lugar de trabajo libre de humo es una manera de demostrar que al empleador le importa la salud y bienestar de todos los trabajadores y de sus familias; de los fumadores y los no fumadores. También da una señal positiva a los clientes y a la sociedad.

En el lugar de trabajo

- En Suecia los fumadores toman 9,7 más días por enfermedad que los no fumadores.
- Un fumador que toma 9 descansos de 10 minutos cada uno durante el día laboral pasa aproximadamente un día a la semana fumando.
- Las publicaciones sobre el impacto psicológico de la interacción entre fumadores y no fumadores concluye que dichos grupos pueden percibirse negativamente entre sí, afectándose el desempeño laboral de ambos.

Fuente: Lundborg, 2007; Gibson, 1997.

Los riesgos que comporta el humo pasivo lo convierten en un problema de salud en la casa y en el trabajo, especialmente para las personas que tienen alergias o asma, los niños y las embarazadas. Cerca de 40 por ciento de los niños del mundo tienen por lo menos uno de sus padres como fumador (Nota descriptiva OMS, 2010).

Un estudio en Hong Kong en 1995 mostró que de 5.142 policías que nunca habían fumado, 22 por ciento aseguraban estar expuestos al humo pasivo en casa y 77,9 por ciento en el trabajo, mientras que 58,6 por ciento estaban expuestos únicamente en el trabajo.

Un estudio de 239 pacientes de asma que nunca habían fumado, realizado en Finlandia entre 1997 y 2000, mostró que el riesgo de asma aumenta con la exposición al humo pasivo. En un ambiente de trabajo en el que se fuman diez cigarrillos al día, este riesgo aumenta en 44 por ciento.

Fuente: McGhee et al., 2000; Jaakkola et al., 2003.

3. El impacto del consumo del tabaco

En muchos países fumar va en aumento porque las personas pueden costearlo y porque se vuelve cada vez más popular. El número de fumadores crece menos rápidamente en países que tienen campañas amplias contra el cigarrillo. Estas campañas suelen incluir restricciones legales del consumo de cigarrillo en ciertos lugares, prohibiciones de anuncios, campañas de concientización e impuestos a los cigarrillos.

Actualmente el número de muertes ocasionadas por el tabaco es aproximadamente el mismo en los países desarrollados y en los países en desarrollo, pero se espera que este número se duplique en los países en desarrollo hacia 2030.

Aunque los cigarrillos estándar son el tipo más usado del tabaco que se fuma, hay otros productos para fumar tabaco, como los *bidis*, *kreteks* y *shisha* que están adquiriendo popularidad, a menudo por la creencia errónea de que son menos peligrosos para la salud. Sin embargo todas las formas de tabaco son letales.

Los fumadores no son los únicos que enferman y mueren por el tabaco. El humo de segunda mano también tiene consecuencias serias y a menudo fatales. Como ejemplo, en los Estados Unidos el humo de segunda mano causa cerca de 3,400 muertes por cáncer pulmonar y 46,000 muertes por enfermedades cardíacas al año. Se calcula que en los Estados Unidos el humo de segunda mano es responsable de alrededor de 430 casos de síndrome de muerte súbita del lactante; 24,500 bebés con poco peso; 71,900 partos prematuros y 202,300 episodios de asma infantil al año. Además de las consecuencias para la salud del humo de segunda mano, también merma seriamente los recursos económicos (Agencia de Protección Ambiental de California, 2005). Otro ejemplo, en la Región Administrativa Especial de Hong Kong en China, el costo de la atención médica directa, la atención a largo plazo y las pérdidas de productividad debido a la exposición al humo de segunda mano es de aproximadamente 156 millones de dólares al año (McGhee *et al.*, 2006).

Preguntas frecuentes acerca del humo de segunda mano⁵

¿Qué es el humo de segunda mano?

El humo de segunda mano es resultado de la “corriente secundaria” de humo que viene de la punta encendida del cigarrillo y la “corriente principal” del humo exhalado por el fumador. Los términos humo de tabaco ajeno (HTA) o de segunda mano, el fumado pasivamente, fumado involuntario o la exposición al humo ambiental de tabaco se refieren todos al fenómeno de respirar el humo de otras personas.

El humo de segunda mano es el humo que las personas respiran cuando están en el mismo espacio aéreo que los fumadores. Este es una mezcla de la corriente principal de humo exhalado por el fumador de tabaco, la corriente secundaria emitida por el tabaco encendido entre cada bocanada, los contaminantes emitidos al aire durante la bocanada y los contaminantes que se difunden a través del papel del cigarrillo y la boca entre bocanadas. Es una mezcla compleja de miles de químicos bajo la forma de partículas y gases. De acuerdo al Informe del Director

⁵ Toda esta sección es una adaptación de: *Second-hand smoke kills. Let's clear the air*. Día mundial sin tabaco, 31 de mayo de 2001, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/sde/ra/wntd-factsheet1.doc>. Cuando se usa una fuente distinta, se especifica.

General de Sanidad de los Estados Unidos (2006), al menos 250 de los químicos del humo de segunda mano son tóxicos o carcinógenos (US Surgeon General, 2006).

Ello incluye irritantes y venenos sistémicos como el ácido cianhídrico, el dióxido de azufre, el monóxido de carbono, amoniaco y formaldehído. También contiene carcinógenos y mutágenos como el arsénico, cromo, nitrosaminas y benzopireno. Muchos de los químicos como la nicotina, el cadmio y el monóxido de carbono, dañan los procesos reproductivos. El humo de segunda mano es un gran contaminante de espacios cerrados. Ha sido clasificado como “clase A” por la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos, es decir, como un carcinógeno humano para el cual no hay nivel seguro de exposición.⁶

¿Cómo afecta la salud el humo de segunda mano?

Los no fumadores que respiran humo de segunda mano sufren de muchas de las mismas enfermedades que los fumadores activos. Las muertes por enfermedades cardíacas, además de por cánceres pulmonares y nasales han sido causalmente asociadas con la exposición al humo de segunda mano. El humo de segunda mano también ocasiona una amplia variedad de efectos adversos para la salud en los niños, incluyendo bronquitis y neumonía, desarrollo y exacerbación del asma, infecciones en el oído medio y otitis media, que es la causa más común de sordera en los niños.

La exposición de mujeres no fumadoras al humo de segunda mano durante el embarazo reduce el crecimiento del feto. La exposición post-natal del infante al humo de segunda mano aumenta en gran medida el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante. El humo del tabaco también causa efectos inmediatos como irritaciones oculares y nasales, dolores de cabeza, inflamación de la garganta, mareo, náusea, tos y problemas respiratorios.

Humo de segunda mano en el lugar de trabajo

El humo de segunda mano también representa una amenaza en el lugar de trabajo. Las toxinas y carcinógenos se diseminan rápidamente en las oficinas, hoteles, restaurantes y otros espacios de trabajo cerrados. La mayoría de los trabajadores no tienen posibilidades de cambiar su ambiente de trabajo o de dejar su puesto para proteger su salud. En muchos casos, cuando no se garantiza un lugar de trabajo libre de humo, los empleados se ven obligados a pasar la mayor parte de sus horas de vigilia en una situación que amenaza su salud. En el caso de los empleados de restaurantes, la siguiente tabla muestra una selección de químicos que podrían inhalar directamente en un área de 300 metros cuadrados durante un solo turno de ocho horas!

⁶ Disponible en inglés en: <http://www.epa.gov/smokefree/pubs/strsfs.html> [consultado el 26 de julio de 2012].

Químico	Cantidad (ug.)	Químico	Cantidad (ug.)
monóxido de carbono	5606	benzopireno	18
alquitrán	3128	propionaldehído	17
nicotina	678	resoles	15
acetaldehído	207	ácido cianhídrico	14
óxido nítrico	190	estireno	13
isopreno	151	butanal	12
resorcinol	123	acrilonitrilo	11
acetona	121	crotonaldehído	10
tolueno	66	cadmio	9.7
formaldehído	54	1-aminonaftaleno	8.5
fenol	44	chromo	7.1
acroleína	40	plomo	6.0
benceno	36	2-aminonaftaleno	5.2
piridina	33	níquel	4.2
1,3-butadieno	25	3-aminobifenil	2.4
hidroquinona	24	4-aminobifenil	1.4
metiletilcetona	23	quinolina	1.3
catecol	22		

Los químicos en negritas son carcinógenos conocidos. En esta lista hay irritantes, mutágenos, toxinas y sustancias que aumentan la presión cardíaca, promueven tumores, afectan el sistema nervioso central, dañan los pulmones y causan disfunciones en los riñones.

Ya sea en casa, en el trabajo, en la escuela, en restaurantes, teatros o bares; el humo de segunda mano es una amenaza comprobada para la salud de jóvenes y adultos, de todas las condiciones y en todos los países.

¿Cuál es el alcance del problema del humo de segunda mano?

La exposición al humo de segunda mano es un problema ampliamente difundido que afecta a personas de todas las culturas y de todos los países. Esta exposición se da en situaciones ordinarias de la vida cotidiana: en las casas, en el trabajo y la escuela, en los patios de juego y el transporte público, en restaurantes y bares; literalmente en todos los lugares normales de actividad.

Diversos estudios realizados en todo el mundo confirman una exposición generalizada. Una encuesta calculó que 79 por ciento de los europeos de más de 15 años de edad está expuesto al humo de segunda mano. Otro calculó que 88 por ciento de todos los no fumadores de los

Estados Unidos está expuesto al humo de segunda mano. Datos recientes de Sudáfrica muestran que 64 por ciento de los niños menores de cinco años en Soweto viven con, por lo menos, un fumador en la casa. La Sociedad para el Cáncer de Nueva Zelanda informa que el humo de segunda mano es el tercer causante de muertes en el país, después del hábito activo de fumar y el uso del alcohol.

¿Áreas bien ventiladas para no fumadores son una medida suficiente?

No. Aunque una buena ventilación puede ayudar a disipar lo irritante que resulta el humo, no elimina sus componentes tóxicos.

Cuando las áreas de fumar comparten la ventilación con las áreas de no fumar, el humo se dispersa por todos lados. Las áreas de fumar únicamente ayudan a proteger a los no fumadores si son completamente cerradas y tienen un sistema independiente de ventilación que vaya directamente al exterior, sin recircular el aire hacia el interior del edificio, y si los empleados no tienen que atravesarlas.

Entonces... ¿cómo podemos proteger a las personas del humo de segunda mano?

Los gobiernos pueden hacer leyes y reglamentar las prohibiciones de fumar en los lugares públicos, educar a las personas sobre los riesgos del humo de segunda mano y ofrecer apoyo a aquellos que deseen dejar de fumar.

Los empleadores pueden poner en marcha y hacer cumplir las prohibiciones de fumar en los lugares de trabajo. Los padres pueden dejar de fumar en la casa y el auto, particularmente cerca de los niños, como también pueden pedir a los demás hagan lo mismo.

Los padres de familia también pueden asegurarse de que las guarderías, escuelas y lugares de actividades educativas extracurriculares estén libres de humo. Las personas pueden comunicar con claridad a sus familiares, amigos y compañeros de trabajo que sí les importa que fumen cerca de ellos.

Trabaje con sus organizaciones locales para emprender acciones sobre el humo de segunda mano.

¿Son difíciles de hacer cumplir las restricciones al cigarrillo?

La mayor parte del público (incluso los fumadores) apoyan los espacios libres de humo. La prohibición de fumar en lugares de trabajo y sitios públicos tiene éxito si las personas están al tanto de ella. El público debe saber de antemano que se están implementando prohibiciones de fumar y deben conocer las razones de salud que las inspiran.

Una buena educación y un planeamiento anticipados hacen posible que el mismo público que es el objetivo sea quien haga cumplir las restricciones de fumar y con ello garantizar el éxito de las medidas emprendidas.

¿Las restricciones de fumar afectan económicamente a las empresas?

No. La mayoría de los empleadores que implementan la prohibición de fumar ahorran dinero aumentando la productividad, reduciendo los costos de mantenimiento y limpieza y reduciendo la cobertura del seguro. Los estudios de la facturación de los restaurantes y los bares en los Estados Unidos antes y después de la prohibición de fumar han descubierto que las ventas se mantienen igual o aumentan después de la prohibición.

¿Entonces por qué no hay lugares libres de humo en todas partes?

La industria del tabaco gasta millones para financiar campañas de desinformación sobre el humo de segunda mano. Se ha contratado científicos y consultores no sólo para confundir al público sobre la validez de los datos científicos, sino también para crear dudas sobre los investigadores que producen los datos e incluso sobre los métodos científicos. Además de atacar los estudios legítimos, se financian y promueven proyectos espurios de investigación que restan importancia al humo de segunda mano.

Los grupos de interés que ejercen presión y los abogados del tabaco desvían los reglamentos gubernamentales sobre el humo de segunda mano, lo cual se complementa con enormes aportes de la industria tabacalera a campañas políticas. Cuando el dinero y la desinformación no funcionan, la industria promueve falsas soluciones para controlar el humo de segunda mano.

Aunque hay evidencia que muestra que la ventilación no es una solución efectiva al problema del humo de segunda mano, la industria sigue impulsando esta opción, llegando incluso a formar grupos de falsos consultores sobre la calidad del aire en espacios cerrados, que le restan importancia a los riesgos del humo de segunda mano.

Se ha lanzado una campaña de alcance mundial para promover la “cortesía de poder elegir” como alternativa a la prohibición de fumar en lugares públicos. Esta campaña sugiere que el problema serio del humo de segunda mano puede ser resuelto por los fumadores, simplemente pidiendo permiso antes de encender el cigarrillo o teniendo secciones de fumar y no fumar independientes. De esta manera se presenta el humo de segunda mano como una simple molestia para los no fumadores, y no como un riesgo muy real para la salud. La industria también financia movimientos sobre los derechos de los fumadores para crear una supuesta oposición independiente a las prohibiciones de fumar.

Los fumadores no son los únicos que enferman y mueren por el tabaco. El humo de segunda mano también tiene consecuencias serias y a menudo fatales. Como ejemplo, en los Estados Unidos el humo de segunda mano causa cerca de 3,400 muertes por cáncer pulmonar y 46,000 muertes por enfermedades cardíacas al año. Se calcula que en los Estados Unidos el humo de segunda mano es responsable de alrededor de 430 casos de síndrome de muerte súbita del lactante; 24,500 bebés con poco peso; 71,900 partos prematuros y 202,300 episodios de asma infantil al año. Además de las consecuencias para la salud, el humo de segunda mano también merma seriamente los recursos económicos (Agencia de Protección Ambiental de California, Cal/EPA, 2005). Por ejemplo, en la Región Administrativa Especial de Hong Kong en China, el costo de la atención médica directa, la atención a largo plazo y las pérdidas de productividad debido a la exposición al humo de segunda mano es de aproximadamente 156 millones de dólares al año (Mcghee *et al.*, 2006).

Fumar es costoso

Aunque los precios de los cigarrillos están aumentando en muchos países, la mayoría de los fumadores son trabajadores de bajos ingresos o desempleados. Para empeorar la situación, el hábito de fumar está aumentando más en los países más pobres y, la prevalencia del fumado es mayor entre las personas más pobres. En Bangladesh se descubrió que en los hogares más pobres se tiene el doble de probabilidades de fumar que en los hogares de mayores ingresos (McGhee *et al.*, 2006). Además del costo de los cigarrillos, en el presupuesto de un fumador pesan otros costos adicionales, tales como mayores gastos médicos y menores ingresos debido a enfermedades y a la reducción de la vida productiva. Por lo tanto, dejar de fumar, o fumar menos, puede resultar económico no sólo para los trabajadores y sus familias, sino para la sociedad en su conjunto (Efroymsen, 2001).

Minutos de mano de obra trabajados en ciudades selectas para comprar 20 cigarrillos de una marca internacional

Copenhague, Dinamarca	23
Yakarta, Indonesia	62
Mumbai, India	102
Nairobi, Kenia	158
Santiago, Chile	38

Fuente: Tobacco Atlas, "Cost to the worker."

Fumar es especialmente peligroso en algunos trabajos

En algunas ocupaciones el hábito de fumar puede interactuar con otras sustancias peligrosas, por ejemplo: carbón, granos, sílice, materiales de soldadura, asbesto, petroquímicos, aminas aromáticas, pesticidas, polvo de algodón y radiaciones ionizantes. Los trabajadores del asbesto o de la construcción que fuman están en un riesgo mucho mayor de desarrollar un cáncer del pulmón o una enfermedad crónica pulmonar que los no fumadores.

Un trabajador del asbesto que fuma tiene 50 veces más probabilidades de desarrollar cáncer en los pulmones que un trabajador del asbesto que no fume.

Fuente: Wallace, 2008.

Los mineros del uranio que fuman y otros trabajadores de ambientes radioactivos expuestos a radón, tienen un riesgo mucho más elevado de cáncer del pulmón que los no fumadores. Además, fumar es una de las principales causas de incendios y explosiones en el trabajo, especialmente donde se usen químicos inflamables y explosivos.

Los productos de tabaco pueden ocasionar quemaduras y reducir la visibilidad. Debido a la distracción momentánea que conlleva el encendido del cigarrillo, fumar también puede ser un factor de riesgo de accidente para los conductores de vehículos motorizados.

Los incendios ocasionados por el cigarrillo fueron responsables de:

- 10 por ciento de todas las muertes por incendios;
- un costo total de 27 mil millones de dólares.

Fuente: Tobacco Atlas, economics, costs, 2007.

4. Gestión del tabaco en el trabajo

Los empleadores también pueden ahorrar con una estrategia para un lugar de trabajo libre del humo de tabaco. La fuerza laboral no fumadora tiene menor ausentismo, hay menores costos de mantenimiento y limpieza, menor riesgo de incendio, menores costos de atención médica, menores costos en seguros a la propiedad, además de menores costos en seguros contra incendios, de vida y de salud. Un lugar de trabajo libre de humo de tabaco también implica menor pago de indemnizaciones a los trabajadores en casos de discapacidad derivados de la exposición al humo de segunda mano.

Un estudio realizado en 156 lugares de trabajo en Escocia en 1996 reveló que el costo estimado de las ausencias relacionadas con el cigarrillo era de 7 millones de libras esterlinas al año. Las pérdidas totales de productividad fueron calculadas en 827 millones de libras esterlinas al año. También hubo costos por incendios relacionados con el cigarrillo, por aproximadamente 74 millones al año, además de costos vinculados con las muertes y los daños a las instalaciones relacionados con el cigarrillo.

Fuente: Parrott et al, 2000.

Programas de asistencia

Es importante que existan programas de asistencia para todos los consumidores de tabaco que quieran dejarlo. La gerencia empresarial tiene que estar al tanto de los programas de asistencia disponibles y garantizar el cumplimiento de los principios de confidencialidad y de anti discriminación.

¿Es la ventilación una solución?

No hay un nivel seguro de exposición al tabaco de segunda mano. Por lo tanto no se puede recomendar la ventilación como solución al problema. Una opción más sencilla y más económica es ofrecer áreas para fumadores en espacios abiertos. Dichas áreas deben ser cómodas y seguras. Se deben proveer ceniceros, asientos, refugio y quizás calefacción en las áreas para fumadores en espacios abiertos y, para evitar que el humo entre, deben estar alejadas de las entradas o de las ventanas del edificio.

¿Qué se puede hacer?

- **Informar y educar:** La toma de conciencia es la base sobre la cual se debe construir la estrategia para abordar el consumo de tabaco en el lugar de trabajo. Durante la fase preparatoria podría ser útil realizar una evaluación de los hábitos de fumado de los trabajadores y sus actitudes hacia el tema. Durante esta fase también podría haber una campaña sobre el impacto del cigarrillo en la salud de los trabajadores y sobre cómo todos se benefician al tener una política de no fumar en las áreas de trabajo. A medida que se desarrolla la estrategia y se integra a la política de salud del lugar de trabajo, se debe informar a todos los trabajadores sobre qué cambios se realizarán y qué implica la nueva política en términos de áreas de fumar, descansos para fumar y, de ser posible, de asistencia para todos aquellos que deseen dejar de hacerlo.

- **Introducir una política de no fumar en todas las áreas de trabajo:** Todos los trabajadores deben ser protegidos del humo de segunda mano proveniente del tabaco en el área en que trabajan y en otras áreas utilizadas durante las horas de trabajo como el comedor, los corredores, los baños y los elevadores. Sólo se debe permitir fumar en espacios abiertos o áreas cerradas seguras que estén separadas y ventiladas, de manera que el humo de tabaco no se infiltre en las áreas de trabajo a las áreas de trabajo a través de entradas, ventanas, puertas, etc.
- **Prevenir la discriminación:** Al convertir el centro de trabajo en un lugar libre de humo, una manera de evitar que los fumadores sean estigmatizados es resaltar que el problema es el humo del tabaco y no el fumador. El cambio debe presentarse como un avance positivo hacia mejores condiciones de trabajo, no como una acción negativa contra los fumadores. La discriminación y estigmatización de los fumadores durante el proceso de reclutamiento o durante el empleo no deben ser toleradas. Tampoco se debe estigmatizar a los trabajadores que demandan lugares de trabajo libres de humo. Es posible reducir las tensiones entre los fumadores y los no fumadores incluyéndolos por igual en el desarrollo de la estrategia para las áreas de no fumar, dando información sobre los efectos del cigarrillo y dando apoyo a los fumadores que deseen dejar de fumar.
- **Ofrecer estímulos:** Una buena manera de reducir las tensiones asociadas al cambio hacia un ambiente libre de humo sería asociar la nueva política con un evento positivo; por ejemplo, se podría invitar a los fumadores a una competencia para dejar de fumar. La declaración de ser una compañía libre de humo puede acompañarse del lanzamiento oficial de un nuevo producto. Se podría invitar a todos los trabajadores a un retiro donde se promueva el no fumar. Dejar de fumar es más fácil si se hace ejercicio regular y no se siente estrés. Se puede realizar una campaña contra el cigarrillo combinada con una campaña más general sobre el bienestar.

5. Buenas prácticas

El marco legal internacional para que los países creen lugares de trabajo libres de humo

El **Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT)**, un tratado multilateral al que hasta noviembre de 2010 adherían 171 Estados Parte, es el primer paso en la lucha mundial contra la epidemia del tabaco. Este tratado representa una propuesta sólida, de ayuda para que los países reduzcan tanto la oferta como la demanda de tabaco. El Convenio Marco de la OMS establece que el derecho internacional tiene un papel vital en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. Las Partes del Convenio Marco de la OMS se han comprometido a proteger la salud de sus ciudadanos uniéndose a la lucha contra la epidemia del tabaco. El Artículo 8 del Convenio declara que:

“Cada Parte adoptará y aplicará, en áreas de la jurisdicción nacional existente y conforme determine la legislación nacional, medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/u otras medidas eficaces de protección contra la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores, medios de transporte público, lugares públicos cerrados y, según proceda, otros lugares públicos, y promoverá activamente la adopción y aplicación de esas medidas en otros niveles jurisdiccionales”.

Con arreglo a otras disposiciones del tratado, la Conferencia de las Partes del CMCT de la OMS adoptaron las **“Directrices para la protección contra la exposición al humo de tabaco”** para ayudar a las partes a cumplir sus obligaciones ante el Artículo 8 del Convenio. Dichas directrices contienen declaraciones de principios y definiciones de términos relevantes, además de recomendaciones acordadas sobre los pasos necesarios para cumplir las obligaciones del Convenio. Además, las directrices identifican las medidas necesarias para lograr una protección eficaz antes los peligros del humo de segunda mano proveniente del tabaco.

Las directrices fueron acordadas con base en evidencia científica que también fue presentada por las **“Recomendaciones de la OMS sobre políticas para la protección ante la exposición al humo de segunda mano proveniente del tabaco.”** A la luz de la evidencia y las mejores prácticas, la OMS recomienda que, para proteger a los trabajadores y el público de la exposición al humo de segunda mano proveniente del tabaco los países deben “eliminar el contaminante (el humo del tabaco) implementando ambientes 100 por ciento libres de humo”.

Como declaran claramente las Directrices del Artículo 8 del CMCT de la OMS y las recomendaciones de políticas de la OMS:

- la exposición al humo de segunda mano es causa de morbilidad, mortalidad y mala salud en los no fumadores;
- la protección efectiva de la exposición al humo de tabaco exige la eliminación total del humo del tabaco en un determinado edificio o área;

- los enfoques distintos a la total eliminación del humo del tabaco, incluyendo la ventilación, la filtración del aire y el uso de áreas designadas para fumar (ya sea con sistemas de ventilación independientes o no), han demostrado una y otra vez no ser eficaces; y
- las leyes que exigen la eliminación del humo de tabaco, al menos en los lugares públicos y lugares de trabajo cerrados, son necesarias para garantizar la protección universal. Las políticas voluntarias son menos efectivas.

Entre otros fundamentos, las recomendaciones de políticas de la OMS y las Directrices del Artículo 8 están respaldadas en numerosos instrumentos internacionales de derechos humanos que protegen el derecho a la salud, el derecho a la vida y el derecho a un ambiente saludable.

Además de proteger la salud, la implementación de leyes en pro de espacios libres de humo tiene beneficios conexos, como son la reducción de costos económicos y la reducción del uso del tabaco.

Impacto de las leyes contra el humo del cigarrillo

En distintas partes del mundo hay ejemplos de legislaciones nacionales, estatales o locales que muestran que es viable implementar leyes en pro de lugares de trabajo libres de humo proveniente del tabaco. Demuestran también que, tanto a corto como a largo plazo, esta medida lleva a una reducción considerable de la exposición de los empleados al humo ambiental de tabaco, en contraste con situaciones en las que no hay restricciones o hay algunas de carácter limitado y voluntario (Jaakkola; Jaakkola, 2006).

Tras la implementación de las leyes contra el humo del cigarrillo en Finlandia, las actitudes de los fumadores comenzaron a cambiar a favor de las restricciones. La evidencia sugiere que estas leyes redujeron el fumado activo, lo cual a su vez contribuyó al beneficio potencial para la salud pública.

En la República de Irlanda la introducción de leyes nacionales contra el humo del cigarrillo fue paralela a una reducción en los síntomas de problemas respiratorios, con considerables reducciones de tos y producción de flemas. También se observó una reducción en otros síntomas como el enrojecimiento de los ojos y la inflamación de la garganta tras la implementación de estas leyes.

El Estado de California en los Estados Unidos promulgó un amplio programa de control del tabaco en 1998. Se realizó un estudio de los trabajadores de los bares un mes antes y un mes después de la entrada en vigor del programa y se detectó una reducción considerable de síntomas en el tracto respiratorio superior, los ojos, la nariz y la garganta, menores síntomas en el tracto respiratorio inferior, como el resuello, la tos por disnea y la producción de flemas. Además, después de que entró en vigencia la prohibición se observó un aumento en la capacidad vital forzada de los pulmones (CVF).⁷

⁷ La capacidad vital forzada (CVF) es el volumen de aire que puede expulsarse con fuerza después de la inspiración total, medido en litros. La CVF es la maniobra más básica en las pruebas de espirometría.

6. Interrelaciones

El cigarrillo y los hábitos saludables de vida

Las iniciativas que promueven el bienestar estimulando hábitos de ejercicio físico, una dieta balanceada y sueño regular, son muy benéficas para los fumadores. Los hábitos saludables de vida reducen el estrés, lo cual facilita dejar de fumar o el fumar menos. Debido al efecto negativo del cigarrillo en la capacidad pulmonar y cardiaca, hacer ejercicio y corroborar mejoras en el rendimiento es un incentivo para fumar menos o no fumar en absoluto entre las personas que hacen deporte. El fumador se queda sin aliento con mayor facilidad al hacer ejercicio. El fumador promedio tiende a tener otros factores de su estilo de vida que pueden derivar en una mala salud, como sugiere el siguiente ejemplo de California en los Estados Unidos:

En un estudio con 16,534 hombres y 26,197 mujeres que se inscribieron en un plan de salud en el norte de California entre 1979 y 1985 se mostró que las personas más expuestas al humo de segunda mano proveniente del tabaco tendían más a ser jóvenes, de bajos niveles educativos, consumidores de tres bebidas alcohólicas o más, trabajadores sedentarios, y personas con más probabilidades de exposición a varios factores de riesgo en el trabajo.

Fuente: Iribarren et al, 2001.

Las adicciones y el consumo de tabaco

Hay estudios que han mostrado que las personas que empiezan fumar tienen más probabilidades de también comenzar a usar otras drogas. El siguiente estudio realizado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos confirma esta teoría.

El estudio realizado en 1997/98 mostró que entre las chicas cercanas a finalizar la escuela secundaria superior (16 años de edad) que nunca habían fumado, tan sólo 20 por ciento bebían alcohol y únicamente 5 por ciento habían usado marihuana, en comparación con casi 80 por ciento y 40 por ciento, respectivamente, de las que en ese momento fumaban.

Fuente: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2001.

Beber y fumar suelen ir de la mano: las personas que fuman ocasionalmente en cenas, bares o cafés; llamadas “fumadores sociales” o “fumadores de fiesta”, tienden a fumar únicamente cuando también beben alcohol. Cuando una empresa decide dejar de servir alcohol en el comedor, puede obtener un efecto positivo no sólo sobre el hábito de beber, sino también sobre el de fumar. Eliminando la venta de cigarrillos y restringiendo la venta de bebidas alcohólicas en las instalaciones de trabajo, la gerencia muestra su compromiso con una fuerza laboral más saludable, ya que los trabajadores están menos expuestos a la tentación de fumar o consumir alcohol y drogas durante el horario laboral.

El estrés y el cigarrillo

Algunas investigaciones indican que los trabajadores que experimentan estrés en el trabajo tienden a fumar más y a aumentar el número de cigarrillos que fuman. Un estudio con 2,584 hombres y 2,836 mujeres de 63 ocupaciones diferentes en Suecia ilustra este hecho.

Las ocupaciones que tienen un alto porcentaje de trabajo nocturno o por turnos, por ejemplo los conductores, guardias de seguridad y los cocineros, tienden a tener mayor número de fumadores. Entre los que trabajan por turnos, fumar puede ser una manera de combatir el sueño. El trabajo nocturno a veces está relacionado con una supervisión pasiva y fumar puede ser una manera de sobrellevar tareas aburridas.

Fuente: Knutsson et al, 1998.

El cigarrillo y el estrés

Los trabajadores experimentan principalmente dos tipos de estrés en relación con el cigarrillo en el lugar de trabajo. Un tipo de estrés proviene de la adicción en sí, los fumadores experimentan síntomas de abstinencia cuando no han fumado en un rato. El otro tipo de estrés es por la irritación que experimentan los no fumadores que trabajan en un ambiente contaminado por humo de tabaco. Estos efectos pueden incluir irritaciones oculares y nasales, dolores de cabeza, inflamación de la garganta, mareo, náusea, tos y problemas respiratorios. También es muy común que los fumadores y los no fumadores experimenten estrés debido a tensiones o conflictos relacionados con el cigarrillo, lo cual nos lleva al siguiente punto: el cigarrillo y la violencia.

El cigarrillo y la violencia

La tensión entre los fumadores y los no fumadores, combinada con la sensación de injusticia causada por la estigmatización o discriminación, puede derivar en agresiones. La violencia psicológica puede presentarse en forma de acoso y conflictos abiertos, pero también de exclusión y aislamiento.

7. Integración de políticas

Como en todo cambio organizacional, la introducción de una estrategia para no fumar, presenta tanto aspectos prácticos como psicológicos:

- El **aspecto práctico** de generar un lugar de trabajo libre de humo: ¿Cuándo y dónde se debe permitir fumar?, ¿Los trabajadores acceso a áreas para fumar seguras y cómodas, que no emanan humo de tabaco hacia áreas de trabajo?
- El **aspecto psicológico** de generar un lugar de trabajo libre de humo: ¿Los fumadores se sienten escuchados o discriminados? ¿Está claro lo que implica la estrategia contra el cigarrillo y quién es responsable de su cumplimiento?








De la misma forma que con las drogas y el alcohol, el estrés y otras cuestiones psicosociales, hay varios puntos a considerar cuando se incluya la erradicación de fumar en una política SST en los centros de trabajo. A continuación se enumeran los elementos más importantes a incluir:

- **Evaluación y gestión de riesgos:** Se podrán evaluar los hábitos de consumo de los trabajadores, su actitud hacia el fumar en el lugar de trabajo, además de hacer un inventario de áreas exteriores adecuadas para fumar.
- **Trabajo en equipo, participación y consulta al trabajador:** Es importante la participación de la gerencia empresarial, los representantes sindicales y los trabajadores en todos los esfuerzos que deriven en decisiones sobre la estrategia. Este diálogo puede prevenir conflictos, malentendidos y tensiones. Se puede incluir a los fumadores, ofreciéndoles asistencia para dejar de fumar y áreas decentes para fumar. Sin embargo, el derecho a trabajar en un ambiente libre de humo precede a la intención de fumar de los fumadores. El proceso de elaboración de políticas también debe involucrar al departamento de recursos humanos, dado que hay que informar a cada nuevo empleado de que su espacio de trabajo es un ambiente libre de humo. Los servicios de seguridad y salud en el trabajo tienen un papel importante en la información, educación y asistencia para dejar de fumar.
- **Información, educación, formación y promoción de la salud:** Comprender las razones de una política de empresa libre de humo puede reducir las tensiones. Esa comprensión puede lograrse con información regular sobre la política y con educación sobre los efectos para la salud y la seguridad para el que fuma y para el trabajador expuesto (fumador pasivo). El personal de los departamentos de recursos humanos y el personal médico debe estar capacitado para informar y asistir a los trabajadores sobre los problemas relacionados con el tabaco.
- **Asistencia y tratamiento:** Los trabajadores que se sientan discriminados por su hábito o porque quieren un ambiente libre de humo deben recibir ayuda de su empleador y del sindicato. Los fumadores deben tener acceso a asesoría y asistencia sobre cómo dejar de fumar. Si dicha ayuda no está disponible internamente, se debe poner a su disposición una lista de centros externos de ayuda para dejar de fumar.
- **Asignación de responsabilidad:** En el proceso de convertir un centro de trabajo en un lugar libre de humo, es útil saber quién es responsable de los aspectos prácticos como crear un área de fumadores, eliminar los ceniceros y poner letreros de no fumar. También es importante conocer el procedimiento de reclamos y quién es responsable de hacer cumplir la política. Todos los trabajadores deben saber a quién acudir en caso de problemas.

- **Ética y confidencialidad en el reclutamiento y selección:** Los registros de salud sobre el hábito de fumar de los trabajadores deben ser confidenciales. Ningún trabajador debe ser tratado de manera distinta durante el reclutamiento o la selección por su hábito, sin embargo, se les debe informar que su lugar de trabajo es libre de humo.
- **Sistema de gestión para la mejora continua:** Es aconsejable que un grupo de trabajo haga evaluaciones regulares de la ejecución de la política de no fumar, por ejemplo realizando mediciones de la calidad del aire, sondeos anónimos o análisis de las quejas sobre el cigarrillo. Los trabajadores deben contar con mecanismos para hacer sugerencias que permitan el mejoramiento continuo de la política con base en los logros.

Bibliografía

-  Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento. 1999. *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control* (Washington, D.C., Banco Mundial).
-  Brownson, R.C.; Hopkins, D.P.; Wakefield, M.A. 2002. “Effects of Smoking Restrictions in the Workplace”, en *Annual Revue of Public Health*, vol. 23, págs. 333–48.
-  California Environmental Protection Agency. 2005. *Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant*.
Disponible en:
http://oehha.ca.gov/air/environmental_tobacco/pdf/app32005.pdf [consultado el 7 de julio de 2012].
-  Efroymson, D. et al. 2001. “Hungry for tobacco: An analysis of the economic impact of tobacco consumption on the poor in Bangladesh”, en *Tobacco Control*, vol. 10, núm. 3, págs. 212–217.
-  Fichtenberg, C.M.; Glantz, S.A. 2002. “Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review”, en *British Medical Journal*, vol. 325, núm. 188.
-  Gibson, B. 1997. “Smoker – Non Smoker Conflict: Using a social psychological framework to understand a current social controversy”, en *Journal of Social Issues*, vol. 53, núm. 1, págs. 97–112.
-  Häkansta, C. 2004. *Workplace Smoking: A Review of Practical and Regulatory Measures* (Ginebra, OIT).
-  Iribarren, C. et al. 2001. “Exposure to environmental tobacco smoke: association with personal characteristics and self-reported health conditions” en *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 55, núm. 10 (BMJ Publishing Group), págs. 721–728.
-  Jaakkola, M.S. et al. 2003. “Environmental Tobacco Smoke and Adult-Onset Asthma: A Population-Based Incident Case-Control Study”, en *American Journal of Public Health*, vol. 93, núm. 12 (American Public Health Association), págs. 2055–2060.
-  Jaakkola, M.S.; Jaakkola, J. J. K. 2006. “Impact of smoke free workplace legislation on exposures and health: possibilities for prevention”, en *European Respiratory Journal*, vol. 28, núm. 2, págs. 397–408.
-  Jamrozik, K. 2005. “Estimate of Deaths attributed to passive smoking among UK adults: database analysis”, en *British Medical Journal*, vol. 330, núm. 7495, pág. 821.
-  Jha, P.; Chaloupka, F. 2000. *Tobacco Control in Developing Countries* (Oxford, Reino Unido, Oxford University Press).
-  Knutsson, A.; Nilsson, T. 1998. “Tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke in relation to certain work characteristics”, en *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 26, núm. 3 (Informa Healthcare), págs. 183–189.

-  Lundborg, P. 2007. “Does Smoking Increase Sick Leave? Evidence using register data on Swedish Workers”, en *Tobacco Control*, vol. 16, núm. 2, págs. 114–118.
-  Mackay, J.; Eriksen, M. 2002. *The Tobacco Atlas* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud).
-  McGhee, S. et al. 2000. “Passive smoking at work: the short-term costs”, en *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 54, núm. 9 (BMJ Publishing Group), págs. 673–676.
-  — 2006. “Cost of tobacco related diseases, including passive smoking in Hong Kong”, en *Tobacco Control*, vol. 15, núm. 2, págs. 125–130.
-  Nurminen, M.M.; Jaakkola, M.S. 2001. “Mortality from Occupational Exposure to Environmental Tobacco Smoke in Finland”, en *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 43, núm. 8, págs. 687–693.
-  Organización Mundial de la Salud. 2004. *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence* (Ginebra).
Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_E.pdf [consultado el 7 de julio de 2012].
-  —. 2008. “Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo” *Plan de medidas MPOWER* (Ginebra).
Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596280_spa.pdf [consultado el 7 de julio de 2012].
-  —. 2009. “Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo” *Crear ambientes libres de humo* (Ginebra).
Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_NMH_TFI_09.1_spa.pdf [consultado el 7 de julio de 2012].
-  Parrott, S.; Godfrey, C.; Raw, M. 2000. “Costs of employee smoking in the workplace in Scotland”, en *Tobacco Control*, vol. 9 (BMJ Publishing) págs. 187–192.
-  Pascale, M.W. et al. 2002. “Exposure to Secondhand Smoke in the Workplace: Serum Cotinine by Occupation”, en *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 44, núm. 6, págs. 503–509.
-  US Surgeon General (2006). *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. Atlanta GA, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades, Centro Coordinador para la Promoción de la Salud, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud, Oficina para el Cigarro y la Salud.
-  Wallace, R.B. 2008. *Maxcy-Rosenau-Last Public Health and Preventive Medicine*. (McGraw-Hill Medical).
-  Warner, K. 2000. “The economics of tobacco: myths and realities”, en *Tobacco Control*, vol. 9 (BMJ Publishing), págs. 78–89.

