

15

Directores del capítulo  
*Jacqueline Messite y Leon J. Warshaw*

**Sumario**

Protección y promoción de la salud: visión general <i>Leon J. Warshaw y Jacqueline Messite</i> . . . . .	15.2	La salud de la mujer <i>Patricia A. Last</i> . . . . .	15.54
Promoción de la salud en el lugar de trabajo <i>Jonathan E. Fielding</i> . . . . .	15.9	Estudio de caso: el programa de mamografías de Marks and Spencer <i>Jillian Haslehurst</i> . . . . .	15.60
Promoción de la salud en el lugar de trabajo: Inglaterra <i>Leon Kreitzman</i> . . . . .	15.13	Estrategias en el lugar de trabajo para la mejora de la salud maternal e infantil: experiencias de los trabajadores en Estados Unidos <i>Maureen P. Corry y Ellen Cutler</i> . . . . .	15.62
Promoción de la salud en las pequeñas organizaciones: experiencia de Estados Unidos <i>Sonia Muchnick-Baku y Leon J. Warshaw</i> . . . . .	15.16	Educación sobre el VIH/SIDA <i>B.J. Stiles</i> . . . . .	15.66
Función del servicio de salud de los empleados en los programas de prevención <i>John W.F. Cowell</i> . . . . .	15.19	Protección y promoción de la salud: enfermedades infecciosas <i>William J. Schneider</i> . . . . .	15.69
Programas de mejora de la salud en Maclaren Industries, Inc.: estudio de caso <i>Ian M.F. Arnold y Louis Damphousse</i> . . . . .	15.22	Protección de la salud en los viajes <i>Craig Karpilow</i> . . . . .	15.74
Función del servicio de salud en el trabajo en los programas de prevención: estudio de caso <i>Wayne N. Burton</i> . . . . .	15.24	Programas de gestión del estrés <i>Leon J. Warshaw</i> . . . . .	15.79
Promoción de la salud en el lugar de trabajo en Japón <i>Toshiteru Okubo</i> . . . . .	15.27	Abuso de alcohol y de drogas <i>Sheila B. Blume</i> . . . . .	15.82
Evaluación del riesgo para la salud <i>Leon J. Warshaw</i> . . . . .	15.28	Programas de asistencia a los empleados <i>Sheila H. Akabas</i> . . . . .	15.88
Programas de ejercicio físico y de mantenimiento de la capacidad física para el trabajo: un activo de la organización <i>James Corry</i> . . . . .	15.32	La salud en la tercera edad: programas de pre jubilación <i>H. Beric Wright</i> . . . . .	15.91
Programas de nutrición en el lugar de trabajo <i>Penny M. Kris-Etherton y John W. Farquhar</i> . . . . .	15.37	Recolocación <i>Saul G. Gruner y Leon J. Warshaw</i> . . . . .	15.95
Control del tabaco en el lugar de trabajo <i>Jon Rudnick</i> . . . . .	15.42		
Los programas de control del tabaco en Merrill Lynch and Company, Inc.: estudio de caso <i>Kristan D. Goldfein</i> . . . . .	15.47		
Prevención y control del cáncer <i>Peter Greenwald y Leon J. Warshaw</i> . . . . .	15.48		

## ● PROTECCION Y PROMOCION DE LA SALUD: VISION GENERAL

*Leon J. Warshaw y Jacqueline Messite*

Se ha dicho a menudo que la plantilla constituye el elemento esencial del aparato productivo de la organización. Incluso en las fábricas caracterizadas por un alto grado de automatización y un reducido número de trabajadores, el empeoramiento de la salud y el bienestar da lugar tarde o temprano a una pérdida de productividad y, en ocasiones, a situaciones desastrosas.

En virtud de disposiciones legales y administrativas, se ha hecho responsables a las empresas del mantenimiento de la seguridad del entorno de trabajo y de las prácticas laborales, así como del tratamiento, rehabilitación e indemnización de los trabajadores que padecen lesiones y enfermedades profesionales. No obstante, en los últimos decenios las empresas han comenzado a reconocer que las incapacidades y las faltas de asistencia resultan caras incluso cuando se originan fuera del lugar de trabajo. En consecuencia, han empezado a adoptar un número cada vez mayor de programas de protección y promoción de la salud con un carácter más global, destinados no sólo a los trabajadores, sino también a sus familias. En la sesión inaugural de una reunión de la Comisión de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo celebrada en 1987, el Dr. Lu Rushan, director general adjunto de la OMS, reiteró que este organismo consideraba la promoción de la salud de los trabajadores como elemento esencial de los servicios de salud en el trabajo (OMS 1988).

### ¿Por qué el lugar de trabajo?

Entre las razones que justifican el patrocinio, por parte de las empresas, de los programas de promoción de la salud figuran la prevención de la pérdida de productividad de los trabajadores debido a enfermedades e incapacidades evitables y al absentismo asociado, la mejora del bienestar y el estado de ánimo de las plantillas y el control de los costes de los seguros de enfermedad pagados por las empresas mediante la reducción del alcance de los servicios de asistencia sanitaria requeridos. Consideraciones semejantes han estimulado el interés de los sindicatos por el patrocinio de programas, sobre todo en los casos en que sus afiliados se encuentran repartidos entre muchas organizaciones demasiado pequeñas para llevar a cabo programas eficaces propios.

El lugar de trabajo presenta ventajas incomparables como escenario para la educación sanitaria y la promoción de la salud. Como lugar en que los trabajadores se congregan y pasan la mayor parte de sus horas de vigilia, constituye una localización adecuada para acceder a las plantillas. Además de la afinidad, el compañerismo y la coincidencia de intereses facilitan el ejercicio de presiones homogéneas que estimulen la participación y la permanencia en las actividades de promoción de la salud. La relativa estabilidad de las plantillas (la mayoría de los trabajadores se mantiene en la misma organización durante largos periodos) hace posible la continuidad de comportamientos sanos necesaria para que éstos resulten beneficiosos.

El lugar de trabajo brinda oportunidades únicas para fomentar la mejora de la salud y el bienestar de los trabajadores a través de las medidas siguientes:

- integración de los programas de protección y promoción de la salud en las iniciativas de las organizaciones encaminadas a controlar las enfermedades y accidentes profesionales;

- modificación de la estructura de los puestos de trabajo y de su entorno, de forma que sean menos peligrosos y estresantes;
- adopción de programas financiados por las empresas o los sindicatos y diseñados para que los trabajadores puedan afrontar con mayor eficacia las cargas personales o familiares que perjudiquen su bienestar o su actuación en el trabajo (p. ej., modificación de horarios de trabajo y dotación de prestaciones de asistencia financiera y adopción de programas que aborden el abuso de alcohol y drogas, los embarazos, la atención a la infancia, a los ancianos y a los discapacitados, las dificultades conyugales y la planificación de la jubilación).