Sitios Web



At Health, Inc. 2010. *Straight Facts About Drugs and Alcohol*.
Disponible en: <http://www.athealth.com/Consumer/disorders/Substanceabuse.html>
[consultado el 7 de julio de 2012].



Atlas del tabaco de la OMS:
http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_atlas/en/ [consultado el 26 de julio de 2012].



Environmental Protection Agency. Setting the Record Straight: Secondhand Smoke is a Preventable Health Risk:
<http://www.epa.gov/smokefree/pubs/strsfs.html> [consultado el 7 de julio de 2012].



Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), EUA: Making Your Workplace Smokefree. A Decision Maker's Guide:
http://www.cdc.gov/tobacco/research_data/environmental/etsguide.htm [consultado el 7 de julio de 2012].



Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco:
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243591010.pdf> [consultado el 7 de julio de 2012].



Día Mundial Sin Tabaco de la OMS. Cómo daña y mata el humo ambiental del tabaco a los no fumadores:
<http://ops-oms.org/Spanish/AD/SDE/RA/wntd-factsheet2.pdf> [consultado el 7 de julio de 2012].



Documentos relativos al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco:
<http://www.who.int/fctc/publications/es/index.html> [consultado el 7 de julio de 2012].
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563413_eng.pdf [consultado el 7 de julio de 2012].



Hazards Magazine. An independent union magazine from Great Britain covering occupational safety and health topics:
<http://www.hazards.org> [consultado el 7 de julio de 2012].



U.S National Cancer Institute. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke:
<http://www.cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/10/> [consultado el 7 de julio de 2012].



National Occupational Health and Safety Commission, Australia: Guidance Note on the Elimination of Environmental Tobacco Smoke in the Workplace, [NOHSC: 3019 2003]:
<http://www.ashaust.org.au/SF'03/files/NOHSCnote0310.pdf> [consultado el 7 de julio de 2012].



Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO): “El consumo de tabaco seguirá aumentando pero con una tasa de crecimiento más lenta: Aumenta el número de fumadores. La producción se desplaza a los países en desarrollo”: <http://www.fao.org/spanish/newsroom/news/2003/26919-es.html> [consultado el 7 de julio de 2012].



Organización Mundial de la Salud (OMS): <http://www.who.int/tobacco/es/index.html> [consultado el 7 de julio de 2012].



Organización Mundial de la Salud, Día Mundial Sin Tabaco – 31 de mayo de 2010: http://www.who.int/tobacco/wntd/2010/gender_tobacco/es/index.html [consultado el 7 de julio de 2012].



Organización Mundial de la Salud, Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: http://www.who.int/fctc/signatories_parties/es/index.html [consultado el 7 de julio de 2012].



Organización Mundial de la Salud: Tobacco Atlas. Cost to the Economy: <http://www.who.int/tobacco/es/atlas13.pdf> [consultado el 7 de julio de 2012].



Organización Mundial de la Salud: Tobacco Atlas. Costs to the Smoker: <http://www.who.int/tobacco/es/atlas14.pdf> [consultado el 7 de julio de 2012].



Organización Mundial de la Salud: Nota descriptiva N.339: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/index.html> [consultado el 26 de julio de 2012].



Organización Panamericana de la Salud/OMS: <http://ops-oms.org/Spanish/AD/SDE/RA/wntd-factsheet2.pdf> [consultado el 7 de julio de 2012].



Programa Internacional sobre Seguridad Química (IPCS) Environmental Health Criteria 211, Health Effects of Interactions between Tobacco Use and Exposure to other Agents (1999): <http://www.inchem.org/documents/ehc/ehc/ehc211.htm> [consultado el 7 de julio de 2012].



Smoke-Free Workplaces at a Glance, Banco Mundial: <http://siteresources.worldbank.org/INTPH/Resources/376086-1238076532997/SmokeFreeWorkplacesataglance.pdf> [consultado el 7 de julio de 2012].



Tobacco in the workplace: Meeting the challenges. A handbook for employers. OMS Europa (2002): http://www.free4ever.info/assets/applets/Tobacco_in_the_Workplace_2002_WHO.pdf [consultado el 7 de julio de 2012].



Nutrición en el trabajo



1. Introducción

La salud de las personas, su capacidad de trabajar, de desempeñarse y hasta su humor están influenciados por la forma en que se nutren. Un trabajador que sigue una dieta balanceada tiene más probabilidades de ser saludable y más productivo.

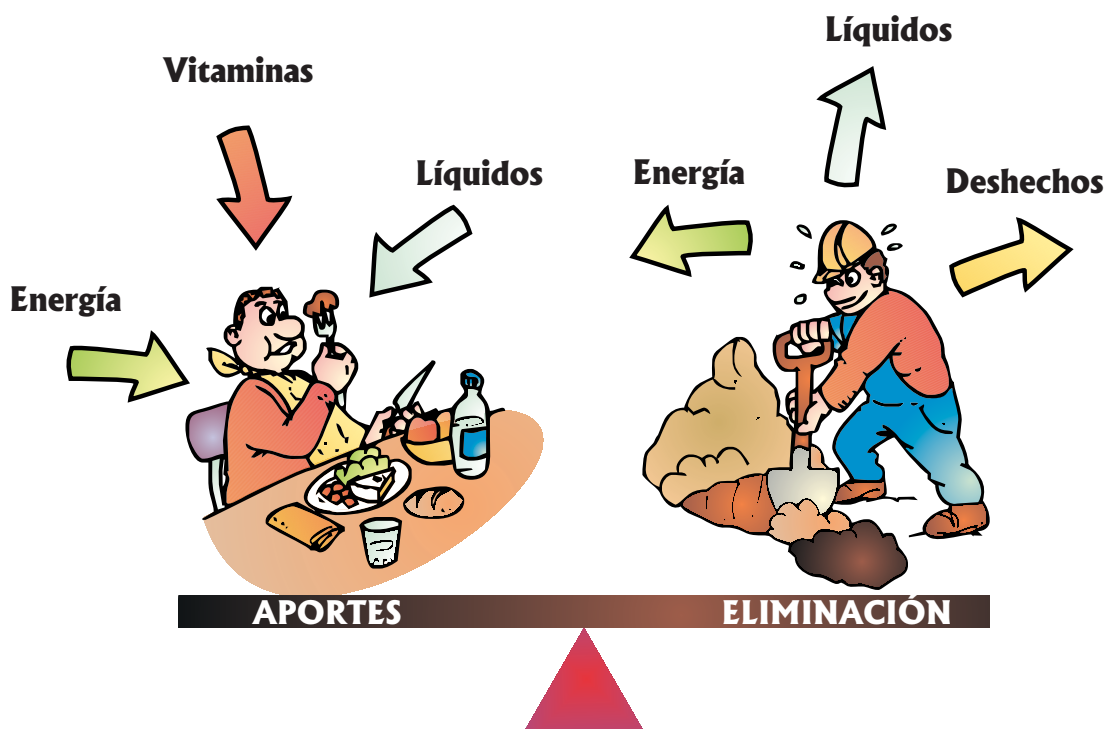
Muchas personas pasan una gran parte de su tiempo en el trabajo y la mayoría de nosotros necesitamos comer durante la jornada laboral. Dado que lo que comen los trabajadores puede determinar cómo trabajan, tiene sentido para las empresas prestar atención al acceso adecuado a los alimentos apropiados.

Cómo estimular a las personas a comer saludablemente puede depender de dónde estén: en casa, en el trabajo, en el camino, pero también depende de la persona. Además puede depender de su situación económica y de cuánto tiempo tengan para comer. Cambiar lo que las personas comen en el trabajo está en función no sólo de sus actitudes, sino también de la disponibilidad, el precio y las condiciones en que se consumen los alimentos. Cambiar las actitudes hacia la nutrición en el trabajo también puede conllevar cambios en las actitudes en el seno del hogar, mejorando no sólo la salud del trabajador, sino también de las familias y de la comunidad.

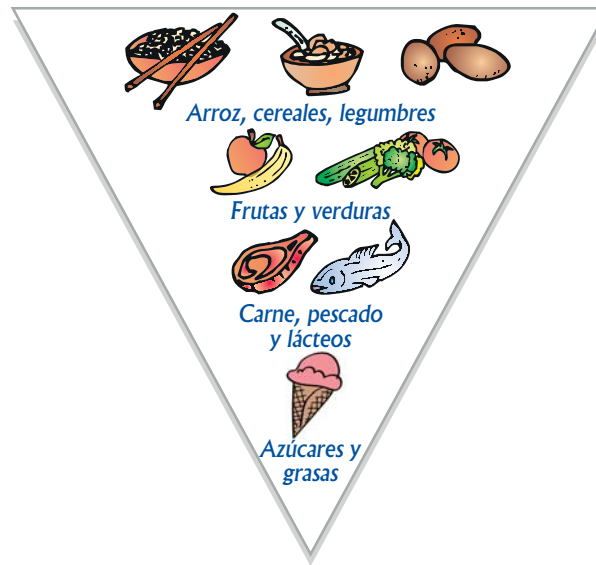
2. Para comprender la nutrición

¿Qué es una nutrición balanceada?

Las personas con una dieta saludable y balanceada obtienen la cantidad correcta de energía y de nutrientes para vivir y mantenerse saludables. Haciendo un parangón con los autos, usar la cantidad correcta de un combustible de buena calidad significa que el auto va a funcionar bien. Usar combustible de mala calidad en cantidades insuficientes ocasiona daños al motor e impide llegar al destino. En la dieta hay un riesgo adicional, relacionado con el “exceso de combustible”, particularmente si es de mala calidad. Ello puede derivar en obesidad y una serie de enfermedades de largo plazo y potencialmente fatales, como la diabetes tipo 2, y las enfermedades cardíacas, y puede también contribuir a algunas formas de cáncer.



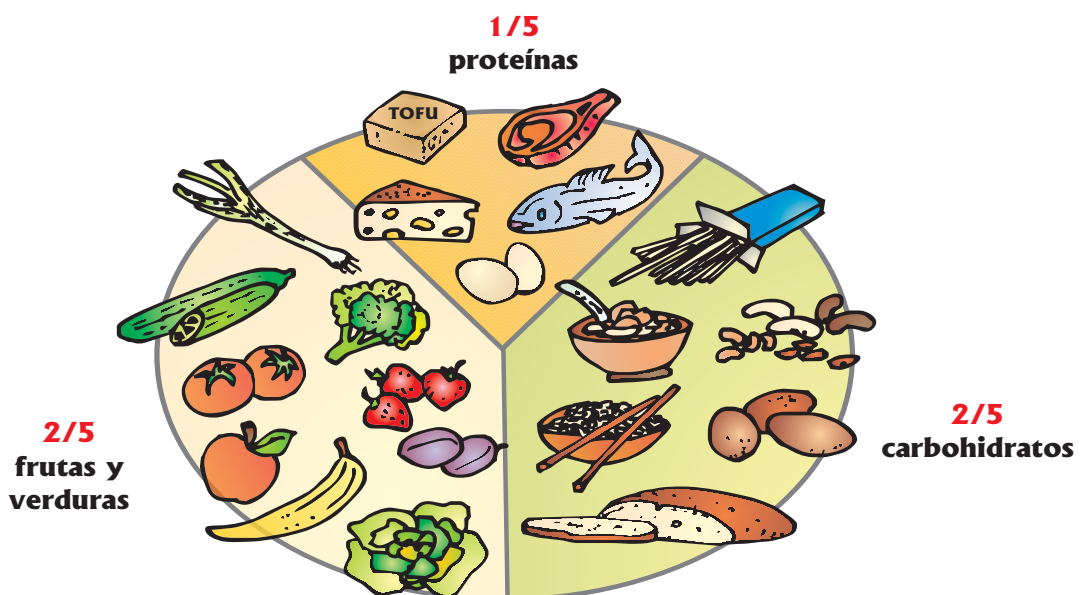
El triángulo alimenticio ilustra las proporciones balanceadas de las distintas categorías de alimentos. Los expertos están de acuerdo en general en que comer mayor cantidad de carbohidratos, como el arroz, pan, papas y menor cantidad de los demás grupos alimenticios (de la parte inferior del triángulo) representa una dieta saludable. Ello quiere decir, por ejemplo, que se necesitan cantidades muy bajas de azúcar en comparación con cantidades mucho mayores de frutas y vegetales.



Alguien que coma en estas proporciones saludables probablemente consuma las cantidades correctas de macro y micronutrientes. Existen cuatro tipos principales de macronutrientes: carbohidratos, proteínas, grasas y aceites y, el agua. Se ofrece información sobre estos tipos de alimentos en la Ficha técnica de los macronutrientes en el Anexo II. Los macronutrientes se encuentran en grandes cantidades en los alimentos y tienen una función fundamental para disfrutar de una vida saludable.

El platillo “saludable”

Para tener una comida balanceada debemos incluir en nuestro plato todos los distintos grupos alimenticios y combinarlos en las proporciones recomendadas. Como ejemplo, 2/5 de carbohidratos, (p. ej., arroz, cereales, papas); 2/5 de frutas y vegetales y 1/5 de proteínas (p. ej., pescado, carne, huevos, lácteos) proveen una comida balanceada. De esta manera se garantiza que se ingieran nutrientes esenciales como calcio, fibras alimenticias o ácidos grasos como omega-3. Para mantener el cuerpo adecuadamente hidratado se deben beber de 1.5 a 2 litros de agua al día.



Adaptado de: Société Suisse de Nutrition (SSN). Table de composition nutritionnelle suisse, Office Fédéral de la Santé Publique, Ecole Polytechnique Fédérale de Zurich, 2009.

Principales factores de riesgo en las enfermedades cardíacas



^a El objetivo de colesterol LDL se basa en la presencia de factores de riesgo y áreas de cardiopatía coronaria (CPC). Los objetivos son: <160 mg/dl sin CPC y menos de dos factores de riesgo, <130 mg/dl sin CPC y dos o más factores de riesgo; y <100 mg/dl con CPC.

^b El riesgo afecta tanto a los hombres como a las mujeres, pero comienza antes en aquéllos. Los hombres están en peligro a partir de los 45 años, mientras que en las mujeres el riesgo comienza a partir de los 55 años o como consecuencia de una menopausia precoz sin tratamiento de reposición de estrógenos.

Fuente: Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo de la OIT, 1998.

Micronutrientes

Los micronutrientes se encuentran en los alimentos en cantidades menores que los macronutrientes. Las vitaminas, minerales y los oligoelementos son esenciales para que el cuerpo procese los alimentos y funcione adecuadamente. En total existen trece vitaminas, siete minerales y once oligoelementos necesarios para la supervivencia. Al final de este capítulo, en el Anexo III se puede encontrar una tabla de micronutrientes.

3. Impacto

Desafíos para una nutrición balanceada en todo el mundo

Muchos trabajadores no consumen una dieta balanceada, lo cual con frecuencia tiene un impacto serio sobre su salud y su trabajo. Las razones son extremadamente variadas, pueden diferir considerablemente de un país a otro y de una región a otra.

Cantidad de alimentos

Con el trabajo pesado podría existir la necesidad de consumir cantidades razonablemente grandes de alimentos para mantener las prácticas laborales. Sin embargo, esto no siempre es posible, las condiciones climáticas severas y el grado de desarrollo de algunos países suelen estar asociados a un déficit de seguridad alimentaria. En algunos países podría no haber suficientes alimentos para mantener a la población, los ingresos podrían ser demasiado bajos con respecto al precio de los alimentos. Una comida puede tener un impacto considerable en el presupuesto familiar. En estos casos una nutrición deficiente reduce la salud de las personas y su capacidad de trabajar.

Cantidad de micronutrientes

Cuando los alimentos son escasos, también los micronutrientes lo son, lo que muchas veces causa desnutrición. La desnutrición de micronutrientes se deriva principalmente de las dietas que no tienen vitaminas y minerales esenciales, como el hierro, la vitamina A y el zinc. Estos se encuentran en las frutas y vegetales frescos, la carne, los productos lácteos y otros alimentos ricos en vitaminas y minerales. Las dietas con pocos micronutrientes causan enfermedades como ceguera, muerte prematura, deterioro del desarrollo mental y susceptibilidad a enfermedades contagiosas, particularmente entre los niños de los países en desarrollo, lo cual incidirá en una menor productividad, en la vida adulta.

Hierro

El trastorno nutricional más común en el mundo es la deficiencia de hierro. El principal síntoma de la deficiencia de hierro es una fatiga extrema, y su impacto negativo sobre la capacidad laboral puede ser grave. Además, la deficiencia de hierro en los niños afecta el desarrollo físico y mental.

DEFICIENCIA DE HIERRO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que 24,8 por ciento de la población mundial padece deficiencia de hierro (OMS, 2008).

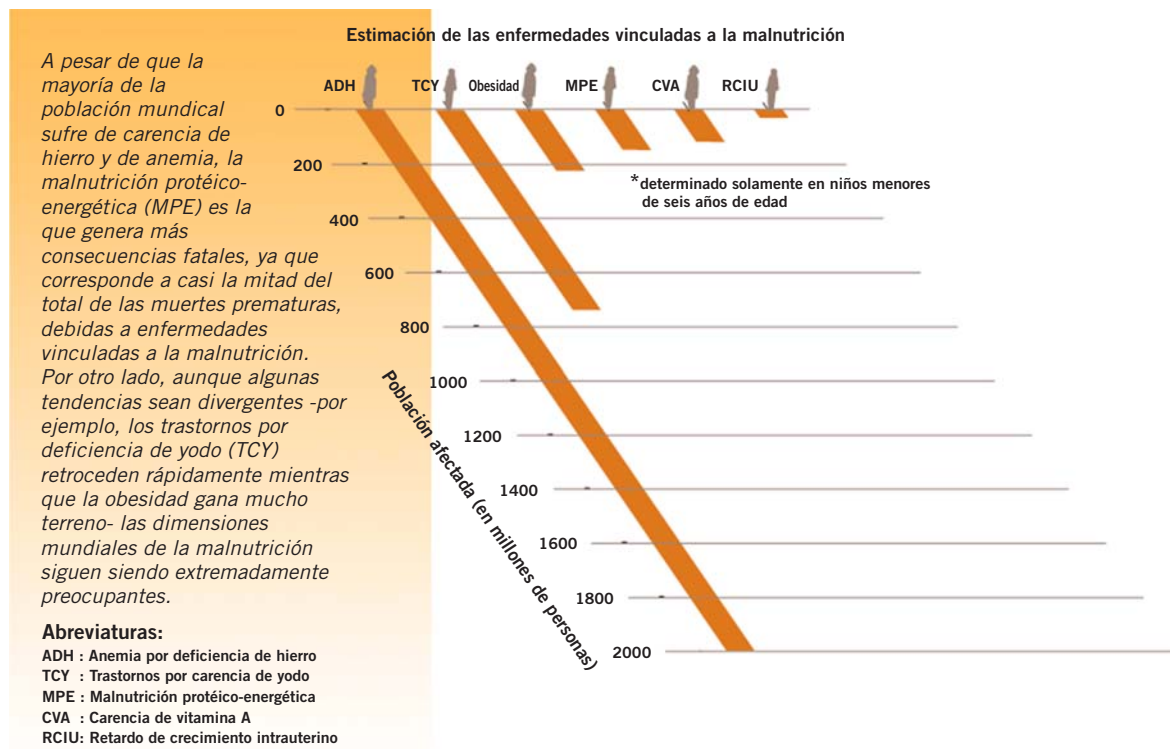
DEFICIENCIA DE YODO

Casi dos mil millones de personas en todo el mundo sufren deficiencia de yodo, de acuerdo con la OMS. Se manifiesta con mayor frecuencia como deterioro mental, y se calcula que en un 15.8 por ciento de la población general la deficiencia de yodo deriva en bocio. (OMS, 2004).

Yodo

La deficiencia de yodo también tiene un enorme impacto negativo sobre el crecimiento y el desarrollo y sobre la mala salud de los adultos. La deficiencia de yodo puede además ocasionar bocio y defectos cerebrales en los recién nacidos, debilitando aún más a la población.

Dimensiones de la malnutrición



Fuente: OMS, 2000.

La “transición nutricional”

En los lugares donde los alimentos son más abundantes y hay opciones disponibles, los problemas de nutrición pueden provenir de la falta de conciencia y de la desinformación. Es importante que las personas sepan lo que necesita su cuerpo, qué alimentos pueden cubrir esas necesidades y en qué proporciones. También deben estar conscientes del impacto que una dieta no balanceada tiene sobre la salud.

En algunos países, a medida que crece la economía y aumenta la urbanización, los hábitos de vida van cambiando. Estos países experimentan una “transición nutricional”, alejándose de las dietas tradicionales y pasando a dietas que podrían ser más variadas pero que también contienen más alimentos procesados, más productos animales, más azúcar y grasas agregadas y posiblemente más alcohol.

- Los países en transición nutricional tienen un riesgo mayor de enfermedades relacionadas con la nutrición.
- Algunos sectores de la población pueden padecer trastornos relacionados con la desnutrición, como un déficit de hierro y de yodo.
- Otras partes de la población podrían haber hecho un cambio radical y rápido de dietas tradicionales a dietas de alta energía y muchas grasas, acompañadas con una reducción en la actividad física. Es probable que esto derive en sobrepeso u obesidad y en un consecuente mayor riesgo de tener presión cardíaca elevada y enfermedades como diabetes tipo 2.

- En esos países algunos trabajadores pueden estar desnutridos y tener una productividad por debajo de su capacidad, mientras que otros pueden estar muriendo antes del final de su vida laboral, por enfermedades relacionadas con la obesidad.

Obesidad

En los países industrializados las personas suele estar conscientes de los problemas que ocasiona la mala alimentación, pero debido su elección de estilo de vida, terminan por no comer saludablemente.

La elección de los alimentos se vuelve una cuestión de comodidad, hábito, moda y, en algunos casos, de ingresos: los alimentos de mala calidad nutricional suelen ser más baratos que los saludables. La combinación de dietas altas en azúcar, grasas y bajas en fibra, conocidas como dietas densas en energía, junto con un estilo de vida inactivo (sedentario) ha derivado en una población con un sobrepeso creciente en los países industrializados y en los países con economías en transición. Las consecuencias negativas para la salud y para el trabajo son inmensas y se predice que empeorarán.

Estar pasado de peso u obeso podría generar una variedad de enfermedades que tienen un impacto serio en la salud de las personas, en su capacidad de trabajar y en los sistemas nacionales de atención médica.

- La diabetes tipo 2 es un gran problema relacionado con la obesidad. De acuerdo con la OMS, los países en los que hay mayor número de pacientes de diabetes son India, China, EUA, Indonesia, Japón, Pakistán, Rusia, Brasil, Italia y Bangladesh.
- Las enfermedades cardíacas también están muy relacionadas con el sobrepeso y la mala dieta.
- El cáncer también está relacionado con la dieta. La OMS sugiere que los factores de dieta contribuyen a alrededor de 30 por ciento de todos los cánceres en los países industrializados y hasta 20 por ciento en los países en desarrollo. En todos los países el tabaco es el principal factor que contribuye al cáncer.

La nutrición y la productividad laboral

Las consecuencias de una nutrición desequilibrada sobre la salud varían considerablemente, dependiendo de si las personas comen demasiado o muy poco, o si consumen las proporciones

OBESIDAD

De acuerdo con la OMS:

- En 2005 más de mil seiscientos millones de adultos tenían exceso de peso;
- 400 millones de ellos eran obesos (es decir, con un exceso de peso extremo);
- noventa por ciento de las personas que tienen diabetes tienen diabetes tipo 2, que está estrechamente relacionada con el sobrepeso y la inactividad física;
- El número de personas con diabetes en 2009 era de 220 millones;
- veintinueve por ciento de las muertes a nivel mundial en 2004 se debieron a enfermedades cardiovasculares, en otras palabras, 17,1 millones de muertes;
- ochenta y dos por ciento de esas muertes fueron en países en desarrollo o en países de ingresos bajos a medios;
- más de 1 millón de personas murió de diabetes en 2005;
- ochenta por ciento de esas muertes fueron en países en desarrollo o en países de ingresos bajos a medios;

Fuente: Nota descriptiva de la OMS: "Obesidad y sobrepeso", 2006; "Diabetes", 2009; "Enfermedad cardiovascular", 2009.

incorrectas de macro y micronutrientes. Todas estas situaciones afectan al trabajo. El deterioro relacionado con la nutrición y los problemas de salud afectan la vida de los trabajadores, los empleadores ven disminuir la productividad y los gobiernos y la sociedad tienen mayores gastos médicos y menores retornos económicos.

La siguiente imagen muestra cómo sucede:



Fuente: basada en un diagrama de la OMS, 2000.

Una nutrición inadecuada puede llevar a un aumento de los riesgos psicosociales, como el estrés o la violencia. Por ejemplo, el cansancio por la falta de hierro puede hacer que las personas se sientan irritables. El sistema de defensa del cuerpo (sistema inmunológico) padece las enfermedades relacionadas con la nutrición. Algunas personas podrían enfermarse hasta el punto de no poder trabajar y podrían llegar a perder su empleo.

La deficiencia de hierro y la anemia pueden tener un grave impacto en la salud y la productividad laboral. La falta de hierro significa que se está transportando menos oxígeno en el cuerpo y por lo mismo se produce menos energía. Los suplementos de hierro (por ejemplo, provistos con los almuerzos balanceados en el trabajo) pueden ayudar a reducir la fatiga y a aumentar la productividad.

NUTRICIÓN

Los resultados de un estudio en campesinos que cultivan cereal en Etiopía mostraron que la nutrición afecta la productividad agrícola. Los resultados también mostraron un gran espacio para la mejora de la productividad a través de una mejor nutrición.

Fuente: Croppenstedt; Muller, 2000.

Comer en exceso también deriva en gastos crecientes para las personas y para los empleadores. Estos costos son resultado de las enfermedades relacionadas con el sobrepeso, como la diabetes y la enfermedad coronaria.

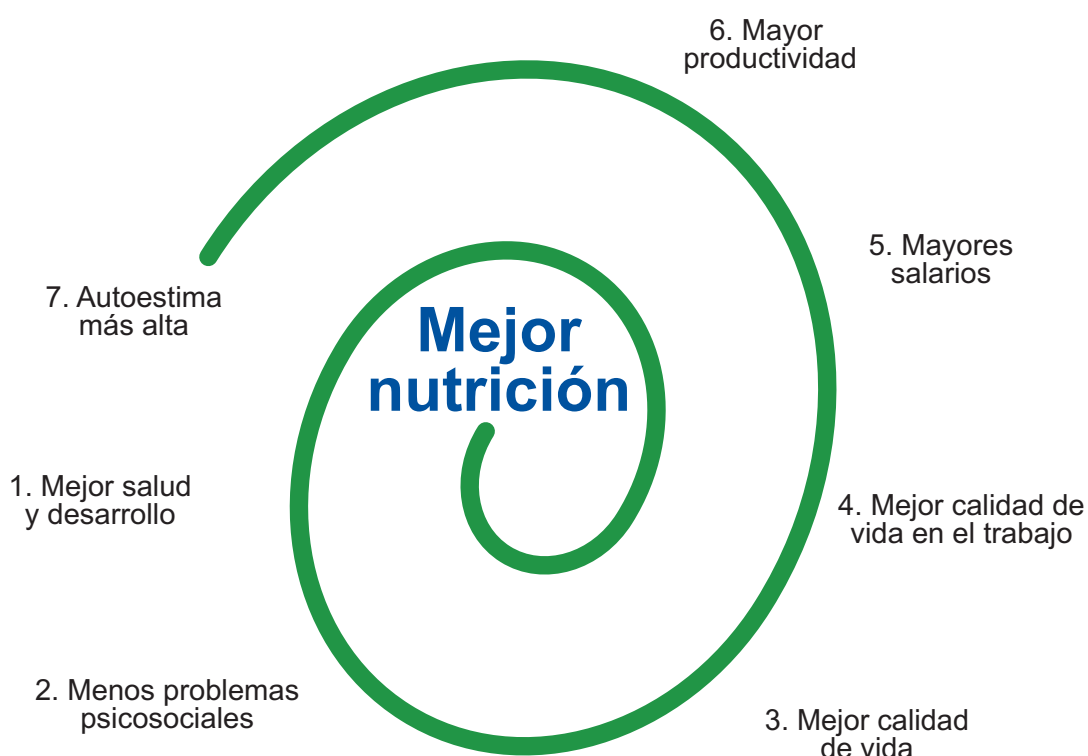
DIABETES

En los EUA, el costo total de la diabetes, calculado en 2007, fue de 174 mil millones de dólares, incluyendo 116 mil millones de dólares en gastos médicos excedentes y 58 mil millones en la reducción de la productividad nacional.

Los costos indirectos incluían: un mayor ausentismo (2.6 mil millones) y una reducción de la productividad de la población económicamente activa que estaba empleada en ese momento (20 mil millones), así como una menor productividad de los que no estaban trabajando (0.8 mil millones); estos últimos, con costos asociados por desempleo por discapacidad relacionada con enfermedades (7.9 mil millones de dólares), y pérdida de capacidad productiva por mortalidad precoz (26.9 mil millones de dólares).

Fuente: Asociación Americana para la Diabetes, 2008.

Existe una salida de esta espiral negativa. Los cambios del estilo de vida, como mejorar los hábitos de nutrición y de ejercicio, o reducir el consumo de alcohol y cigarrillos, pueden disminuir el riesgo de enfermedades cardíacas y diabetes tipo 2, además de mejorar la productividad.



Fuente: basada en un diagrama de la OMS, 2000.

Los beneficios son inmensos para todos los involucrados. Para los trabajadores una mejor salud implica una mejor calidad de vida y menos gastos en medicamentos. Para los empleadores implica una mayor productividad y un menor ausentismo. Para los empleadores que sufragan parte de los gastos médicos se verificará también una reducción de este rubro. Para los gobiernos hay una menor carga sobre el sistema de atención médica y la economía nacional se ve impulsada por una mayor productividad.

DIETA Y EJERCICIO

- En un estudio realizado a lo largo de 4 años en Finlandia, hubo 58 por ciento menos casos de diabetes como resultado de la mejora de los hábitos de vida (el comer menos grasa y más fibra, combinado con hacer más ejercicio), (Tuomilehto *et al.*, 2001).
- La OMS calcula que:
 - 80 por ciento de los casos de enfermedad cardiaca coronaria;
 - 90 por ciento de diabetes tipo 2;
 - 33 por ciento de los cánceres podrían prevenirse con mejoras en los regímenes de dieta y ejercicio (OMS, 2003).
- Se puede lograr un aumento de 20 por ciento en la productividad nacional reduciendo la deficiencia de hierro (OMS, 2008).
- Se ha calculado, conservadoramente, que la desnutrición representa una reducción de 3 por ciento del PIB potencial de los países. Cuando la desnutrición ocurre en las primeras etapas de la vida se puede esperar que el costo de PIB perdido sea mayor (Haddad, 2002).



DIETA

- Suficiente desde el punto de vista nutricional
- Variada
- Hipocalórica
- Ajustada a las recomendaciones dietéticas actuales
- Saciante
- Puede seguirse durante un tiempo suficiente para perder peso
- Accesible
- Flexible y adaptable a las necesidades particulares
- Enseña nuevos hábitos de alimentación y facilita su adopción para el control del peso a largo plazo



EJERCICIO

- Apropriado para el individuo
- Enseña hábitos de ejercicio duraderos
- Cómodo y divertido
- Permite la participación durante todo el año
- Accesible



MODIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

- Enseña nuevos hábitos y estrategias de control del peso
- Fomenta el apoyo social
- Proporciona compensaciones
- Enseña a afrontar momentos complejos y difíciles

Fuente: Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo de la OIT, 1998.

4. Gestión de la nutrición en el trabajo

¿Qué se puede hacer?

Dado que todos se benefician con las mejoras a la nutrición de los trabajadores, tiene sentido que todos contribuyan. Habiendo examinado la nutrición inadecuada y su impacto en el lugar de trabajo, el siguiente texto contiene sugerencias sobre lo que los gobiernos, los empleadores, los trabajadores y sus representantes pueden hacer para mejorar la nutrición aplicando medidas en los lugares de trabajo.

Gobiernos

Los gobiernos establecen el marco de las políticas nacionales que orientan la gestión de la nutrición en el trabajo. Un gobierno que envíe un mensaje fuerte sobre la salud mediante servicios de atención médica y de promoción de la salud, puede crear un ambiente facilitador de cambios conductuales positivos.

El rol del gobierno

En los Estados Unidos se calculó en 2009 que si *Medicare* hubiera provisto asesoría nutricional y terapia dirigida a los pacientes con diabetes y enfermedad cardiovascular, podría haberse generado un ahorro calculado en 200 millones de dólares en tres años.

Fuente: The Lewin Group, 2004.

Los gobiernos pueden desarrollar políticas para estimular al empresariado a mejorar la nutrición. En los contextos donde se necesiten complementos alimenticios, además de las escuelas, los gobiernos pueden incluir a los lugares de trabajo en sus políticas y programas y con ello llegar a una mucho mayor proporción de la población. Los gobiernos también pueden otorgar subsidios para iniciativas alimenticias en el lugar de trabajo. También pueden regular el etiquetado de los alimentos para garantizar que el consumidor disponga de información nutricional correcta, precisa y amplia. El número de personas al que llegan dichas medidas puede ser considerablemente alto, si se toma en cuenta que, al mejorar la productividad, los beneficios para la salud de los trabajadores son también beneficios para la economía. Los gobiernos también pueden promover iniciativas, como sistemas de vales, los cuales se son abordados más adelante.

Empleadores

Los empleadores están en una posición clave para influir en los cambios alimentarios, por medio de la promoción de una correcta nutrición en el lugar de trabajo. Usando una política integrada de SST que cubra los elementos básicos comunes a todas las áreas de la promoción de la salud, los empleadores pueden crear una plataforma marco que fomente la alimentación saludable, trabajadores saludables y una empresa saludable.

En algunos casos los empleadores también pueden contribuir con la distribución de alimentos en el trabajo. Al suministrar alimentos en las instalaciones de la compañía los empleadores pueden aportar a una nutrición adecuada de los trabajadores, contribuyendo a su salud y productividad.

Los empleadores pueden implementar soluciones de bajo costo, como los complementos alimenticios o la disposición de alimentos saludables en las instalaciones y con ello cosechar también beneficios en productividad. La provisión de alimentos en el ambiente laboral puede tener varias ventajas:

- ahorra tiempo, ya que los trabajadores no tienen que salir de las instalaciones para tomar sus alimentos;
- mejora la salud de los trabajadores, al ofrecerles el tipo correcto de nutrición;
- hace que la empresa sea un lugar de trabajo más atractivo, lo cual puede reducir la rotación de personal;
- también puede beneficiar la salud de la comunidad.

Sindicatos

Los trabajadores que conocen de valores nutricionales tienen condiciones favorables para mejorar sus hábitos alimenticios y vivir vidas más saludables, más felices y más largas. En vista de que los trabajadores pasan dos terceras partes de sus vidas en sus centros de trabajo y de que podrían no tener muchas opciones alimenticias ahí; usar el lugar de trabajo para fomentar dichos cambios para fomentar dichos cambios, funciona a favorece de todos los involucrados.

Las consultas y participación en el desarrollo e implementación de la política de SST mediante de los representantes de los trabajadores también contribuyen a una mejor puesta en marcha de medidas de promoción de la salud. Dicha participación debe estar orientada a garantizar una nutrición adecuada de los trabajadores.

El rol representativo del sindicato es particularmente importante con respecto a la nutrición y también lo son ciertos factores psicosociales involucrados en los cambios de comportamientos. El cambio de conductas comienza con la toma de consciencia de la necesidad del cambio, la consciencia de los beneficios que traería el cambio para todos los involucrados y la consciencia de la viabilidad de implementar dicho cambio a escala organizacional e individual. Los sindicatos pueden tener un rol vital en la concientización, particularmente si pueden hacerlo en colaboración con los empleadores. Los sindicatos también pueden impartir educación, formación e información sobre cuestiones nutricionales en el trabajo. De esta manera cuidan la salud de sus miembros.

Trabajar conjuntamente

Los trabajadores y sus representantes siempre deben estar involucrados en el diseño de la política y su implementación, por ejemplo, diseñando, ejecutando y evaluando una estrategia de suministro de alimentos. El trabajo conjunto con los empleadores puede permitir el desarrollo de las siguientes iniciativas:

- iniciar mejoras al comedor;
- instalar una cocina;
- mejorar las modalidades de suministro *ad hoc* de alimentos que ya tenga la empresa;
- negociar con proveedores móviles;
- pasar a un sistema de vales.

En la siguiente sección de este capítulo se muestran estudios de casos sobre iniciativas, tanto de la gerencia como los trabajadores, para mejorar la nutrición en el trabajo.

5. Buenas prácticas

Suministro de alimentos para una buena nutrición

Las compañías pueden complementar su política marco con medidas de provisión de alimentos a los trabajadores, las cuales pueden ir desde una medida básica de proporcionar descansos adecuados para que los trabajadores tengan acceso a los alimentos, hasta servicios completos de comedor (tipo restaurant) haciendo énfasis en suministrar comida sana.

Estudio de caso: Finlandia

Cambiar lo que las personas comen en el trabajo puede ser parte esencial del cambio de los hábitos alimenticios en la comunidad en general. En Finlandia, usando estrategias integrales y comunitarias ha sido posible cambiar lo que las personas comen lográndose también una reducción de las enfermedades cardíacas. A principios de la década de 1970 Finlandia tenía tasas particularmente altas de mortalidad por afecciones cardíacas; las tasas en los hombres eran las más altas del mundo.

Después de varias campañas de concientización, gradualmente más y más contrapartes de la comunidad como lugares de trabajo, escuelas y servicios de salud, empezaron a reaccionar. Difundieron información y campañas educativas e introdujeron opciones alimenticias saludables. A medida que creció el interés del público, tanto la industria agrícola como la alimenticia respondieron produciendo alimentos más sanos, bajos en grasa y comercializándolos. Con estos antecedentes se introdujeron políticas y leyes, por ejemplo sobre el correcto etiquetado de los alimentos con respecto a las sales y las grasas.

Un estudio longitudinal sobre los cambios en el consumo de alimentos en Finlandia mostró una reducción de 75 por ciento en el número de muertes por enfermedades cardíacas de la población laboral masculina.

Fuente: Puska, 2003.