### ¿Da resultados la promoción de la salud?

No cabe duda de la eficacia de las vacunaciones en la prevención de las enfermedades infecciosas o del valor de los buenos programas de salud y seguridad en el trabajo para la reducción de la frecuencia y gravedad de las enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo. Hay un acuerdo general en que la detección precoz y el tratamiento adecuado de las enfermedades reducen la mortalidad y la frecuencia y alcance de la incapacidad residual asociada. Cada vez se dispone de más pruebas de que la eliminación o el control de los factores de riesgo evitan o, al menos, retrasan considerablemente la aparición de enfermedades que amenazan la vida, como los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades coronarias y el cáncer. Pocos dudan de que el mantenimiento de una forma de vida sana y la adopción de una postura adecuada respecto a las cargas psicosociales mejoran el bienestar y la capacidad funcional necesaria para alcanzar el objetivo de bienestar, definido por la Organización Mundial de la Salud como un estado que va más allá de la simple ausencia de enfermedad. Con todo, hay personas que siguen siendo escépticas, incluidos, al menos a juzgar por sus acciones, algunos médicos.

Es posible que el nivel de escepticismo sea mayor respecto al valor de los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo. Esta actitud refleja en gran parte la falta de estudios adecuadamente diseñados y controlados, el efecto desconcertante de episodios tales como el descenso de la incidencia de mortalidad por cardiopatías y accidente cerebrovascular y, lo que es más importante, el período de tiempo requerido para que la mayoría de las medidas preventivas hagan efecto. No obstante, en el informe de Health Project, Freis y cols. (1993) resumen la bibliografía cada vez más abundante que confirma la eficacia de los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo en la reducción de los costes de la asistencia sanitaria. En su revisión inicial de más de 200 programas aplicados en el lugar de trabajo, Health Project, un grupo voluntario formado por directivos de empresas, gestores de seguros de enfermedad, investigadores de la formulación de políticas y miembros de organismos gubernamentales que defienden el papel de la promoción de la salud en la reducción de la demanda de servicios sanitarios, identificó ocho programas para los que existía una documentación convincente sobre ahorro de costes de asistencia sanitaria.

Pelletier (1991) reunió 24 estudios sobre programas globales aplicados en el lugar de trabajo aparecidos entre 1980 y 1990 en publicaciones especializadas en análisis comparativos. (Los informes sobre programas específicos, como el de exploración selectiva de la hipertensión o el de abandono del tabaco, aun cuando se demostró su eficacia, no se incluyeron en él.) Pelletier definió el programa global como el que "constituye un plan continuo e integrado de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que une los componentes individuales (abandono del tabaco, gestión del estrés, reducción del riesgo coronario, etc.) en un proyecto progresivo coherente con los objetivos empresariales que prevé su propia evaluación."

Los 24 programas resumidos en este trabajo dieron lugar a la mejora de las prácticas de salud de los trabajadores, la reducción del absentismo y de la incapacidad y el aumento de la productividad, mientras que todos los estudios en que se analizó la repercusión en los costes de la asistencia sanitaria y la incapacidad, los cambios de la eficacia en función del coste y la relación coste-beneficio revelaron un efecto positivo.

Dos años más tarde, Pelletier analizó otros 24 estudios publicados entre 1991 y principios de 1993 y llegó a la conclusión de que en 23 de ellos se obtuvieron ventajas para la salud y, de nuevo, que todos los estudios en que se analizaban la eficacia en función del coste y la relación coste-beneficio ponían de manifiesto un rendimiento positivo (Pelletier 1993). Señaló factores comunes a los programas eficaces, como la fijación de objetivos específicos, la facilidad de acceso al programa y a los servicios, el establecimiento de incentivos a la participación, el respeto y la confidencialidad, el apoyo de la alta dirección y la cultura empresarial que fomenta las iniciativas relacionadas con la promoción de la salud (Pelletier 1991).

Aunque es conveniente disponer de pruebas que confirmen la eficacia y el valor de los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo, son pocas las ocasiones en que se han exigido éstas para adoptar la decisión de emprender un programa. La mayoría de los programas se han basado en la convicción de que la prevención da resultados. En algunos casos, se ha estimulado la adopción de un programa debido al interés demostrado por los trabajadores y, en otros, por la muerte inesperada de un alto directivo o un trabajador destacado provocada por el cáncer o por una cardiopatía, más con la esperanza que con la certeza de que un programa preventivo evitaría “un segundo golpe”.

### Estructura de un programa global

En muchas organizaciones, sobre todo en las más pequeñas, el programa de promoción de la salud y de prevención de enfermedades se limita a una o varias actividades en gran parte específicas, relacionadas, en su caso, informalmente entre sí, de escasa o nula continuidad y a menudo impulsadas por un episodio concreto y abandonadas cuando el recuerdo de éste se desvanece. Un programa auténticamente global debe contar con una estructura formal que comprenda varios elementos integrados, como los siguientes:

- clara exposición de objetivos aprobados por la dirección y aceptables para los trabajadores;
- apoyo explícito por parte de la dirección y, en su caso, de las organizaciones de trabajadores, a la continua asignación de recursos adecuada para lograr los objetivos previstos;
- adecuada ubicación en la organización, coordinación eficaz con otras actividades referentes a la salud y comunicación de los planes incluidos en el programa a los mandos intermedios y a los trabajadores de las distintas divisiones y departamentos. Algunas organizaciones han considerado oportuno crear un comité paritario compuesto por representantes de todas las escalas y segmentos de la plantilla por razones “políticas”, así como para contribuir al diseño del programa;
- designación de un “director de programa” dotado de las cualificaciones administrativas requeridas, que cuente con formación y experiencia en materia de promoción de la salud o que pueda acceder a consultores que impartan los conocimientos prácticos necesarios;
- adopción de un mecanismo de retroinformación generada por los participantes y, si es posible, también por los que no participen, para confirmar la validez del diseño del programa y comprobar la popularidad y utilidad de determinadas actividades del mismo;

- adopción de procedimientos para mantener la confidencialidad de la información personal;
- utilización de un registro sistemático que permita el seguimiento de las actividades, de la participación y de los resultados como base para su control y potencial evaluación;
- recopilación y análisis de los datos pertinentes disponibles con vistas a la evaluación científica del programa o, cuando ésta no sea factible, presentación de un informe periódico a la dirección que justifique la continuación de la asignación de recursos y sirva como base para la adopción de posibles modificaciones del programa.