En muchas compañías, un análisis de los intervalos de descanso y comida contribuiría a determinar qué tipo de solución alimenticia es más apropiada. Los descansos demasiado cortos podrían implicar que los trabajadores no puedan descansar, comer y recuperarse suficientemente para el resto de la jornada laboral. Para mantener el intervalo de descanso y comida al mínimo requerido, pero al mismo tiempo, darles a los trabajadores suficiente tiempo para descansar, podría ser útil considerar alguna forma de provisión de alimentos en las instalaciones. Este tipo de medida es especialmente relevante en las empresas que están alejadas de fuentes de alimentos. Podría también aplicar a empresas que estén en parques industriales o en zonas francas industriales ubicadas en las afueras de los poblados, en las cuales los trabajadores tienen que trasladarse una distancia considerable para consumir alimentos.

Existen varias opciones para proveer alimentos y una buena nutrición, como son las cafeterías, los comedores, las áreas comunes para consumir y/o cocinar los alimentos, los refrigerios durante las reuniones, la instalación de máquinas expendedoras, los proveedores móviles y los sistemas de vales.

Comedores (cafeterías)

Son lugares dentro de las instalaciones de la empresa donde se preparan y se venden alimentos. Pueden haber sido construido con este fin y tener el equipo necesario instalado, en cuyo caso la compañía contrata personal para preparar y servir los alimentos y para dar mantenimiento a las instalaciones. Como alternativa se podría convenir la provisión de los servicios *in situ* con un contratista externo. Las ventajas del comedor son:

- los trabajadores ahorran tiempo al no tener que trasladarse;
- se puede ofrecer a los trabajadores la oportunidad de comer saludablemente de manera regular;
- el empleador puede subsidiar los alimentos.

Subsidiar los alimentos tiene varias ventajas:

- los trabajadores consumen alimentos que podrían ser más saludables y seguros que los disponibles fuera del lugar de trabajo;
- para el empleador esta es una prestación social y puede ser considerada un incentivo para el empleo, lo cual puede mejorar la imagen corporativa y resultar estimulante para el universo de potenciales solicitantes de empleo.

Una opción para las empresas más pequeñas podría ser establecer un comedor conjunto. En una óptica de economía de escala, varias compañías del mismo parque industrial o edificio de oficinas pueden unirse y disfrutar los beneficios de un mismo servicio de comedor, sin enfrentar costos elevados.

Los comedores tienen la ventaja de permitir elegir la calidad de los alimentos que se ofrecen y así promover opciones de alimentos saludables. Comer saludablemente podría significar simplemente tener suficiente qué comer y consumir cantidades adecuadas de micronutrientes. Esto se puede lograr en algunos casos, por medio de suplementos alimenticios, en otros casos limitando el consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares en los casos en que se realice un trabajo sedentario.

Estudio de caso: Un comedor en África occidental	
Tipo de empresa:	Una fábrica de herramientas de metal de propiedad pública
Número de trabajadores:	180 trabajadores (149 hombres, 31 mujeres)
Solución alimenticia:	Un comedor a descuento administrado por un comité sindical responsable ante el sindicato.
Duración del descanso:	Alrededor de 1 hora
Información del comedor:	<ul style="list-style-type: none"> • sirve desayuno y almuerzo, además de cena para el turno de la noche; • ocho trabajadores en el comedor; • cerca de la mitad de los trabajadores usan el comedor; • está aproximadamente a 20-150 metros de la mayoría de las estaciones de trabajo.
Alimentos ofrecidos:	<p>Comida tradicional local:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cereales (trigo, cebada, maíz); • legumbres (frijoles, arvejas/chícharos/guisantes, lentejas, garbanzos); • ocasionalmente estofados de res o de cordero con o sin pimienta; • vegetales (normalmente papas, tomates, coles, cebollas y ajo).
Costo de los almuerzos:	Alrededor de 0.23 dólares (cerca de 50 por ciento más barato que los mercados locales; el comedor opera con un margen bajo de ganancias, apenas lo suficiente para cubrir el salario de los ocho trabajadores del comedor).
Otros beneficios relacionados con la nutrición / salud:	Los trabajadores reciben medio litro de leche, pero tienen la opción de recibir efectivo en su lugar.
Prestaciones:	<p>Ofrecer almuerzos subsidiados por la empresa permite que los trabajadores que no hayan comido tengan acceso al menos a un pequeño almuerzo en el trabajo. Teniendo salarios que apenas cubren el costo básico de la vida, los trabajadores tienden a ahorrar en los alimentos para cubrir otros gastos. Como lo expresa el testimonio uno de los trabajadores:</p> <p>“Yo ahorro bastante al mes comiendo en el comedor y uso ese dinero para cubrir las facturas de electricidad y de agua.”</p> <p style="text-align: right;"><i>Fuente: basado en Wanjek, 2005.</i></p>

Áreas comunes de consumo o cocinado

Otra opción para las pequeñas y medianas empresas son las áreas comunes de consumo o cocinado. Dependiendo de los recursos y de las necesidades, la cocina puede ser tan básica o tan compleja como se requiera y sea posible. Muchos de los servicios conexos pueden ser provistos por el empleador o por los mismos trabajadores, por ejemplo, los trabajadores pueden

turnarse para limpiar la cocina o la empresa puede expandir su servicio de limpieza para que cubra la cocina. Además, los aparatos y muebles de cocina pueden ser de segunda mano, traídos de las casas de los propios trabajadores o también las empresas podrían hacer una pequeña inversión.

¿Cuánto se necesita para una cocina?	
BÁSICA:	<ul style="list-style-type: none"> • un salón con suministro de agua alejado de las estaciones de trabajo; • los trabajadores comen ahí los alimentos que ellos llevan.
CLÁSICA:	<ul style="list-style-type: none"> • mobiliario; • aparatos de cocina (refrigerador, microondas); • servicio de limpieza.
EXTRA:	<ul style="list-style-type: none"> • oferta de alimentos de consumo directo , como frutas, té o leche; • invitación a un proveedor local a traer alimentos preparados y venderlos en el área común.

Tener un área común tiene varias ventajas:

- los trabajadores se quedan en las instalaciones, lo cual les deja más tiempo para relajarse en el descanso;
- las opciones de bajo costo para promover una alimentación saludable están abiertas para el empleador o los representantes de los trabajadores, como proveer fruta gratis o meriendas nutritivas;
- el área común puede ser el punto focal de información y educación sobre la nutrición, contribuyendo también a mejorar la salud de la comunidad.

Sin embargo no todas las áreas comunes necesariamente garantizan que los trabajadores coman saludablemente. Los alimentos traídos de casa o comprados en el camino podrían no constituir una dieta balanceada. En ese caso se debe hacer mayor énfasis en la información y educación.

Estudio de caso: Área común en Norteamérica	
Tipo de empresa:	Una compañía de electrónica con cuatro sedes separadas.
Número de trabajadores:	En conjunto 158 trabajadores.
Solución alimenticia:	En cada sede hay un área común que contiene mesas, sillas, hornos de microondas, refrigeradores y fregaderos.
Duración del descanso:	Media hora.
Información del área común:	<ul style="list-style-type: none"> • El área común más grande está conectada con un área recreativa con una mesa de ping-pong, una mesa de billar y un área de ejercicio; • un servicio de especial realiza la limpieza de las áreas comunes regularmente; • está dentro de la planta.
Alimentos ofrecidos:	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de los trabajadores traen su almuerzo o lo compran en camiones expendedores que visitan la planta durante los descansos; • los camiones expendedores ofrecen opciones de comida saludable, como pollo con arroz, burritos de vegetales, fruta, yogurt y sándwiches de pavo y de atún, que son muy demandados en la compañía.
Costo de los almuerzos:	<ul style="list-style-type: none"> • Precios razonables con respecto a los salarios.
Otros beneficios relacionados con la nutrición / salud:	<p>Un programa de bienestar para proveer una atmósfera que conduzca al cambio favorable del comportamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • actividades de educación alimenticia en las áreas comunes; • un programa para invitar a los trabajadores a comer una variedad de frutas y vegetales, incluyendo fruta gratis todos los lunes en la mañana para los participantes, junto con la rifa semanal de un certificado de regalo por 25 dólares en establecimientos locales de alimentos saludables para los participantes que llenen sus diarios alimenticios. • la compañía contrató a un “Coordinador del bienestar”; • La comodidad de las áreas comunes motiva a los trabajadores a quedarse a comer, lo cual tiende a ser más saludable que visitar los restaurantes cercanos. La conveniencia es otro factor, ya que los trabajadores tienen solamente 30 minutos para almorzar. <p style="text-align: right;"><i>Fuente: basado en Wanjek, 2005.</i></p>

Refrigerio en las reuniones y máquinas expendedoras

Existe una variedad de formas en que el lugar de trabajo puede influir en los hábitos alimenticios de las personas; por ejemplo, proporcionar refrigerios en las reuniones o mediante máquinas expendedoras. Ambas son formas de facilitar el acceso a los alimentos adecuados a

bajo costo. Ya que se está prestando atención a la salud y la alimentación saludable, se debe garantizar que las meriendas o bocadillos y los alimentos de las máquinas expendedoras cumplan las necesidades nutricionales de los trabajadores.

En algunos casos ello implica reemplazar las gaseosas con alto contenido de azúcar, con agua y jugos de fruta y servir meriendas que tengan un alto contenido de granos, en vez de las galletas a base de harina blanca refinada con alto contenido de azúcar. Al final de este capítulo hay una lista de sustitutos saludables de las meriendas.

Las máquinas expendedoras no tienen que contener golosinas con un alto contenido de azúcar y de grasa; los alimentos saludables también pueden tener una vida prolongada en el mostrador. Las máquinas expendedoras también pueden servir sopas calientes y tener la capacidad de mantener los alimentos calientes por horas, aumentando la conveniencia y disponibilidad de los almuerzos calientes, dos características particularmente útiles para los trabajadores por turnos. Debido a que no se requiere personal presente es menos costoso servir almuerzos de máquinas expendedoras que en comedores. Las empresas que no puedan costear un comedor completo pueden optar por una máquina expendedora como uno de los principales mecanismos para la provisión de almuerzos a sus trabajadores.

Combinándolo con otras medidas, como la educación, información y la promoción de la salud, cambiar el suministro *ad hoc* de alimentos puede ser una manera útil de promover una buena nutrición y motivar a los trabajadores a cambiar sus hábitos alimenticios.

Proveedores móviles/ambulantes

Muchos lugares de trabajo contribuyen a la nutrición de los trabajadores por medio del acceso a proveedores móviles de alimentos a las instalaciones. Por ejemplo, es posible autorizar el ingreso y venta en las instalaciones a un proveedor de sándwiches. Como alternativa, el empleador podría negociar la dotación de agua o electricidad a proveedores ambulantes y así asegurarse de que se cubran las normas sanitarias y de seguridad, y que sus trabajadores no se intoxiquen con los alimentos. El recurso de los proveedores ambulantes permite de asegurarse de que los alimentos provistos no sólo sean limpios y seguros a corto plazo, sino saludables a largo plazo en términos del contenido adecuado de micronutrientes o la dotación apropiada de energía.

Estudio de caso: Mercados de agricultores en Norteamérica	
Tipo de empresa:	Una organización de atención médica
Número de trabajadores:	Más de 54.300
Solución alimenticia:	Establecer mercados de agricultores fuera de tres de sus instalaciones
Duración del descanso:	Al menos media hora
Información del mercado	<ul style="list-style-type: none"> • Los agricultores locales ponen puestos frente a las instalaciones de la organización todos los viernes; • lo suficientemente pequeños para caber en el espacio disponible frente a las instalaciones (pavimento, estacionamiento de autos); • cerca del edificio por comodidad; • según los cálculos, alrededor de dos terceras partes del personal usa el mercado,; • los habitantes de la localidad también usa los mercados.
Alimentos ofrecidos:	<ul style="list-style-type: none"> • Frutas, vegetales, panes y flores locales, que a menudo son más frescas que los del supermercado.
Costo de los almuerzos:	<ul style="list-style-type: none"> • Precios razonables con respecto a los salarios.
Otros beneficios relacionados con la nutrición / salud:	<p>La organización maneja varias actividades de promoción de la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se están haciendo esfuerzos concertados para reducir o reemplazar los alimentos no saludables en las reuniones del personal, trabajando con los proveedores locales y respetando los deseos de los trabajadores; • algunos comedores están introduciendo opciones saludables y los etiquetan así; algunos publican el contenido calórico de sus almuerzos; otros reducen los tamaños de las porciones; • la organización aplica un programa de actividad física y manejo del peso.
Prestaciones:	<ul style="list-style-type: none"> • Se mejora el acceso a frutas y vegetales frescos para los trabajadores y los locales; • en combinación con las demás actividades de promoción de la salud, el uso del mercado es elevado; • costo mínimo para la organización. <p style="text-align: right;"><i>Fuente: basado en Wanjek, 2005.</i></p>

Vales

Los empleadores pueden considerar la opción de los vales por consumo de alimentos. En los sistemas de vales los empleadores dan a los trabajadores cupones o talonarios de papel que les dan derecho a recibir alimentos de determinados proveedores hasta de un determinado valor declarado. La ventaja para el empleador es que al destinar cierta cantidad de dinero a la alimentación, está potenciando la mejora de la salud. La ventaja para el trabajador es que el vale

puede ser adicional al salario. Los vales pueden ser considerados una ventaja para los restaurantes locales que participen porque les dan una base de clientes casi garantizada, motivando la creación de nuevas empresas. También pueden estabilizar los precios de los alimentos debido a la competencia entre restaurantes rivales, a menudo enfocada en el valor del vale.

Estudio de caso: Vales en América Latina	
Número de trabajadores:	Cerca de 30 por ciento de los 30 millones de trabajadores en el sector formal.
Solución alimenticia:	Sistema de vales operado por el gobierno.
Información del vale:	<ul style="list-style-type: none"> • Los vales de almuerzos son distribuidos primero a los trabajadores de salarios más bajos en las compañías que tienen un presupuesto limitado; • principalmente en papel, pero cada vez se usan más vales en tarjetas magnéticas; • suelen ser parte de los acuerdos colectivos; • más de 200.000 restaurantes y puntos de venta de comida los aceptan.
Alimentos ofrecidos:	<ul style="list-style-type: none"> • Cada almuerzo pagado con un vale debe tener por lo menos 1.400 kilocalorías en la mayoría de las ocupaciones. • 1.200 kilocalorías en el caso de los trabajos que no implican un gran esfuerzo físico; • 300 kilocalorías en el caso de los desayunos; • la calidad y cantidad de proteínas debe, por lo menos, ser equivalente a la de un plato de arroz y frijoles; • los puntos de venta de alimentos ofrecen almuerzos listos y respetan un estándar de higiene establecido por el departamento de salud.
Costo de los almuerzos:	<ul style="list-style-type: none"> • La contribución del trabajador no puede superar 20 por ciento del valor al portador del vale.
Otros beneficios relacionados con la nutrición / salud:	El programa de vales es parte del Programa de Alimentación de los Trabajadores (PAT), establecido en 1976. Su objetivo principal era proveer alimentos a los trabajadores con salarios bajos, aquellos que ganaban hasta cinco veces el salario mínimo. Actualmente el programa llega a 40 por ciento más empresas que en su primer año, lo cual es un testimonio de su éxito.
Prestaciones:	<ul style="list-style-type: none"> • Más de 60 por ciento de los trabajadores que participan en el PAT ganan menos de cinco veces el salario mínimo, la banda de salario a la que el gobierno apunta; • el número de restaurantes del país ha crecido de 320.000 en la década de 1980, a 756.000 en 1997. <p style="text-align: right;"><i>Fuente: basado en Wanjek, 2005.</i></p>

En la mayoría de los modelos no se permite a los restaurantes dar cambio por los vales, de modo que los trabajadores se ven estimulados a comer el equivalente al valor total del vale; también los vales podrían especificar que se debe cumplir cierto valor calórico. Dar a los trabajadores vales que sólo pueden cambiarse por almuerzos y no por dinero también garantiza que los salarios se gasten en alimentos de calidad, ofreciendo un beneficio de salud. En algunos modelos también se dan vales para tiendas que venden ciertos alimentos de calidad, ofreciendo así un beneficio a la salud y economía de la comunidad. Los productos tales como alcohol y tabaco deben estar excluidos de los sistemas de vales.

Estilo de vida personal

Aunque corresponde a los empleadores y los sindicatos crear el marco de lo que estará disponible en términos de nutrición; a largo plazo depende del individuo comer saludablemente o no. En primer lugar, es necesario que las personas sepan qué constituye una dieta saludable. El Anexo I incluye pirámides alimenticias de distintas regiones del mundo que reflejan preferencias culturales en cuanto a los alimentos, pero respetan las necesidades nutricionales de todos los seres humanos.

6. Interrelaciones

Vínculos con los factores psicosociales

Los riesgos psicosociales rara vez ocurren aisladamente. De hecho, los comportamientos de riesgo como el fumar, beber, ingerir comida chatarra y la falta de ejercicio tienden a sumarse e influenciarse mutuamente. Los cambios introducidos en el lugar de trabajo para reducir cualquiera de estos comportamientos, (o idealmente, todos a la vez) podrían reducir su ocurrencia y mejorar considerablemente la salud y la productividad de la fuerza laboral.

Nutrición y estrés

Cuando las personas están estresadas comen distinto. Parecería que lo que comemos y la frecuencia con que lo hacemos se ven afectados por el estado emocional. Algunas personas tienden a consumir alimentos saludables durante los momentos con emociones positivas y prefieren la comida chatarra cuando enfrentan emociones negativas. Algunas personas comen más compulsivamente cuando están enojadas y, en consecuencia, comen rápido, irregular y descuidadamente. La comida disponible en todo momento (en vez de a horas programadas), y que puede ser ingerida rápidamente tiende a ser comida chatarra. Sin embargo, cuando las personas se sienten felices suelen comer más por placer, lo cual de hecho podría incluir tanto alimentos altos en grasas, como alimentos ingeridos por su valor para la salud.

La nutrición y el alcohol y las drogas

Ingerir bebidas alcohólicas aumenta el apetito. Normalmente las sesiones de bebida van acompañadas con el consumo de comida chatarra para aplacar el hambre adicional. Así que no sólo es la cantidad sino también la calidad de lo que comen los bebedores lo que resulta problemático. En cuanto a otras drogas, es bien sabido que el consumo de marihuana produce la sensación de hambre. Los usuarios de drogas duras suelen estar por debajo de su

En un estudio realizado en el Reino Unido, los participantes que bebieron 4 unidades de alcohol comieron 17 por ciento más que los que no bebieron alcohol, pero sintieron una sensación similar de haber comido suficiente. Tampoco consumieron menos energía para compensar la energía de la bebida alcohólica.

Fuente: Caton et al., 2004.

peso, lo cual a menudo es una consecuencia fisiológica del uso de la droga, además de ser resultado de gastar el dinero en drogas y no en alimentos.

La nutrición y el cigarrillo

Muchos fumadores, particularmente las mujeres, aseguran que fumar suprime el apetito y les ayuda a perder peso. Existe poca evidencia que sugiera que fumar reduce la ingestión calórica. De hecho, existe poca diferencia entre cuántas calorías consumen los fumadores y los no fumadores. En las primeras semanas después de dejar de fumar, lo que los fumadores observan es una tendencia a comer más calorías y, por lo tanto, a aumentar de peso. Sin embargo esta tendencia cae si se mantiene el hábito de no fumar. No obstante, algunos fumadores llegan a la conclusión errada de que fumar los mantiene delgados.

La nutrición y el VIH y el SIDA

Cuando un virus afecta el sistema inmunológico, como pasa con el VIH, una mejor dieta puede hacer que el VIH y el SIDA avancen más lentamente. Las personas infectadas con VIH deben tomar combinaciones específicas de complementos vitamínicos, porque el retrovirus y las medicinas del VIH pueden implicar un alto consumo de algunos nutrientes, en particular de la vitamina B, el magnesio y el zinc.

La nutrición y el ejercicio

No es necesario decir que una dieta saludable es la mitad de la ecuación cuando se trata de lograr y mantener un peso saludable. Es poco probable que los esfuerzos para llevar una buena nutrición sean fructíferos sin el ejercicio adecuado. Si la empresa aborda la nutrición como parte de sus actividades de promoción de la salud, para tener buenas posibilidades de éxito, también debe abordar el ejercicio o la actividad física.

7. Integración de políticas

Empleadores y trabajadores actuando conjuntamente

Existe una variedad de soluciones para lograr una nutrición saludable de los trabajadores que, a menudo, es más fácil de implementar si los empleadores y los representantes de los trabajadores actúan en conjunto. Es necesario desarrollar una política apropiada e integrada que aborde todas las áreas de la promoción de la salud y la seguridad y salud en el trabajo, recurriendo al diálogo social entre la gerencia y los trabajadores. De igual manera, es más fácil que las decisiones sobre la provisión de alimentos en el lugar de trabajo satisfagan los requerimientos de todos si son resultado del diálogo social. El resto de esta sección delinea posibles soluciones de políticas y provisión de alimentos que los empleadores y los trabajadores pueden implementar en conjunto para mejorar la nutrición en el lugar de trabajo.

Elementos de política para una buena nutrición

Las cuestiones de la nutrición en el lugar de trabajo pueden abordarse con un enfoque de gestión de riesgos. El riesgo de reducción de la productividad, debido al alto ausentismo, a la falta de energía durante el trabajo, o ambas, puede manejarse con una combinación de medidas. Para evaluar el riesgo es necesario cierto grado de monitoreo de la situación, incluyendo lo que los trabajadores comen y cuánto de los problemas de productividad enfrentados por la empresa pueden atribuirse a su estado físico y hábitos de nutrición. Al conducir esta evaluación la confidencialidad es, obviamente, clave para evitar la discriminación, y también debe estar consagrada en las políticas de la compañía.

Dado que los problemas psicosociales tienden a sumarse, podría ser difícil tratar la nutrición por separado, como causa de las pérdidas de productividad. La compañía debe desarrollar e implementar un programa de promoción de la salud que motive a los trabajadores a mejorar no sólo su nutrición, sino que también fomente el ejercicio y promueva medidas para dejar de fumar o de consumir alcohol o reducir la cantidad.

Al promover mejoras en la salud de los trabajadores la compañía también cumple con su responsabilidad social, ya que trabajadores más saludables equivalen a una comunidad más saludable.

Los medios para lograr esta mejora en la salud de los trabajadores también deben estar incorporados a la política de la compañía:

- La información, educación y la formación contribuyen a la toma de conciencia sobre la necesidad de emprender acciones y sobre lo que se puede hacer.
- La facilitación de asistencia o tratamiento, por ejemplo del especialista en medicina del trabajo o de un sistema de referencia a servicios médicos comunitarios para las personas que ya tiene problemas de salud relacionados con la nutrición, pueden ayudar a mejorar la salud de los trabajadores y a reducir las pérdidas de productividad a largo plazo. Una vez más, surge la cuestión de la confidencialidad que, en todo caso, debe ser parte integrante de las políticas de la compañía.

- Al consultar a los trabajadores sobre la política, es esencial establecer que se están cumpliendo las necesidades tanto de los trabajadores como de la gerencia y que están trabajando conjuntamente hacia los mismos objetivos. Sin la participación de ambas partes, es menos probable que el programa funcione.
- La participación de los trabajadores debe ser continua para garantizar que la política sea implementada paulatinamente y con éxito.

Anexo I

Directrices para un programa eficaz de reducción del peso

En algunas áreas del mundo la reducción del peso corporal es una parte importante de la mejora de la nutrición. Las siguientes directrices están tomadas de la Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo de la OIT. Incluyen algunos puntos importantes para mantener una dieta saludable. Por ejemplo, al reducir las calorías (al comer una dieta hipocalórica) hay que procurar que la persona se sienta llena (proveer saciedad), de lo contrario las probabilidades de abandono serán altas. También es muy importante que las dietas bajas en calorías provean el balance nutricional descrito en este capítulo.

La pirámide tradicional de la dieta mediterránea saludable



La pirámide tradicional de la dieta vegetariana saludable



La pirámide tradicional de la dieta latinoamericana saludable



La pirámide tradicional de la dieta asiática saludable



Anexo II

Ficha técnica de los macronutrientes

<p>Carbohidratos</p> <p>son la principal fuente de energía en la mayoría de las dietas.</p>		<p>Los carbohidratos incluyen a las azúcares (o carbohidratos simples), y los carbohidratos complejos como el arroz, los cereales y las leguminosas. Los almidones y fibras también son carbohidratos complejos, cruciales para la digestión y la absorción más lenta del azúcar.</p>
<p>Alimentos altos en carbohidratos</p>		
<p>Tipos de alimentos</p>		<p>Tipos de carbohidratos</p>
<p>Azúcar, miel</p>		<p>Carbohidratos simples.</p>
<p>Arroz, frijoles, cereales, papas</p>		<p>Carbohidratos complejos, incluyendo ...</p>
<p>Algunas frutas, cereales de grano entero</p>		<p>... almidones y fibras.</p>
<p>Proteínas</p> <p>son necesarias para desarrollar y mantener los músculos, los huesos, la piel y los órganos</p>		<p>Las proteínas de alta calidad se encuentran en los productos de origen animal, particularmente la carne, pero también en la leche y los huevos. Sin embargo, los productos de origen animal pueden ocultar otros peligros (p. ej. la grasa animal no es tan saludable como la vegetal y los aceites), de modo que la clave es el equilibrio. Las proteínas vegetales generalmente no son de tan alta calidad como las animales, de modo que los vegetarianos o las personas con acceso limitado a los productos de origen animal tienen que comer más proteína que los carnívoros.</p>
<p>Alimentos altos en proteínas</p>		
<p>Tipos de alimentos</p>		<p>Tipos de proteína</p>
<p>Carne, leche, huevos, pescado</p>		<p>Proteína animal de alta calidad.</p>
<p>Vegetales verdes, legumbres, particularmente soya</p>		<p>Proteínas vegetales de menor calidad.</p>
<p>El agua siempre es necesaria y es esencial para la supervivencia.</p>	<p>El agua también es considerada un macronutriente. Se encuentra tanto en los alimentos como en las bebidas. El cuerpo pierde agua naturalmente a través de la respiración, el sudor y la orina. De modo que necesitamos beber agua para reemplazar la que perdemos.</p>	

<p>Grasas y aceites, o ácidos grasos, ayudan a regular la presión sanguínea, la coagulación de la sangre y la inflamación y son necesarios para la salud de la piel y el cabello.</p>	<p>Consumir algo de grasa es importante para la salud, pero comer demasiadas grasas y aceites contribuye al sobrepeso y a las enfermedades cardiacas. Existen dos tipos de grasas: las grasas saturadas que se encuentran en los alimentos altos en colesterol y las grasas no saturadas que se encuentran en los alimentos marinos y la mayoría de los aceites vegetales.</p>
<p>Alimentos que contienen distintos tipos de grasa:</p>	
<p>Tipos de alimentos</p>	<p>Tipos de grasa</p>
<p>La mantequilla, el queso, la leche entera, los cortes grasosos de res y de puerco, pero también el aceite de coco, de palma y de palmiste</p>	<p>Grasas saturadas: deben limitarse.</p>
<p>Los alimentos marinos y los aceites vegetales.</p>	<p>Grasas no saturadas: Aceptables en pequeñas cantidades.</p>
<p>Grasas, enfermedades del corazón y derrames</p>	<p>Las grasas saturadas deben limitarse porque elevan los niveles de colesterol. El colesterol es un tipo de grasa que normalmente se encuentra en la sangre y es saludable en las cantidades correctas, pero cuando hay demasiado puede tapan las arterias y ocasionar enfermedades cardiacas y derrames.</p> <p>Las grasas no saturadas son saludables si son ingeridas en pequeñas cantidades. Entre las grasas no saturadas están:</p> <ul style="list-style-type: none"> • las grasas poliinsaturadas, que rebajan los niveles del “mal” colesterol (LDL) • las grasas monoinsaturadas que elevan los niveles de “buen” colesterol (HDL).
<p>Principales factores de riesgo de enfermedad cardiaca coronaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existe una variedad de cosas que elevan la probabilidad de que alguien tenga una enfermedad cardiaca. Estos factores de riesgo aparecen enumerados en el siguiente diagrama. • Algunos factores de riesgo pueden verse influidos por la dieta y otros hábitos de vida. Entre ellos están los altos niveles de “mal” colesterol (LDL), los niveles bajos de “buen” colesterol (HDL) y la presión cardiaca elevada (hipertensión). • Otros factores de riesgo, como la edad, el género y el historial familiar no se pueden cambiar, pero concientizando sobre el riesgo se pueden tener bajo control.

Fuente: adaptado de Wanjek, 2005.

Anexo III

Ficha técnica de los micronutrientes, las vitaminas y los minerales

Vitamina	Se encuentra en	Sirve para	Su falta genera
Vitamina A	mantequilla, grasa de la leche, yema del huevo, algunas frutas (ciruela, piña, naranja, limón, lima, sandía), vegetales verdes y zanahoria.	el crecimiento, la piel, los dientes, el desarrollo de los huesos.	ceguera nocturna, infección de: partes del ojo, las cuerdas vocales, los folículos del cabello, el sistema renal.
Vitamina B1 (tiamina)	granos enteros, nueces, yema de los huevos, frutas y la mayoría de los vegetales.	el crecimiento, el apetito, la manera en que el cuerpo procesa los carbohidratos.	la deficiencia de tiamina es poco común, aunque los alcohólicos pueden tender a ella; puede ocasionar dificultades para respirar, pérdida de la alerta mental y daños cardíacos.
Vitamina B2 (riboflavina)	el hígado, la carne, las aves, los huevos, la leche y los vegetales verdes.	el crecimiento, la capacidad de las células de asimilar los alimentos, convertirlos en energía y disponer de los desechos.	fatiga, crecimiento más lento, problemas digestivos.
Vitamina B6 (niacina)	el hígado, la carne, las aves y los vegetales verdes.	liberar al cuerpo de químicos tóxicos y dañinos, mejora la circulación y reduce los niveles de colesterol en la sangre.	indigestión, fatiga, depresión, dermatitis, diarrea, demencia y muerte.
Vitamina B9 (ácido fólico)	espinaca, vegetales oscuros, espárrago, nabo, betabel/remolacha y mostazas, coles de Bruselas, habas, soja/soya, hígado de la vaca, levadura de cerveza, vegetales de raíz, granos enteros, germen de trigo, trigo bulgor, alubias, frijoles blancos, habas, judías verdes, ostras, salmón, jugo de naranja, aguacate y leche.	es crucial para el buen funcionamiento del cerebro y tiene un papel importante en la salud mental y emocional, ayuda en la producción de ADN y ARN, el material genético del cuerpo y es especialmente importante durante los periodos de mucho crecimiento, como la infancia, la adolescencia y el embarazo.	la deficiencia más común de vitamina B; puede ocasionar problemas de crecimiento, inflamación de la lengua, gingivitis, pérdida del apetito, falta de aire al respirar, diarrea, irritabilidad, olvido y torpeza mental; el alcoholismo contribuye a la deficiencia de este importante nutriente.

Vitamina	Se encuentra en	Sirve para	Su falta genera
Vitamina B12 (cianocobalamina)	vegetales verdes, órganos de animales, carne magra y ternera, huevos y cereales de trigo.	es especialmente importante para mantener las células nerviosas saludables y ayuda en la producción de ADN y ARN, el material genético del cuerpo.	fatiga, falta de aliento, diarrea, nerviosismo, anemia perniciosa y problemas neurológicos, incluyendo adormecimiento y debilidad.
Vitamina C	naranjas, sandías, papaya, toronja, melones, fresas, kiwis, mangos, coles de Bruselas, coliflor, col y jugos de cítricos; vegetales crudos y cocinados (nabos verdes, espinaca), pimientos rojos y verdes, tomates enlatados y frescos, papa, calabacín/ayotito, frambuesas, moras, arándanos y piña.	crecimiento y reparación de los tejidos en todo el cuerpo; sanación de las heridas, reparación y mantenimiento del cartílago, huesos y dientes.	resequedad y horquillas, y cabellos frágiles; gingivitis (inflamación de las encías) y sangrado en las encías; resequedad en la piel; reducción de la velocidad de sanación de las heridas, fácil hematoma (moretes/moretos); sangrado nasal; debilitamiento del esmalte dental; inflamación y dolor en las articulaciones; anemia; menor defensa ante las infecciones.
Vitamina D	se elabora en la piel con la exposición a la luz del sol; también se encuentra en la leche, el aceite de hígado de bacalao, el salmón, las yemas de huevo y la grasa de mantequilla.	desarrollo de los huesos y los dientes.	raquitismos y deterioro de los dientes.
Vitamina E	germen de trigo, maíz, nueces, semillas, aceitunas, espinaca, espárrago y otros vegetales verdes, aceites vegetales (oliva, maíz, girasol, soya y semilla de algodón) y los productos elaborados a partir de ellos, como la margarina.	sanación de las cicatrices.	su deficiencia es extremadamente inusual.
Vitamina K	grasas, avenas, trigo, centeno, alfalfa, col, coliflor, espinaca y otros vegetales verdes, cereales, soja y otros vegetales.	mala coagulación.	su deficiencia es muy poco común.

Mineral	Se encuentra en	Sirve para	Su falta genera
Cromo	la carne, nueces, hongos, ciruelas, alimentos sin refinar, grasas y aceites vegetales.	mantenimiento de niveles normales de azúcar en la sangre.	aumento en los niveles de colesterol y mayor riesgo de diabetes y enfermedades cardíacas.
Cobre	carne, aves, mariscos, tofu, nueces y semillas	producción de glóbulos rojos y formación de los tejidos conectores; defensa contra los radicales libres.	baja temperatura corporal, fractura ósea y osteoporosis, latido cardíaco irregular.
Flúor	agua (en algunas áreas), mariscos, riñón, hígado y otras carnes	mantiene la estructura de los dientes.	caries dentales.
Yodo	moluscos, pescados blancos de aguas profundas y algas laminariales, ajo, habas, semillas de sésamo, soja, espinaca, acelga, calabacín y nabo verde.	crecimiento y desarrollo normal.	bajos niveles hormonales en la tiroides percibidos como torpeza, aumentos de peso y sensibilidad a los cambios de temperatura; en los niños también mal crecimiento y desarrollo mental.
Hierro	hígado y otros órganos, la carne roja magra, aves, pescados y los moluscos (fuentes fáciles); otras fuentes: frijoles y chícharos/arvejas secos, legumbres, nueces y semillas, granos enteros, melaza oscura, vegetales verdes oscuros si están acompañados de vitamina C para una adecuada absorción del hierro.	entrega de oxígeno al cuerpo.	anemia, cuyos síntomas más comunes son debilidad y fatiga.
Manganeso	granos enteros y cereales, frutas y vegetales.	activador de muchas enzimas, también necesario para el funcionamiento normal del cerebro y los nervios.	infertilidad, deformaciones óseas, debilidad.

Mineral	Se encuentra en	Sirve para	Su falta genera
Selenio	brócoli, pollo, pepino, yema del huevo, ajo, hígado, leche, hongos, cebollas, mariscos y atún	el funcionamiento adecuado del sistema inmunológico, proteger de la oxidación los lípidos de las membranas celulares (capa grasa de las paredes celulares) y a las proteínas y ácidos.	envejecimiento prematuro (el consumo del tabaco y el alcohol reduce el nivel de selenio.)
Zinc	carnes, ostras y otros mariscos, leche y yema de los huevos	el crecimiento; el procesamiento de proteínas, ADN y ARN.	pérdida del apetito, mal crecimiento, pérdida de peso, deterioro del gusto o el olfato, curación deficiente de las heridas, anomalías de la piel (como el acné, dermatitis atópica y psoriasis), pérdida de cabello, falta de menstruación, ceguera nocturna (se suele ver una baja ingestión de zinc en los ancianos, los alcohólicos, las personas con anorexia y las personas en dietas restrictivas para la pérdida de peso.)

Anexo IV

LISTA DE ALIMENTOS SUSTITUTOS SALUDABLES













He aquí una lista de los tipos de cambios que pueden introducirse en la dotación ad hoc de alimentos para reducir las grasas saturadas y las calorías en los centros de trabajo.






ELEGIR...	EN LUGAR DE...
En el caso de las bebidas	
agua embotellada (filtrada, mineral, con sabores sin azúcar,) té, café, o jugos de frutas y vegetales al 100 por ciento	gaseosas o bebidas con sabores artificiales a frutas
leche baja en grasas o descremada	leche entera o crema
En el caso de los desayunos	
fruta fresca, frutos secos, jugos sin endulzar	frutas enlatadas endulzadas y bebidas de frutas
yogurt bajo en grasas (sin sabor, con fruta fresca)	yogurt regular (pre endulzado)
panecillos pequeños, de menos de 3.5 pulgadas (9 cm)	panes regulares de 4.5 pulgadas (12 cm)
pastelitos/pequeña repostería, de menos de 2.5 pulgadas (6.5 cm)	pasteles/repostería regular
barras de granola bajas en grasas	croissants, donas, rollos endulzados, galletas
margarina light, queso fresco o en crema bajo en grasa, mermelada natural o enrollados de fruta	mantequilla, queso crema regular, quesos maduros
cereales sin endulzar o bajos en azúcar	cereales endulzados
pan o tostada francesa de grano entero	pan o tostada francesa regular (de harina blanca)
jamón magro de cerdo o de pavo, salchichas vegetarianas o sustitutos del tocino como el tocino de soja	tocino o salchichas
En el caso del almuerzo y la cena	
ensaladas con aderezos separados para controlar la cantidad y calidad	ensaladas con aderezos añadido
aderezos bajos en grasa, libres de grasa, vinagres de sabor o aceite de oliva extra virgen	aderezo regular
sopas con puré de vegetales o leche descremada	sopas hechas con crema o mitad y mitad
En el caso del almuerzo y la cena	
ensaladas de pasta con aderezos bajos en grasa	ensaladas de pasta con aderezos de mayonesa o de crema






ELEGIR...	EN LUGAR DE...
sándwiches con pan integral	sándwiches en croissants o pan blanco
En el caso del almuerzo y la cena	
carnes magra, aves sin piel, pescado, tofu	carnes grasosas o fritas, tocino, aves con piel, cortes fríos, pescado empacado en aceite
vegetales hervidos	vegetales fritos o cocinados en crema o mantequilla
pan o rollos integrales	Pastelería a base de mantequilla (como croissants) o pan blanco
margarina sin ácidos trans	mantequilla
postres bajos en grasas, bajos en calorías, como fruta fresca, helado bajo en grasas, yogurt congelado bajo en grasas, sorbetes, pasteles con fruta	postres grasosos altos en calorías, como helado, pasteles de queso, merengues y grandes rebanadas de pastel
En el caso de las recepciones	
vegetales frescos en trozos o vegetales miniatura servidos con aderezos bajos en grasas, salsa o tofu	vegetales fritos
fruta fresca en trozos	pasteles de fruta y otros rellenos dulces
tiras de pollo sin piel asadas o a la plancha	pollo frito, pollo con piel
albóndigas miniatura con carne magra, pavo	albóndigas grandes con carne grasosa o albóndigas con salsas pesadas
mariscos a la plancha o cocidos	mariscos fritos, mariscos en salsas con alto contenido de grasas
hongos cocinados bajos en grasa	hongos con queso grasoso o cremoso
pizzas miniatura con mozzarella y vegetales	pizzas grandes con embutidos grasos, salsas grasosas
rollos primavera de vegetales, frescos y sin freír	rollos de huevo fritos
pequeños cubos de queso, de 0.75 pulgadas (2 cm)	grandes rebanadas de queso
galletas integrales, bajas en grasas	galletas regulares con grasas trans
palomitas de maíz bajas en grasa sin mantequilla	palomitas de maíz hechas en aceite o mantequilla
papas horneadas o fritas con poca en grasa	Papas fritas de bolsa
aderezos de salsa o queso crema o fresco bajo en grasa	Aderezos comerciales de mayonesa, crema agria, o salsa de queso
pequeñas rebanadas de pastel, 2 pulgadas (5 cm)	grandes rebanadas de pastel

Esta tabla es una adaptación de las recomendaciones presentadas en "Directrices para ofrecer alimentos saludables en las reuniones, seminarios y eventos con servicio de banquetes" de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Minnesota, EUA.