### Principios y objetivos del programa

Los objetivos básicos del programa son la mejora y el mantenimiento de la salud y el bienestar de los trabajadores a todos los niveles, la prevención de la enfermedad y la incapacidad, y el alivio de la carga que recae sobre individuos y organizaciones cuando ésta no puede evitarse.

Los programas de salud y seguridad en el trabajo se centran en los factores que, en este entorno, pueden afectar a la salud de los trabajadores. En ellos se considera que las actividades referentes a la salud no pueden limitarse a la fábrica o a la oficina, que los problemas que surgen en el lugar de trabajo repercuten inevitablemente en la salud y bienestar de los trabajadores (y, por extensión, en los de sus familias) en su hogar y en la comunidad y que, del mismo modo, los problemas generados fuera del trabajo influyen en la asistencia y la actuación en el mismo. (El término *bienestar* puede considerarse equivalente a la expresión *protección y promoción de la salud*, cada vez más utilizado en este ámbito en los dos últimos decenios, que resume la definición positiva de salud adoptada por la Organización Mundial de la Salud). En consecuencia, es conveniente que los programas de promoción de la salud aborden problemas que, en opinión de algunos, no deberían ser objeto de consideración por parte de la organización.

La necesidad de lograr el bienestar adquiere mayor importancia cuando se reconoce que los trabajadores con sus capacidades disminuidas, independientemente del modo en que hayan llegado a esa situación, representan un peligro potencial para sus compañeros y, en ciertos puestos de trabajo, para el público en general.

De acuerdo con algunos, puesto que la salud es esencialmente una responsabilidad personal del individuo, resulta inadecuado e incluso constituye un ejercicio de intrusismo que las empresas o los sindicatos (o ambos) participen en actividades al respecto. Están en lo cierto si se utilizan enfoques excesivamente paternalistas y coercitivos. En todo caso, la mejora del acceso a las actividades de promoción de la salud y los ajustes de los puestos y los lugares de trabajo basados en ésta proporcionan la conciencia, el conocimiento y las herramientas que permiten a los trabajadores asumir tal responsabilidad personal con mayor eficacia.

### Componentes del programa

#### *Evaluación de las necesidades*

Mientras que el director de un programa de alerta aprovecha los episodios concretos que crean interés por una actividad específica (p. ej., la inesperada enfermedad de una persona muy conocida en la organización, los informes de casos de una enfermedad infecciosa que genera miedo al contagio, las señales de una posible epidemia), el programa global se basa en una evaluación más formal de las necesidades. Puede tratarse simplemente de una comparación de las características demográficas de la población activa basada en los datos de morbilidad y mortalidad

suministrados por las autoridades sanitarias para las cohortes de población presentes en el área en cuestión, o del análisis global de los datos referentes a la salud de una determinada empresa, como las indemnizaciones concedidas al amparo de un seguro de asistencia sanitaria y las causas del absentismo y la jubilación por incapacidad. La determinación del estado de salud de la plantilla mediante la compilación de resultados de chequeos y reconocimientos médicos periódicos y programas de valoración del riesgo para la salud puede completarse a través de encuestas sobre los intereses de los trabajadores en materia de salud que permitan identificar los objetivos óptimos del programa. (Debe tenerse en cuenta que los problemas de salud que afectan a determinadas cohortes de trabajadores que requieren atención pueden pasarse por alto si sólo se consideran los datos para el total de la plantilla.) Tal evaluación de las necesidades no resulta útil únicamente al seleccionar y dar prioridad a las actividades programadas, sino también al planificar su "venta" a los trabajadores con más probabilidades de considerarlas beneficiosas. Asimismo, constituye un punto de referencia al medir la eficacia del programa.

### Elementos del programa

Un programa global de promoción de la salud y de prevención de enfermedades comprende los elementos siguientes.

#### Promoción del programa

Un flujo constante de instrumentos promocionales, como folletos, memorándums, carteles, artículos en la revista de empresa, etc., atraerán la atención sobre la disponibilidad y la conveniencia de participar en el programa. Previo permiso de los interesados, pueden darse a conocer los éxitos alcanzados por determinados trabajadores y los premios acaso concedidos por ello.

#### Evaluación de la salud

Cuando sea posible, debe evaluarse el estado de salud de cada trabajador al iniciar el programa, a fin de obtener una base para la "prescripción" de objetivos personales que deben alcanzarse y las actividades específicas indicadas, y periódicamente, para valorar su evolución y sus cambios provisionales. La evaluación de los riesgos para la salud puede utilizarse realizando o no una exploración médica previa tan global como las circunstancias lo permitan, completada con pruebas diagnósticas o de laboratorio. Los programas de cribado pueden permitir la identificación de las personas para las que estén indicadas actividades específicas.

#### Actividades

Hay un gran número de actividades que pueden desarrollarse como parte del programa. Algunas son continuas, otras se llevan a cabo sólo periódicamente. Algunas se destinan a individuos o determinadas cohortes de trabajadores, otras al conjunto de la plantilla. La prevención de la enfermedad y la incapacidad constituye el hilo conductor de todas ellas. Estas actividades pueden dividirse en las siguientes categorías, parcialmente coincidentes:

- *Asistencia sanitaria.* Requieren la intervención de profesionales de la salud e incluyen reconocimientos médicos, programas de cribado, procedimientos diagnósticos como las mamografías, las citologías y la determinación del nivel de colesterol, vacunaciones, etc. Asimismo comprenden el consejo médico y la modificación del comportamiento en lo que respecta al control del peso, la capacidad física para el trabajo, el abandono del tabaco y otros factores relativos a la forma de vida.
- *Educación para la salud.* Es necesaria para fomentar la sensibilización respecto a posibles enfermedades, la importancia del control de factores de riesgo y el valor de mantener formas de vida sanas, por ejemplo, a través del control del peso, la preparación física para el trabajo y el abandono del tabaco.

Asimismo, esta actividad debe marcar el camino para la adopción de intervenciones apropiadas.