Bibliografía

-  Arcand, J. 2001. “Undernourishment and economic growth: The efficiency cost of hunger”, *FAO Economic and Social Development Paper 147* (Roma, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación).
-  Asociación Americana de Diabetes. 2008. “Economic costs of diabetes in the U.S.A. in 2007”, en *Diabetes Care*, vol. 31, núm. 3, págs. 596–615.
-  Canetti, L.; Bachar, E.; Berry, E. M. 2002. “Food and emotion”, en *Behavioural Processes*, vol. 60, núm. 2, págs. 157–164.
-  Caton, S.J. et al. 2004. “Dose-dependent effects of alcohol on appetite and food intake”, en *Physiology and Behaviour*, vol. 81, núm. 1, págs. 51–59.
-  Centro Médico de la Universidad de Maryland (UMMC). 2004. *Información completa sobre macro y micronutrientes*.
Disponible en:
http://www.umm.edu/esp_ency/index.htm [consultado el 9 de julio de 2012].
-  Croppenstedt, A.; Muller, C. 2000. “The Impact of Farmers’ Health and Nutritional Status on their Productivity and Efficiency: Evidence from Ethiopia”, en *Economic development and cultural change*, vol. 48, núm. 3 (University of Chicago Press), págs. 475–502.
-  Galenson, W.; Pyatt, G. 1964. “The quality of labor and economic development in certain countries”, en *Studies and Reports, New Series*, núm. 68 (OIT, Ginebra).
-  Haas, J.D.; Brownlie, T. 2001. “Iron deficiency and reduced work capacity: A critical review of the research to determine a causal relationship”, en *The Journal of Nutrition*, vol. 131, núm. 2, págs. 676–688.
-  Haddad, L. 2002. “Nutrition and Poverty” en *Nutrition: A Foundation for development* (Ginebra, JJE de las Naciones Unidas).
-  —. 2003. “What can food policy do to redirect the diet transition?” *Documento de debate 165* (Washington, D.C., Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias).
-  Horton, S.; Levin, C. 2004. Commentary on “Evidence That Iron Deficiency Anaemia Causes Reduced Work Capacity”, en *The Journal of Nutrition*, vol. 131, núm. 2, págs. 691–696.
-  Kedir, A.M. 2009. “Health and Productivity: Panel Data Evidence from Ethiopia”, en *African Development Review*, vol. 21, núm. 1 (Wiley-Blackwell, Banco Africano de Desarrollo), págs. 59–71.

-  Organización Internacional del Trabajo (OIT); 1998. *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (Ginebra).
-  Organización Mundial de la Salud (OMS). 2000. *Turning the tide of malnutrition: Responding to the challenge of the 21st century* (Ginebra).
Disponible en:
<http://www.who.int/mip2001/files/2232/NHDbrochure.pdf> [consultado el 8 de julio de 2012].
-  —. 2003. “Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas” *Serie de Informes Técnicos, núm. 916*.
Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_spa.pdf [consultado el 8 de julio de 2012].
-  —. 2004a. *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud* (Ginebra).
Disponible en:
http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf [consultado el 9 de julio de 2012].
-  —. 2004b. *Iodine Status Worldwide* (Ginebra).
Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592001.pdf> [consultado el 9 de julio de 2012].
-  —. 2006. Nota descriptiva núm. 311, *Obesidad y sobrepeso* (Ginebra).
Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html> [consultado el 9 de julio de 2012].
-  —. 2008. *World Prevalence of Anaemia 1993-2005* (Ginebra).
Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657_eng.pdf [consultado el 9 de julio de 2012].
-  —. 2009a. Nota descriptiva núm. 312, *Diabetes* (Ginebra).
Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html> [consultado el 9 de julio de 2012].
-  —. 2009b. Nota informativa núm. 317, *Enfermedades cardiovasculares* (Ginebra).
Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html> [consultado el 9 de julio de 2012].
-  Perkins, K. A. 1992. “Effects of tobacco smoke on caloric intake”, en *British Journal of Addiction*, vol. 87, págs. 193–206.
-  Popkin, B. M.; Horton, S.; Kim, S. 2001. “The nutritional transition and diet-related chronic diseases in Asia: Implications for prevention”, *Documento de debate 105* (Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias).
-  Puska, P. 2003. “Successful strategies to influence national diets: The Finnish experience” en *Zdrav Var*, vol. 43, págs. 191–196.

-  The Lewin Group. 1997. *The Cost of Covering Medical Nutrition Therapy Under Medicare: 1998 through 2004* (The American Dietetic Association).
Disponible en: <http://www.lewin.com/publications/publication/205/> [consultado el 9 de julio de 2012].
-  Thomas, D.; Strauss, J. 1997. “Health and wages: Evidence on men and women in urban Brazil”, en *The Journal of Econometrics*, vol. 77, núm. 1, págs. 159–185.
-  Tuomilehto, J. et al. 2001. “Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance”, en *The New England Journal of Medicine*, vol. 344, núm. 18 (Massachusetts Medical Society), págs. 1343–1350.
-  Wanjek, C. 2005. *Food at work: Workplace solutions for malnutrition, obesity and chronic diseases* (Ginebra, OIT).
-  Wolf, A.M.; Colditz, G. A. 1998. “Current estimates of the economic cost of obesity in the United States”, en *Obesity Research*, vol. 6, págs. 173–175.

Sitios Web

-  Organización Mundial de la Salud, Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud:
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/index.html> [consultado el 9 de julio de 2012].
-  Organización Mundial de la Salud, Micronutrient Deficiencies:
<http://www.who.int/nutrition/topics/ida/en/index.html> [consultado el 9 de julio de 2012].
-  Organización Mundial de la Salud, Nutrición:
<http://www.who.int/nutrition/es/index.html> [consultado el 9 de julio de 2012].
-  Universidad de Maryland, Índice Médico De la Enciclopedia:
http://www.umm.edu/esp_ency/ [consultado el 9 de julio de 2012].
-  Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC):
<http://www.cdc.gov/Spanish/especialesCDC/DiabetesLatinos> [consultado el 9 de julio de 2012].



Actividad física saludable



1. Introducción

¿Cómo llega usted al trabajo? ¿Camina una parte del recorrido? ¿Va en bicicleta?

¿Qué hace cuando llega? La mayoría de las personas realizan trabajos que requieren algún nivel de actividad física o, al menos caminan de un lado a otro en las instalaciones.

Nuestro cuerpo está hecho para el movimiento, es una de las funciones más básicas y esenciales de los humanos que ha sido un elemento fundamental para la supervivencia humana por miles de años; el cuerpo está diseñado para altos niveles de actividad física. Sin embargo, recientemente ha habido una rápida disminución de la necesidad de movimiento en la vida cotidiana de muchas personas.

El movimiento, la actividad física y el ejercicio ofrecen estímulos esenciales para las funciones del cuerpo. Sin esos estímulos el cuerpo se debilita y está en mayor riesgo de enfermedades graves. Los síntomas acompañantes de la inactividad reducen tanto la capacidad de trabajar como la calidad de vida. Afortunadamente existen maneras de aumentar la actividad física saludable en beneficio de todos y el lugar de trabajo, justamente, puede ser un buen lugar para comenzar.

La falta de actividad física se está expandiendo en la mayor parte del mundo y, en muchos lugares, especialmente en las zonas urbanas, aumenta con rapidez. Existen muchas razones que explican este fenómeno: una es la reducción de la actividad física involucrada en las actividades laborales y domésticas, gracias a la electricidad, el avance de las herramientas y la automatización, mientras que otra es la motorización del transporte. En los países ricos la falta de actividad física entorno al trabajo se compensa en parte con el aumento del ejercicio durante el tiempo libre, pero son muchas las personas no hacen suficientes actividades físicas en su tiempo libre para mantenerse saludables y en buena forma.

La situación puede ser incluso peor en los países en desarrollo y en los países que tienen sectores en transición, de una sociedad agrícola rural a una sociedad urbana industrializada. Hoy en día, en ciertas zonas y ocupaciones el trabajo todavía puede involucrar mucha actividad física, pero en lugar de mejorar la salud, con frecuencia lo que hace es contribuir a la fatiga, en parte debido a una mala nutrición y en parte a cargas de trabajo excesivas. Al mismo tiempo, ciertas partes de la población están siendo cada vez más inactivas físicamente, al realizar trabajos sedentarios y tener menos posibilidades de realizar actividades físicas por salud o por recreación. Como resultado hay más enfermedades, mayores costos de atención médica y menos productividad. Ello representa una carga creciente para todas las partes: los trabajadores, sus familias, los empleadores y la sociedad.

Obesidad y diabetes en Samoa

Con la modernización de los años recientes, las poblaciones de muchas islas del Pacífico están tendiendo a ser cada vez más inactivas físicamente. Las tasas de obesidad y las enfermedades relacionadas, como la diabetes, también han aumentado.

Por ejemplo, en Samoa 57 por ciento de la población es obesa, a causa de la falta de actividad física, particularmente en las áreas urbanas. Veintiún por ciento de la población hace poca o ninguna actividad física. El problema está conformado también por otros elementos: el cigarrillo, la mala nutrición y el consumo de alcohol.

En Samoa las tasas de diabetes son altas, 23 por ciento de la población padece esta enfermedad.

Fuente: OMS, Perfiles de información de salud de los países, 2008.

2. Para comprender la falta de actividad física

La actividad física se define como cualquier movimiento corporal, producido por la contracción de músculos que aumente considerablemente el ritmo cardíaco y el gasto de energía. Esta sección examina definiciones de distintos tipos de actividad (o inactividad) física y muestra como, a veces, pueden ser útiles para propósitos diferentes.

La inactividad física puede ser absoluta, como en el reposo absoluto (en posición horizontal), o puede consistir en una actividad muy baja, con un uso ligero e infrecuente de los músculos.

La falta de actividad física o la actividad física insuficiente se refiere a la actividad física demasiado liviana, breve o infrecuente como para proporcionar suficiente estímulo al cuerpo para que mantenga su estructura y sus funciones normales. En ese sentido, las distintas partes y funciones del cuerpo requieren diferentes cantidades de estímulo. De igual manera, las necesidades varían de una persona a otra. Por ejemplo, los trabajadores jóvenes y en buena condición física precisan de un nivel y tipo de ejercicio saludable, distinto del que requieren los trabajadores de más edad. Además, alguien muy inactivo verá grandes beneficios con poca actividad, mientras que quien ya esté muy activo necesitará más, para obtener una diferencia significativa.

Los hábitos de vida sedentaria consisten en estar sentado o permanecer inactivo la mayor parte del tiempo, en casa o en el trabajo. La mecanización en el trabajo y la televisión en casa han hecho que la vida de muchas personas sea más sedentaria.

La actividad física realizada en el cumplimiento de las funciones laborales se considera parte del trabajo. Actualmente muchos trabajos son en gran medida sedentarios, mientras que otros demandan demasiada actividad física y pueden llevar a accidentes y enfermedades.

Las actividades físicas en el tiempo libre son aquellas que se hacen fuera de la jornada de trabajo, por intereses y necesidades personales. Pueden realizarse de manera sistemática como ejercicio, o más esporádicamente y por recreación, como caminar, cuidar el jardín, bailar, etc.

Las actividades físicas que forman parte de los hábitos de vida, se refieren a actividades físicas de la vida cotidiana, como las tareas domésticas, caminar e ir en bicicleta al trabajo, o a hacer cosas pendientes, o usar las escaleras en lugar del elevador.

Ejercicio se refiere a sesiones planificadas de actividad física, normalmente realizadas con el fin de estar en buena condición o mantener la salud.

El entrenamiento es una manera planificada, estructurada y repetitiva de practicar actividades físicas con disciplina.

La ejercitación aeróbica o de resistencia involucra grupos de músculos grandes en actividades dinámicas en niveles moderados o vigorosos, pero no máximos, de esfuerzo; lo cual deriva en aumentos considerables del pulso cardíaco y del gasto energético. La participación regular en actividades aeróbicas produce mejoras en el funcionamiento del corazón y el sistema circulatorio, los pulmones, músculos y la resistencia. Ello deriva en una mayor capacidad para realizar trabajo entre moderado e intenso por periodos prolongados, cuando se requiera. La participación regular en actividad física aeróbica por varios años disminuye el riesgo de muchas enfermedades crónicas, especialmente la cardiopatía coronaria, los derrames, la diabetes y algunos cánceres.

2. Para comprender la falta de actividad física

El entrenamiento de resistencia o de fuerza consiste en ejercicios que al demandar un uso moderado o elevado de la fuerza o la potencia muscular, aumentan la fuerza, la potencia o la resistencia de los músculos entrenados, dependiendo de las características del programa de entrenamiento.

Los deportes incluyen un gran número de actividades que se practican conforme a reglas definidas, que incluyen medición del rendimiento y, por lo general, aspectos competitivos. El entrenamiento serio para los deportes tradicionales es una manera muy sistemática de ejercitarse. En muchos países la palabra “deporte” se usa de manera que significa lo mismo que actividad física recreativa. El término “deporte para todos” se suele usar para referirse a las actividades físicas o el ejercicio por motivos de salud, para mantenerse en forma y en busca del bienestar, sin carácter competitivo, abiertos a todas las personas.

La buena condición física se mide evaluando la capacidad de desempeñar distintas formas de actividad física. Tradicionalmente el enfoque ha sido considerar la condición física en función del desempeño, midiendo atributos importantes comunes a varios tipos de desempeño físico.

Un nivel suficiente de condición física implica que la persona pueda desempeñar tareas cotidianas con vigor y en estado de alerta, sin fatiga indebida y con bastante energía para disfrutar el tiempo libre y responder a las emergencias imprevistas.

Indicadores de la condición física:

- vigor cardio-respiratorio;
- resistencia muscular;
- fuerza y potencia;
- flexibilidad;
- agilidad;
- equilibrio;
- mejor tiempo de reacción;
- composición corporal.

Condición física relacionada con la salud:

- capacidad suficiente para los sistemas cardio-respiratorio y músculo-esquelético;
- factores de riesgo de las enfermedades crónicas con bajos niveles;
- peso y masa corporal óptimos;
- bienestar psicológico y social.

La condición física y su relación con la salud han ganado mucho interés recientemente. Se refiere a los atributos que están claramente relacionados con distintos aspectos de la salud que aparecen en el recuadro y en los que puede influir la actividad física regular. Medir la condición física permite evaluar el estado de salud y saber si hay necesidad de intervenir.

Recomendaciones sobre la actividad física

A lo largo de los años han circulado distintos lineamientos sobre el tipo, la cantidad, frecuencia e intensidad de actividad física requerida para propósitos diferentes. El siguiente recuadro se basa en la *Recomendación de salud pública sobre actividad física (Public Health Recommendation of Physical Activity)*, del Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) y el Colegio Universitario Americano de Medicina del Deporte (American College of Sports Medicine); (Centers for Disease Control and Prevention, 1996).

- Todas las personas mayores de 2 años deben acumular al menos 30 minutos de actividad física de resistencia de, por lo menos, intensidad moderada, la mayoría de los cuales se practiquen preferiblemente todos los días de la semana.
- Agregar tiempo a la actividad física de intensidad moderada, o reemplazarla con actividad más vigorosa, trae beneficios adicionales de salud y de funcionalidad.
- Las personas que tienen enfermedad cardiovascular, diabetes u otros problemas crónicos de salud y que deseen aumentar su actividad física deben ser evaluadas por un médico y deben tener un programa de ejercicio apropiado para su estatus clínico.
- Los hombres anteriormente inactivos de más de 40 años de edad, las mujeres de más de 50 años de edad y las personas con un alto riesgo de enfermedad cardiovascular deben consultar a un médico antes de iniciar un programa de actividad física vigorosa al que no estén acostumbrados.
- Se deben realizar actividades de desarrollo de la fuerza (entrenamiento de resistencia) por lo menos dos veces a la semana. Efectuar al menos 8 a 10 ejercicios de desarrollo de la fuerza que usen los principales grupos musculares de las piernas, el tronco, los brazos y los hombros en cada sesión, con uno o dos ciclos de 8 a 10 repeticiones de cada ejercicio.

Una revisión en 2004 de la actividad física y la salud realizada por el Departamento de Salud del Reino Unido las anteriores recomendaciones, con algunas excepciones que vale mencionar. Para no ganar peso se necesita más actividad física que la mencionada en la Recomendación de salud pública anterior: de 45 a 60 minutos de actividad moderada al día. Para lograr una gestión del peso después de una reducción se necesita de 60 a 90 minutos de actividad moderada o bien, 35 minutos de actividad vigorosa al día. Los jóvenes necesitan por lo menos 60 minutos al día.

Lo relevante es que la actividad física regular no sólo evita las enfermedades sino que nos hace más saludables. Un nivel elevado de actividad física reduce el riesgo de algunos cánceres. La salud puede ser entendida como la energía que necesitamos para sobrevivir, desempeñarnos y triunfar en la vida, no sólo física, sino además mental y socialmente. Entre mejor sea nuestra salud, mejor funcionará nuestro cuerpo y más capaz será de prevenir enfermedades. El ejercicio también puede ser benéfico para personas que ya están enfermas.

Una mayor actividad física no necesariamente lo cura todo. Existen también factores genéticos a considerar, además de los factores ligados a los hábitos de vida y de los factores psicosociales. El riesgo máximo de enfermarse depende de una combinación de diferentes factores. Sin embargo, la actividad física, los hábitos saludables de vida y los factores psicosociales son influenciados y esto representa una oportunidad para mejorar la salud y la productividad de los trabajadores.

3. Impacto de la falta de actividad física en la salud

¿Qué tan difundido está el problema de la insuficiencia de actividad física? ¿Qué impacto tiene sobre la salud? Y ¿qué impacto tiene sobre el trabajo?

Las estadísticas sobre los niveles insuficientes de actividad física varían enormemente por muchas razones, una de ellas es que emplean diversos métodos de medición. No obstante, la falta de actividad física es un gran problema en todo el mundo. El “Informe Mundial de la Salud” calcula que, mundialmente, 17 por ciento de la población es inactiva físicamente. Las personas que declaran hacer “algo” de actividad, pero insuficiente, representan el 41 por ciento de la población mundial. De acuerdo con la OMS se considera actividad física insuficiente, realizar menos de 2½ horas a la semana de actividad moderada (OMS, 2002). Tomadas en su conjunto estas cifras muestran que más de la mitad de la población global está potencialmente arriesgando su salud y su bienestar por no hacer suficiente actividad física.

Tan solo hay datos limitados sobre las tendencias y los cambios en cuanto a la actividad física. Sin embargo, queda claro que la actividad física en el trabajo, en el transporte y en las tareas domésticas está disminuyendo en la mayoría de los países. Las actividades recreativas están aumentando lentamente en algunos países, pero están disminuyendo en otros. La situación es particularmente difícil en los países donde la actividad física en el trabajo, en casa y como medio de transporte está disminuyendo rápidamente, pero también es preocupante que, por razones culturales, económicas y de hábitos de vida, la actividad física recreativa es practicada en grado limitado y principalmente por personas de ingresos altos.

La falta de actividad física está relacionada con muchas enfermedades, incluyendo la osteoporosis, los derrames, las enfermedades cardíacas, la diabetes y el cáncer. Desde hace mucho tiempo se sabe que las personas que se mueven menos se enferman más seguido; los médicos y científicos recientemente lograron probar que la falta de actividad física puede ser un factor que contribuya a la enfermedad.

Lumbalgias y dolor de cuello

El dolor, la tensión muscular y la rigidez en la parte baja de la espalda, o región lumbar, puede ser padecida por 70 a 85 por ciento de las personas en algún momento de sus vidas. Al mismo tiempo, de 15 a 45 por ciento de la población puede tener dichos síntomas en un período específico de su vida (Nachemson, 2000). En la mayoría de los casos los síntomas desaparecen a las pocas semanas, pero tienden a volver y a transformarse en crónicos si no cambia la raíz del problema. La lumbalgia es una de las principales causas del ausentismo laboral. El dolor y la rigidez en el cuello son padecidos por hasta 50 por ciento de la población en los países industrializados, y es especialmente común en las mujeres (Anderson, 1999).

Se ha demostrado que para las personas con lumbalgia mantenerse activo es mejor que estar inactivo. Afortunadamente, las actividades físicas más practicadas por recreación no aumentan el riesgo de lumbalgia; y, si está adecuadamente organizada y monitoreada, la actividad física de trabajo no causa dolor de espalda.

Se ha descubierto que los programas de ejercicio son buenos para la lumbalgia crónica, aunque no para el dolor activo y agudo. No obstante, es importante que cada persona se ejercite proporcionalmente a su condición física, ya que el ejercicio físico intenso, repetitivo, prolongado, ya sea en el trabajo o al practicar un deporte, algunas veces puede causar lumbalgia, si no se hace apropiadamente. El ejercicio también puede prevenir la lumbalgia al aumentar o mantener la fuerza y resistencia de los músculos del tronco.

Algunos estudios recientes científicamente rigurosos, dan evidencias de que la actividad física para entrenar los músculos del cuello es buena para reducir el dolor y la discapacidad crónica que causa el dolor de cuello, sin embargo, el ejercicio físico no necesariamente previene el dolor de cuello.

Cardiopatía coronaria y derrames

Tanto la cardiopatía coronaria como los derrames están caracterizados por un estrechamiento gradual de las arterias. En el caso de la cardiopatía coronaria, son las arterias que llevan al músculo cardíaco las que se ven afectadas, y en el caso del derrame (o enfermedades cerebro vasculares) son las arterias que llevan al cerebro. Al no llegar suficiente sangre al corazón o el cerebro se produce una falta de oxígeno en dichos órganos, lo que puede causar daños al corazón o el cerebro y, potencialmente, la muerte. Cada año la cardiopatía coronaria ocasiona alrededor de 7,2 millones de muertes y más de 10 millones de ataques cardíacos en el mundo. Los derrames son la tercera causa de muertes en todo el mundo, representada por 5,5 millones de muertes al año. Además, los derrames son la principal causa de discapacidad en los países desarrollados (OMS, 2010).

Las altas tasas de estas enfermedades cardíacas se deben en gran medida a una dieta poco saludable, a la falta de actividad física y al tabaco. Quien fuma, tiene presión alta o niveles de colesterol altos, tiene más probabilidades de sufrir una de estas enfermedades. También hay un riesgo genético.

En las personas físicamente inactivas el riesgo de cardiopatía coronaria o de derrame es entre 30 y 50 por ciento más alto que en las personas que están por lo menos moderadamente activas (Wannamethee, 2002). Este riesgo puede disminuirse considerablemente aumentando la actividad física y, además, el ejercicio tiene un papel importante en la rehabilitación cardíaca. Se ha descubierto que aun una cantidad moderada de actividad física, como una caminata a paso vivo de media hora practicada la mayoría de los días, reduce el riesgo de derrame.

Enfermedades cardiovasculares: Impacto económico para los empleadores

Se calcula que las enfermedades cardiovasculares en la Unión Europea cuestan:

- 169 mil millones de euros al año,

La productividad representa:

- 21 por ciento de dichos costos, o
- 35.5 mil millones de euros.

Fuente: Leal, 2006.

Cáncer

El cáncer es un tipo de enfermedad caracterizado por un crecimiento anormal y descontrolado del número de células que, de no ser contrarrestado, puede causar la muerte. Algunas personas tienen una predisposición genética al cáncer, lo cual implica más probabilidades de desarrollarlo. Es por ello que algunas personas lo desarrollan y otras no. El

En un estudio sobre la pérdida de la productividad debido a varias enfermedades que se realizó en los EUA, 66 por ciento de los casos de permiso por enfermedad o de reducción del desempeño durante el trabajo fueron reportados por trabajadores que padecían cáncer.

Fuente: Kessler et al., 2001.

cáncer surge por una combinación de factores y causas potenciales. Sin embargo, el riesgo de cáncer puede aumentar como consecuencia de algunos comportamientos de riesgo, como el fumar, una dieta poco saludable o beber en exceso. También existen factores ambientales, incluyendo los aditivos y los contaminantes de alimentos. Aunque actualmente el uso del tabaco es el mayor factor individual contribuyente al cáncer, hay combinaciones de factores, como la falta de actividad física y una dieta poco saludable que derive en sobrepeso y obesidad; que también son importantes contribuyentes a la frecuente y creciente aparición del cáncer en las poblaciones con predisposición genética en los países industrializados.

De acuerdo con Cancer Research UK, la mitad de los cánceres pueden prevenirse con cambios en los hábitos de vida. Para prevenir el cáncer, los expertos recomiendan actividad física de intensidad moderada varias veces a la semana con una duración mínima de media hora por sesión. Esto ayuda a mantener el peso bajo control y a estimular el sistema inmunológico, lo cual a su vez puede prevenir el cáncer. La actividad física está asociada con un riesgo 25 por ciento menor de cáncer en el intestino y cáncer de mama en el Reino Unido (Cancer Research UK).

Obesidad

La obesidad es un exceso de grasa corporal que puede contribuir considerablemente a los problemas de salud, incluyendo las enfermedades cardíacas, la diabetes y la artritis (por presión excesiva sobre las articulaciones.)

De acuerdo con la OMS, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad está aumentando en todo el mundo a una tasa alarmante que afecta a las mujeres, los hombres y los niños. Actualmente se calcula que hay más de 300 millones de personas con obesidad en el mundo, (OMS, 2012).

Tanto los países desarrollados como los países en desarrollo se ven afectados. En los países de bajos ingresos la obesidad es más común en las mujeres de mediana edad, las personas de estatus socioeconómico más elevado y en las personas que viven en zonas urbanas. En los países desarrollados los niveles de obesidad son más elevados en los grupos socioeconómicos inferiores. La obesidad es común no sólo en las personas de mediana edad, sino que se está volviendo cada vez más prevalente entre los adultos jóvenes y los niños. Más aún, tiende a estar asociada con estatus socioeconómico bajo, especialmente en las mujeres. La transición de un estilo de vida rural a uno urbano está asociada con mayores niveles de obesidad, que ha sido vinculada con cambios drásticos en los hábitos de vida (p. ej. mayor consumo de alimentos densos en energía y disminución de la actividad física). Sin embargo, hay una tendencia en ciertas regiones en las que las diferencias urbano-rurales se ven disminuidas o incluso revertidas.

Los niveles de obesidad también varían según el grupo étnico de origen. La cultura y hábitos alimenticios de las diferentes etnias explican la variedad de niveles de obesidad que es posible encontrar en diferentes contextos o incluso en un mismo territorio nacional. En los EUA, particularmente entre las mujeres, existen grandes diferencias en la prevalencia de la obesidad entre las poblaciones de los distintos orígenes étnicos existentes en el país.

A partir de datos disponibles de 2000 fue posible estimar el rango de variación de la prevalencia de la obesidad en distintas regiones del mundo, el cual va desde menos de 5 por ciento en la China rural, Japón y algunos países africanos; hasta niveles de 75 por ciento de la población adulta urbana de Samoa, lo cual supera la prevalencia de 65,7 por ciento en los Estados Unidos en el mismo periodo (International Union of Nutritional Sciences, 2002).

El informe de Perspectivas sobre obesidad de 2007 del Reino Unido proyectó que los costos del Sistema Nacional de Salud atribuibles al sobrepeso y la obesidad se duplicarían a 10 mil millones de libras esterlinas británicas al año, en 2050. La obesidad costará 49.9 mil millones de libras al año en 2050 a la economía del Reino Unido, por costos directos e indirectos, si la epidemia no es controlada mediante cambios drásticos en toda la sociedad. El Sistema Nacional de Salud de Escocia ya gasta 175 millones al año tratando problemas asociados con el sobrepeso, incluyendo 48 millones para combatir la diabetes tipo 2, 38 millones para la hipertensión y 4.4 millones en equipo médico especializado para pacientes con alto sobrepeso. Los costos indirectos para la sociedad, como los días de permiso laboral, están calculados en 282 millones adicionales de libras esterlinas británicas al año (FORESIGHT, 2007).

La causa individual más común de la obesidad es comer alimentos que contienen más energía de la usada por la persona. Esto suele suceder cuando coincide el consumo de alimentos elevados en grasa, densos en energía y disponibles en grandes porciones a un costo relativamente bajo; con una disminución de la necesidad de gasto energético en el trabajo, en el transporte y en las tareas domésticas. En otras palabras, nos movemos menos, pero comemos más.

La actividad física combinada con una dieta baja en energía puede ser usadas para prevenir la obesidad, así como también son útiles para combatir el problema una vez que ya ha aparecido. Sin embargo, la pérdida de peso es un desafío, ya que se necesitan grandes cantidades de actividad física para lograr una pérdida considerable de grasa. De todas maneras vale la pena promover la actividad física en personas tanto obesas como no obesas, ya que, aunque su peso no disminuya, igual mejorará su salud general. Por ejemplo, el entrenamiento de resistencia junto con un régimen de dieta pueden reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y mejorar la masa muscular.

“Influencia de la obesidad en los costos de la atención médica y el ausentismo entre los trabajadores de una compañía minera”.

Un estudio de más de 4.000 mineros en Chile, conducido por la Pontificia Universidad Católica de Chile en Santiago, descubrió que:

- Los costos anuales de la atención médica eran 17 por ciento más elevados en el caso de los trabajadores obesos que en los de peso normal y 58 por ciento más elevados en los trabajadores con obesidad severa.
- Los trabajadores obesos usaron 25 por ciento más permisos por enfermedad que otros trabajadores, porcentaje que se eleva hasta 57 por ciento entre los trabajadores con obesidad severa.

Fuente: Zarate et al., 2009.

Hipertensión

Los niveles elevados de presión sanguínea dañan las arterias que proveen de sangre al corazón, el cerebro, los riñones y otras partes del cuerpo, y también pueden ocasionar daños a dichos órganos. Cerca de dos terceras partes de los derrames y la mitad de los casos de enfermedades cardíacas están vinculados con la presión alta. En 2001, 40 por ciento de los adultos de Inglaterra y Gales eran hipertensos, lo cual representaba 15 por ciento del costo total anual de los medicamentos prescritos por el sistema de atención primaria. No hay un límite exacto entre la presión normal y la alta, pero actualmente la frontera entre la normal (satisfactoria) y la (ligeramente) elevada está en 140/90 mmHg (Servicio Nacional de Salud, Estudio sobre Inglaterra, 2006).

El problema se debe en gran medida a dietas poco saludables y hábitos de vida sedentarios. Las personas cuya dieta incluye mucha sal, grasa y alcohol, que tienen sobrepeso, que hacen insuficiente o ningún ejercicio y que padecen estrés están en mayor riesgo de tener presión alta.

La falta de actividad física eleva en 30 por ciento la probabilidad de que una persona desarrolle hipertensión. Por fortuna, aumentar los niveles de actividad física es bueno para la presión. Tan solo una sesión individual de actividad física disminuye el nivel de presión por alrededor de 20 horas.

Diabetes

La diabetes es una enfermedad común. Es un padecimiento crónico en el cual el cuerpo es incapaz de procesar adecuadamente el azúcar (glucosa) en la sangre. La diabetes tipo 2 se desarrolla como resultado de una combinación de factores genéticos y ambientales. Los factores ambientales más importantes son la obesidad, la falta de actividad física y una dieta rica en grasas saturadas. La actividad física disminuye el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en aproximadamente 30 por ciento. En 2005 más de un millón de muertes fueron atribuidas a la diabetes. Se considera que existe un subregistro debido a diagnósticos errados, por lo que el número real puede ser mucho más elevado. Para las personas con diabetes, el riesgo global de morir es por lo menos el doble que el de las personas sin diabetes. La diabetes tipo 2 está aumentando rápidamente entre los adultos; la OMS predice que para 2030 el número de personas con diabetes tipo 2 en el mundo será más del doble de la cifra de 2005 (OMS, 2009).

Costos de la diabetes en atención médica y productividad en 2007

El costo total de la diabetes que se calculó en los EUA en 2007 fue de 174 mil millones de dólares, incluyendo:

- 116 mil millones de dólares en gastos médicos excesivos y
- 58 mil millones por la reducción de la productividad.

Los costos indirectos fueron calculados de la siguiente manera:

- 2.6 mil millones por ausentismo;
- 20 mil millones por la reducción de la productividad estando todavía en el trabajo;
- 7.9 mil millones por desempleo debido a la diabetes;
- 26.9 mil millones por capacidad productiva perdida debido a fallecimientos prematuros.

Fuente: Asociación Americana para la Diabetes, 2008.

Aumentar la actividad física disminuye el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, según cuánta actividad se haga. Se ha demostrado que perder peso a través de un régimen de dieta y ser más activo reduce el riesgo de desarrollar diabetes hasta en 60 por ciento. Las actividades aeróbicas tanto moderadas como vigorosas y el entrenamiento de resistencia son eficaces; practicar ambos tipos de ejercicio es una ayuda más completa.

La diabetes y la artritis no están directamente relacionadas, lo que sucede es que a menudo se sobreponen. De acuerdo con el Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades de los Estados Unidos, 52 por ciento de las personas que tienen diabetes tipo 2 también tienen osteoartritis (Arthritis Foundation, 2010). Ambos pueden empeorar debido a hábitos de vida sedentarios y obesidad.

Osteoporosis y osteoartritis

La actividad física mejora la fuerza y el funcionamiento de las articulaciones, los huesos y los músculos. Para mantenerse saludable, el cartílago de las articulaciones tiene que ser usado regularmente. La inactividad física puede contribuir a la artritis (o la osteoartritis), las cuales son muy dolorosas y reducen la capacidad de desempeño físico.

La falta de actividad física también puede influir en el desarrollo de la osteoporosis, o masa ósea baja, y en el deterioro del tejido óseo. La osteoporosis normalmente es asintomática, se desarrolla sin que la persona se dé cuenta. Dado que la falta de actividad física también afecta la fortaleza y coordinación de los músculos, una persona inactiva tiene más probabilidad de caídas con ruptura de hueso. De modo que la combinación de la debilidad de los huesos y la debilidad de los músculos aumenta el riesgo de lesiones. El ejercicio moderado regular reduce el dolor y la rigidez en las articulaciones, desarrolla músculos fuertes en torno a las articulaciones y aumenta la flexibilidad y la resistencia.

Costos para los empleadores por las enfermedades vinculadas con la falta de actividad física

En un estudio realizado con más de 8.000 trabajadores en los Estados Unidos, se evaluó y cuantificó en dólares estadounidenses el impacto del ausentismo y el presenteísmo debido a distintas enfermedades.

Las estimaciones de pérdidas totales promedio en productividad (ausentismo + presenteísmo) por empleado, por año, fueron de:

- 269.00 por artritis/reumatismo;
- 105.00 por hipertensión o presión alta;
- 95.00 por diabetes;
- 40.00 por cardiopatía coronaria.

* (Presenteísmo significa permanecer en el lugar de trabajo sin trabajar)

Fuente: Lamb et al., 2006.

Impacto económico de la falta de actividad física

La falta de actividad física genera distintos padecimientos graves y a largo plazo, algunos de los cuales incapacitan a las personas y otros son fatales. Además del sufrimiento humano, ello implica un mayor uso de los servicios de atención médica y consecuencias económicas para los empleadores, los trabajadores y los gobiernos. En un estudio longitudinal finlandés que duró 16 años, los hombres sedentarios pasaron 36 por ciento más de días en el hospital y las mujeres sedentarias 23 por ciento más que los hombres y mujeres más activos (Malmberg et al., 2002).

Un análisis extenso de la carga económica de la inactividad física en Canadá evidenció que 2.5 por ciento de los costos directos totales de la atención médica en el país eran atribuibles a la inactividad física, lo cual representaba 2,1 mil millones de dólares canadienses al año. El estudio no calculó los costos indirectos, que incluyen la productividad perdida durante el trabajo, el desempleo por discapacidad debido a una enfermedad y la productividad perdida por fallecimientos prematuros. Dado que los costos directos para Canadá ya alcanzan los miles de millones de dólares, es probable que los costos totales sean considerablemente mayores (Katzmarzyk et al., 2000).

4. Gestión de la actividad física saludable en el lugar de trabajo

Existe evidencia científica que indica que la inactividad física es un peligro grave para la salud, para la capacidad laboral y la productividad, y que afecta a muchas personas en la mayoría de los países del mundo. Una gran parte de los que la padecen son personas en edad de trabajar, y las pérdidas en términos de productividad y costos de atención médica son extremadamente onerosas. Estos efectos adversos aumentan con una dieta inadecuada y otros factores como el estrés, el cigarrillo y el uso excesivo de alcohol. Dichos factores están frecuentemente relacionados con hábitos de vida sedentarios en los países industrializados y con cada vez más frecuencia también en los países en desarrollo.

Una actividad física limitada, pero regular, variada y de intensidad moderada evitaría muchos de los problemas relacionados de salud mencionados hasta ahora. Sin embargo, hay barreras ante la actividad física, ya sean percibidas o reales, que bloquean los esfuerzos, pudiendo tratarse de obstáculos físicos, fisiológicos, psicológicos, sociales, culturales o económicos.

Es posible superar o atenuar estos obstáculos desarrollando e implementando políticas públicas efectivas y medidas concretas. Aunque la actividad física pertenece en gran medida al ámbito privado de las personas, la sociedad moderna es responsable de proveer suficiente información sobre la importancia de la actividad física regular y oportunidades viables y seguras para estar activo y saludable físicamente. Ello requiere de múltiples aliados, dado que las políticas y estrategias conciernen a distintos sectores. Los lugares de trabajo deben ser un ambiente clave para la concientización, como parte de una estrategia de promoción de la salud; en primer lugar, por el beneficio en bienestar y productividad que genera una mayor actividad física con fines de salud de los trabajadores, y en segundo lugar, por las características propias de los centros de trabajo, que aumentan las probabilidades de éxito de este tipo de iniciativas.

La experiencia y algunos estudios científicos han demostrado que los programas para el lugar de trabajo tienen un gran potencial para mejorar los niveles de actividad física y pueden aportar beneficios considerables a trabajadores y empleadores por igual. Ha habido programas bien conducidos que han derivado en una mejor condición física, menos ausencias, una reducción de los factores de riesgo de enfermedades crónicas, menores síntomas, así como en una percepción de mejora de la salud y el bienestar.