- *Orientación para la gestión de la asistencia médica.* Debe ofrecerse asesoramiento respecto a las cuestiones siguientes: relaciones con el sistema de asistencia sanitaria y consecución de asistencia médica inmediata y de alta calidad, tratamiento de problemas de salud crónicos o recurrentes, rehabilitación y retorno al trabajo después de una enfermedad o accidente, tratamiento del abuso de alcohol y drogas, cuidados prenatales, etc.
- *Capacidad de afrontar problemas personales.* Entre las cualificaciones necesarias en este ámbito figuran la gestión del estrés y la planificación previa a la jubilación. Asimismo, puede prestarse ayuda a los trabajadores que deben resolver problemas laborales y familiares, como la planificación familiar, los cuidados prenatales, la atención a personas a cargo, la paternidad, etc.
- *Servicios y políticas en el lugar de trabajo.* Los servicios y políticas en el lugar de trabajo que completan los relacionados con actividades de salud y seguridad en el trabajo se refieren a la dotación de instalaciones para el aseo personal y taquillas, la prestación de servicios de lavandería en caso necesario, servicios de restauración que ofrezcan asesoramiento nutricional y una selección de alimentos beneficiosos, garantía de un lugar de trabajo con prohibición del consumo de tabaco y drogas, etc.

En general, a medida que se han desarrollado y difundido los programas y se ha generalizado la convicción de su eficacia, las actividades han aumentado en número y variedad. Con todo, algunas han sido objeto de una menor atención debido a una reducción de recursos provocada por presiones económicas o a su reasignación en áreas nuevas o más populares.

#### Mecanismos

Los mecanismos empleados para el desarrollo de las actividades de promoción de la salud dependen del tamaño y la localización de la organización, del grado de centralización de la plantilla respecto a la geografía y los horarios de trabajo, de los recursos económicos, tecnológicos y de cualificación disponibles, de las características de la plantilla (en cuanto a niveles sociales y educativos) y del ingenio del director del programa. Son los siguientes:

- *Recogida de información:* encuestas a trabajadores; grupos diana.
- *Materiales impresos:* libros, folletos (pueden distribuirse mediante expositores), envíos de publicidad, artículos en la revista de empresa, carteles.
- *Material audiovisual:* cintas de audio, mensajes grabados accesibles a través del teléfono, películas, cintas de vídeo para su visionado individual y en grupo. Algunas organizaciones disponen de mediatecas con cintas de audio y de vídeo que los trabajadores pueden tomar prestadas para su utilización en el hogar.
- *Asistencia sanitaria:* reconocimientos médicos, diagnósticos y pruebas de laboratorio, vacunación, asesoramiento individual
- *Formación:* primeros auxilios, reanimación cardiopulmonar, compra y cocina sanas.
- *Reuniones:* conferencias, cursos, seminarios
- *Acontecimientos especiales:* ferias de salud, cursos.
- *Grupos de autoayuda y apoyo:* abuso de alcohol y drogas, cáncer de mama, paternidad, cuidado de ancianos.
- *Comités:* un grupo especial o comité interno para coordinar los programas referentes a la salud entre los distintos departamentos y divisiones y un comité paritario para determinar la orientación general del programa suelen resultar útiles. Asimismo, pueden crearse comités especiales para ciertas actividades.

- *Programas de deportes*: organización de campeonatos internos, patrocinio de la participación individual en programas comunitarios, equipos de empresa.
- *Programas informáticos*: disponibles en los ordenadores personales individuales o a través de la red de la organización, juegos de ordenador o de vídeo orientados a la promoción de la salud.
- *Programas de exploración selectiva*: generales (p. ej., evaluación de los riesgos para la salud) o específicos para una enfermedad (p. ej., hipertensión, visión y audición, cáncer, diabetes, colesterol).
- *Información y consulta*: programas de asistencia a los empleados, asesoramiento personal por teléfono
- *Actividades continuas*: capacidad física para el trabajo, selección de alimentos sana en los servicios de restauración y en las máquinas expendedoras del lugar de trabajo.
- *Prestaciones especiales*: tiempo libre para actividades de promoción de la salud, reembolso de los gastos de formación, modificación de horarios de trabajo, permisos para atender cuestiones personales y familiares.
- *Incentivos*: premios a la participación y a la consecución de objetivos, reconocimiento en publicaciones empresariales y tabloneros de anuncios, concursos y premios.

### Aplicación del programa

En muchas organizaciones, sobre todo en las más pequeñas, las actividades de promoción de la salud se llevan a cabo de forma específica y ocasional, a menudo en respuesta a una "crisis" sanitaria real o prevista en el lugar de trabajo o en la comunidad. No obstante, transcurrido un cierto tiempo, estas actividades se combinan en las grandes organizaciones en un marco más o menos coherente que recibe el nombre de "programa" y se designa como responsable del mismo a una persona conocida como director o coordinador de programa o con otra denominación.

La selección de actividades para el programa puede estar determinada por las respuestas obtenidas en encuestas de opinión entre los trabajadores, por la producción de episodios concretos, por razones de calendario o por la disponibilidad de recursos. En muchos programas se prevén actividades para aprovechar la publicidad generada por las entidades voluntarias de salud en sus campañas anuales de captación de fondos, como el Mes del Corazón o la Semana Nacional de la Capacidad Física para el Trabajo y el Deporte. (En Estados Unidos, el Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Oficina de Prevención de la Enfermedad y Protección de la Salud publica en septiembre las *National Health Observances*, una lista de los meses, semanas y días dedicados a la promoción de determinadas cuestiones de salud, ya disponible a través del correo electrónico.)

En términos generales, resulta prudente aplicar el programa de forma gradual, añadiendo actividades y cuestiones a medida que se consiguen la credibilidad y el apoyo de los trabajadores y cambiar los temas en los que se hace especial hincapié, con el fin de que el programa no llegue a estancarse. J.P. Morgan & Co., Inc., gran organización financiera con domicilio en Nueva York, ha incluido un innovador "formato cíclico planificado" en su programa de promoción de la salud para hacer hincapié en un conjunto de cuestiones secuencialmente en períodos de cuatro años (Schneider, Stewart y Haughey 1989). El primer año (Año del Corazón) se centró en la prevención de enfermedades cardiovasculares, el segundo (Año del Cuerpo) se centró en el SIDA y la prevención y detección precoz del cáncer, en el tercero (Año de la Mente) se trataron cuestiones psicológicas y sociales, y en el cuarto (Año de la Salud) se abordaron cuestiones como la vacunación de adultos, la artritis y la osteoporosis, la prevención de accidentes, la diabetes y el embarazo sano.