Hay algunos elementos que han demostrado ser esenciales para que dichos programas tengan éxito:

- ser parte de una política sobre SST integral que aborde los factores psicosociales y medidas de promoción de la salud;
- una visión clara y una estrategia específica sobre la actividad física saludable;
- el compromiso de todas las partes, de ejecutar un programa eficaz;
- un planeamiento e implementación basados en valores, normas, actitudes, necesidades, expectativas y posibilidades reales de los trabajadores;
- que se implementen suficientes medidas por un periodo específico que resulte útil;
- buen seguimiento;

4. Gestión de la actividad física saludable en el lugar de trabajo

- suficientes recursos económicos, administrativos y humanos.

Los programas que incluyen medidas comunitarias han demostrado ser particularmente eficaces. Entre estas se pueden citar el estímulo para trasladarse al trabajo a pie o en bicicleta y la reducción de las tarifas del uso de las instalaciones deportivas fuera del trabajo. Este tipo de medidas son efectivas porque estimulan la actividad física no sólo en el tiempo libre, sino también como parte de los hábitos saludables de vida en general. La motivación personal e interna para ejercitarse es el factor más importante para el éxito de cualquier programa.

En la promoción de la actividad física saludable en el lugar de trabajo, es importante observar pleno respeto hacia diversos aspectos morales y éticos. La participación en las actividades tiene que ser completamente voluntaria y respetar la privacidad; toda la información sobre las personas debe ser confidencial. Los programas o medidas deben ser incluyentes y atender las necesidades y preferencias de los hombres y las mujeres. Idealmente los programas deben tomar en cuenta la condición económica de los trabajadores y garantizar la inclusión de los miembros menos privilegiados de la fuerza laboral.

Costo-efectividad

La promoción de la actividad física en el lugar de trabajo puede ser una inversión económicamente rentable si se usan medidas amplias y duraderas. Como regla general, la relación costo-efectividad de la promoción de la actividad física resulta ser más favorable cuando existe la base sólida de una política integral y una estrategia apropiada.

Por ello, un requisito importante para la promoción exitosa de la actividad física en el lugar de trabajo es una política de SST integral y su plena aplicación. Para que dicha política funcione adecuadamente y contribuya al éxito continuo de la empresa, debe existir consenso sobre la premisa de que la condición física y la salud son beneficiosas tanto para el trabajador como para el empleador. Tiene que existir un programa amplio, vinculado integralmente con otras áreas de la política coordinado con otras medidas de promoción de la salud. Por ejemplo, fomentar la actividad física en el trabajo, pero seguir ofreciendo una dieta alta en grasas, alta en azúcar y baja en fibras en el comedor de la empresa, contrarresta los beneficios positivos de las actividades físicas promovidas.

La política debe ser implementada de manera permanente y con recursos adecuados. Además, el desarrollo de la política debe ser producto de un esfuerzo colaborativo entre las partes, lo que incluye representantes de todos los niveles del personal, desde los directivos hasta los trabajadores de medio tiempo, además de las personas responsables de la seguridad y la salud en el trabajo. El compromiso de todas las partes con la política es crucial.

5. Buenas prácticas

Para el desarrollo de una política para la promoción de la salud y la actividad física saludable en el lugar de trabajo, se puede considerar la siguiente plataforma basadas en la aplicación del ciclo de mejora continua de la SST, como un ejemplo de buenas prácticas.

Actividad física saludable y trabajo

1. Visión:

Sostenibilidad, credibilidad, con base en datos, innovación, justicia social.

2. Justificación:

La falta actual de actividad física y su alto costo para la salud y la productividad; los beneficios potenciales para la salud y la productividad; su viabilidad; otros beneficios sociales y ambientales.

3. Identificación del problema:

Cuánta inactividad física existe actualmente; quién está inactivo y por qué.

4. Soluciones:

Utilizar intervenciones de efectividad comprobada; con respeto de la diversidad cultural; vinculada con otros problemas psicosociales y de salud; usar todas las oportunidades disponibles y oportunidades novedosas; usar enfoques normativos según corresponda, además de información y educación; garantizar un la gobernabilidad y rendición de cuentas; cubrir todos los aspectos prácticos de la vida, incluyendo el traslado.

5. Implementación:

Valoración de las consultas a los trabajadores y sus necesidades; política y estrategia por escrito; monitorear los cambios en el ambiente laboral y social y responder ante ellos; con base estable de apoyo; involucrar a coaliciones, alianzas, líderes y promotores; centrarse en la actividad física que se disfrute y promueva la interacción social; integrar las medidas con otras medidas relacionadas, en áreas como el deporte, la educación, la cultura, el transporte, planificación urbana y los medios de comunicación.

6. Evaluación:

Formativa, de procesos y de impacto (resultados)

Adaptado de Shephard et al., 2004.

Opciones de estrategias

Una vez que la política integral de SST esté instaurada, es necesario desarrollar una estrategia específica para la promoción de la actividad física saludable. Una de las decisiones clave a tomar, son las medidas a adoptar en cada lugar de trabajo, ya que, en cada contexto específico se necesitarán distintas combinaciones de actividades. También se ha demostrado que las medidas individuales y a corto plazo no son muy efectivas. En particular, brindar solo información, por ejemplo mediante folletos, o únicamente ofrecer incentivos financieros para la actividad física, pero sin dar a las personas tiempo para ejercitarse, tiende a ser ineficaz. También es importante adoptar medidas que cubran las necesidades, expectativas, posibilidades y recursos acordados durante la elaboración de la política, para evitar una potencial frustración. Además, las medidas deben corresponder a la cultura del lugar de trabajo y de su entorno comunitario; de lo contrario, tendrán poca aceptación.

El abanico de elementos posibles en la estrategia incluye lo siguiente:

Elementos de una estrategia para la promoción de la actividad física saludable	
Información	Bajo forma de folletos, carteles, artículos, sitios web, presentaciones. Puede cubrir aspectos como los beneficios de la actividad física y distintas oportunidades para estar activo como: el lugar de trabajo, al trasladarse al trabajo, durante el tiempo libre o durante las tareas domésticas; consejos sobre distintos programas de ejercicio, instalaciones, equipo y vestimenta.
Educación y formación (mediante co-educadores)	Facilitan la adquisición de un conocimiento específico sobre los aspectos antes mencionados por medio de cursos, conferencias, artículos, sitios web y grupos de discusión. La educación y la formación son especialmente útiles cuando son impulsadas por compañeros de trabajo, en el rol de “co-educadores” que ayudan a sus colegas a ser físicamente más activos.
Cuestionarios	Permiten el diseño de un programa y herramientas de evaluación para medir su éxito, fundamentados en información sobre los hábitos de salud y de actividad física de la fuerza laboral, sobre los valores, actitudes, preferencias y obstáculos relacionados con la actividad física.
Exámenes médicos regulares	Permiten medir la necesidad de actividad física e identificar cualquier problema de salud que pudiera influir en el deporte que se elija.
Pruebas de condición física	Útiles para abordar varios aspectos de la actividad física como: medir el nivel de acondicionamiento físico, la necesidad de actividad física con distintos fines e intensidades; los efectos positivos de los programas de ejercicio a través de su seguimiento y evaluación.
Convocatorias y, si es posible, incentivos	Contribuyen a estimular a los trabajadores para percibir y aprovechar las oportunidades de incrementar la actividad física durante la jornada de trabajo, como usar las escaleras en vez de los elevadores y caminar para comunicarse con los compañeros, en lugar de usar el teléfono o el correo electrónico.

Elementos de una estrategia para la promoción de la actividad física saludable

Orientación y apoyo	Sobre las actividades físicas disponibles y adecuadas y también pueden ofrecer vías para movilizar y fortalecer la motivación.
Grupos de ejercicio	Los grupos de personas que comparten objetivos, motivación y nivel de aptitud y por ello son fuente de apoyo social e intercambio de experiencias que pueden motivar a las personas a comenzar y a seguir ejercitándose. Los compañeros de trabajo con cierto nivel de entrenamiento y de capacidad para dirigir grupos de ejercicio han demostrado ser una buena opción para ofrecer el liderazgo necesario.
Eventos de ejercicio	Competitivos y no competitivos; pueden ofrecer oportunidades para probar un deporte nuevo; al proponer una meta hacia la cual trabajar, tienen potencial para fomentar el ejercicio en general, y pueden mejorar la cohesión social en el trabajo. Dichos eventos pueden ofrecerse también a los familiares para ampliar el alcance de los esfuerzos promocionales.
Instalaciones, equipo, vestimenta	Pueden ser organizados y costeados por el empleador, ya sea parcial o totalmente.
Subsidios	Pueden ser otorgados parcial o totalmente por el empleador, para sufragar tarifas de gimnasios u otras instalaciones deportivas fuera del trabajo.
Premios, reconocimientos	Pueden ofrecerse premios al desempeño o a la participación.
Incentivos para caminar o ir en bicicleta al trabajo	Bajo diversas formas como: dotación de camerinos y vestidores; instalaciones para estacionar bicicletas; mejorar la seguridad en las carreteras (en colaboración con la comunidad), incentivos financieros.
Descansos para hacer ejercicio	Pueden ofrecerse a lo largo de la jornada laboral.
Monitoreo	De la actividad física en el trabajo; retroalimentación oportuna de los hallazgos.

¿Quién puede hacer qué?

Empleadores	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir la actividad física saludable como parte importante de la política integral de SST; • contribuir al desarrollo de la política en un esfuerzo colaborativo con otros aliados; • comprometerse para apoyarla financiera y simbólicamente; • estimular a los demás, también con su propio comportamiento, a adoptar hábitos de vida físicamente activa.
--------------------	---

Trabajadores y sus representantes	<ul style="list-style-type: none">• participar en el desarrollo de la política expresando las opiniones, necesidades, expectativas y sugerencias y también poniéndola en práctica;• promover la aceptación de la política entre los trabajadores.
Especialistas en seguridad y salud en el trabajo	<ul style="list-style-type: none">• poner a disposición sus competencias profesionales sobre las necesidades de actividad física en el lugar de trabajo;• dar información sobre formas eficaces para poner en marcha la política.
Representantes comunitarios y proveedores de servicios deportivos y de ejercicio	<ul style="list-style-type: none">• difundir información sobre las posibilidades de hacer deportes, ejercicio y otras actividades físicas en la comunidad;• ofrecer información sobre las condiciones para el uso de las instalaciones deportivas.

6. Interrelaciones

La actividad física crea efectos benéficos sobre la salud de las personas y puede contribuir a reducir los riesgos de salud relacionados con los hábitos alimenticios, el cigarrillo, el consumo de alcohol y drogas, el estrés e incluso la violencia, si se le combina con otras medidas de promoción de la salud. Por esta razón la actividad física debe ser uno de los componentes de las medidas de promoción de la salud en el lugar de trabajo. Algunas de sus interrelaciones se examinan a continuación.

La nutrición y la actividad física

Tanto la dieta como la actividad física son importantes para muchas funciones del cuerpo, y para el procesamiento de los carbohidratos y las grasas. El riesgo de enfermedades crónicas se ve influido por lo que las personas comen y por la cantidad y calidad de la actividad física que hacen.

Para que los músculos se desarrollen y tengan fuerza, necesitan tanto actividad física como suficiente proteína; solo ejercicio, o una dieta alta en proteínas por sí misma, no bastan. Lo mismo aplica a la masa ósea y la fuerza: se requiere calcio y vitamina D en la dieta, y es la actividad física la que facilita su incorporación al tejido óseo.

Los carbohidratos y las grasas son procesados por el cuerpo con especial efectividad durante la actividad física. Sin actividad muscular, los carbohidratos y la grasa se almacenan en el cuerpo, lo cual hace que la persona gane peso. Al aumentar el peso también aumenta el riesgo de enfermedades graves, como la diabetes tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares.

La actividad física también ayuda a regular el apetito; influye en que la persona coma lo necesario, en vez de hacerlo en exceso. La actividad física regular puede hacernos conscientes sobre la dieta; quien ha hecho el esfuerzo de estar físicamente activo, es probable que no quiera destruir los efectos positivos con una dieta poco saludable, y viceversa.

El cigarrillo y la actividad física

La percepción general es que el fumar y la actividad física son excluyentes entre sí. Pero esta lógica también se observa en la realidad; las personas físicamente activas tienden a fumar menos que las personas inactivas. La explicación de este hecho se basa en la participación de muchos factores; las personas físicamente activas normalmente tienen más consciencia de la salud, y constatan claramente los efectos nocivos en su desempeño físico. Estas personas tienden a relacionarse con otras que son igual de activas y que también podrían oponerse al cigarrillo. Muchas personas descubren que disfrutan de la actividad física y que esta alivia el estrés, de modo que tienen menos necesidad y tentación de fumar. Cuando están dirigidos a trabajadores jóvenes, el deporte y el ejercicio son especialmente importantes como estrategias preventivas, permitiendo el desarrollo y consolidación de hábitos y estilos de vida saludables a lo largo de la vida.

Algunos de los factores mencionados anteriormente también son útiles para apoyar a las personas que desean dejar de fumar. La actividad física regular puede también ayudar a contrarrestar el temido aumento de peso, a veces asociado con el dejar de fumar.

El alcohol, las drogas y la actividad física

Mucho de lo que se dijo anteriormente sobre el cigarrillo también aplica al uso del alcohol y las drogas. En general, la actividad física regular contribuye a prevenir el inicio del uso del alcohol y las drogas, y puede ayudar a prevenir el uso excesivo del alcohol en el futuro. Sin embargo, en algunos deportes, beber, y hasta beber intensamente, es considerado como parte integrante de la cultura deportiva. Los líderes y entrenadores de los equipos deportivos pueden actuar responsablemente trabajando contra esta práctica sin destruir el atractivo de la actividad.

El estrés y la actividad física

La actividad física es una manera efectiva de combatir el estrés. Aliviar el estrés y la frustración de manera saludable, aunque sea sólo por periodos cortos, puede ayudar en gran medida a evitar actividades poco saludables como fumar, comer en exceso, beber alcohol, usar drogas o comportarse de manera violenta. A la larga, el elegir la actividad física en lugar de otras opciones para el alivio del estrés puede tener grandes consecuencias positivas.

La violencia y la actividad física










La violencia en el trabajo está relacionada con el estrés y la frustración, por lo cual la actividad física puede tener un efecto positivo. Las personas estresadas pueden volverse violentas, pero podrían aliviar el estrés practicando actividades físicas saludables. Por ejemplo, el boxeo puede ser un canal aceptable para descargar comportamientos antisociales y violentos. Particularmente los trabajadores jóvenes podrían hacer uso eficaz de este tipo de actividad física para orientarse hacia una actitud social saludable.















7. Integración de políticas

Debido a la forma en que la actividad física afecta al trabajo, es necesario incluirla como parte significativa de la política general en los centros de trabajo. Para lo cual, se deben considerar los siguientes aspectos:

- La actividad física influye en el bienestar, la condición física, la capacidad de trabajo y la salud de todas las personas en los centros de trabajo. De esta manera, la actividad física influye sobre todas las funciones del lugar de trabajo, aunque estos efectos pueden variar bastante, dependiendo del tipo de trabajo y de las características de los trabajadores. Los efectos de la actividad física tienden a presentarse a lo largo de un periodo prolongado y de manera acumulativa.
- Siempre existe la necesidad de mejorar en el trabajo, y la actividad física no es la excepción. La **mejora continua** puede alcanzarse desarrollando e implementando una política amplia y estrategias específicas para la promoción de la actividad física saludable.
- La actividad física es considerada una de las claves de los hábitos de vida saludables. Influye en gran medida en la salud y a su vez recibe la influencia del ambiente físico, social y cultural. La **promoción de la salud** efectivamente puede ayudar a cambiar y consolidar los cambios en los hábitos de vida.
- Un principio clave de la promoción de la salud es la **participación** de las personas en los procesos de cambio. Esto significa que todas las partes involucradas en el centro de trabajo deberían colaborar en el proceso que va desde el diseño y la puesta marcha, hasta el monitoreo y la evaluación de las políticas y programas.
- La promoción de la salud busca mejorar la salud de todas las personas, pero especialmente de aquellas que estén en situación de alto riesgo y de las más desfavorecidas. Naturalmente, este principio también aplica, a la promoción de la actividad física. Por lo tanto, se deben emprender acciones respetando la privacidad, la libertad de elección, la equidad y la confidencialidad.

Bibliografía

-  Anderson, G.B.J. 1999. “Epidemiological features of chronic low back pain”, en *The Lancet*, vol. 345, págs. 581–586.
-  Asociación Americana de Diabetes. 2008. “Economic costs of diabetes in the U.S.A. in 2007”, en *Diabetes Care*, vol. 31, núm. 3, págs. 596–615.
-  Bassuk, S.S.; Manson, J.E. 2005. “Epidemiological evidence for the role of physical activity in reducing risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease”, en *Journal of Applied Physiology*, vol. 99, núm. 3, págs. 1193–1204.
-  Burton, W.N. et al. 1998. “The Economic Costs associated with Body Mass Index in a Workplace”, en *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, vol. 40, núm. 9, págs. 786–792.
-  Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; Colegio Universitario Americano de Medicina del Deporte. 1996. *Recomendación de salud pública de la Actividad Física* (Atlanta).
-  Colditz, G.A. 1999. “Economic Costs of Obesity and Inactivity”, en *Medicine and Science in Sport and Exercise*, vol. 31, núm. 11, págs. 663–667.
-  Department for Business, Innovation & Skills, Government Office for Science, UK Foresight Programme. 2007. *Tackling Obesities: Future Choices – Summary of Key Messages*. Disponible en: <http://www.bis.gov.uk/assets/foresight/docs/obesity/20.pdf> [consultado el 9 de julio de 2012].
-  International Union of Nutritional Sciences. 2002. *The Global Challenge of Obesity and the International Obesity Task Force*.
-  Katzmarzyk, P.T.; Gledhill, N.; Shephard, R.J. 2000. “The economic burden of physical inactivity in Canada”, en *Canadian Medical Association Journal*, vol. 163, núm. 11, págs. 435–440.
-  Kessler, R.C. et al. 2001. “The Effects of Chronic Medical Conditions on Work Loss and Work Cutback”, en *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 43, núm. 3, págs. 218–225.
-  Lamb, C.E. et al. 2006. “Economic impact of workplace productivity losses due to allergic rhinitis compared with select medical conditions in the United States from an employer perspective”, en *Current Medical Research and Opinion*, vol. 22, núm. 6, págs. 1203–1210.
-  Leal, J. 2006. “Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union”, en *European Heart Journal*, vol. 27, núm. 13, págs. 1610–1619.
-  Malmberg, J.J. et al. 2002. “Improved functional status in 16 years of follow up of middle aged and elderly men and women in north eastern Finland”, en *Journal Epidemiology and Community Health*, vol. 56, núm. 12, págs. 905–912.
-  Morrato, E.M. et al. 2007. “Physical activity in the U.S. adults with diabetes and at risk for developing diabetes 2003”, en *Diabetes Care*, vol. 30, núm. 2.

-  Nachemson, A.L.; Jonsson, E. 2000. (eds.): *Neck and Back pain: the Scientific evidence of causes, diagnosis and treatment* (Filadelfia, Lippincott Williams and Wilkins).
-  National Health Service UK, Department of Health, Physical Activity, Health Improvement and Prevention. 2004. *At least five a week* (Londres).
Disponible en:
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4080981.pdf [consultado el 9 de julio de 2012].
-  Organización Internacional del Trabajo. 2001. *Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo, ILO-OSH 2001* (Ginebra).
-  Organización Mundial de la Salud (OMS). 1998. *Informe sobre la salud en el mundo, La vida en el siglo XXI* (Ginebra).
Disponible en: <http://www.who.int/whr/1998/es/index.html> [consultado el 9 de julio de 2012].
-  —. 2000. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic, Technical Report Series núm. 894* (Ginebra).
Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf [consultado el 9 de julio de 2012].
-  —. 2002. *Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana* (Ginebra).
Disponible en:
<http://www.who.int/whr/2002/es/index.html> [consultado el 9 de julio de 2012].
-  —. 2003. *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas* (Ginebra, OMS Serie de Informes Técnicos, núm. 916).
Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_spa.pdf [consultado el 9 de julio de 2012].
-  —. 2008. *Country Health Information Profiles (CHIPs)*, Oficina Regional del Pacífico Occidental (Manila).
-  —. 2010. *Cardiovascular disease: prevention and control*.
Disponible en:
http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/es/index.html [consultado en junio de 2012].
-  Shephard, R.J. 2004. “Physical Activity Policy Development: A Synopsis of the OMS/CDC Consultation, September 29 – October 2, 2002, Atlanta, Georgia”, en *Public Health Reports*, vol. 119, núm. 3, págs. 346–351.
-  Steiner, J.F. et al. 2004. “Assessing the impact of cancer on work outcomes – what are the research needs?”, en *Cancer*, vol. 101, núm. 8, págs. 1703–1711.
-  Unión Internacional de Ciencias de la Nutrición (IASO/IOTF). 2002. *The Global Challenge of Obesity and the International Obesity Task Force*.
-  Wannamethee, S.G.; Shaper, A.G. 2002. “Physical activity and Cardiovascular disease”, en *Seminars in Vascular Medicine*, vol. 2, núm. 3, págs. 257–66.
-  Zárate, A. et al. 2009. “Influencia de la obesidad en los costos en salud y en el ausentismo laboral de causa médica en una cohorte de trabajadores”, en *Revista Médica de Chile*, vol. 137, núm. 3, págs. 337–344.

Sitios Web



Cancer Research UK:

<http://www.cancerresearchuk.org/> [consultado el 9 de julio de 2012].



Department for Business, Innovation & Skills, Government Office for Science, Foresight Programme:

<http://www.bis.gov.uk/assets/foresight/docs/obesity/20.pdf> [consultado el 9 de julio de 2012].



Fundación para la Artritis. Diabetes y artritis:

<http://www.arthritis.org/espanol/dc-diabetes.php> [consultado el 9 de julio de 2012].



Health Care Survey for England 2006. Cardiovascular disease and risk factors:

http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/HSE06/HSE06_Summary.pdf [consultado el 9 de julio de 2012].



Organización Mundial de la Salud, Actividad física:

http://www.who.int/topics/physical_activity/es/index.html [consultado el 9 de julio de 2012].



Organización Mundial de la Salud, Día Mundial de la Salud:

<http://www.who.int/world-health-day/es/index.html> [consultado el 9 de julio de 2012].



Organización Mundial de la Salud, Obesidad y sobrepeso , Nota descriptiva No. 311:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> [consultado el 9 de julio de 2012].



Organización Mundial de la Salud, Diabetes, Nota descriptiva núm. 312:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html> [consultado el 9 de julio de 2012].



Organización Mundial de la Salud, Enfermedades cardiovasculares:

http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/es/index.html [consultado el 9 de julio de 2012].



Organización Mundial de la Salud, Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud:

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/index.html> [consultado el 9 de julio de 2012].



Sueño saludable



1. Introducción

Los hábitos de trabajo y de sueño han cambiado drásticamente en la era moderna. La revolución industrial y la introducción de la electricidad, entre otras cosas, trajeron una mayor oportunidad de actividades nocturnas y de trabajo continuo. Aunque durante el siglo XX los trabajadores de muchas sociedades obtuvieron un mayor control sobre sus horarios de trabajo; hoy en día, el ritmo de vida y las múltiples responsabilidades nos mantienen a muchos de nosotros bajo presión de tiempo constantemente. En las naciones desarrolladas, el sueño nocturno promedio ha disminuido de nueve horas en 1910 a siete y media en la actualidad. Algunos países están abandonando la costumbre de las siestas diurnas en las horas de más calor, como sucede por ejemplo en Atenas, con consecuencias negativas para la salud a largo plazo. Actualmente es común sacrificar el sueño por el trabajo, por recreación y por otras actividades. Los padres hacen malabares con sus horarios para dar cabida no sólo a sus propias necesidades, sino también las de sus hijos y de otros dependientes.

Las investigaciones médicas están revelando la importancia de un sueño adecuado y concientizando sobre el impacto negativo de la privación extrema, la insuficiencia crónica y los trastornos del sueño, sobre la salud, la productividad y la seguridad.

El sueño es una cuestión tanto personal como laboral. Los centros de trabajo juegan un papel clave, no sólo en educar a las personas sobre los horarios de sueño y la salud, sino también en crear prácticas sociales más saludables. Los horarios y las políticas del lugar de trabajo que afectan el sueño suelen tener un efecto dominó dentro de las familias, ya que los trabajadores y sus familiares deben hacer una serie de ajustes permanentes para tratar de compatibilizar las exigencias del trabajo con las familiares. No sólo tenemos únicamente 24 horas al día, sino que no todas las horas son iguales en cuanto a la capacidad de dormir de las personas. La organización de la jornada de trabajo tiene un impacto muy importante en la optimización de los horarios de trabajo, la promoción de expectativas saludables, el logro de equilibrio entre los beneficios y los costos a corto y a largo plazo, y en la promoción del bienestar de los trabajadores y sus familias.

Impacto médico y social de la pérdida de sueño

“Los efectos acumulativos de la pérdida de sueño y otros trastornos del sueño han sido asociados con un amplia gama de consecuencias negativas para la salud, incluyendo un mayor riesgo de hipertensión, diabetes, obesidad, depresión, ataque cardíaco y derrames. Al mismo tiempo, la mayoría de las personas que tienen trastornos del sueño no han sido diagnosticadas. En comparación con las personas sanas, las personas que sufren de la falta y de otros trastornos del sueño son menos productivas, utilizan mayor atención médica y tienen mayor probabilidad de sufrir lesiones por accidente.”

Fuente: Colten; Altevogt, 2006.

2. Para comprender el sueño

¿Cuánto sueño 'necesita' un adulto?

Los adultos necesitan entre siete y nueve horas de sueño en cada periodo de 24 horas. Los niños y los adolescentes requieren más, mientras que los adultos mayores tienen dificultad para dormir profundamente toda la noche. La 'necesidad' de sueño puede variar de una persona a otra, pero suele ser muy estable en cada persona, a menos que desarrolle un problema de salud. Algo interesante, es que dormir demasiado puede afectar la salud a largo plazo, sin embargo, hay adultos que genuinamente requieren más de ocho horas de sueño por noche (Kripke et al., 2002).

Dormir no es una pérdida de tiempo, y es importante no malinterpretar la necesidad real de sueño como un síntoma de pereza. El sueño tiene un impacto poderoso sobre el desempeño de las personas en el trabajo y sobre su salud física y mental. Muchas personas piensan que el insomnio y otras irregularidades del sueño son sólo síntomas de otras enfermedades. Sin embargo, un problema cada vez más común en la actualidad es que no dormir suficiente forme parte de la rutina diaria, lo que de por sí, puede contribuir al desarrollo de otras enfermedades. Entre más aprendemos sobre el sueño, más nos damos cuenta de lo esencial que es para la salud. Como necesidad humana básica que es, el sueño es tan importante para la salud como una dieta bien balanceada y el ejercicio regular.

Datos clave sobre el sueño:

- El sueño es una necesidad básica; varía un poco de una persona a otra, pero en los adultos dormir de siete a nueve horas al día está asociado con buena salud y longevidad (los niños necesitan más).
- La privación del sueño aumenta la irritabilidad y menoscaba el desempeño. Es fácil engañarse y pensar que funcionamos igual con menos horas de sueño, pero los hechos sugieren lo contrario.
- Najib et al., aseguran que dormir cinco horas o menos por noche de manera rutinaria está asociado con un incremento del 39 por ciento del riesgo de enfermedades cardíacas. Una persona que duerma ocho horas la mayoría de las noches tiene un riesgo 18 por ciento menor de enfermedades cardíacas que una persona que duerma seis horas regularmente.
- Se ha observado que los adultos que regularmente duermen menos, mueren a una edad más temprana.
- El potencial de lo que las personas pueden hacer para mejorar su sueño es mayor de lo que comúnmente se sabe; es necesaria una educación pública para aumentar la seguridad, la salud y la productividad.

El sueño y el trabajo

Los aumentos a corto plazo de la productividad debidos al trabajo nocturno o por turnos pueden ser costosos para la salud y suelen derivar en ulteriores caídas de la productividad y la seguridad en general. El sueño restaura el funcionamiento del cerebro y el metabolismo del cuerpo (la manera en que procesa los alimentos). Disminuir las horas de sueño en un intento desesperado de hacer más cosas es contraproducente tanto en términos de desempeño laboral como de salud. En los niños la falta de sueño contribuye a reducir los períodos de atención y a un comportamiento hiperactivo. Los adultos privados del sueño han demostrado tener menor resistencia emocional, mayor irritabilidad, mayor obesidad y mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Estado de vigilia, precisión mental y capacidad de aprender

Hay estudios que muestran que el grado en que la privación crónica del sueño disminuye la eficiencia suele ser subestimado. La mayoría de las personas saben que la insuficiencia de sueño disminuye su estado de vigilia y aumenta la somnolencia, la irritabilidad y la fatiga. Sin embargo muchos no saben que una sola noche sin dormir puede deteriorar el desempeño en la misma medida que lo hace un nivel de 0.08-0.1 por ciento de alcohol en la sangre (el límite legal para manejar en muchos lugares).¹

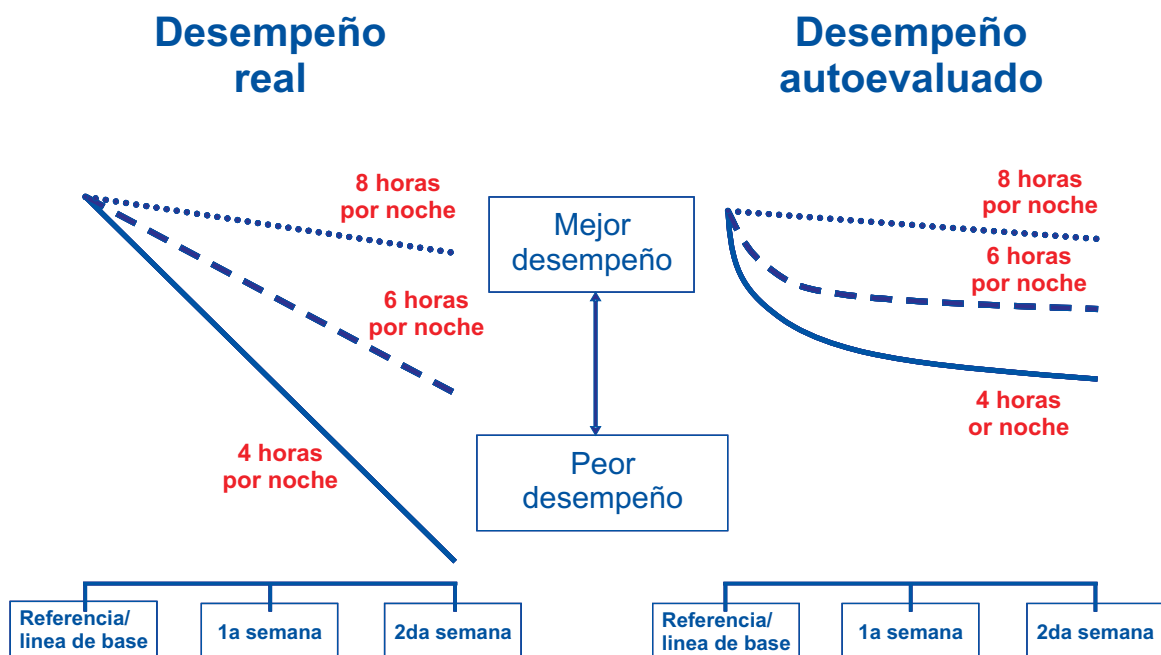


Ilustración 10.1: Insuficiencia crónica del sueño y desempeño

¹ *Quality Sleep, ILO*. Disponible en inglés en: http://www.ilo.org/safework/areasofwork/WCMS_118392/lang—en/index.htm [consultado en julio de 2012].

Los efectos acumulativos de la insuficiencia de sueño son peores de lo que muchos piensan. Un estudio mostró que los sujetos analizados iban empeorando su desempeño a medida que dormían insuficientemente cada noche. Sin embargo, su percepción era diversa, tendían a sobrestimar su desempeño conforme iban sintiendo más somnolencia (Colten et al, 2006).

Calidad y cantidad de sueño

Existen muchos factores que determinan qué tanto y qué tan bien puede dormir una persona en un momento dado. Algunos de ellos están relacionados con características y hábitos individuales, mientras que otros están relacionados con el ambiente físico que rodea al que duerme. Por último hay factores interpersonales, es decir, la familia y el ambiente social.

La persona

Medir las horas de sueño y mantener un horario

Diversas investigaciones demostraron desde hace algún tiempo que las personas tienen ciclos naturales que rigen el sueño y la vigilia. La capacidad de vigilia o estado de alerta de las personas se basa en cuatro elementos principales:

Permitir que el cerebro se renueve: entre más tiempo permanezca despierta una persona, más aumenta la necesidad general de dormir. Con tan solo una siesta breve una persona somnolienta puede restaurar el estado de alerta por varias horas, ya que con la siesta disminuye el impulso de dormir.

Evitar una “deuda” de sueño: no dormir suficiente de manera repetitiva aumenta la fatiga general, la cual no puede ser revertida con un solo periodo de sueño extra. Los estudios de la insuficiencia crónica de sueño (de cuatro a seis horas diarias) muestran una disminución del estado de alerta y el desempeño mental, reduciendo la productividad y deteriorando la salud a largo plazo. Para recuperarse verdaderamente de la deuda del sueño y recobrar el estado normal de vigilia, la mayoría de las personas requieren de ocho a diez horas de sueño diarias por más de una semana. En algunas culturas la siesta a mitad del día ha sido la manera tradicional de evitar la deuda de sueño.

Dormir a las horas correctas del día: el “reloj biológico” circadiano produce un ciclo natural de 24 horas, el cual es generado por células especiales del cerebro (Czeisler *et al.*, 2005). Este ciclo sincroniza muchas actividades corporales entre sí y también con respecto al ciclo de oscuridad/luz del medio ambiente. El ciclo circadiano aumenta naturalmente la vigilia a algunas horas del día y en otras, la somnolencia. Una vez que el cuerpo ha alcanzado un determinado ritmo puede ser extremadamente difícil dormir y lograr descansar si la persona intenta hacerlo cuando su reloj biológico la ha preparado para estar despierta. De igual manera, tratar de estar despierto más temprano es difícil por la influencia del reloj interno.

Tener un tiempo de “calentamiento”: inmediatamente después de despertar hay un estado similar al sueño llamado “inercia” que puede persistir por varios minutos. Los procesos mentales pueden ser ineficientes hasta que la persona termine de despertar. La inercia del sueño es peor para las personas que intentan desempeñarse normalmente habiendo dormido muy poco. Para ellos puede haber un periodo especialmente difícil, de 30 a 60 minutos después de despertar durante, en el cual su estado de alerta sigue siendo demasiado bajo y los procesos mentales son letárgicos.

Evitar los efectos nocivos de las drogas y los medicamentos, pero usar la cafeína efectivamente

Una dosis modesta de cafeína, como la de una taza de café, puede ayudar a reducir la somnolencia general.

Es necesario difundir más ampliamente los nuevos descubrimientos sobre los efectos restauradores que tiene el sueño sobre en el cuerpo humano. Ahora comprendemos mejor cómo el cerebro produce y regula el sueño. Esos principios pueden ser usados para diseñar horarios más eficaces, ayudar a las personas a dormir restauradoramente y a conseguir tratamiento para los trastornos reales del sueño cuando lo necesiten. Además de las diferencias genéticas y biológicas podemos abordar factores como:

- obligaciones y horario familiares;
- tradiciones y rutinas culturales;
- condiciones del ambiente físico local, como la iluminación, el ruido y el clima.

Esta información es muy importante para el mundo del trabajo, porque la gestión del sueño es crucial para mantener la productividad y optimizar el desempeño a largo plazo.

Sin embargo, el recurrir a drogas o medicamentos (incluyendo la cafeína), para reducir la somnolencia o para promover el sueño, puede ser perjudicial a largo plazo y crear nuevos problemas, como la adicción. Combinar el alcohol con la privación del sueño multiplica las posibilidades de efectos desastrosos sobre la seguridad en el trabajo.

Trastornos del sueño

Las personas pueden no estar consciente de padecer los siguientes trastornos del sueño, que generan un sueño de mala calidad o insuficiente. Podría ser necesario consultar un médico sobre los problemas del sueño, porque muchos de estos trastornos pueden mejorar con tratamiento.

1. La dificultad para respirar de noche, a veces, pero no siempre asociada con ronquidos frecuentes y sonoros, puede deberse a un **trastorno del sueño llamado** apnea. Normalmente las vías respiratorias superiores podrían cerrarse u obstruirse cuando las paredes musculares se relajan durante el sueño. La falta de oxígeno en la sangre ocasiona una aspiración o un esfuerzo respiratorio reflexivo que aligera el sueño (aunque podría no despertar del todo a la persona). Quien padece apnea podría tener estas breves interrupciones innumerables veces cada hora, lo cual deriva en un sueño no restaurador y en muchas enfermedades crónicas.
2. **El insomnio** es la dificultad de conciliar el sueño o mantenerse dormido en la noche, a pesar de tener suficiente tiempo y buenas circunstancias para dormir (como un lugar tranquilo y oscuro). El insomnio normalmente hace que la persona no pueda desempeñarse adecuadamente durante el día, tanto en términos de rendimiento laboral como de interacción con otras personas.
3. **La narcolepsia** es un trastorno del sueño, conocido también como “ataque de sueño”, en el cual la persona podría languidecer rápidamente y quedarse dormida. Esta es causada porque el interruptor cerebral que activa los estados de sueño y de vigilia, repentinamente, pasa al sueño onírico (en el que hay ensoñación y movimientos rápidos de los ojos (MOR). La narcolepsia frecuentemente va acompañada de somnolencia excesiva durante el día.

Este trastorno del sueño suele ser confundido con otros problemas, como uso de alcohol o de sustancias, o simplemente con pereza.

4. Los movimientos durante el sueño o justo antes de conciliarlo pueden alterar los patrones de sueño. Los movimientos frecuentes e involuntarios de los brazos y las piernas durante el sueño pueden ser señal del síndrome de movimientos periódicos de extremidades (PLMD, *Period Limb Movement Disorder*). Una sensación molesta y a veces dolorosa en las piernas combinada con la sensación urgente de moverlas puede ser resultado del síndrome de las piernas inquietas (RLS, *Restless Legs Syndrome*).

El entorno físico

El sueño profundo requiere ciertas condiciones ambientales. Algunas personas son más sensibles que otras al entorno en el que duermen.

Ruido. La mayoría de las personas duerme mejor en un ambiente tranquilo. Hay investigaciones que muestran que el ruido intermitente o disruptivo sólo permite alcanzar las etapas de sueño más ligero. Se ha comprobado que dormir con ruido hace a la mayoría de las personas más vulnerables a la inercia del sueño (la dificultad de recuperar completamente el estado normal de vigilia al despertar) que las personas que han dormido la misma cantidad de tiempo en condiciones más tranquilas.