Actualmente se repite la secuencia cuatrienal. En opinión de Schneider y sus colaboradores, este enfoque optimiza la utilización de los recursos empresariales y comunitarios disponibles, fomenta la participación de los trabajadores a través de la consideración secuencial de diferentes cuestiones, y brinda la oportunidad de prestar atención a las revisiones y ampliaciones basadas en avances médicos y científicos.

### Evaluación del programa

Siempre es conveniente evaluar el programa para justificar que se le sigan asignando recursos, determinar las necesidades de mejora y apoyar las recomendaciones de expansión. Las evaluaciones pueden adoptar diversas formas, desde simples tabulaciones de participación (incluidos los abandonos), combinadas con la expresión de la satisfacción de los trabajadores (objeto de encuesta o no), hasta encuestas más formales. Los datos obtenidos por estos medios ponen de manifiesto el grado de utilización y la popularidad del programa en conjunto y de sus componentes y suelen estar disponibles a la conclusión del período de evaluación.

En todo caso, son aún más valiosos los datos que reflejan los resultados del programa. En un artículo en que se indica la vía para mejorar la evaluación de los programas de promoción de la salud, Anderson y O'Donnell (1994) ofrecen una clasificación de áreas en las cuales los programas de promoción de la salud pueden dar lugar a resultados interesantes (véase la Figura 15.1).

Con todo, los datos sobre resultados requieren un esfuerzo de planificación antes del inicio del programa y deben recopilarse en un período de tiempo que permita su desarrollo y evaluación. Por ejemplo, puede contarse el número de individuos que se vacunan contra la gripe y posteriormente realizar un seguimiento de la población total durante un año para demostrar que esas personas presentan una menor incidencia de infecciones respiratorias semejantes a la gripe. El estudio puede ampliarse para comparar las tasas de absentismo de las dos cohortes, y los costes del programa con el ahorro directo e indirecto obtenido por la organización.

Por otra parte, no resulta demasiado difícil demostrar la consecución por parte de una persona de un perfil de factores de riesgo más adecuado en lo que respecta a las enfermedades cardiovasculares. Por el contrario, será necesario al menos un decenio y probablemente varios para demostrar una reducción de la morbilidad y la mortalidad debidas a la incidencia de las enfermedades coronarias en una cohorte de trabajadores. Incluso entonces, es posible que la cohorte no alcance el tamaño necesario para que los datos sean significativos.

Los artículos analíticos citados ponen de manifiesto la posibilidad de desarrollar una investigación sobre evaluación adecuada y las iniciativas emprendidas y la información disponible al respecto. Su utilidad está fuera de duda. Pero, como señalan Freis y sus colaboradores (1993), "se dispone ya de programas modelo que mejoran la salud y reducen los costes. No son conocimientos lo que hace falta, sino la puesta en práctica de estos programas en un mayor número de casos."

### Comentarios y advertencias

Las organizaciones que contemplan la posibilidad de poner en práctica un programa de promoción de la salud deben tener en cuenta ciertas cuestiones potencialmente delicadas desde el punto de vista ético y ciertas dificultades que conviene evitar y a las que ya se ha aludido en algunos casos. Se han clasificado en los siguientes apartados:

#### *Elitismo frente a igualitarismo*

Ciertos programas puede calificarse de elitistas, en cuanto que algunas de las actividades que comprenden son exclusivas para personas de un rango determinado. Así, es posible que las

Figura 15.1 • Categorías de resultados de la promoción de la salud.



Fuente: Anderson y O'Donnell 1994.

instalaciones internas de capacitación física sólo puedan ser utilizadas por los ejecutivos porque éstos son más importantes para la organización, trabajan más horas y tienen dificultades para disponer del tiempo que les permita asistir a un "gimnasio o club" externo. No obstante, para algunas personas esta medida constituye una gratificación (es decir, un privilegio especial), como la llave para el acceso a los cuartos de baño privados, la admisión en el comedor gratuito para ejecutivos o la utilización de una área de aparcamiento reservada. En ocasiones, esta situación genera resentimientos entre los demás trabajadores, para los que resulta excesivamente caro utilizar instalaciones ajenas a la empresa e imposible disponer de tiempo en la jornada de trabajo para dedicarlo al ejercicio.

En algunas instalaciones internas se observa una forma más sutil de elitismo, consistente en la ocupación de las vacantes disponibles por fanáticos del ejercicio que probablemente encontrarían la forma de desarrollar esta actividad en cualquier caso. Por el contrario, a las personas sedentarias que podrían obtener un beneficio muy superior de la práctica regular y supervisada de ejercicio se les niega el acceso. Incluso cuando consiguen incorporarse al programa de capacitación física, la continuidad de su participación está amenazada por el sentimiento de vergüenza experimentado al comprobar que el rendimiento de trabajadores de inferior categoría es superior al suyo. Es lo que le sucede al directivo que considera su reputación masculina dañada si no es capaz de rendir al mismo nivel que su secretaria.

Algunas organizaciones son más igualitarias. Sus instalaciones de capacitación física están abiertas a todos en función del orden de llegada, y el mantenimiento de la condición de miembro depende únicamente de su utilización con una frecuencia considerada valiosa para el interesado. Otras adoptan soluciones parciales, reservando cierto número de plazas a los trabajadores en rehabilitación tras un accidente o enfermedad y a los de mayor edad que pueden requerir más incentivos para participar que sus compañeros jóvenes.

### **Discriminación**

En ciertas áreas, las leyes y reglamentos antidiscriminatorios pueden dar lugar a que las organizaciones reciban quejas e incluso sean llevadas a juicio si se demuestra que los programas de promoción de la salud que aplican discriminan a determinadas personas por razón de edad, sexo o pertenencia a minorías o grupos étnicos. Es poco probable que se produzca esta última circunstancia si la cultura del lugar de trabajo no se encuentra profundamente sesgada, pero tal discriminación puede provocar quejas.

Aunque no se presenten acusaciones formales, el resentimiento y la insatisfacción, que pueden aumentar al comentarse por los miembros de las plantillas, no propician unas buenas relaciones entre los trabajadores ni mejoran su estado de ánimo.

La preocupación por las acusaciones de discriminación sexual puede llevar a exageraciones. Por ejemplo, aunque no se recomienda su utilización habitual en el caso de hombres asintomáticos (Preventive Services Task Force de los Estados Unidos 1989), algunas organizaciones ofrecen la detección de cáncer prostático para compensar las citologías y mamografías que se ponen a disposición de las trabajadoras.