Temperatura y humedad. La temperatura corporal cambia regularmente durante el sueño restaurador. Para dormir profunda y reparadoramente, la temperatura y humedad de la habitación tienen que ser confortables. Muzet declara que para una persona semidesnuda y sin cobijar, la temperatura neutral óptima del medio ambiente debe ser de 23°C. Sin embargo, esa temperatura debe ser considerada como un promedio de referencia general, debido a la existencia de amplias variaciones de persona a persona (Muzet, 2007). La temperatura ambiente cómoda puede variar de persona a persona entre 16°C y 25°C. Es menos probable lograr un sueño reparador en un ambiente demasiado frío o demasiado caliente. Para algunas personas obtener la temperatura óptima, ya sea refrescándose en las noches cálidas o calentándose las manos y los pies en las noches frías, puede determinar que logre un sueño más profundo o no.

Luz. La mayoría de las personas duermen mejor en un ambiente oscuro, lo que puede ser fundamental para los trabajadores por turnos o las personas que necesitan dormir durante el día. Dado que la actividad humana va llenando de luz los cielos nocturnos, para las personas que viven en ciudades o cerca de ellas cada vez es más difícil encontrar el grado de oscuridad suficiente para dormir.

Seguridad. Muchos animales (incluyendo los humanos), son vulnerables al peligro cuando están dormidos, porque prácticamente pierden la consciencia de su entorno inmediato. Si el ambiente no es seguro, es difícil de alcanzar la pérdida de consciencia necesaria para un sueño reparador.

El entorno social

Cualquier política de los centros de trabajo para promover prácticas saludables de sueño debe reconocer la importante influencia de la familia y la comunidad, porque dormir en casa requiere la cooperación de las personas con las que convivimos. Los deberes de los padres, el compartir la casa con personas que tengan necesidades biológicas de sueño distintas, diferente capacidad de dormir, así como varias exigencias y responsabilidades, son situaciones que pueden representar obstáculos importantes para la obtención de una cantidad saludable de sueño.

Las colectividades también tienen prácticas culturales que influyen en el ambiente propicio para el sueño. En las comunidades se suelen compartir costumbres como reducir las actividades durante las horas más calientes del día, tener almuerzos disponibles sólo a ciertas horas, hacer celebraciones ruidosas en ciertos momentos de la semana, y celebrar festivales o eventos religiosos en determinadas fechas; que podrían implicar desvelo. Por esta razón no es funcional pensar en políticas fijas para todas las personas de todos los lugares de trabajo. En la medida que las migraciones se van incrementando en muchos países y que los centros de trabajo se van convirtiendo en lugares cada vez más heterogéneos, se requiere habilidad para crear políticas tanto flexibles como justas, desde el punto de vista de la diversidad étnica y cultural. Algunas investigaciones nuevas e interesantes declaran que existen diferencias en la manera que dormimos que dependen del origen étnico (Hale *et al.*, 2007).

3. Impacto del sueño sobre el trabajo, el humor y la salud

La productividad laboral y la seguridad

Pensar y aprender. Hay experimentos de laboratorio que muestran que el sueño mejora la memoria. El sueño también mejora las habilidades psicomotrices de precisión, como por ejemplo, las necesarias para tocar el piano, escribir en un teclado o cualquier movimiento manual complejo que requiera práctica.

Prestar atención, reaccionar rápidamente, tomar buenas decisiones. Ciertas prácticas comunes en la programación de horarios disminuyen la seguridad de los trabajadores y la seguridad pública, tanto en el trabajo como en el camino a casa. Se han hecho simulaciones en laboratorio de turnos prolongados, rotación frecuente de turnos y turnos nocturnos sin suficiente sueño, que muestran que estas condiciones de trabajo reducen la productividad, aumentan las tasas de error y los riesgos para los trabajadores.

Impacto del sueño sobre la productividad y la seguridad laboral:

1. errores en el trabajo,
2. reducción de la concentración y de la memoria,
3. tiempo de reacción disminuido,
4. bajo rendimiento laboral,
5. accidentes,
6. deterioro de la capacidad de pensar y de aprender,
7. reducción de la atención,
8. deterioro de la toma de decisiones,

El trabajo y el ambiente alteran el sueño cuando están asociados a:

9. privación del sueño de corto plazo,
10. desfase horario o *jet lag* (por viajes recreativos y de trabajo),
11. trabajo nocturno.

Los horarios de trabajo pueden estar en conflicto con los horarios óptimos de sueño

Trabajar de noche y dormir durante el día es difícil para algunas personas. Quienes tienen baja tolerancia a dichos horarios podrían experimentar una situación ambivalente de sufrir somnolencia durante la noche y sin embargo no poder dormir durante el día. Este es un trastorno del sueño llamado trastorno del sueño por turnos de trabajo.

El desfase horario (“*jet lag*”) es padecido por las personas que hacen viajes internacionales de trabajo al cruzar rápidamente husos horarios distintos. Causa síntomas como somnolencia durante las horas de vigilia y dificultad de dormir durante las horas programadas para el sueño, problemas estomacales, irritabilidad y otros problemas crónicos.

Las personas que trabajan en turnos de rotación frecuente pueden padecer síntomas similares al desfase horario, es decir, cuando las actividades internas de sueño y vigilia de la persona no concuerden con los horarios de sueño y vigilia de los lugares a donde viaje o en este caso trabaje.

Trabajar en turnos prolongados, de 12 a 18 horas, en régimen continuo o semicontinuo o con rotación frecuente puede resultar en la imposibilidad de dormir adecuadamente, y esto puede generar problemas importantes de seguridad y salud.

Trabajo por turnos y accidentes de trabajo

Un estudio en Nueva Zelanda descubrió que los trabajadores por turnos rotativos tenían más probabilidades de sufrir accidentes que otros trabajadores. Se detectó que quienes tenían más probabilidades de sufrir una lesión laboral eran los hombres obesos, de ocupaciones manuales pesadas, que trabajaban por turnos con rotación diurna/nocturna y más de tres noches a la semana. El ronquido, la apnea o el ahogo durante el sueño, las quejas sobre el sueño y la somnolencia diurna excesiva también fueron asociadas considerablemente con los accidentes de trabajo.

Fuente: Fransen et al., 2006.

La falta de sueño es especialmente peligrosa en algunos trabajos:

A medida que crece la conciencia sobre el rol vital del sueño en el funcionamiento seguro y eficaz, se presta más atención a las necesidades de sueño y a los horarios de los trabajadores en funciones críticas para la seguridad, como los pilotos de aerolínea, los operadores de plantas nucleares, los médicos y los cirujanos.

El derrame del petrolero Exxon Valdez en Alaska el 24 de marzo de 1989 se atribuye en general al consumo de alcohol del capitán y la falta de sueño de algunos miembros del personal. El suboficial que estaba al timón había dormido tan solo seis horas en las 42 horas previas al accidente, y no estaba consciente de que el piloto automático estaba encendido

cuando el barco encalló. La pérdida de conciencia de las circunstancias del momento y un descuido aparentemente menor son comunes en los errores relacionados con la somnolencia. Por fortuna normalmente estos acaban en incidentes con ninguna consecuencia, pero también pueden ocasionar verdaderos accidentes catastróficos.

La Oficina de Seguridad en el Transporte de Australia (*Australian Transport Safety Board*) llegó a conclusiones similares. Se ha descubierto que los pilotos que vuelan después de estar despiertos por periodos prolongados están involucrados en numerosos incidentes pequeños, pero potencialmente fatales, además de choques espectaculares (ATSB, 2008).

Un análisis de colisiones de autos relacionadas con la fatiga en las autopistas australianas.

“Se considera que la fatiga es uno de los grandes asesinos en las autopistas australianas, rivalizando con los efectos de la velocidad y el alcohol. Sin embargo, se desconoce todo el alcance del papel que juega; a diferencia del alcohol y las drogas, no es posible medir la fatiga en las autopsias.”

Fuente: Comisión nacional de transporte terrestre, 2001.

La falta de sueño también afecta a los niños, cuyo avance en la escuela puede volverse más lento por la reducción de la atención y la hiperactividad. Está claro que el sueño es importante para un buen desempeño laboral en la mayoría de las ocupaciones. Las consecuencias de dormir mal podrían no ser tan drásticas para el cajero del supermercado o el profesor de escuela como lo son para el piloto, pero el impacto negativo sobre el desempeño, la moral y la productividad, que con el tiempo puede llegar a ser considerable, es prevenible.

Estudio de la OIT descubre que el trabajo por turnos presenta mayor peligro para los mineros

7 de octubre de 2002 - La industria minera, cuya capacidad de generar empleo ha tenido una caída pronunciada en los últimos años, está operando por turnos, de una manera que causa fatiga y podría dar lugar a accidentes, de acuerdo con un estudio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Este informe advierte que la fatiga puede tener un efecto tan debilitante en el desempeño laboral como el abuso de drogas o de alcohol. "A los empleados que rebasan los límites de alcohol generalmente se les prohíbe trabajar, mientras que el trabajador que ha estado despierto 18 horas o más muestra los mismos síntomas pero no se enfrenta a las mismas barreras," dice el estudio.

Fuente: El trabajo por turnos entre los mineros ocasiona fatiga y podría causar accidentes, OIT, 2002.

Disponible en:

*http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/press-and-media-centre/news/WCMS_071414/lang-es/index.htm
[consultado en junio de 2012].*

Se ha prestado mucha atención a las necesidades de sueño de los conductores profesionales de camiones. Los accidentes de un solo vehículo relacionados con la fatiga aumentan drásticamente entre los conductores de camiones tras manejar por más de ocho horas. Un estudio de Mello *et al.* (2000) de los conductores de autobuses interestatales en Brasil indicó que 60 por ciento habían tenido por lo menos una queja relacionada con el sueño. Los gobiernos de todo el mundo están comenzando a emprender acciones; la Unión Europea promulgó dos nuevas directrices que regulan las horas de servicio de los conductores comerciales. La normativa (de la Comisión Europea) Núm. 561/2006 del 15 de marzo de 2006 y la Directriz 202/15/EC de 2002 reglamentan las horas de manejo, responsabilidades y procedimientos de control, además de sanciones para los conductores comerciales, por un lado, y la organización del horario laboral de las personas que realizan actividades de transporte automotor terrestre, por el otro.

El estrés relacionado con el trabajo y el humor. El sueño afecta directamente la atención de los trabajadores en el trabajo, su humor, capacidad de comunicarse efectivamente y la seguridad en general. Algunos estudios han encontrado que la alteración y la privación del sueño no sólo derivan en una menor capacidad de alerta y de concentración, sino además en irritabilidad emocional y ansiedad. El impacto del mal dormir claramente trasciende las tradicionales "ocupaciones críticas para la seguridad", afectando la capacidad de todas las personas que trabajan en contacto con otras; lo cual puede ser particularmente importante para quienes trabajan atendiendo público, pero también afecta a los compañeros de trabajo.

Salud a largo plazo. Una rutina de sueño inadecuada afecta la salud física. La pérdida crónica de sueño tiene el potencial de causar problemas graves, porque disminuye la eficacia de la señalización de la insulina, el proceso de gestión de la energía y de los niveles del metabolismo

3. Impacto del sueño sobre el trabajo, el humor y la salud

en el cuerpo. Las personas que sean menos sensibles a la insulina tienen más probabilidades de padecer a largo plazo obesidad, diabetes tipo 2 y enfermedades cardíacas.

Obesidad. La insuficiencia de sueño aumenta el hambre, lo que está asociado con un mayor peso corporal a largo plazo. La duración del sueño también es un regulador importante del metabolismo (la manera en que el cuerpo procesa el alimento) y por lo tanto del peso corporal. La obesidad ha alcanzado proporciones de epidemia en la mayoría de los países desarrollados. Las personas obesas están en mayor riesgo de desarrollar uno o más trastornos médicos graves.

Diabetes. La pérdida crónica del sueño puede contribuir al desarrollo de enfermedades relacionadas con la edad como diabetes tipo 2, ya sea anticipando su aparición o haciéndola más severa de lo podría haber sido. Actualmente más de 100 millones de personas en el mundo tienen diabetes tipo 2. De acuerdo con un estudio en los Estados Unidos, la diabetes tipo 2 está asociada con una reducción de la productividad y, un aumento progresivo de los días de trabajo perdidos conforme el estado de salud empeora, (Lavigne *et al*, 2003). La Asociación Americana para la Diabetes, del mismo país, declara que para 2007 el costo anual en gastos médicos y productividad perdida de esa enfermedad, fue de un total de 174 mil millones de dólares (*American Diabetes Association*, 2007). Otras estimaciones que incluían la diabetes no diagnosticada, la pre-diabetes y la diabetes durante el embarazo llevaron el total a 218 mil millones de dólares. Desafortunadamente, la mayoría de las organizaciones para la diabetes no mencionan el sueño como un factor en el desarrollo de la diabetes tipo 2. El sueño saludable puede añadirse a la lista creciente de medidas preventivas que incluyen el control del peso, el ejercicio regular y la dieta.

Enfermedades cardiovasculares. Entre todas las enfermedades no transmisibles, las enfermedades cardiovasculares (incluyendo la alta presión, los infartos y los derrames cerebrales) son las que más contribuyen a los costos de las compañías por productividad perdida, por discapacidad y por muerte. Las enfermedades cardiovasculares deben ser del interés de todos los empleadores, ya que una gran proporción de la población trabajadora adulta tiene colesterol y/o presión altos y por lo tanto está en mayor riesgo de enfermedades cardíacas. Tanto la duración como la calidad del sueño tienen un papel en las enfermedades cardiovasculares. La relación del sueño con el corazón fue descubierta cuando se observó que los pacientes que se sometían a tratamiento para la apnea obstructiva tenían menos incidentes relacionados con enfermedades cardiovasculares que los pacientes que no habían recibido tratamiento. Durante el sueño profundo la presión es más baja y el pulso es más lento. Por lo tanto, menos tiempo de sueño profundo implica que la presión esté, en promedio, más alta a lo largo de cada ciclo de 24 horas. La presión elevada hace que el corazón trabaje más intensamente, lo cual puede causar enfermedades cardiovasculares. La hormona del estrés, el cortisol, es conocida por añadir tensión al corazón y la privación del sueño está correlacionada con niveles más altos de cortisol en el torrente sanguíneo.

Además del sueño nocturno, las siestas diurnas también parecen proteger al corazón. Un estudio en el que las personas que tomaban siestas de 30 minutos con regularidad mostró 37 por ciento menor probabilidad de morir de enfermedades cardíacas en un periodo de seis años que los que nunca tomaban siestas. Los científicos rastrearon a más de 23,000 adultos, descubriendo que los beneficios de la siesta eran más pronunciados en los hombres que trabajan (Androniki *et al*, 2007).

4. Gestión saludable del sueño para el desempeño laboral

Cómo manejar el sueño desde el ámbito organizacional

A nivel organizacional, el manejo competente de los horarios de los trabajadores podría ahorrar dinero disminuyendo los costos de la atención médica, reduciendo los errores y accidentes y aumentando la productividad general. Las investigaciones demuestran que las personas que no duermen suficientemente padecen los siguientes problemas, que afectan considerablemente tanto a trabajadores como a empleadores:

- errores vinculados a la actividad mental;
- humor irritable;
- dificultad para poner atención; y
- acentuación de los problemas de salud.

Tratar de dormir en momentos en que los ciclos corporales del sueño no están dispuestos para hacerlo, pocas veces tiene como resultado un sueño que restaure el estado pleno de alerta y el vigor.

El diseño de los horarios y los ajustes razonables de los lugares de trabajo ofrecen la oportunidad a los trabajadores de tener un patrón saludable de actividad y descanso. Motivar a los trabajadores a dormir suficiente de manera rutinaria puede aumentar la productividad, promover la seguridad en el lugar de trabajo y aumentar su calidad de vida. Hay factores sencillos como el horario de la jornada de trabajo, la programación del sueño y las condiciones ambientales del lugar donde se duerme, que pueden hacer una gran diferencia en la calidad del sueño para muchas personas.

El sueño es un asunto personal y familiar. Estimular a los trabajadores para poner en práctica medidas familiares para integrar los hábitos de sueño saludables a la vida doméstica puede ayudar a todos a dormir mejor. Aprender más sobre el sueño saludable también puede permitir a algunos trabajadores identificar y resolver trastornos reales del sueño con atención médica, de ser necesario.

El sueño saludable también es una cuestión de salud pública. Los servicios de atención médica ofrecen asesoría especialmente diseñada para promover prácticas saludables de sueño.

Acción gubernamental

Muchos gobiernos nacionales tienen normativas sobre las horas de trabajo para ciertas industrias y ocupaciones, las cuales pueden variar considerablemente. Los gobiernos suelen intervenir particularmente en el caso de los trabajos que son críticos para la seguridad, estableciendo recomendaciones o leyes para garantizar el diseño de tiempos de trabajo seguros (las horas de trabajo, el trabajo nocturno y por turnos) y para permitir que haya suficiente descanso y recuperación. Un área muy sensible en este sentido es la de las horas de trabajo de los conductores de transportes comerciales.

4. Gestión saludable del sueño para el desempeño laboral

Los Gobiernos de Australia y Nueva Zelanda, por ejemplo, establecieron un Grupo de Expertos sobre la Fatiga para que los asesoraran sobre las mejores prácticas con respecto a las horas de trabajo en el sector del transporte terrestre. En febrero de 2000 la Comisión Nacional de Transporte Terrestre de Australia, el Buró Australiano de Seguridad en el Transporte y la Autoridad de Seguridad en el Transporte de Nueva Zelanda, (*National Road Transport Commission, of Australia, the Australian Transport Safety Bureau and the New Zealand Land Transport Safety Authority*) patrocinaron el establecimiento de un grupo de expertos sobre la fatiga para que desarrollara opciones para el desarrollo a mediano plazo de parámetros para la prescripción de horas de conducción y de trabajo en el transporte terrestre. El grupo de expertos sobre la fatiga incluyó expertos australianos y neozelandeses sobre el sueño, el trabajo por turnos y la seguridad en las vías de transporte, quienes colaboraron con las agencias participantes y los representantes del sector para diseñar un conjunto de principios basados en evidencias, que sirvieran de fundamento a diversas opciones normativas.

Enfoque del grupo de expertos sobre la fatiga:

El marco propuesto por el grupo de expertos sobre la fatiga requiere el respaldo de medidas para promover la gestión de la fatiga, las cuales incluyen educación, información, formación, mantenimiento de la red vial, herramientas tecnológicas, e incentivos/sanciones financieros a través de los regímenes de remuneración de los trabajadores, de aseguración vehicular y de gestión de la seguridad.

La gestión de la fatiga de los conductores no es un tema que incumba solo a operadores y conductores. El grupo de expertos sobre la fatiga destacó los requerimientos y las prácticas de terceros en la cadena de suministro del transporte. La cadena de responsabilidades en las leyes actuales sobre transporte terrestre está diseñada para destacar que el desempeño en la autopista está estrechamente relacionado con las decisiones tomadas por los clientes, los consignatarios y los cargadores.

Existen considerables ajustes estructurales que hacer en el perfil social y económico del sector del transporte en la programación, planeamiento de viajes y en las consecuentes prácticas de los conductores que derivan de estos factores, y que aumentan los riesgos relacionados con la fatiga. Las presiones competitivas, los sistemas de pago, los arreglos contractuales e incluso las consecuencias imprevistas del régimen actual de horas de conducción se combinan para crear un ambiente en el cual la fatiga se ha convertido en algo aceptado, como una parte más de las prácticas del sector de transportes.

El grupo de expertos fue consciente de la necesidad de ofrecer un marco flexible y practicable en el cual la fatiga pudiera ser manejada activamente por todos los involucrados en la cadena de suministro.

El modelo de fatiga usado por el grupo de expertos se centraba en tres factores primordiales que contribuyen y explican la fatiga de los conductores:

- la necesidad de garantizar que los conductores tengan oportunidades adecuadas de dormir;
- la necesidad de tomar en cuenta los ritmos biológicos circadianos, los cuales determinan que los conductores no pueden dormir por igual a cualquier hora de la noche y del día;
- la necesidad de actuar en relación con la fatiga causada por las demandas laborales, incluyendo la duración del trabajo y la disponibilidad de descansos durante el trabajo, los cuales ofrecen oportunidad de recuperarse temporalmente de los efectos de la fatiga.

Fuente: Comisión Nacional de Transporte Terrestre, 2001.

Horas de trabajo

La cantidad de horas extra de trabajo por periodo de tiempo debe limitarse y se deben dar periodos adecuados de descanso y recuperación, incluyendo el descanso semanal y las vacaciones anuales con goce de sueldo, para proteger la salud y seguridad de los trabajadores.

Se deben evitar los horarios extendidos e irregulares de trabajo, así como los horarios impredecibles.

No se debe promover una cultura organizacional que valore positivamente los horarios prolongados de trabajo y las horas extra. Se deben aplicar progresivamente medidas para reducir las horas de trabajo, priorizando las de las mujeres y los jóvenes en las industrias y ocupaciones que involucren un desgaste físico o mental particularmente intenso o que presenten riesgos de salud para los trabajadores.

Trabajo por turnos y trabajo nocturno

Las publicaciones científicas sobre el trabajo por turnos y los trastornos del sueño han reportado evidencias convincentes de trastornos cardiovasculares, trastornos gastrointestinales y algunas evidencias de trastornos reproductivos. En la mayoría de los casos, el trabajo nocturno aumenta el riesgo de trastornos de la salud.

El análisis de los datos sobre los accidentes en algunos países indica un aumento en las tasas de accidentes tras nueve horas de trabajo. Datos experimentales de psicología cognitiva predicen un aumento en los errores de los trabajadores tras ocho horas de trabajo.

Gestión de la organización del trabajo para un sueño saludable

Consejos para trabajos sin turnos:

- no promover horarios prolongados de trabajo ni horas extra;
- establecer una manera discreta de registrar las horas trabajadas;
- brindar la formación necesaria a los supervisores;
- tener horarios flexibles de trabajo, siempre que sea posible;
- establecer un programa de asistencia;
- incorporar prácticas y normas culturales a las políticas y prácticas del lugar de trabajo.

Consejos para el trabajo por turnos:

- no hay ninguna estrategia universal (que sirva igualmente a todos);
- un enfoque práctico y realista;
- lineamientos sobre el uso de turnos dobles;
- identificar formas de cubrir las necesidades de personal adicional, como alternativa;
- ofrecer asistencia para el traslado después de los turnos que terminan tarde o que se prolongan;
- garantizar condiciones óptimas para dormir en las instalaciones del centro de trabajo;
- hacer una gestión adecuada de los incentivos financieros;
- prever que las personas tienen distintos niveles de tolerancia para la vigilia prolongada (los turnos largos).

5. Buenas prácticas

Respecto al trabajo nocturno y el trabajo por turnos, son necesarias estrategias diversas, según el tipo de trabajo que se realiza en la empresa u organización. No existe una solución única para todos los centros de trabajo. Si el trabajo por turnos es la única opción, se debe elegir un patrón ideal de trabajo por turnos teniendo en cuenta las metas y necesidades exactas de la organización, tanto como las necesidades específicas de salud y seguridad de sus trabajadores. Idealmente cada organización tendrá que aplicar la normativa nacional e identificar las mejores prácticas para encontrar estrategias óptimas para su situación particular. Sea lo que sea que decida la organización, el enfoque usado debe ser práctico y realista para que incorpore las necesidades de descanso y sueño saludables a la política SST del lugar de trabajo. Algunas intervenciones pueden consistir en las siguientes medidas:

1. La organización del horario de trabajo, por medio del establecimiento de criterios para optimizar: la cantidad de horas, las pausas, la hora de inicio y de finalización de la jornada, la frecuencia de la rotación de turnos, la duración y frecuencia de los descansos, y la limitación al máximo del tiempo extra y del trabajo nocturno.
2. Mejoramiento del ambiente de trabajo, como la iluminación, el ajuste de la temperatura, las reducciones a la carga física de trabajo (siempre que sea posible), y la disponibilidad de instalaciones y servicios como la alimentación y el transporte, durante los horarios de trabajo fuera de la jornada normal diurna.
3. La formación para modificar las respuestas de los trabajadores individuales, incluyendo la administración del sueño, la promoción de la salud (p. ej. dietas, ejercicio), y orientación y apoyo personal (*counselling*) para el manejo del estrés.

Si se tiene que introducir el trabajo por turnos, es aconsejable recordar las siguientes medidas específicas que han mostrado ser eficaces para reducir los posibles efectos negativos sobre la salud; las cuales se basan primordialmente en la evidencia disponible sobre el trabajo por turnos:

- Se debe consultar a los trabajadores sobre la organización de su horario de trabajo y las medidas a tomar deben ser producto de un acuerdo.
- Cuando se introduzca el trabajo por turnos como una nueva forma de organización del trabajo, se debe organizar y llevar a cabo una fase preparatoria para informar a los trabajadores, así como evaluar su conocimiento y actitudes con respecto al trabajo por turnos. Podría ser útil una campaña de concientización antes de poner en marcha la política. Es necesario prever el suministro de la asistencia individual que sea necesaria.
- El trabajo nocturno debe ser evitado o limitado siempre que sea posible.
- Los horarios impredecibles o irregulares deben ser evitados o limitados siempre que sea posible, especialmente cuando hay otros factores de riesgo presentes (p. Ej. Horarios prolongados, alteración del ciclo circadiano (del ciclo diario de sueño), junto con otras fuentes de estrés).
- El tiempo extra debe limitarse, distribuirse entre los trabajadores y no debe convertirse en rutina. Siempre que sea posible, si el trabajo es altamente estresante física o mentalmente, se debe evitar el tiempo extra.

Recomendaciones de un grupo de expertos sobre el tiempo de trabajo, la seguridad y la salud

- (1) Diseño del horario de trabajo más apropiado.
- (2) Modificación del ambiente de trabajo.
- (3) Formación y, orientación y apoyo personal (counselling) sobre la salud, según corresponda.

Las siguientes medidas específicas deben aplicarse en cada una de las tres áreas mencionadas anteriormente:

- Es mejor evitar o, en su defecto, limitar el trabajo nocturno, siempre que sea posible.
- Los horarios impredecibles e irregulares, particularmente si están fuera del ámbito que el trabajador puede controlar, de ser posible deben ser evitados o al menos limitados.
- El tiempo extra debe limitarse, distribuirse entre los trabajadores y no debe volverse rutina.
- Cuando los turnos roten, es preferible la rotación “hacia adelante” (en el sentido de las manecillas del reloj). La rotación semanal de turnos es desaconsejable.
- La rotación lenta (cada 2 ó 3 semanas) tiende a desencadenar el proceso de ajuste del ciclo del sueño (p. ej. un ajuste para trabajar de noche y dormir de día).
- La rotación rápida (cada 1 ó 2 días) no provoca ajuste, pues mantiene a los trabajadores en un mismo ciclo circadiano (de sueño diario) normal.
- Las tareas rutinarias, producen fácilmente fatiga. Si deben aplicarse horarios de rotación lenta, (que generan ajuste del ciclo de sueño), es preferible hacerlo con los trabajadores que hacen este tipo de trabajo, pues están más expuestos a los efectos de la fatiga que los demás.
- Por otro lado, los trabajadores que realizan actividades mentalmente estimulantes están menos expuestos a los efectos de la fatiga y por eso puede ser más recomendable aplicarles los horarios que no generan un ajuste del ciclo de sueño (rotación rápida).
- Tradicionalmente la hora más frecuente de inicio de los turnos, es las 6 a.m. para el turno matutino, pero esta podría no ser la óptima. Se debe considerar el iniciar más tarde (7 a 8 a.m.).
- Las horas de cambio de turno son momentos vulnerables en términos de errores y de accidentes.
- La evidencia relacionada con el cambio de turnos cada 12 horas muestra que no necesariamente va en detrimento de la seguridad, sin embargo se recomienda cautela al momento de introducirlo.
- Cuando el trabajo se extienda más allá de un periodo de 8 horas, se debe realizar una nueva evaluación de los demás riesgos para la salud presentes en el ambiente de trabajo (p. ej. químicos, ergonómicos, etc.).
- Se recomienda ampliamente la participación de un representante de los trabajadores en el diseño de los horarios de trabajo.

Fuente: Spurgeon, 2003.

- Se debe establecer un sistema de vigilancia de la salud para aquellos que trabajen en horarios diferentes de los de la jornada laboral diurna normal.
- Cuando el trabajo se extienda más allá de un periodo de 8 horas, se debe realizar una nueva evaluación de los demás riesgos para la salud presentes en el ambiente de trabajo y debe haber sistemas confiables para el monitoreo de accidentes.
- Los turnos deben estar programados en días, semanas o meses para equilibrar los costos y beneficios a corto plazo, con los riesgos, el potencial deterioro de la salud de los trabajadores y de la productividad a largo plazo. Al diseñar los horarios de los turnos se debe tener cuidado de minimizar la fatiga. También se debe considerar el orden de rotación de los turnos, cuántos equipos de trabajadores se incluyen en una rotación y anticipar cómo cubrir las necesidades de personal adicional en caso necesario.

- Se debe restringir el número máximo de horas que es posible trabajar por periodo; se deben también establecer procedimientos para asistir a los trabajadores que rebasen el límite con regularidad; lo cual solo es posible bajo condiciones de cargas de trabajo razonables y en el contexto de vencimiento de plazos.
- Se debe integrar una manera discreta de registrar las horas trabajadas, consultando a los trabajadores y sus representantes e incluyendo la manera en que se almacenará y usará esa información. De esta manera, la información puede ser considerada como una contribución positiva a la salud de los trabajadores y no como vigilancia excesiva.
- Debe haber instalaciones y servicios para la alimentación, el transporte y de salud y seguridad disponibles en todos los horarios de trabajo. Ofrecer asistencia para el traslado en viajes nocturnos o matutinos, después de los turnos que terminan tarde o los que se prolongan; si existen instalaciones para dormir en el lugar de trabajo, se deben garantizar condiciones óptimas (por ejemplo, de iluminación, de insonorización).
- En la medida de lo posible para la empresa, se deben establecer horarios flexibles de trabajo, para que los trabajadores puedan cubrir sus necesidades laborales, de descanso y de sueño con las de convivencia y responsabilidad familiares.
- Se puede establecer un programa de apoyo con profesionales que sepan sobre las necesidades de descanso y sueño y que al manejar información privada se rijan por principios de confidencialidad y antidiscriminatorios.
- Es esencial la formación de los supervisores sobre una buena gestión, de modo que el trabajo se realice considerando las necesidades de descanso y sueño de los trabajadores. Los supervisores podrían necesitar, además formación adicional sobre el delicado tema de la sobreposición entre el trabajo y la casa, para poder afrontar casos de problemas con el equilibrio entre el trabajo y la familia.
- Incorporar prácticas y normas culturales a las políticas y prácticas del lugar de trabajo contribuye a una mejor adaptación a las dinámicas sociales de los diversos grupos que conforman la población trabajadora de una empresa.

6. Interrelaciones

El sueño y el estilo de vida

El trabajar horarios prolongados parece estar asociados con una mayor prevalencia de síntomas somáticos y comportamientos adaptativos que amenazan la salud, como un aumento del consumo de tabaco y una dieta inadecuada e irregular. Algunos trabajadores han reportado efectos adversos de la carga horaria de trabajo en las relaciones familiares, particularmente cuando se trata de más de 50 horas a la semana.

La insuficiencia de sueño puede poner a los trabajadores en riesgo. Un estudio demostró, por ejemplo, que el riesgo de ir al hospital por un accidente de trabajo, como la rotura de un hueso por una caída, aumenta cuando las horas de sueño han sido menos de siete horas por noche. El consumo de alcohol en exceso, el uso de tabaco y el uso recreativo de drogas puede disminuir los efectos restauradores del sueño y contribuir al insomnio u otros trastornos del sueño.

En compensación, los hábitos saludables se apoyan mutuamente. La actividad física regular que mejora la condición física, puede mejorar el sueño; también la reducción del exceso de peso corporal puede mejorar algunos trastornos del sueño, como la respiración alterada durante el sueño (apnea del sueño).

El sueño y el estrés

Trabajar más de 48 horas a la semana de manera regular parece constituir un importante factor de estrés relacionado con el trabajo, que reduce la satisfacción laboral, aumenta los efectos de otros factores de estrés e incrementa considerablemente el riesgo de problemas de salud mental. Trabajar más de 60 horas a la semana de manera regular parece aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

La mayor parte de las personas recuerda momentos en que tuvo problemas para dormir por cuestiones estresantes de la vida. Lo que puede ser menos claro es que la falta de sueño suficiente puede también disminuir nuestra capacidad de resolver problemas y de interactuar con los demás, empeorando el estrés y potencialmente aumentando el riesgo de violencia psicológica (o incluso física) entre las personas irritables y somnolientas en el trabajo.

7. Integración de políticas

Integrar lo concerniente al sueño a una política de seguridad y salud en el trabajo que aborde la promoción de la salud implica incluir una variedad de elementos globales que, siendo relevantes para todos los problemas psicosociales, son de particular importancia cuando se trata de un sueño saludable. Algunos de ellos se describen a continuación.

Organización del trabajo

En términos del sueño, la organización del trabajo se refiere tanto a las horas trabajadas como a lo que sucede durante el horario de trabajo. Si se requiere introducir el trabajo por turnos, este debe organizarse conforme a las recomendaciones científicas y médicas más recientes para maximizar tanto la salud del trabajador como la productividad de la empresa. Durante el horario laboral, el trabajo debe organizarse de forma tal que dé a los trabajadores suficiente tiempo para completar sus tareas, lo que significa asignar las tareas correctas a la persona correcta y darle los medios para hacer su trabajo. El vencimiento de plazos o los períodos de entrega estrechos pueden ser estimulantes, pero si son poco realistas pueden generar horas extra excesivas, estrés y pérdida del sueño, lo cual reduce la productividad en lugar de aumentarla.

Evaluación y gestión de riesgos

Si hay factores relacionados con el trabajo que obstaculizan que los trabajadores tengan suficiente sueño reparador, esto constituye un riesgo para la salud que la empresa tiene que evaluar y gestionar. Además, ha de considerarse que si este riesgo se presenta en puestos de trabajo que, de hecho son críticos para la seguridad y la salud, el riesgo es para el personal y también para el público en general. Además se puede extender a la calidad de los productos y al ámbito de la toma de decisiones.

Responsabilidad social

Existe una clara responsabilidad hacia el público general cuando el trabajo involucre riesgos para la seguridad de gran envergadura, como al conducir, pilotear una aeronave u operar en instalaciones peligrosas como las plantas químicas, nucleares, o al trabajar en las estructuras de salud pública. Las organizaciones socialmente responsables deben asegurarse de que se cumplan las necesidades de sueño de los trabajadores para que puedan trabajar de manera segura. Las consecuencias de no hacerlo pueden ser catastróficas en términos de pérdida de vidas y de reputación de la organización.

Formación, educación e información

Existe mucha desinformación y mitos sobre las necesidades de sueño, lo que sumado a la presión de los supervisores y de los compañeros de trabajo, puede hacer que los trabajadores acumulen fatiga por no dormir lo suficiente. Es necesario que los trabajadores sepan cómo

manejar su propio sueño, que los supervisores y gerentes estén bien informados sobre las necesidades de descanso y de sueño, y sobre los beneficios de organizar el trabajo en concordancia con estas.

Asistencia, apoyo, tratamiento

En determinados casos, algunos los trabajadores necesitan asistencia para lograr un gestión de su tiempo de trabajo y sueño, de lo contrario podrían desarrollar un trastorno del sueño y requerir tratamiento. En ciertas circunstancias, los empleadores pueden ser proactivos en este campo y brindar asistencia o tratamiento, y acceso a información sobre las soluciones potenciales.

Confidencialidad

Dado que el sueño atraviesa la frontera entre el trabajo y la vida privada, es absolutamente esencial que cualquier intercambio de información cumpla los requerimientos de confidencialidad. Debe ser decisión de los trabajadores determinar qué tanta información sobre su vida privada dan a conocer a la administración de la empresa. Debe existir medios alternativos para compartir la información relevante sin hacerla pública si el trabajador así lo desea, por ejemplo a través de un representante o de un servicio de orientación y apoyo personal (*counseling*).

Participación y consulta al trabajador

Para organizar adecuadamente el tiempo de trabajo, la gerencia y los trabajadores tienen que estar conscientes de las necesidades de ambos y trabajar en pro de una solución mutuamente aceptable. Los trabajadores o sus representantes tienen que ser parte de dichas consultas, y deben estar involucrados en cualquier cambio a largo plazo.













Mejora continua

Ninguna organización es estática, sino que está abierta a cambios provocados por influencias internas y externas. Para garantizar su eficacia y que cumplan los requisitos, es indispensable revisar y actualizar periódicamente todas las políticas. De esta manera la organización puede adentrarse y profundizar en un ciclo de mejora continua de la salud y la seguridad en el trabajo.




Promoción de la salud

Muchas empresas están reconociendo los beneficios de promover la salud de sus trabajadores además de prevenir los accidentes y enfermedades profesionales. Fomentar buenas prácticas de descanso y sueño y ofrecer información puede ser parte de una campaña global de promoción de la salud.

Bibliografía

-  Åkerstedt, T. 2007. “Interaction between Sleep and Stress in Shift Workers”, en D. Léger y S.R. Pandi-Perumal (eds.): *Sleep Disorders: Their Impact on Public Health* (Londres, Informa UK Ltd.), págs. 101–114.
-  Amundsen, A.H.; Sagberg, F. 2003. *Hours of service regulations and the risk of fatigue- and sleep-related road accidents* (Oslo, TOI).
-  Ancoli-Israel, S.; Cooke, J.R. 2005. “Prevalence and comorbidity of insomnia and effect on functioning in elderly populations”, en *Journal of the American Geriatric Society*, vol. 53, núm. S7 (Supl.), págs. s264–s271.
-  Androniki, N. et al. 2007. “Siesta in Healthy Adults and Coronary Mortality in the General Population”, en *Archives of Internal Medicine* vol. 167, núm. 3, págs. 296–301.
-  Australian Transport Safety Bureau. 2008. “Fatigue is a Safety Threat”, en *Flight Safety Magazine*, septiembre-octubre de, ATSB, pág. 54-55.
-  Ayas, N.T. et al. 2003. “A prospective study of sleep duration and coronary heart disease in women”, en *Archives of Internal Medicine*, vol. 163, núm. 2, págs. 205–209.
-  Belenky, G. et al. 2003. “Patterns of performance degradation and restoration during sleep restriction and subsequent recovery: a sleep dose-response study”, en *Journal of Sleep Research*, vol. 12, núm. 1, págs. 1–12.
-  Cizza, G.; Skarulis, M.; Mignot, E. 2005. “A link between short sleep and obesity: building the evidence for causation”, en *Sleep*, vol. 28, núm. 10, págs. 1217–1220.
-  Colten, H.R.; Altevogt, B.M. 2006. *Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem* (Washington, D.C., Institute of Medicine of the National Academies). Disponible en: <http://www.iom.edu/CMS/3740/23160/33668.aspx> [consultado el 9 de julio de 2012].
-  Czeisler, C.A.; Buxton, O.M.; Khalsa, S.B. 2005. “The human circadian timing system and sleep-wake regulation”, en M. Kryger; T. Roth; W. Dement (eds.): *Principles and Practices of Sleep Medicine* (Filadelfia, Saunders).
-  Fenwick, R.; Tausig, M. 2001. “Scheduling stress: family and health outcomes of shift work and schedule control”, en *American Behavioural Scientist*, vol. 44, núm. 7, págs. 1179–1198.
-  Fransen, M. et al. 2006. “Shift work and work injury in the New Zealand Blood Donors’ Health Study”, en *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 63, núm. 5, págs. 352–358.