Han presentado quejas por discriminación personas a las que se ha negado la oportunidad de obtener incentivos a causa de problemas de salud congénitos o de enfermedades adquiridas que les impiden participar en las actividades de promoción de la salud o alcanzar los objetivos personales de salud ideales. Al mismo tiempo, se cuestiona la equidad de los premios concedidos a las personas por corregir un problema de salud potencial (p. ej., abandonar el tabaco o perder el exceso de peso), mientras que no se recompensa a las personas que carecen de tales problemas.

### **"Inculcación de la víctima"**

Del concepto válido de que el estado de salud es una cuestión de responsabilidad personal se deriva la idea de que las personas son culpables cuando se les detectan problemas de salud y deben ser acusadas por no corregirlas por sí mismos. Al razonar de esta forma, no se tiene en cuenta que la investigación genética demuestra cada vez con mayor rotundidad que algunos defectos son hereditarios y, por tanto, aunque pueden modificarse, su corrección queda fuera del alcance del individuo.

Ejemplos de esta "inculcación de la víctima" son: (a) la postura demasiado extendida según la cual el VIH/SIDA es el justo pago por las "imprudencias" sexuales o la utilización de drogas por vía intravenosa, por lo que sus víctimas no merecen compasión ni cuidados, y (b) la imposición de barreras financieras y burocráticas que dificultan a las jóvenes solteras la obtención de cuidados prenatales adecuados cuando quedan embarazadas.

Lo que es más importante, la consideración en el lugar de trabajo de la responsabilidad de las personas respecto a sus propios problemas de salud tiende a ocultar la responsabilidad de las empresas respecto a los factores de la estructura del empleo y del ambiente de trabajo que pueden poner en peligro la salud y el bienestar. Quizá un ejemplo clásico sea el de la organización que ofrece cursos de gestión del estrés para

enseñar a sus trabajadores a afrontarlo con mayor eficacia, pero no analiza ni corrige las características del lugar de trabajo que generan estrés innecesariamente.

Debe reconocerse que los peligros presentes en el lugar de trabajo pueden no sólo afectar a los trabajadores y a sus familias por extensión, sino también acelerar y agravar problemas de salud generados fuera del puesto de trabajo. El respeto al concepto de responsabilidad individual en materia de salud debe matizarse por la comprensión de que los factores propios del lugar de trabajo de los que la empresa es responsable también pueden influir en cuestiones referentes a la salud. Esta consideración resalta la importancia de la comunicación y la coordinación entre los programas de promoción de la salud y los programas de salud y seguridad en el trabajo y otros afines desarrollados por las empresas cuando éstos no son competencia del mismo departamento de la organización.

### **Persuasión, no coerción**

Según un principio esencial de los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo, la participación en ellos debe ser voluntaria. Debe instruirse a los trabajadores sobre la conveniencia de las intervenciones sugeridas, garantizarles el acceso y persuadirlos para lograr su participación. No obstante, suele haber un estrecho margen entre la persuasión decidida y la obligación, entre el paternalismo bien intencionado y la coerción. En muchos casos, ésta puede ser más o menos sutil: por ejemplo, algunos profesionales de la promoción de la salud tienden a ser excesivamente autoritarios y los trabajadores temen las situaciones embarazosas, el rechazo e incluso el castigo provocados por su negativa a aceptar el consejo que se les da; las opciones de los trabajadores respecto a las actividades de promoción de la salud recomendadas pueden estar muy limitadas y es posible que los ejecutivos dificulten la existencia de aquellos de sus subordinados que no les acompañen en su actividad favorita, como salir a correr a primera hora de la mañana.

Aunque muchas organizaciones recompensan el comportamiento sano a través, por ejemplo, de certificados de méritos, premios y seguros de enfermedad "tarifados en función del riesgo" (que, en Estados Unidos, contemplan una reducción en la proporción de la prima abonada por el trabajador), otras imponen penalizaciones a las personas que no cumplen sus patrones arbitrarios de comportamiento en materia de salud. Entre las penalizaciones figuran la no concesión de un empleo o de un ascenso e incluso el despido y la denegación de prestaciones a las que podría tenerse derecho. Un ejemplo de este último tipo de penalización es el caso de E.A. Miller, una fábrica de envasado de carne con sede en Hyrum, Utah, núcleo de 4.000 habitantes situado unos 65 km al norte de Salt Lake City (Mandelker 1994). E.A. Miller es la mayor empresa de esta pequeña comunidad y ofrece seguros de enfermedad colectivos a sus 900 trabajadores y sus 2.300 familiares a cargo. Sus actividades de promoción de la salud son las habituales en muchos sentidos, si bien se distinguen por las penalizaciones impuestas a la no participación:

- A los trabajadores y sus cónyuges que no asisten a los seminarios sobre cuidados prenatales no se les reembolsa el coste de la atención obstétrica o del recién nacido en el hospital. Además, para poder optar a las prestaciones de seguro, las embarazadas deben visitar un médico en el primer trimestre.
- Si los trabajadores o las personas a su cargo fuman, deben contribuir a la prima del seguro de enfermedad colectivo abonando una cuota superior al doble de la ordinaria: 66 dólares al mes, en lugar de 30 dólares. La fábrica sigue una política de prohibición del consumo de tabaco desde 1991 y ofrece cursos en el lugar de trabajo para abandonar el tabaco o

financia la matrícula de los trabajadores que siguen cursos ajenos a la empresa.

- La empresa no cubre los costes médicos del trabajador o de la persona a su cargo que resulten heridos en accidente de automóvil si conducían bajo los efectos del alcohol o de las drogas o no llevaban puesto el cinturón de seguridad, ni se hace cargo de los costes generados por lesiones producidas en accidentes de moto si el accidentado no llevaba el casco.

Una forma de coerción cada vez más aceptada consiste en amenazar con la pérdida del empleo a los trabajadores cuyo abuso del alcohol o de las drogas haya repercutido en su asistencia al trabajo y en su actuación en el mismo. En este caso, se expone el problema al trabajador y se le comunica que las acciones disciplinarias no se aplicarán siempre que siga un tratamiento prescrito y permanezca en período de abstinencia. Aunque se permite alguna recaída esporádica (algunas organizaciones fijan un número concreto), el incumplimiento de las condiciones establecidas da lugar al despido. La experiencia demuestra que este tipo de amenaza, considerada por algunos como el factor de estrés más importante en el lugar de trabajo, constituye un estímulo efectivo para muchas personas con problemas de tal magnitud que les obligan a tomar parte en un programa para su corrección.

### **Confidencialidad e intimidad**

Otra característica esencial de un programa de promoción de la salud eficaz consiste en mantener la confidencialidad de la información personal relativa a los trabajadores que participan, o que no participan, en el programa y, en concreto, evitar que sus datos se incluyan en los archivos de personal. Para lograr estos objetivos cuando se utiliza dicha información en las tabulaciones de evaluación y en los procesos de investigación, algunas organizaciones han creado bases de datos en las que se identifica a los trabajadores mediante códigos cifrados o mecanismos semejantes. Esta iniciativa es especialmente pertinente en las exploraciones selectivas a gran escala y los procedimientos de laboratorio, prácticas en las que se producen errores administrativos.

### **Quién participa**

Los programas de promoción de la salud reciben críticas por la tendencia constatada a que los participantes sean más jóvenes y sanos y estén más interesados en cuestiones de salud que los que no participan (el fenómeno "llueve sobre mojado"). Esta situación plantea a los responsables del diseño y funcionamiento de los programas el reto de incentivar a las personas que tienen más que ganar al participar.

### **Quién paga**

Los programas de promoción de la salud implican ciertos costes para las organizaciones. Estos costes corresponden a los gastos financieros de administración y gestión y de servicios y materiales, al tiempo restado a la jornada de trabajo y a la distracción de los trabajadores participantes. Como ya se ha indicado, cada vez hay más pruebas de que estos costes quedan compensados con creces por la reducción de gastos de personal y el aumento de la productividad. Asimismo, existen beneficios menos tangibles, consistentes en la mejora de la imagen pública y la reputación de la organización como un buen lugar para trabajar, con lo cual mejoran los procesos de contratación.

En la mayoría de los casos, la organización cubre el coste total del programa. En ocasiones, sobre todo si la actividad se lleva a cabo en instalaciones ajenas a la empresa, se exige a los participantes que asuman parte de los gastos, aunque en algunas organizaciones se reembolsa la proporción abonada por el

trabajador al culminar con éxito el programa o el curso en cuestión.

Muchos programas de seguros de enfermedad colectivos incluyen servicios preventivos como vacunación, reconocimientos médicos, pruebas e intervenciones de detección, prestados por profesionales de la salud. Con todo, este tipo de cobertura de seguro de enfermedad plantea problemas: puede aumentar el coste del seguro, y los costes ordinarios de los pagos principales y accesorios, habitualmente deducibles, pueden dificultar su utilización por parte de los trabajadores de escasa remuneración. Teniendo estos factores en cuenta, puede que a las empresas les resulte menos gravoso realizar estos pagos directamente, ahorrándose los gastos administrativos generados por la gestión de indemnizaciones y reembolsos.

### **Conflictos de intereses**

Aunque la mayoría de los profesionales de la salud se caracterizan por una integridad ejemplar, debe ejercerse una estrecha vigilancia para identificar y atajar las actividades de los que se aparten de esta tendencia general. Entre los ejemplos de este tipo de prácticas figuran la manipulación de registros para mejorar los resultados propios y el establecimiento de relaciones con prestadores de servicios externos que ofrecen comisiones y otras ventajas a cambio de consultas. Debe supervisarse la actuación de los proveedores externos para identificar a los que ofrecen condiciones ventajosas para obtener un contrato y después, para ahorrar, utilizan personal de escasa cualificación para la prestación de servicios.

Un conflicto de intereses más sutil se produce cuando los directivos y los proveedores traicionan las necesidades y los intereses de los trabajadores en favor de los objetivos de la organización o de sus gestores. Este tipo de acción censurable puede no ser explícita. Un ejemplo consiste en procurar la participación de los trabajadores con problemas en un programa de gestión del estrés sin hacer todo lo posible para convencer a la organización de la necesidad de reducir los niveles excesivamente elevados de estrés en el lugar de trabajo. Los profesionales experimentados no encontrarían ninguna dificultad para prestar un servicio adecuado tanto a los trabajadores como a la organización, pero deberían estar dispuestos a establecer una situación de mayor rigor respetando los valores éticos en los casos en que las presiones ejercidas por la dirección alcancen niveles excesivos.

Otro conflicto sutil que puede afectar negativamente a los trabajadores se plantea al establecerse una relación de competencia y no de coordinación y colaboración entre el programa de promoción de la salud y otras actividades referentes a la salud de la organización. Esta situación no es extraña cuando los programas se encuadran en áreas diferentes del esquema organizativo y su competencia corresponde a distintos responsables de la dirección. Como ya se ha dicho, es fundamental, incluso cuando formen parte de la misma entidad, que el programa de promoción de la salud no se desarrolle a costa del programa de salud y seguridad en el trabajo.

### **Estrés**

Probablemente, el estrés es el peligro para la salud más extendido dentro y fuera del lugar de trabajo. En una encuesta de referencia efectuada por la St. Paul Fire and Marine Insurance Company en la que participaron casi 28.000 trabajadores de 215 empresas de Estados Unidos, Kohler y Kamp (1992) llegan a la conclusión de que el estrés en el trabajo está estrechamente relacionado con los problemas de salud y de actuación de los trabajadores. Asimismo, señalan que los problemas personales generados por el trabajo son más importantes y ejercen más influencia que otras cuestiones familiares, jurídicas o financieras. En su opinión, este

hecho indica que "algunos trabajadores se ven atrapados en un círculo vicioso de problemas laborales y domésticos: las dificultades en el trabajo repercuten en la vida familiar y viceversa". En consecuencia, aunque la atención primaria debe centrarse en el control de los factores de riesgo psicosociales intrínsecos al trabajo, este esfuerzo debe complementarse mediante actividades de promoción de la salud dirigidas a los factores personales de estrés que repercuten con mayor probabilidad en la actuación en el trabajo.

### **Acceso a la asistencia sanitaria**

Una cuestión digna de consideración es la educación para utilizar el sistema de prestación de asistencia sanitaria que debe formar parte de los programas con vistas a la satisfacción de futuras demandas de servicios de salud. Esta formación comprende desde la autoasistencia (saber qué hacer cuando aparecen los síntomas y cuándo se requieren servicios profesionales) hasta la selección de un hospital o de un profesional de la salud cualificado. Asimismo, incluye la mejora de la capacidad de distinguir la asistencia sanitaria adecuada de la deficiente y el conocimiento de los derechos de los pacientes.