-  Hale, L. 2005. “Who Has Time to Sleep?”, en *Journal of Public Health*, vol. 27, núm. 2, págs. 205–211.
-  — . et al. 2007. “Does the Demography of Sleep Contribute to Pre-existing Health Disparities?”, en D. Léger y S. R. Pandi-Perumal (eds.): *Sleep Disorders: Their Impact on Public Health* (Londres, Informa UK Ltd.), págs. 1–18.
-  Hartenbaum, N. et al. 2006. “Sleep Apnoea and Commercial Motor Vehicle Operators: Statement From the Joint Task Force of the American College of Chest Physicians, American College of Occupational and Environmental Medicine and the National Sleep Foundation”, en *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 48, núm. 9(s1).
-  Knutsson, A. 2003. “Health disorders of shift workers”, en *Occupational Medicine*, vol. 53, núm. 2, págs. 103–108.
-  Kripke, D.F. et al. 2002. “Mortality associated with sleep duration and insomnia”, en *Archives of General Psychiatry*, vol. 59, núm. 2, págs. 131–136.
-  Lavigne, J.E. et al. 2003. “Reductions in individual work productivity associated with type 2 diabetes mellitus”, en *Pharmacoeconomics*, vol. 21, núm. 15, págs. 1123–1134.
-  McEwen, B.S. 2006. “Sleep deprivation as a neurobiologic and physiologic stressor: allostasis and allostatic load”, en *Metabolism*, vol. 55 (Supl. 2), págs. s20–S23.
-  Mello, M.T. et al. 2000. “Sleep patterns and sleep related complaints of Brazilian interstate bus drivers”, en *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, vol. 33, págs. 71–77.
-  Muzet, A. 2007. “Sleeping Environments”, en D. Léger y S. R. Pandi-Perumal (eds.): *Sleep Disorders: Their Impact on Public Health* (Londres, Informa UK Ltd), págs. 67–77.
-  National Road Transport Commission. 2001. *Driver Fatigue: A survey of long distance transport companies in Australia* (Los parlamentos de Australia y Nueva Zelanda, Oficina Australiana de Seguridad en el Transporte - Australian Transport Safety Bureau).
-  O'Connor, P.J. et al. 2004. *FIMS position statement on air travel and performance insports* (Fédération Internationale de Médecine du Sport, Declaración de posición núm. 16), págs. 1–12.
Disponible en:
<http://www.fims.org/files/311417173/PS16%20Air%20travel%20March%202004.pdf>
[consultado el 9 de julio de 2012].
-  Organización Internacional del Trabajo. (OIT). 2009. *Quality Sleep*. (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/safework/areasofwork/WCMS_118392/lang—en/index.htm
[consultado el 9 de julio de 2012].
-  Spiegel, K. et al. 2002. “Effect of Sleep Deprivation on Response to Immunization”, en *Journal of the American Medical Association*, vol. 288, núm. 12, págs. 1471–1472.

-  Spurgeon, A. 2003. *Working time: Its impact on safety and health*. Organización Internacional del Trabajo, Occupational Safety & Health Institute, Korea Occupational Safety and Health Agency. (Ginebra).
Disponible en:
<http://ilo-mirror.library.cornell.edu/public/english/protection/condtrav/pdf/wtwo-as-03.pdf>
[consultado el 9 de julio de 2012].
-  Van Dongen, H.P.A. et al. 2003. “The cumulative cost of additional wakefulness: Dose-response effects on neurobehavioral functions and sleep physiology from chronic sleep restriction and total sleep deprivation”, en *Sleep*, vol. 26, núm. 2, págs. 117–126.
-  Zee, P.C.; Turek, F.W. 2006. “Sleep and health – everywhere and in both directions”, en *Archives of Internal Medicine*, vol.166, pág. 1686.

Sitios Web



Asociación Americana de Diabetes:

<http://www.diabetes.org/diabetes-basics/diabetes-statistics/> [consultado el 9 de julio de 2012].



Australian Transport Safety Bureau; Air Safety Investigation:

http://www.atsb.gov.au/media/56960/fsa_0900.pdf [consultado el 9 de julio de 2012].

http://www.atsb.gov.au/media/36067/fatig_trans_9.pdf [consultado el 9 de julio de 2012].

<http://www.science.org.au/nova/074/074key.htm> [consultado el 9 de julio de 2012].



Comisión Europea - Dirección General de Energía y Transportes, Estudio sobre la fatiga:

http://ec.europa.eu/transport/road_safety/specialist/knowledge/pdf/fatigue.pdf [consultado el 9 de julio de 2012].



Harvard Medical School, Division of Sleep Medicine, Recursos sobre el sueño para el público, los pacientes y los clínicos:

<http://sleep.med.harvard.edu/> [consultado el 9 de julio de 2012].



Insurance Institute for Highway Safety:

http://www.iihs.org/laws/comments/pdf/fmcsa_ds_bon_060702.pdf [consultado el 9 de julio de 2012].



Organización Internacional del Trabajo/Safewor, *Quality Sleep*:

http://www.ilo.org/safework/areasofwork/WCMS_118392/lang—en/index.htm [consultado el 9 de julio de 2012].



Organización Internacional del Trabajo, *Los aumentos de la productividad del sector minero menoscabados por los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales*:

http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/press-and-media-centre/news/WCMS_071414/lang—es/index.htm



Estrés económico



Riesgos psicosociales en épocas de cambio

1. Introducción

El trabajo de una persona suele ser una parte sumamente importante de su vida.

Para la mayoría de las personas, su trabajo es primordialmente la manera de ganarse el sustento propio y el de su familia, pero también es muchas otras cosas.

Cuando se pregunta: “Háblame de ti mismo”, las personas suelen referirse a su trabajo. Si los trabajadores normalmente pasan por lo menos la mitad de su vida en el trabajo, más horas que con la familia o en actividades personales y/o recreativas, no debe sorprender que el trabajo llegue a ser parte integrante de la identidad personal.

Dada la importancia de tener asegurado un ingreso y un trabajo, no debe sorprender que la posibilidad de perder cualquiera de los dos tenga efectos negativos para los trabajadores, sus familias y las organizaciones que los emplean.

2. Para comprender el estrés económico

¿Qué es el estrés económico?

Como se comentó en el Capítulo 3, el estrés es un desequilibrio entre las exigencias del trabajo y los recursos y capacidades percibidos por la persona para enfrentar dichas demandas. El estrés relacionado con el trabajo es la respuesta física y emocional nociva que ocurre cuando las demandas del trabajo no corresponden o superan las capacidades, recursos o las necesidades del trabajador. El estrés económico, de acuerdo con un informe de la OIT sobre seguridad económica, se refiere específicamente al estrés asociado con el riesgo o incertidumbre respecto a la situación financiera propia. El estrés económico puede derivar del pluri-empleo que muchos se ven obligados a ejercer para cubrir sus gastos. También de procesos de reducción, reestructuración o fusión de la compañía y, en el peor de los casos, los trabajadores pueden sufrir estrés económico al quedar desempleados. El estrés económico puede afectar la salud psicológica y física de las personas.

Existen muchos distintos tipos de factores de estrés económico a los que pueden estar expuestos los trabajadores. Tres de los más importantes son: el desempleo, el subempleo y la inseguridad laboral. El desempleo involucra la pérdida (o la falta) de empleo y la pérdida de ingresos. Una persona se considera desempleada si no está trabajando pero busca empleo activamente (esta es la definición estándar usada por la OIT para reunir estadísticas sobre el desempleo). El desempleo puede tener consecuencias graves para la persona desempleada, su familia y la sociedad. Debido al impacto del desempleo la mayoría de los gobiernos monitorea sistemáticamente el nivel de desempleo en sus países.

El subempleo puede considerarse como una situación de empleo que no cumple con la percepción de “empleo satisfactorio” para una persona. A menudo el subempleo se relaciona con aquellos trabajadores que se encuentran en una situación de empleo inadecuado, por ejemplo, reciben una remuneración insuficiente por su trabajo o que se les pide que trabajen menos horas de las que desearían. Sin embargo, para los fines de este capítulo, los trabajadores serán considerados subempleados si se cumple cualquiera de las siguientes condiciones:

- (1) el trabajador posee más educación formal de la que requiere el cargo;
- (2) el trabajador tiene más aptitudes y experiencia laboral de la que se requiere para el trabajo;
- (3) el trabajador está empleado involuntariamente fuera de su área de formación formal;
- (4) el trabajador está empleado involuntariamente en un régimen de medio tiempo, intermitente, temporal o contingente; o
- (5) si el salario del trabajador está 20 por ciento por debajo de lo que había ganado anteriormente o 20 por ciento menos de lo normal por un cierto nivel de experiencia y aptitud;
- (6) el trabajador está empleado por cuenta propia en la economía informal.

Ejemplos de subempleo

- Xiao Ping obtuvo un título universitario en administración pública. Después de presentar docenas de solicitudes de empleo sin éxito, aceptó un puesto trabajando como secretaria para una compañía local manufacturera. Ella está insatisfecha por no trabajar en su área, pero siente que no tuvo otra opción que aceptar este trabajo.
- Tras trabajar 20 años como programador informático, Iván fue despedido recientemente durante una ronda de reducción de personal en su compañía. Para cubrir sus gastos, aceptó un trabajo de programación para recién graduados que paga la mitad de lo que ganaba en su antiguo empleo.
- El empleador de Rosa contrata primordialmente trabajadores por contratos temporales y tiene pocos cargos permanentes. Rosa ha estado empleada menos de un año, y en lugar de tener expectativas de que la compañía la contrate permanentemente, teme que la vayan a despedir.




La inseguridad laboral ocurre cuando los trabajadores perciben que su trabajo es inestable o está en riesgo. En otras palabras, la inseguridad laboral puede ser resultado de una potencial pérdida del empleo o una potencial pérdida de aspectos que el trabajador valora sobre su trabajo.

La inseguridad laboral o del empleo es un término usado para referir una experiencia de naturaleza, subjetiva. Dos trabajadoras empleadas en el mismo cargo y en la misma compañía podrían tener percepciones muy diferentes sobre su seguridad laboral. Una de ellas podría estar preocupada por perder su trabajo, mientras que la otra podría no compartir esas inquietudes. Sin embargo, experimentar inseguridad laboral es un hecho real, considerado un factor que causa estrés económico, el cual podría tener consecuencias muy negativas para la trabajadora y su organización.

Todo tipo de estrés económico tiene un potencial dañino para las personas, sin embargo, es útil ordenar los tres factores de estrés económicos mencionados hasta ahora (el desempleo, el subempleo y la inseguridad laboral) del más, al menos nocivo. También pueden ordenarse de acuerdo con la cantidad de personas potencialmente afectadas, de un menor a un mayor número de personas. Por ejemplo, el desempleo es la forma más nociva de estrés económico pero, por fortuna, en la mayoría de los países menos población está expuesta a este factor, que al de inseguridad laboral. La inseguridad en el empleo, por el otro lado, tiene menos consecuencias negativas, pero actualmente, afecta a una porción mucho mayor de trabajadores.

Estos factores de estrés económico también pueden ordenarse del más al menos evidente. Es relativamente fácil notar cuando alguien está desempleado, pero hay menos consenso sobre qué significa estar subempleado y hay todavía menos estándares objetivos para identificar la inseguridad en el empleo. Aun así, todas estas condiciones pueden ser fuentes de estrés económico y todas pueden tener implicaciones importantes para todos los afectados.

Los recursos suelen enfocarse hacia los factores más visibles de estrés económico. Por ejemplo, podría haber

Prevalencia	Tipo de factor estresante	Nivel de estrés
	Desempleo	ESTRÉS
	Subempleo	ESTRÉS
	Inseguridad en el empleo	ESTRÉS

programas gubernamentales que ofrezcan prestaciones a una persona desempleada. Sin embargo, suele haber menos programas o prestaciones disponibles para las personas subempleadas o en una posición de alta inseguridad laboral. Como resultado, estas personas suelen quedar desprotegidas y hay menos programas gubernamentales u organizacionales que aborden las causas o consecuencias de factores de estrés económico.

¿Qué causa el estrés económico?

Muchos tipos de factores pueden hacer que los trabajadores experimenten estrés económico, en concomitancia con el hecho de haber sido despedidos, estar subempleados, o con la percepción de que pueden perder el propio empleo. Estos factores pueden resumirse en cuatro categorías: factores económicos, características del cambio organizacional, características del trabajador y características del empleo. Cualquiera de estos factores puede hacer que los trabajadores experimenten estrés económico.

Los factores económicos derivan en estrés económico. Cuando la economía de un país está en crisis, las tasas de desempleo aumentan. A medida que el estado de la economía empeora, la probabilidad de desempleo aumenta, debido a una generación de empleo deficitaria y a la escasez de empleos bien remunerados. Al continuar empeorando la economía, empiezan a rondar noticias de despidos masivos y es probable que también aumente la percepción de inseguridad laboral de los trabajadores. Dependiendo de su etapa de desarrollo, algunos países experimentan dificultades económicas casi permanentes, los trabajadores de esos países padecen alto estrés económico, quizás, en forma crónica.

El término características del cambio organizacional se refiere a las reducciones, reorganizaciones, los cambios tecnológicos y los cambios de dueños de las empresas, por ejemplo en las fusiones y adquisiciones. El anuncio formal de despidos, una fusión o adquisición inminente, una reestructuración organizacional y/o una reducción son potenciales características de cambio organizacional que podrían aumentar la inseguridad laboral y derivar en pérdida de empleos o en subempleo. Cada año millones de personas en todo el mundo pierden su trabajo como resultado de estos tipos de cambios organizacionales.

Los despidos masivos entre los trabajadores de línea y los altos ejecutivos, son las consecuencias más comunes de las fusiones de empresas. Estos cambios causan preocupación entre los trabajadores restantes. Además, del temor al despido, los trabajadores suelen sentir que dichos cambios organizacionales afectarán negativamente su seguridad laboral, su sueldo futuro y sus oportunidades de avance.

Otro ejemplo de cambio organizacional que puede derivar en estrés económico son los cambios en la tecnología organizacional. Las empresas actualmente necesitan mantener un ritmo de cambio en las tecnologías para ser competitivas y los trabajadores tienen que seguir ese ritmo. Un cambio en los sistemas tecnológicos de la organización puede tener un efecto profundo en la seguridad laboral de las personas que trabajan directa e indirectamente con la tecnología en cuestión. Por ejemplo, el aumento en el uso de las computadoras ha cambiado la descripción del cargo de muchos trabajadores y suele requerir nuevas competencias.

A medida que la tecnología organizacional se vuelve más compleja, también se van volviendo más complejas las competencias que se piden a los trabajadores. Los trabajadores que no puedan adaptarse a las nuevas exigencias o cuyas competencias caigan en obsolescencia pueden estar en riesgo de perder su trabajo y, eventualmente, quedar desempleados. Por lo tanto, el cambio tecnológico puede aumentar la inseguridad laboral y eventualmente llevar a la

pérdida del empleo en el caso de los trabajadores cuyas aptitudes o cargos estén desactualizados y ya no sean requeridos.

Conforme avanza la tecnología organizacional y las organizaciones adoptan relaciones laborales más flexibles, los trabajadores altamente cualificados podrían verse forzados a aceptar recortes salariales o aceptar cargos de menor nivel, con tal de conservar sus empleos. Los trabajadores despedidos pueden enfrentar un mercado de trabajo saturado y esto podría forzarlos a aceptar menores salarios o empleos de menor nivel, lo cual deriva en estrés económico.

El término **características del trabajador** se refiere a una variedad de diferencias individuales que aumentan las probabilidades de que el trabajador sea despedido, de que perciba que su trabajo es inseguro o de que esté subempleado. Por ejemplo, los trabajadores difieren en términos de género, origen étnico, nivel educativo, tipo de contrato (temporal, permanente, de duración limitada, de medio tiempo o de tiempo completo) y en trayectoria profesional. En algunos países los trabajadores pueden ser tratados igual independientemente de estas características, especialmente si hay leyes que lo exigen. Sin embargo, en muchos países los trabajadores que son parte de una minoría, tienen menos estudio, menos años en el trabajo, o si tienen una trayectoria laboral discontinua podrían ser objeto de menor seguridad o calidad del empleo y, por tanto, más vulnerables al estrés económico.

Las mujeres y el embarazo

Un caso único

En muchos países no hay protección legal contra la discriminación laboral por embarazo o la posibilidad de embarazo, lo que puede derivar en aún mayor estrés económico para las mujeres.

Por ejemplo, un estudio reciente de la OIT encontró que 1 de cada 6 mujeres de Ashanti (Ghana) informaron haber sido despedidas debido a un embarazo. Otras informaron que no fueron contratadas por miedo a que pudieran quedar embarazadas en el futuro.

Fuente: OIT, Seguridad económica para un mundo mejor, 2004.

Otro ejemplo de mayor vulnerabilidad por características personales lo ofrecen datos de la Oficina de Estadísticas Laborales de los Estados Unidos (*U.S. Bureau of Labor Statistics*), los cuales muestran que en los Estados Unidos la tasa de desempleo suele ser más alta entre las minorías étnicas que entre los caucásicos. Entre los afroamericanos la tasa de desempleo tradicionalmente ha sido el doble de la de los caucásicos. Los trabajadores de origen latinoamericano (*Hispanic*) también se enfrentan de manera consistente a porcentajes más altos de desempleo que los caucásicos (Oficina de Estadísticas Laborales, BLS, 2010).

Aunque las tasas reales de desempleo de las mujeres no son más altas que las de los hombres en los Estados Unidos, hay investigaciones que señalan que las mujeres y las minorías tienden a experimentar niveles más altos de subempleo que los hombres. Además, si quedan desempleadas, tienden a permanecer desempleadas por periodos más prolongados.

Los trabajadores que han estado con su compañía por periodos más cortos podrían experimentar más estrés económico que los trabajadores que han trabajado más tiempo en ella. Esto porque con frecuencia las organizaciones adoptan una estrategia de “el último en ser contratado es el primero en ser despedido”, que hace que los trabajadores más nuevos sean

despedidos antes que los que tienen mayor antigüedad. Aunque algunos trabajadores antiguos tienen menos probabilidades de ser despedidos que sus contrapartes más jóvenes debido a protecciones por antigüedad, los trabajadores de mayor edad normalmente se enfrentan a mayores dificultades para encontrar empleo si pierden su trabajo.

La trayectoria laboral de una persona también puede afectar su grado de vulnerabilidad al estrés económico. Los trabajadores que anteriormente han sido despedidos, que han estado desempleados por periodos más prolongados o cuyas carreras están “estancadas” (es decir, que no han pasado a un cargo más alto en lo que se considera un tiempo normal) tienen más probabilidades de enfrentarse al subempleo. En muchas sociedades hay un estigma negativo asociado con haber sido despedido, que hace que los potenciales contratantes se pregunten si hay algo “malo” en el solicitante que fue despedido anteriormente.

Por último, los estudios parecen brindar cierto grado de protección contra el estrés económico. Las personas que tienen más estudios tienden a tener cargos de más poder dentro de las organizaciones y perciben su trabajo como más seguro que las personas con pocos estudios. Esto está respaldado por investigaciones que señalan que los trabajadores con más estudios tienden a experimentar menos despidos y menos subempleo que sus semejantes menos instruidos.

El término **características del empleo** se refiere al tipo de relación contractual que el trabajador tiene con su organización, por ejemplo, contrato temporal o eventual en vez de permanentemente; de medio tiempo o de tiempo completo y si el empleo está bajo jurisdicción del sindicato. Los contratos no vinculantes, temporales o de medio tiempo pueden dar lugar a menor seguridad laboral, mayor subempleo y mayor probabilidad de quedar desempleado, ya que implícitamente sugieren una estadía más breve en la organización, que la prevista en los contratos vinculantes, permanentes y de tiempo completo. Además, este tipo de arreglos contractuales suele ofrecer menor remuneración y menos prestaciones de jubilación y salud que los permanentes o de tiempo completo.

La externalización (*outsourcing*) es otra tendencia organizacional que tiene implicaciones para la inseguridad laboral, el subempleo y el desempleo. La externalización es el desarrollo de partes de los procesos y de las funciones organizacionales por parte de proveedores externos, por ejemplo, en lugar de contratar y formar personal interno de seguridad, la empresa contrata los servicios de una compañía de seguridad independiente. Entre 1996 y 2001 las empresas en los Estados Unidos triplicaron su uso de la externalización y gastaron más de 300 mil millones de dólares en servicios subcontratados. Hasta 14 millones de empleos de cuello blanco o servicios de oficina en los Estados Unidos están actualmente en riesgo de ser transferidos a trabajadores y organizaciones ubicados fuera de esa nación. Aunque esto podría tener implicaciones negativas para los trabajadores de los Estados Unidos, esta práctica también ha tenido efectos positivos para los trabajadores de muchos países en desarrollo. Lugares como la India, Filipinas, Malasia, Vietnam y algunos países de Europa del Este, incluyendo Hungría y Polonia, han experimentado un auge en la generación de empleo como resultado de este proceso. Por ejemplo, más de 250,000 trabajadores en la India obtuvieron empleo debido a la subcontratación proveniente de los Estados Unidos. Prestar servicios externalizados en la India ha traído más de 2 mil millones de dólares al país (Bardhan; Kroll, 2003). Por lo tanto, lo que podría considerarse como una tendencia negativa en un país puede tener beneficios para otro, en términos de crecimiento económico.

Las consecuencias del estrés económico nos afectan a todos

Dado que cualquier trabajador puede quedar desempleado, subempleado o experimentar inseguridad laboral, las consecuencias del estrés económico nos afectan a todos. Además, los trabajadores no experimentan los efectos del estrés económico de manera aislada. Los compañeros de trabajo, los familiares y la sociedad también pueden verse afectados.

Considerar que el papel del empleo en la vida de una persona más allá de la necesidad básica de contar con ingresos para vivir, puede ayudar a comprender por qué el estrés económico puede tener efectos tan negativos. Algunos investigadores han concluido que, al igual que necesitamos ciertas vitaminas y minerales para mantener nuestra salud física, hay otras “vitaminas” que son necesarias para una óptima salud psicológica. Según el “modelo vitamínico del trabajo y el desempleo” de Warr, las personas necesitan nueve “vitaminas” ambientales para mantenerse saludables psicológicamente. Dos de estas “vitaminas” consisten en la satisfacción de las necesidades básicas de dinero y seguridad física. Además, los trabajadores necesitan varias “vitaminas” relacionadas con lo que hacen en su trabajo: variedad de actividades, oportunidades de usar las competencias laborales que tienen, un cierto grado de control sobre lo que hacen, metas generadas externamente y claridad en el ambiente (saber cuál es su rol y cómo se desarrollará a futuro). Por último, hay “vitaminas” sociales, como las oportunidades de contacto con otras personas y tener una posición social valorada. Tener “deficiencia” o “desnutrición” con respecto a estas vitaminas puede derivar en una salud psicológica deficiente.



Ilustración 11.1: Modelo vitamínico del trabajo y el desempleo de Warr, 1994

Aunque algunas de estas “vitaminas” pueden obtenerse fuera del trabajo, muchas de ellas se ven amenazadas o disminuidas en condiciones de desempleo, subempleo y de inseguridad laboral. Por ejemplo, además de perder ingresos, las personas desempleadas pierden el control sobre su estado laboral y pierden también la posición social. Desaparece la estructura externa al individuo (la organización) que brindaba oportunidades para usar y demostrar sus competencias profesionales y para interactuar con otras personas. Por otra parte, las personas subempleadas también están “desnutridas” con respecto a sus “necesidades vitamínicas” relacionadas con el trabajo. Se ven en situación de subutilización de sus competencias laborales; y sus ingresos y posición social suelen reducirse. También hay un déficit vitamínico en la inseguridad laboral pues a menudo trae consigo una pérdida de control sobre la seguridad laboral propia, falta de claridad sobre el rol actual y futuro dentro de la organización y la expectativa de pérdida de ingresos.

Basándose en el modelo vitamínico, es previsible que el estrés económico tenga consecuencias abrumadoramente negativas, porque dichas necesidades “vitamínicas” están comprometidas. Algunas investigaciones han demostrado que las personas que se enfrentan al desempleo, el subempleo o la inseguridad laboral tienen experiencias muy parecidas. El impacto puede recaer sobre la persona, la familia y la sociedad y/o el trabajo.

Impacto sobre la persona: El estrés relacionado con el desempleo, el subempleo y la inseguridad laboral tienen efectos muy negativos sobre la salud psicológica y física de la persona afectada. La siguiente tabla muestra los posibles efectos físicos y psicológicos del estrés debido al desempleo:

POSIBLES EFECTOS PSICOLÓGICOS

- preocupación
- tensión
- estrés
- hostilidad
- depresión
- ansiedad
- abuso del alcohol
- comportamiento violento
- ira
- miedo
- paranoia
- soledad
- pesimismo
- desesperación
- aislamiento social
- enfermedades mentales
- intentos suicidas
- baja autoestima
- menos sentimientos positivos
- menor satisfacción con la vida
- pocas oportunidades para sentirse competente
- sensación de perder capacidades
- reducción de las aspiraciones
- pérdida de identidad social

POSIBLES EFECTOS FÍSICOS

- dolores de cabeza
- dolores estomacales
- problemas para dormir
- falta de energía
- úlceras
- altos niveles de colesterol
- presión arterial elevada
- factor contribuyente o agravante de los derrames cerebrales
- factor contribuyente o agravante de las enfermedades cardíacas
- factor contribuyente o agravante de las enfermedades renales

Aunque no ha sido igual de investigado, el subempleo también parece pasarle factura a los trabajadores afectados. Las personas subempleadas tienden a estar más deprimidas y a experimentar una falta de autoestima y de sentimientos positivos. Las tasas de suicidio son más altas entre los subempleados. Físicamente, el subempleo puede derivar en fatiga, dolor de la espalda y dolores musculares además de una variedad de otros problemas de salud física.

La inseguridad del empleo también puede empeorar la salud de los trabajadores. El estrés ocasionado por un posible despido puede derivar en aumentos importantes en las hormonas del estrés, la presión sanguínea y el nivel de colesterol. La inseguridad laboral puede hacer que las personas se sientan perturbadas psicológicamente hasta el punto de buscar ayuda médica al respecto. La inseguridad laboral entre los gerentes está relacionada con un aumento de la ansiedad, la depresión, el malestar general y la hostilidad.

Desafortunadamente, no son sólo los trabajadores individuales los que se ven afectados negativamente por el estrés económico.

Impacto en la familia y la sociedad: además de afectar a los trabajadores, el desempleo, el subempleo y la inseguridad laboral tienen serias implicaciones para sus familias y para la sociedad.

El desempleo ha sido vinculado con aumentos en los conflictos familiares, el maltrato físico entre esposos, el maltrato y hostilidad hacia los niños, el estrés marital, el divorcio y las golpizas a la esposa. No sólo la persona desempleada, sino también el cónyuge podrían sufrir depresión y trastornos psiquiátricos. Al mismo tiempo, también los hijos de los trabajadores desempleados se ven afectados negativamente ya que el desempleo también puede menoscabar la cohesión familiar y deteriorar el bienestar físico y mental de los niños. Los hijos de personas desempleadas pueden mostrar trastornos del comportamiento y tener un desempeño escolar menor al de los hijos de personas con empleo. Estos efectos son particularmente preocupantes porque si los niños no tienen un buen desempeño escolar, podrían eventualmente tener dificultades para encontrar y mantener un empleo estable.

Posición social valorada

Se observan efectos similares en las familias de personas subempleadas. Las parejas subempleadas podrían estar menos satisfechas con sus finanzas y con su relación que las parejas con pleno empleo. Además, los hijos de las personas subempleadas se enfrentan a desafíos tales como mudanza a lugares donde los padres empiecen un nuevo trabajo y pérdidas de posesiones materiales que los diferencia de sus amigos. En algunos casos, los padres podrían recurrir a la interrupción de la educación de sus niños, para que contribuyan a cubrir las necesidades familiares. Los subempleados también se enfrentan al aislamiento social como resultado de su reducida situación financiera, si ya no pueden costear las actividades que acostumbran para socializar, o hacerlo con las mismas personas que antes.

Cuando uno de los cónyuges está preocupado por perder su trabajo, el otro podría comenzar a preocuparse por el suyo; cuando uno de los cónyuges siente estrés económico, el otro también lo siente. Desafortunadamente, dicho estrés puede aumentar los conflictos maritales y los comportamientos y actitudes negativos dentro de la relación.

Los niños cuyos padres experimenten inseguridad laboral tienen actitudes más negativas con respecto al trabajo que los demás. Además, sus calificaciones escolares pueden verse afectadas. Igual que con los efectos del desempleo, los de la inseguridad laboral sobre los niños son particularmente alarmantes. La inseguridad laboral de los padres podría estar relacionada con

que el niño tenga un mal desempeño escolar, lo cual a su vez podría implicar que el niño tenga peores oportunidades laborales a futuro que los hijos de padres con estabilidad laboral.

Impacto sobre el trabajo: existen numerosos impactos sobre el trabajo cuando los trabajadores experimentan estrés económico. Dichos resultados se resumen a continuación:

- desempeño más bajo o de menos calidad;
- menos lealtad a la empresa;
- menos satisfacción laboral;
- menos creatividad;
- menor participación en el trabajo;
- menos confianza en la gerencia;
- frustración laboral;
- más accidentes y lesiones.

Queda claro que estos resultados no sólo son factores de estrés para los trabajadores afectados, sino que además cada uno de ellos, directa o indirectamente, puede también tener un efecto negativo sobre las ganancias de la organización debido a éxodos del personal, a un aumento de los accidentes o una reducción de la productividad.

La inseguridad en el empleo y la seguridad en el trabajo

En una serie de estudios realizados en los Estados Unidos por Probst y Brubaker, se descubrió que el estrés económico puede tener un efecto negativo sobre la seguridad en el trabajo. En el primer estudio los investigadores encontraron evidencia de que los trabajadores que estaban preocupados por perder su empleo prestaban menos atención a las medidas de seguridad y como resultado sufrían más accidentes y lesiones. Un estudio de seguimiento documentó que la amenaza del despido hacía que los trabajadores se enfocaran más en la producción y menos en las medidas de seguridad y la calidad del trabajo. Alentadoramente, un tercer estudio mostró que las organizaciones que dan una alta prioridad a las medidas de seguridad y salud no experimentan estos resultados, a pesar de que sus trabajadores reportan estrés económico. Sin embargo, cuando se hace poco énfasis en las medidas de seguridad, los trabajadores que percibían inestabilidad en su empleo tenían el doble de probabilidades de tener accidentes y lesiones de trabajo. Queda claro que el estrés económico puede tener un efecto negativo sobre los comportamientos y los resultados relacionados con las medidas de seguridad en el trabajo, pero existen procedimientos que las organizaciones pueden seguir para prevenirlos.

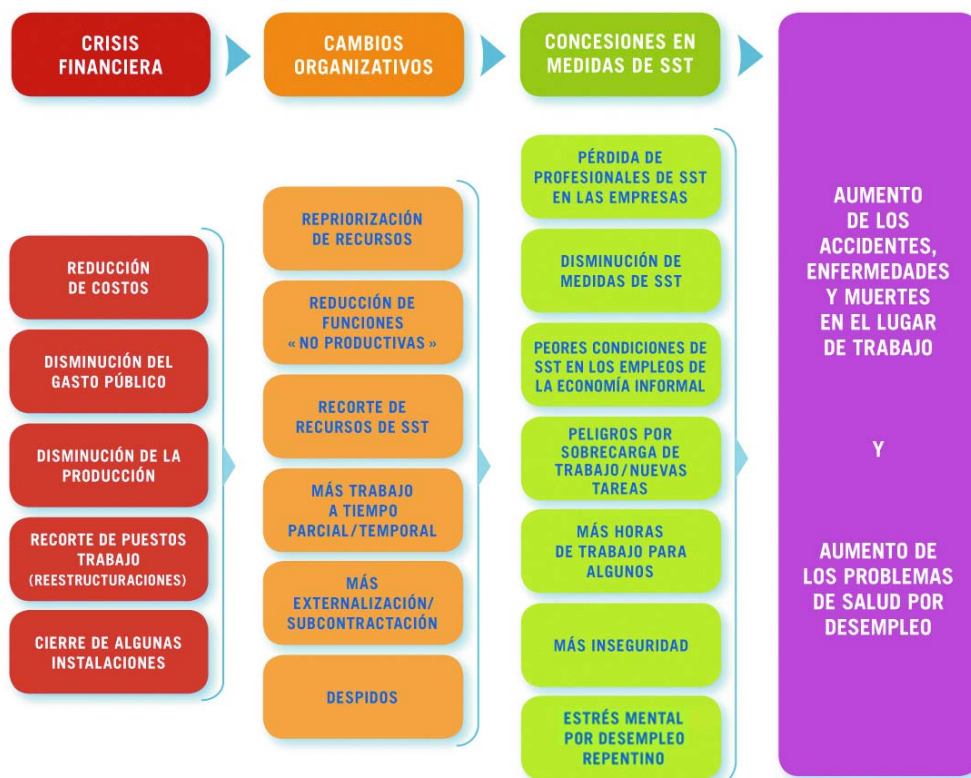
Fuente: Probst; Brubaker, 2001.

¿La actual crisis financiera mundial afecta la seguridad y salud en el trabajo?

A la luz de la crisis económica que comenzó en 2007 y de la recesión actual, se prevé que el número de accidentes, enfermedades y problemas de salud en el lugar de trabajo aumente debido al desempleo y las reestructuraciones empresariales, ya que algunas compañías y gobiernos estarán propensos a ignorar las normas de seguridad y salud en el trabajo para reducir los costos. La disminución del gasto público también compromete las capacidades de aplicar inspecciones laborales y otros servicios de seguridad y salud en el trabajo.

Los cambios organizacionales en este periodo pueden llevar a una menor gestión de los peligros y riesgos tradicionales, con el argumento de la necesidad de reducir los costos. Este puede ser especialmente el caso en las empresas medianas y pequeñas, que tradicionalmente carecen de los recursos y el conocimiento necesarios para realizar una gestión de la seguridad y salud en el trabajo y podrían considerar las medidas preventivas como un costo y no como una inversión.

LA CRISIS FINANCIERA Y SUS POSIBLES EFECTOS EN LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:



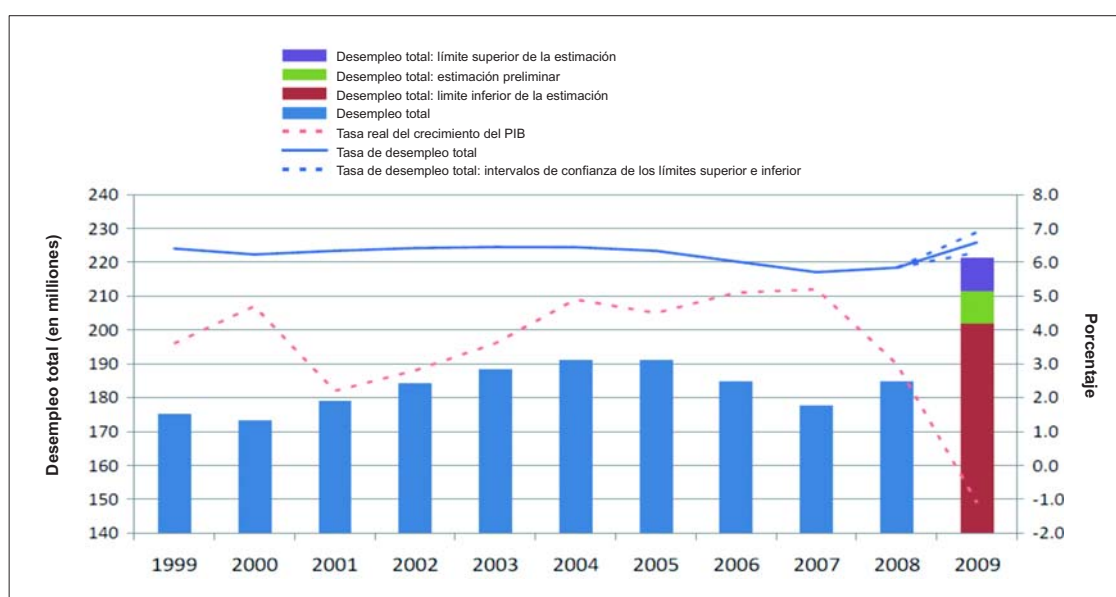
Los cambios organizacionales de la reestructuración, como la externalización, el aumento del trabajo a medio tiempo y la subcontratación complican la gestión de la seguridad y la salud en el trabajo. Crean incertidumbre y malentendidos sobre las responsabilidades, especialmente si hay distintos empleadores en un mismo sitio, como en el caso de la construcción. Las condiciones precarias de trabajo aumentan, incrementándose el riesgo de accidentes y de problemas de salud en las microempresas de la economía informal, en las cuales se carece de una estructura administrativa formal y la prioridad es la supervivencia.

El impacto potencial de la crisis sobre la salud de los trabajadores va más allá de las víctimas de la reducción de personal y de los trabajadores que permanecen. También afecta a sus familias y a las comunidades en las que ocurre la reestructuración.

La prevención del estrés relacionado con el trabajo es un aspecto importante del objetivo primordial de la OIT de promoción de la salud en el lugar de trabajo. Un enfoque amplio de los riesgos psicosociales relacionados con los cambios en la organización del trabajo, las condiciones y el ambiente laborales permitiría que se elaboren programas, políticas y estrategias eficaces para crear nuevos modelos de prevención del estrés y otros factores psicosociales de riesgos en el trabajo, particularmente en momentos de crisis y recesión económica (OIT, 2009).

3. El impacto de los factores de estrés económico

En la última década el mundo ha visto niveles crecientes de desempleo, tanto en términos de desempleo total como de las tasas de desempleo. Las siguientes gráficas muestran que estas tendencias se estabilizaron o mejoraron ligeramente tan sólo en los últimos años.



Fuente: ILO. Trends Econometric Models. October, 2009 (Modelos Econométricos de Tendencias). * las estimaciones del 2009 son preliminares

Ilustración 11.2: Tendencias mundiales del desempleo, 1999-2009

Aunque la tasa global de desempleo fue calculada en 6,6 por ciento en 2008, hubo considerables diferencias de una región a otra. Los mayores saltos en las tasas de desempleo se dieron en las economías más desarrolladas entre 2008 y 2009. La Unión Europea tuvo un aumento de 2,3 por ciento, América Latina y el Caribe tuvieron un aumento de 1,2 por ciento, mientras que otras regiones con menor desarrollo económico experimentaron aumentos más modestos en sus tasas de desempleo (OIT, 2010a).

Es importante destacar que estas estadísticas sobre la fuerza de trabajo no toman en cuenta los trabajadores con “vínculo marginal” o los trabajadores “desmotivados”. Los trabajadores marginales son personas desempleadas que quieren trabajar pero no buscaron trabajo activamente durante las cuatro semanas previas a la encuesta de empleo. Los trabajadores desmotivados son aquellos que no están buscando trabajo actualmente porque creen que no hay trabajo disponible para ellos.

Subregistro en las estadísticas

Los cálculos gubernamentales de desempleo pueden basarse en una medición muy incompleta del nivel real de desempleo. La OIT calcula que existe mucho más desempleo “oculto” que no se refleja en las estadísticas oficiales. Además, la mayoría de las estadísticas no toman en cuenta el subempleo de los trabajadores de estos tiempos. Por ejemplo:

- La sobreoferta de mano de obra de China es, casi con certeza, del doble de su tasa oficial de desempleo.
- Muchos países de Europa del Este y la Federación Rusa clasifican a un gran número de trabajadores como “con permiso no remunerado o parcialmente remunerado”, cuando en realidad estos son trabajadores que tienen pocas oportunidades de volver a tener empleos remunerados.
- Las tasas oficiales de desempleo no toman en cuenta el trabajo de medio tiempo involuntario, los despidos y el trabajo por lapsos breves o temporal.
- La persona que pierde su trabajo tiene pocas probabilidades de regresar al mismo trabajo y con frecuencia sufre una reducción permanente de oportunidades laborales, ingresos y de estatus.
- 88 por ciento de los trabajadores y 92 por ciento de las trabajadoras de la India trabajan sin contrato.
- Sólo una cuarta parte de los trabajadores de Ucrania esperan mantenerse en su trabajo por lo menos un año.

Fuente: Seguridad económica para un mundo mejor, OIT, 2004.

Debido al aumento del empleo de medio tiempo y temporal, una gran parte de la fuerza laboral de hoy en día puede estar subempleada. Muchos de estos trabajadores preferirían cargos permanentes de tiempo completo. Además, la desindustrialización de los países “industrializados” ha dado como resultado un número decreciente de trabajos de tiempo completo en la manufactura y un aumento de los trabajos de servicios de medio tiempo con menos seguridad laboral, que ofrecen menos prestaciones, por ejemplo, menos tiempo de descanso.

Muchas personas que están entrando a la fuerza de trabajo tras terminar su educación formal están aceptando cargos para los cuales están sobre-cualificados. La crisis económica hizo que 7,8 millones adicionales de trabajadores jóvenes se enfrentaran al desempleo, lo cual llevó el total de jóvenes desempleados a un aproximado de 81 millones equivalente a un 13 por ciento del total de la fuerza de trabajo a nivel mundial (OIT, 2010b).

La oleada creciente de inseguridad en el empleo

La inseguridad laboral está en aumento en todo el mundo. Las rivalidades comerciales en la llamada globalización, la creciente desregulación de la industria en los países desarrollados y el cada vez más rápido ritmo del cambio tecnológico han llevado a las organizaciones en todo el mundo a adoptar medidas extremas para mantenerse competitivas. La reestructuración organizacional bajo la forma de una reducción corporativa, las fusiones y adquisiciones (que una compañía absorba a otra y elimine las áreas que se superponen o duplican), el cierre de plantas y las reorganizaciones de la fuerza laboral, afectan a millones de trabajadores cada año.

Inseguridad en el empleo alrededor del mundo

- Una encuesta conducida en 2003 por Barbeito y Lo Vuolo para la OIT descubrió que sólo la mitad de las personas con empleo entrevistadas en Argentina confiaban en mantener sus trabajos. Además, 83 por ciento sentían que sería “un tanto o bastante difícil” encontrar un trabajo con un salario y requerimientos de aptitudes equivalentes, si perdieran su trabajo actual.
- Dasgupta (2002) reporta que la economía informal en la India emplea a alrededor de 90 por ciento de la fuerza de trabajo del país. La economía informal incluye formas de trabajo que no son reguladas ni registradas y que tienden a ofrecer poca seguridad o protección social.
- De acuerdo con la Sociedad para la Administración de los Recursos Humanos (*Society for Human Resource Management*), 43 por ciento de las organizaciones de los Estados Unidos realizaron despidos en 2000 y 2001 (antes de los eventos del 11 de septiembre). En promedio se despidió entre 10 y 13 por ciento de la fuerza laboral.

El rol de la cultura

Como sugieren las estadísticas anteriores, muchos de los trabajadores de hoy en día están preocupados por su seguridad laboral. Sin embargo, la inseguridad laboral puede ser más preocupante para los trabajadores de ciertos países.

Las investigaciones, como la de Probst, Lawler y Triandis han encontrado que los valores culturales influyen en las reacciones negativas de los trabajadores a la inseguridad laboral percibida. Las personas con una orientación cultural colectivista tienden más a reportar una baja satisfacción laboral, más estrés relacionado con el trabajo y más intenciones de cambiar de trabajo cuando se enfrentan a la inseguridad laboral, que las personas con una actitud más individualista. Las citadas investigaciones también examinaron la variable geográfica, que parece explicar ciertas diferencias entre los trabajadores de China y los Estados Unidos: los trabajadores chinos, quizá por las políticas tradicionales del “tazón de arroz de hierro” (que ofrecía una firme seguridad laboral y social) y por tener valores colectivistas, tuvieron más reacciones negativas ante la inseguridad laboral, en comparación con los trabajadores de los Estados Unidos, donde las expectativas de seguridad son menores.

En otro estudio sobre la inseguridad laboral en China, Probst y Yi examinaron cómo afecta el concepto chino de *guanxi* (conexiones interpersonales) la inseguridad laboral. Los trabajadores con altos niveles de *guanxi* reaccionaron peor a la percepción de inseguridad laboral, experimentando más insatisfacción respecto al trabajo y a la inseguridad laboral, mayores intenciones de dejar sus trabajos y más estrés; que los trabajadores con niveles menores de *guanxi*.

En conjunto estos resultados sugieren que la cultura puede tener un rol importante en la predicción de las reacciones de los trabajadores al estrés económico. También sugieren la necesidad de tomar en cuenta la cultura cuando se planeen e implementen cambios organizacionales.

4. Gestión del estrés económico

Aunque pudiera parecer un desafío, existen muchas cosas que pueden hacer las organizaciones para gestionar el estrés económico que experimentan los trabajadores y sus familiares. Algunas de estas intervenciones son fáciles y de bajo costo; otras podrían requerir más tiempo y mayor inversión de recursos. Todas ellas contribuyen a resultados positivos para la organización.

Una compañía minera de Sudáfrica descubrió que los trabajadores que tenían control sobre su trabajo eran más saludables que los que sentían que tenían poco control sobre su trabajo. Los trabajadores que ejercían poco control padecían de presión alta y tenían más quejas de salud cuando estaban preocupados por su seguridad económica, no así los trabajadores con más oportunidades de ejercer control. Esto sugiere que las personas que perciben que pueden protegerse de los eventos negativos en el trabajo podrían ser menos vulnerables a los efectos de los factores de riesgo que causan estrés económico.

Fuente: Barling; Kelloway, 1996.

Las propuestas incluyen:

- aumentar el control de los trabajadores;
- mejorar la comunicación organizacional;
- permitir la participación de los trabajadores en la toma de decisiones; y
- aumentar el valor otorgado a la seguridad y salud dentro de la organización.

Aumentar el control ejercido por los trabajadores

Dar más control a los trabajadores sobre su lugar de trabajo puede ser una herramienta vital en la reducción o prevención del estrés económico. Cuando se habla de estrés relacionado con el trabajo, el control puede entenderse como la capacidad de protegerse a sí mismo de eventos negativos en el trabajo. Entre más control tengan los trabajadores sobre su propio trabajo, más podrán ver la relación entre su buen desempeño y la probabilidad de que la organización tenga éxito. Más trabajadores ejerciendo control sobre su trabajo deriva en un mayor control del conjunto de los trabajadores en el éxito de su fuente de empleo y en la consecuente conservación de su fuerza laboral.

Mejorar la comunicación organizacional

A menudo el estrés económico relacionado con el cambio organizacional no se debe a los cambios en sí, sino a la incertidumbre que rodea dichos cambios. Si una organización se está reestructurando, fusionando con otra o reduciéndose, los trabajadores estarán preocupados de cómo afectarán estos eventos sus empleos. Desafortunadamente, a veces puede ser difícil para los trabajadores obtener información veraz sobre estos cambios y la manera en que los afectarán. Cuando dicha información es difícil de obtener los trabajadores comúnmente recurren a la imaginación y la conjetura, lo que suele redundar en rumores y chismes sobre los eventos inminentes. Esos rumores a menudo son peores que la realidad y pueden fomentar escaladas de preocupación que vayan más allá de lo justificado.

Los beneficios de la comunicación

Un estudio realizado en los Estados Unidos encontró que las compañías que estaban atravesando una fusión y que habían dado a sus trabajadores “proyecciones realistas” al respecto redujeron los grados de incertidumbre y ansiedad. Las proyecciones sobre la fusión transmiten información precisa sobre su cronograma, la manera en que afectará a los trabajadores y demás información relevante para los involucrados. Los trabajadores de las organizaciones que no ofrecieron dichas proyecciones tuvieron actitudes laborales más negativas, mayor desconfianza hacia la compañía y disminuyeron su desempeño tras la fusión.

Fuente: Schweiger; DeNisi, 1991.

Oportunidad para usar las competencias profesionales

Con base en estos estudios, parecería que la comunicación organizacional puede tener un rol clave en la reducción de los efectos negativos del estrés económico. Esta estrategia de gestión puede ser muy atractiva porque ofrecer más comunicación dentro de la organización no es costoso. Por ejemplo, el correo electrónico es gratuito y los tableros de avisos son baratos. Por lo tanto para atenuar los efectos negativos del estrés económico sobre los trabajadores, las organizaciones deben considerar seriamente el ofrecer breves actualizaciones diarias o semanales sobre la evolución de la puesta en marcha de los cambios organizacionales o eventos futuros.

Crear condiciones para una toma de decisiones más participativa

Como se destacó anteriormente, el estrés económico es particularmente dañino para los trabajadores porque suelen sentir que tienen poco control sobre los eventos que se dan en el trabajo y en la economía. Dado que la falta de control sobre la propia vida y empleo llega a ser muy estresante, puede ser útil establecer mecanismos de participación de los trabajadores en la toma de decisiones organizacionales importantes. Esto permite a los trabajadores mantener cierto grado de control sobre su futuro económico y el de la organización.

Se ha descubierto que la toma de decisiones participativa es muy eficaz dentro de las organizaciones, precisamente porque permite que los trabajadores hagan un aporte considerable en las decisiones laborales. Las organizaciones que practican la toma de decisiones participativas en situaciones de cambio organizacional ofrecen oportunidad a sus trabajadores de recuperar el ejercicio del control y de hacerlo sobre aspectos importantes de sus trabajos, que de lo contrario se perderían dentro de la espiral de preocupaciones por la inseguridad laboral.

Aumentar el valor de la seguridad

Los investigadores han descubierto que la inseguridad económica puede hacer que los trabajadores sufran más accidentes y lesiones, especialmente si perciben que su organización otorga poca atención a la seguridad, como en un estudio publicado por Probst en 2004. Ello sugiere que, particularmente en las épocas de transición organizacional y estrés económico para los trabajadores, es conveniente para las organizaciones transmitir a sus trabajadores un mensaje firme y consistente sobre la importancia de la seguridad. Las organizaciones tienen

que considerar en particular los mensajes que se transmiten a aquellos trabajadores que posiblemente estarán a la expectativa de señales sobre lo que la empresa considera importante en ese momento y la mejor estrategia para conservar el empleo.

Aunque el estrés económico puede derivar en más accidentes y lesiones, las organizaciones pueden contrarrestarlo haciendo mayor énfasis en las medidas de seguridad dentro de la organización. Las organizaciones a menudo dicen estar interesadas en la seguridad, pero los trabajadores sienten que es “de los dientes para fuera”. Por lo tanto es muy importante que las organizaciones no sólo declaren que les interesa la seguridad en el trabajo, sino que sus declaraciones vayan seguidas de acciones. Ello quiere decir que si un trabajador actúa de manera segura, dicho trabajador también debe ser recompensado de alguna manera, así como si el trabajador actúa de manera no segura, debe haber alguna consecuencia. El siguiente recuadro ofrece algunos ejemplos de maneras fáciles y rentables de promover la seguridad dentro de las compañías.

Maneras de promover las medidas de seguridad

- Enfocarse en el comportamiento seguro, no en los resultados de las medidas de seguridad, como el número de accidentes. Centrarse en los resultados suele presionar a los trabajadores a no reportar los accidentes cuando suceden, para dar una apariencia de seguridad. Por lo tanto, se debe recompensar a los trabajadores por el comportamiento seguro, en lugar de simplemente hacerlo por lograr cero accidentes.
- Se deben vincular los comportamientos seguros con ascensos y aumentos de salario. Si aumenta la seguridad y los ascensos únicamente están relacionados con la producción, los trabajadores solo se preocuparán por la producción. Por lo tanto, estas importantes prestaciones laborales también deben estar vinculadas con comportamientos seguros.
- Haga eventos especiales que reconozcan y recompensen a los trabajadores que hacen de las medidas de seguridad su primera prioridad. Por lo general, los trabajadores son reconocidos si son altamente productivos, pero las medidas de seguridad no suele promoverse de la misma manera.
- Realice revisiones aleatorias. Camine por el lugar de trabajo y si se observa a los trabajadores actuando de manera segura, deles pequeñas recompensas, como cupones para la cafetería de la compañía o un certificado de regalos para una tienda local. En respuesta, algunos trabajadores mejorarán activamente sus comportamientos relacionados con las medidas de seguridad.

5. Buenas prácticas: medidas para evitar despidos

Durante la recesión económica de 2009 hubo ejemplos de compañías de distintas partes del mundo que, de cara a la crisis económica global, siguieron estrategias alternativas a los despidos. Aunque algunos de los trabajadores afectados pueden haber sufrido una pérdida de ingresos a corto plazo, dentro de todo, mantuvieron la moral y el compromiso con la compañía, por la perspectiva de conservar el empleo a largo plazo. Las empresas se beneficiaron al conservar mano de obra cualificada, lo que facilitó la recuperación conforme la economía iba mejorando.

Muchas alternativas a los despidos involucran reorganizaciones del personal, el desarrollo de políticas administrativas de parte de las compañías y asistencia del Estado.

A continuación hay algunos ejemplos de medidas para enfrentar la crisis y la recesión sobre la marcha:

Préstamo de trabajadores a otros centros de trabajo

En tiempos de crisis algunas empresas han explorado el prestar trabajadores a otra fábrica que tuviera más pedidos de corto plazo, como una alternativa al despido. En este modelo el fabricante sigue pagando los salarios, pero factura esa cantidad a la otra fábrica.

Formación cruzada

Otra alternativa es formar al personal para que desempeñe una variedad de tareas, de modo que pueda ser empleado donde más se le necesite. Por ejemplo, en un hotel el personal administrativo, como las secretarías, podría ser capacitado para servir durante banquetes cuando no se les necesite en la oficina.

Permiso sin goce de sueldo

Algunas firmas grandes ofrecieron a sus trabajadores un mes de permiso sin goce de sueldo, que podía ser usado en algún momento durante los primeros seis meses del año. En un caso particular cerca del 90 por ciento del personal aceptó dicho trato, lo cual tuvo el efecto de recortar los gastos de nómina en 17 por ciento.

En otro caso se pidió a los trabajadores que tomaran cinco días de permiso sin goce de sueldo durante los primeros cuatro meses del año; sin embargo, su paga no sería reducida hasta el final de dicho periodo. El director prometió que si las finanzas de la compañía mejoraban, dichas medidas podrían ser revertidas.

En algunos países los gobiernos y las compañías nacionales acordaron reducir las horas y el salario de los trabajadores, y el gobierno cubrió el costo del déficit con sistemas de prestaciones por desempleo. Las compañías participantes valoraron el no tener que despedir personal con competencias clave.

Recorte de salarios

Ciertas compañías simplemente reducen los salarios para recortar los costos. Para hacerlo más equitativo, dos empresas internacionales redujeron las retribuciones únicamente 5 por ciento en el caso de los trabajadores asalariados, pero hasta 20 por ciento en el caso de los altos ejecutivos.

Reducir costos no relacionados con el personal

Medidas adicionales de ahorro:

- facturas de energía: tiene la ventaja adicional de ser benéfico para el medio ambiente;
- los suministros de oficina: una firma de telecomunicaciones decidió comprar únicamente el equipo de oficina más esencial;
- servicios de alimentación: una compañía dejó de ofrecer almuerzos gratis los viernes, otra reemplazó la fiesta anual de la oficina en un hotel de lujo, con una parrillada familiar atendida por ellos mismos;
- formación: una agencia de publicidad continuó ofreciendo formación, pero a menor costo, usando menos consultores externos y recurriendo al talento interno en su lugar;
- trueque (intercambios *quid pro quo*): una compañía de mercadotecnia prestó servicios de a los propietarios de la oficina que arrendaba, a cambio de una reducción de la renta.

El rol del sindicato

Muchos sindicatos ofrecen asesoría a sus miembros sobre cómo instar a los empleadores a encontrar alternativas a los despidos durante la crisis. Por ejemplo, usando su sitio web o un boletín electrónico para sugerir opciones como los retiros voluntarios, el compartir trabajos, la reducción de la jornada laboral; información sobre cómo negociar alternativas a los despidos por medio de la negociación colectiva; entre las posibles medidas para evitar recortes está el cambiar las condiciones laborales, rediseñar el trabajo y ofrecer formación para el desarrollo de nuevas competencias. Para todas estas medidas el diálogo social es una parte esencial del proceso.

Algunos de los ejemplos enumerados a continuación incluyen políticas que han sido implementadas.

Paquetes de estímulo y creación de empleo

El programa de Garantía Nacional de Empleo Rural (*National Rural Employment Guarantee, NREG*), en la India consagra el derecho al empleo, y ofrece un piso salarial para las personas de áreas rurales en situación de pobreza. La Ley NREG fue promulgada en 2005, retomando una iniciativa anterior, del Programa de Garantía del Empleo Rural del estado de Maharashtra. Este programa concede el derecho a un empleo de hasta 100 días al año por cada hogar rural en proyectos de obras públicas. El gobierno actúa como última opción de empleador, ofreciendo trabajo a las personas que no puedan obtenerlo en otra parte. El programa subraya la importancia de asegurar redes de apoyo de las instituciones y políticas existentes, como estrategia para poder responder a un impacto económico. Se espera que dicho modelo ayude a la India a mitigar el impacto de esta crisis mundial sobre la población rural en situación de pobreza (Kannan, 2009).

Varios países han anunciado programas de obras públicas intensivos en mano de obra. Por ejemplo, Corea del Sur anunció en 2009 que iba a ofrecer 250.000 empleos temporales a trabajadores vulnerables y desempleados a lo largo de un periodo de seis meses. Dichos trabajadores participaron en la reparación y el mantenimiento de instalaciones públicas y en otros trabajos manuales; ganaban 830,000 won al mes por una semana de 40 horas durante un periodo de seis meses (alrededor de 664 dólares estadounidenses a la tasa de cambio del momento) (KDB, 2009).

Reducción de la semana laboral e iniciativas de formación

China anunció en noviembre de 2008 un paquete de estímulo económico de cuatro billones de yuanes (586 mil millones de dólares) por dos años, que correspondía a 14 por ciento del producto interno bruto calculado para ese año. Como parte de esa estrategia, se concibió un programa de formación profesional de cobertura nacional para los trabajadores despedidos y migrantes, para aliviar la presión sobre el mercado de trabajo chino (Lee, 2009).

Países como la República de Mauricio han buscado formas de mantener a las personas empleadas. En mayo de 2009 el gobierno anunció un programa de formación para el trabajo organizado por su Fundación Nacional para el Empleo (*National Employment Foundation*). Este programa permitía formar a los trabajadores en lugar de despedirlos, en empresas manufactureras y turísticas que tenían una tendencia a despedir y recontratar personal dependiendo de los periodos de baja y alta intensidad. El gobierno dispuso un presupuesto de 300 millones de rupias mauricias para el programa, con miras a proteger del desempleo a alrededor de 6.000 trabajadores y, simultáneamente, procurar el desarrollo de sus competencias laborales. La formación fue diseñada para ser ofrecida hasta dos días a la semana y durante un periodo máximo de 18 meses, hasta diciembre de 2010 (Cazes et al., 2009).

Trabajo compartido

Antes de la actual crisis y recesión mundial existían modelos de trabajo compartido en varios países industrializados como Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Japón, la República de Corea, Holanda, Suiza y los Estados Unidos (en ciertos estados). Con el desarrollo de la presente recesión económica, varios países europeos, entre ellos Francia y Alemania, han extendido sus sistemas de trabajo compartido (conocidos como *chômage partiel* o *Kurzarbeit*, respectivamente), en términos de duración y de la cobertura nivel de los subsidios para el empleado o el empleador. La duración máxima del modelo alemán fue aumentada gradualmente a medida que la escala de la crisis fue aumentando, y en mayo de 2009 era de 24 meses. El sistema de trabajo compartido alemán, *Kurzarbeit*, ha tenido un rol importante en la prevención del desempleo en la mayor economía europea. Las cifras oficiales muestran que, hasta marzo de 2009, 1,26 millones de trabajadores estaban amparados por este esquema, un aumento considerable en comparación con los 155,000 trabajadores involucrados un año antes (Cazes et al., 2009).

Acción y asesoría sindical

Debido al efecto negativo sobre la moral del personal, en general, la mayoría de los empleadores se muestran renuentes a reducir los salarios. Sorprendentemente, en función de la caída de los precios, los salarios han aumentado en muchos países desde el inicio de la crisis en 2008. Sin embargo, en sectores muy afectados como las aerolíneas, el sector automotriz y el minero, las compañías han tenido que recurrir a dichas medidas para reducir costos. Cualquier forma de reducción salarial debe incluir consultas a los trabajadores. Por ejemplo, en sus

plantas británicas, la Toyota Motor Corporation acordó con representantes de sus empleados recortar el salario base y la producción en 10 por ciento, por un periodo de un año a partir del 1 de abril de 2009, lo que contribuyó a evitar despidos, ya verificados en la mayoría de los fabricantes de autos (BBC, 2009).

Los empleadores y sindicatos del sector manufacturero sueco llegaron a un acuerdo sobre la reducción temporal de las horas de trabajo y la formación en marzo de 2009. Este acuerdo permitía a los empleadores reducir las horas de trabajo en 20 por ciento (sin subsidio), a cambio de la participación en programas de formación. Volvo ya se ha verificado el aprovechamiento de este acuerdo, que le permitió mantener a 1,000 trabajadores que, de lo contrario, habrían sido despedidos (Lovén, 2009).

6. Interrelaciones

El estrés económico y la nutrición

Es previsible que los trabajadores que están preocupados con la posibilidad de perder su trabajo intenten ahorrar recortando sus gastos, posponiendo las compras grandes y tratando de economizar en los artículos básicos cotidianos, quizás comprando comida menos cara, o comiendo menos. En algunos casos, de trabajadores que no estén comiendo lo suficiente como para suplir lo que necesitan sus cuerpos para funcionar y mantenerse saludables, los esfuerzos de ahorro podrían derivar en desnutrición. En los países donde la comida barata es de peor calidad y contiene altos niveles de grasa, azúcar y poca fibra, tales medidas pueden contribuir a aumentar la obesidad.

Las adicciones y el estrés económico

Cuando las personas están estresadas suelen recurrir al cigarrillo, el alcohol y el uso de drogas ilícitas como medio para sobrellevar las dificultades de la vida, como el desempleo, el subempleo o la inseguridad laboral. Aunque estas drogas podrían ser usadas inicialmente con la intención de resistir, pueden convertirse rápidamente en un problema en sí mismas. El cigarrillo, el alcohol y el uso de drogas no pueden resolver el factor subyacente que causa estrés. Muchos empleadores tienen políticas estrictas contra el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo, que pueden comprender la pérdida del empleo.

El estrés relacionado con el trabajo y el estrés económico

Aunque las causas del estrés relacionado con el trabajo y las del estrés económico podrían ser diferentes, tienen impactos similares sobre los trabajadores, también las posibles soluciones son semejantes. Cualquiera que sea la fuente de estrés, este siempre es resultado de un desequilibrio entre las exigencias de desempeño y el control que la persona puede ejercer sobre la situación en cuestión. De igual manera que con el estrés relacionado con el trabajo, como se comentó en éste capítulo, aumentar las posibilidades del trabajador de ejercer control sobre sus actividades y ámbito de trabajo, también sirve para reducir los efectos del estrés económico.

El estrés económico y la violencia

En los centros de trabajo, el despido es el más común de los elementos desencadenantes de la violencia extrema (como pueden ser los disparos). Por esta razón, no debe subestimarse el vínculo entre el estrés económico y la violencia en el trabajo. Muchas organizaciones han descubierto de la peor manera, que el trauma de perder el trabajo puede hacer que los trabajadores se vuelvan violentos. Por ejemplo, algunos trabajadores despedidos de Moulinex SA, una compañía de electrodomésticos en bancarrota, amenazaron con volar la fábrica si no se cumplían sus demandas de una mayor indemnización (BBC, 2001). Como es de esperar, la probabilidad de que haya violencia en el lugar de trabajo aumenta si se percibe que los despidos son injustos. La violencia debido a restricciones económicas también puede llevar la violencia al hogar y a la familia, particularmente cuando el esposo pierde su trabajo y permanece desempleado un periodo largo.

7. Integración de políticas

Hay varios aspectos que pueden tomarse en cuenta al abordar el estrés económico en las organizaciones para desarrollar una política amplia de SST en la empresa. A continuación se presentan algunos de los elementos más importantes:

Evaluación y gestión de riesgos: evaluar continuamente las necesidades de personal de la organización. Planear apropiadamente las futuras reducciones de personal. Anunciar cualquier decisión con suficiente anticipación y desarrollar mecanismos que permitan conservar a los trabajadores y al mismo tiempo disminuir gastos. Por ejemplo, varias compañías ofrecen incentivos por jubilación anticipada o incentivos financieros para los trabajadores que estén dispuestos a ofrecerse como voluntarios para labores temporales de medio tiempo.

Confidencialidad: ser despedido del trabajo es uno de los eventos más traumáticos que las personas pueden experimentar en el trabajo. Por lo tanto, es imperativo que dichas decisiones y procesos sean conducidos con la máxima confidencialidad para garantizar el respeto a la privacidad del trabajador. A veces los despidos son anunciados públicamente o los trabajadores se enteran de que fueron despedidos cuando llegan a trabajar y ven que su nombre ha desaparecido del calendario semanal. Dichas transgresiones de la confidencialidad y falta de respeto no sólo son devastadoras para el trabajador, sino que además dañan las relaciones entre la compañía y los trabajadores que hayan sido testigos.

Trabajo en equipo, participación y consulta al trabajador: la participación de los gerentes, los representantes sindicales y los trabajadores es importante en toda decisión que pueda llevar a una reducción del personal. Este tipo de diálogo puede prevenir conflictos futuros, evitar que se recurra a rumores poco veraces y puede incluso abrir la posibilidad de que haya soluciones innovadoras que podrían revertir el despido.












Información, educación y formación: aumentar la comunicación organizacional y el flujo de información veraz es clave para prevenir las consecuencias negativas del estrés económico. Es frecuente que los trabajadores experimenten más estrés del justificado debido a falsedades o rumores. La educación y la formación también son componentes clave de la gestión del estrés económico. Difundiendo información actualizada sobre las nuevas competencias para adaptarse a los cambios rápidos, las organizaciones pueden evitar el despido a trabajadores por motivos de obsolescencia de sus competencias.










Responsabilidad social: las organizaciones suelen recurrir a los despidos como primera opción cuando se enfrentan a la necesidad de reducir gastos. Sin embargo, algunas investigaciones han demostrado que la reducción del personal no necesariamente mejora la rentabilidad. Por consiguiente, dado que tiene sentido en términos financieros y que es la ruta socialmente responsable, las organizaciones deben evitar los despidos, a menos que sean absolutamente necesarios. Si llegan a ser la única salida, deben ser realizados de manera humana y respetuosa.

Asistencia y tratamiento: en el caso desafortunado de que sea inevitable el despido, las compañías deben ofrecer a los trabajadores la asistencia adecuada para encontrar un nuevo trabajo, acceso a programas de orientación y apoyo personal (*counselling*) y otros tipos de asistencia para empleados. Estas prácticas no sólo son socialmente responsables, sino que también influyen en el compromiso y la productividad de los trabajadores que conservan sus empleos, al apreciar que su organización se preocupa por sus trabajadores, incluso por aquellos que va a perder.

Bibliografía

-  Barbeito, A.C.; Lo Vuolo, R. M. 2003. *Income (In)Security in Argentina* (Ginebra, OIT).
-  Bardhan, A.; Kroll, C. 2003. *The New Wave of Outsourcing* (Berkeley, Fisher Center Research Reports, Universidad de California).
-  Barling, J.; Kelloway, E. K. 1996. “Job insecurity and health: The moderating role of workplace control”, en *Stress Medicine*, vol. 12, págs. 253–259.
-  British Broadcasting (BBC), 2009. “*Corporation Toyota cuts working hours and pay*”. Disponible en inglés en: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/business/7936397.stm> [consultado en julio de 2012].
-  —. 2001. *Workers torch bankrupt company*, BBC, 2001. Disponible en inglés en: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/business/1652590.stm> [consultado en julio de 2012].
-  Bureau of Labor Statistics – U.S. Department of Labor. 2010. *Labor force statistics from the Current Population Survey*. Disponible en: <http://www.bls.gov/news.release/pdf/empsit.pdf> [consultado el 9 de julio de 2012].
-  Cascio, W. 2002. *Responsible restructuring: Creative and profitable alternatives to layoffs* (San Francisco, editores Berrett-Kohler).
-  Cazes, S.; Verick, S.; Heuer, C. 2009. Employment Working Paper núm. 35, *Labour Market policies in times of crisis* (Ginebra, Organización Internacional del Trabajo).
-  Dasgupta, S. 2002. *Organizing for socio-economic security in India* (Ginebra, OIT).
-  Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. 2007. *Temporary agency work in the European Union* (Dublín, Eurofound).
-  Kannan, K.P. 2009. *National Policy Responses to the Financial and Economic Crisis: The Case of India* (Bangkok, Oficina Regional de la OIT para Asia y el Pacífico).
-  Korea Development Bank (KDB). 2009. *Government to create 250,000 temporary jobs to stimulate economy*, en BBC NEWS, 11 de marzo de 2009. Disponible en inglés en: <http://www.kdb.co.kr/weblogic/Board?BID=25&NID=35932&ACTION=VIEW> [consultado en julio de 2012]
-  Lee, C.H. 2009 *National Policy Responses to the Financial and Economic Crisis: The Case of China* (Bangkok, Oficina Regional de la OIT para Asia y el Pacífico).

-  Lovén, K. 2009. “Agreement on temporary layoffs reached in manufacturing”, en *Eurofund*, 2009. Disponible en inglés en: <http://www.eurofound.europa.eu/eiro/2009/03/articles/se0903019i.htm> [consultado en julio de 2012].
-  Organización Internacional del Trabajo. 2004a. *Economic security for a better world* (Ginebra).
-  —. 2004b. “Safety and insecurity: Exploring the moderating effect of organizational safety climate”, en *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 9, núm. 1, págs. 3–10.
-  —. 2007. *Tendencias mundiales del empleo: Breve informe* (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—ed_emp/—emp_elm/—trends/documents/publication/wcm_041939.pdf [consultado el 9 de julio de 2012].
-  —. 2009. *Folleto para el Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo*, 28 de abril 2009, “Salud y vida en el trabajo: Un derecho humano fundamental” (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/legacy/english/protection/safework/worldday/products09/booklet_09-es.pdf [consultado el 9 de julio de 2012].
-  —. 2010a. *Tendencias mundiales del empleo. Enero2010* (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—ed_emp/—emp_elm/—trends/documents/publication/wcms_120471.pdf [consultado el 9 de julio de 2012].
-  —. 2010b. *Tendencias mundiales del empleo juvenil 2010* (Ginebra). Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—ed_emp/—emp_elm/—trends/documents/publication/wcms_150034.pdf [consultado el 9 de julio de 2012].
-  Probst, T.M.; Brubaker, T.L. 2001. “The effects of job insecurity on employee safety outcomes: Cross-sectional and longitudinal explorations”, en *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 6, núm. 2, págs. 139–159.
-  —. 2002. “Layoffs and tradeoffs: Production, quality, and safety demands under the threat of job loss”, en *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 7, núm. 3, págs. 211–220.
-  —. 2005. “Countering the negative effects of job insecurity through participative decision making: Lessons from the demand-control model”, en *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 10, núm. 4, págs. 320–329.
-  —; Yi, X. 2005. *Guanxi in Chinese organizations: A help or hindrance in insecure times?* Documento presentado a la conferencia anual 2005 de la Society of Industrial and Organizational Psychology (Los Ángeles).

-  —; Lawler, J. 2006. “Cultural values as moderators of the outcomes of job insecurity: The role of individualism and collectivism”, en *Applied Psychology: An International Review*, vol. 55, núm. 2, págs. 234–254.
-  Sayeed, A.; Javed, S. 2001. *People’s Security Survey*, (Karachi, Pakistan Institute of Labour Research and Education; encargada por el Departamento IFPSES de la OIT).
-  Schweiger, D.M.; DeNisi, A. S. 1991. “Communication with employees following a merger: A longitudinal field experiment”, en *Academy of Management Journal*, vol. 34, 110–135.
-  Social Issues Research Center. 2004. *Poverty and obesity*. Disponible en: http://www.sirc.org/articles/poverty_and_obesity.shtml [consultado el 9 de julio de 2012].
-  Society for Human Resource Management. 2001. *Layoffs and job security survey* (Alexandria, Virginia, Sociedad para la Gestión de Recursos Humanos).
-  Triandis, H.C. 1995. *Individualism and collectivism* (Boulder, Colorado, Westview Press).
-  Van den Broek, A. et al. 2004. *Trends in Time: The Use and Organization of Time in the Netherlands* (La Haya, Social and Cultural Planning Office).
-  Warr, P.B. 1987. *Work, unemployment, and mental health* (Oxford, Reino Unido, Clarendon Press).
-  —. 1994. “A conceptual framework for the study of work and mental health”, en *Work and Stress*, vol. 8, núm. 2, págs. 84–97.

Sitios Web



Business Week, Buenas prácticas:

http://www.businessweek.com/magazine/content/09_10/b4122055789445.htm [consultado el 10 de julio de 2012].



Buenas prácticas sindicales:

http://www.ueunion.org/stwd_layoffalternatives.html [consultado el 10 de julio de 2012].



Declaración tripartita de principios sobre las empresas multinacionales y la política social de la OIT, 2006:

http://www.ilo.org/empent/Publications/WCMS_124924/lang—es/index.htm [consultado el 10 de julio de 2012].



Departamento de Conocimientos Teóricos y Prácticos y Empleabilidad de la OIT (EMP/SKILLS):

<http://www.ilo.org/skills/lang—es/index.htm> [consultado el 10 de julio de 2012].



Departamento de Seguridad Social de la OIT (SECSOC):

<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/> [consultado el 10 de julio de 2012].



Foro de la OIT sobre el trabajo decente para una globalización justa, 2007:

http://www.ilo.org/global/meetings-and-events/WCMS_083969/lang—es/index.htm [consultado el 10 de julio de 2012].



Unidad de Tendencias del Empleo de la OIT (EMP/TRENDS):

<http://www.ilo.org/empelm/units/employment-trends/lang—es/index.htm> [consultado el 10 de julio de 2012].



Del concepto a la acción

Introducción

El presente Módulo 12: *Del concepto a la acción* no requiere ulterior información técnica, adicional a la ya presentada en el Módulo 1: *Introducción* y en el Módulo 2: *Gestión de la promoción de la salud en el lugar de trabajo*. Ambos módulos describen cómo incorporar la promoción de la salud a la política de SST de un centro de trabajo. También destacan que para implementar la estrategia de promoción de la salud, integrada a dicha política, es necesario diseñar un programa preventivo, que este es la base para el desarrollo de un plan de acción. Además el Módulo 2 proporciona algunos elementos para el diseño de ambas herramientas.

En el cuaderno del participante, el propósito del Módulo 12 es integrar todos los contenidos desarrollados durante el curso a través de los ejercicios de cada módulo. Se espera que los participantes diseñen un programa preventivo y planeen acciones para una empresa imaginaria, incorporando paulatinamente todos los elementos identificados en cada uno de los módulos anteriores y tomando en cuenta sus interrelaciones. Para este fin se disponen dos herramientas prácticas en el módulo de Acción del cuaderno del participante: 1) Matriz de promoción de la salud en el lugar de trabajo y 2) Matriz para el plan de acción. También se ofrece un ejemplo de cómo llenar ambas matrices en el plan de lecciones del presente módulo 12, lo cual será de ayuda para facilitar el trabajo en grupos.

Del concepto a la acción


En el cuaderno del participante, en el Módulo 2 *Gestión de la promoción de la salud en el lugar de trabajo*, como primer paso se solicita redactar una declaración de política de promoción de la salud, para que sea integrada al borrador de política sobre seguridad y salud ocupacional.

Como segundo paso, en el ejercicio de simulación de cada módulo se solicita a los participantes actuar como equipos de gestión que toman decisiones operativas sobre la promoción de la salud en una empresa imaginaria.

Las decisiones tomadas a lo largo de los ejercicios de simulación, complementadas con el uso de las listas de cotejo de cada módulo, permitirán a los participantes formular un programa de promoción de la salud en el lugar de trabajo.

El tercer y último paso del proceso es diseñar un plan de acción. Este requiere definir los resultados esperados para cada una de las medidas a poner en marcha, los recursos necesarios, así como definir quiénes serán los responsables de la implementación y para cuándo se espera obtener los resultados.

Aunque los ejercicios se refieren a una empresa imaginaria, su realización facilitará la contextualización de los contenidos del curso. La discusión y análisis necesarios para diseñar un programa de promoción de la salud permitirá a los participantes del curso consolidar los conocimientos y estar en condiciones de formular un instrumento semejante en los respectivos centros de trabajo.

A este papel fabricado por UPM,  se le ha concedido la etiqueta ecológica de la Unión Europea N° reg. FI/11/1

ISBN: 978-92-2-325029-4