Para que los trabajadores ahorren tiempo y dinero, algunos servicios médicos de empresa ofrecen prestaciones sanitarias internas de alcance variable (con frecuencia incluyen pruebas radiológicas, de laboratorio y otros procedimientos de diagnóstico) y comunican los resultados a sus médicos personales. Otros elaboran una relación de médicos, odontólogos y demás profesionales de la salud cualificados a la que los trabajadores y, en ocasiones, las personas a su cargo pueden remitirse. Los permisos constituyen un beneficio adicional importante cuando no se dispone de servicios profesionales de salud fuera de la jornada de trabajo.

En Estados Unidos, incluso en los casos en que se aplica un programa de seguro de enfermedad colectivo adecuado, los trabajadores de escasa remuneración y sus familias pueden considerar la parte de los gastos cubiertos correspondiente a la franquicia y el coaseguro como barreras para recibir los servicios sanitarios recomendados en circunstancias prácticamente extremas. Algunas empresas están contribuyendo a superar tales barreras eximiendo a estos trabajadores de la obligación de realizar tales pagos o celebrando acuerdos especiales sobre cuotas con los prestadores de asistencia sanitaria.

### **"Ambiente" en el lugar de trabajo**

Los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo se plantean, a menudo explícitamente, como una expresión del interés de la empresa en la salud y el bienestar de la plantilla. Se contradice ese mensaje cuando la empresa no atiende las quejas de los trabajadores respecto a las condiciones de trabajo ni hace nada por mejorarlas. No es probable que los trabajadores acepten o decidan participar en programas ofrecidos en tales circunstancias o en situaciones de conflicto laboral.

### **Diversidad de la población activa**

Los programas de promoción de la salud deben diseñarse para su adaptación a la diversidad cada vez más característica de la población activa actual. Las diferencias de antecedentes étnicos y culturales, niveles educativos, edad y sexo deben reflejarse en el contenido y presentación de las actividades comprendidas en dichos programas.

### **Conclusión**

De las anteriores consideraciones se deduce que los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo constituyen una extensión de los programas de salud y seguridad en el trabajo que, correctamente diseñados y aplicados, pueden beneficiar a los



trabajadores, a las plantillas y a las organizaciones. Además, pueden impulsar el cambio social en la comunidad.

En los últimos decenios, los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo han aumentado en número y ámbito, tanto en las pequeñas y medianas empresas, como en las grandes de los sectores privado, de beneficencia y público. Como ponen de manifiesto los artículos incluidos en el presente capítulo, los programas también han aumentado en alcance, pasando de limitarse a los servicios sanitarios como, por ejemplo, los reconocimientos médicos y las vacunaciones, a incluir la atención a problemas personales y familiares cuya vinculación con el lugar de trabajo resulta menos evidente. La selección de elementos y actividades comprendidas en un programa determinado debe basarse en las características concretas de la plantilla, la organización y la comunidad en cuestión, teniendo en cuenta que parte de dichas actividades sólo serán necesarias para cohortes específicas de trabajadores y no para el conjunto de la población.

Al considerar la creación de un programa de promoción de la salud en el lugar de trabajo, se recomienda una planificación detallada, una aplicación gradual que permita el crecimiento y la ampliación, el seguimiento de la actuación y la calidad del programa y, en la medida de lo posible, la evaluación de los resultados. Los artículos contenidos en el presente capítulo deben resultar extremadamente útiles en tal empeño.

## ● PROMOCION DE LA SALUD EN EL LUGAR DE TRABAJO

*Jonathan E. Fielding*

### Justificación

El entorno de trabajo constituye un lugar adecuado para avanzar en la consecución de objetivos como la evaluación, la educación, el asesoramiento y la promoción de la salud en general. Desde el punto de vista de la formulación de políticas nacionales, el lugar de trabajo favorece el desarrollo de este tipo de actividades, ya que su aplicación suele requerir una amplia concentración de personas. Además, la mayoría de los trabajadores se encuentran en una ubicación laboral predecible durante un período de tiempo significativo casi todas las semanas. El lugar de trabajo suele ser un entorno controlado en el que las personas o los grupos pueden someterse a una programación educativa o recibir consejos sin las distracciones propias del hogar o la precipitación habitual de los centros médicos.

La salud es una función habilitadora, es decir, permite a las personas alcanzar otras metas, incluida una actuación acertada en el cumplimiento de sus funciones profesionales. Las empresas desean optimizar la salud debido a la vinculación de ésta con la productividad en el trabajo, tanto cuantitativa como cualitativa. Por tanto, reducir la aparición (incidencia) y la existencia (prevalencia) de enfermedades que conllevan absentismo, incapacidad o trabajo deficiente constituye un objetivo prioritario que justifica una inversión considerable. Las organizaciones de trabajadores, creadas para elevar el bienestar de sus miembros, también tienen un interés intrínseco en patrocinar programas que pueden mejorar el estado de salud y la calidad de vida.

### Patrocinio

El patrocinio de las empresas suele incluir la financiación total o parcial de los programas. No obstante, algunas empresas financian únicamente la planificación u organización de las actividades de promoción de la salud, que los trabajadores deben

sufragar. En ocasiones, los programas patrocinados por las empresas ofrecen incentivos a los trabajadores por la participación, la finalización del programa o la correcta modificación de los hábitos en materia de salud. Tales incentivos pueden consistir en la concesión de permisos y de premios económicos por participación o resultados y en el reconocimiento de la consecución de objetivos referentes a la salud. En sectores con implantación sindical, sobre todo cuando los trabajadores están repartidos en lugares de trabajo demasiado pequeños para organizar un programa, los programas de promoción de la salud pueden estar diseñados y aplicados por las organizaciones sindicales. Aunque las empresas y las organizaciones de trabajadores suelen patrocinar programas de asesoramiento y educación sanitaria en el lugar de trabajo, en ocasiones financian también otros desarrollados total o parcialmente en servicios de la comunidad, ya sean gestionadas por la administración pública o por organizaciones lucrativas o no lucrativas.

El patrocinio financiero debe completarse con el compromiso de la empresa, tanto de la alta dirección como de los mandos intermedios. Las empresas tienen muchas prioridades. Si la promoción de la salud es una de ellas, debe ser apoyada financieramente de forma activa y manifiesta por la dirección y recibir una atención continua, destacando su importancia ante los trabajadores, los accionistas, los directivos y los inversores.

### Confidencialidad y derecho a la intimidad

La salud de los trabajadores determina en gran medida la productividad y la vitalidad de las organizaciones, pero, en esencia, es una cuestión personal. La empresa u organización de trabajadores que desee ofrecer asesoramiento y educación sanitaria debe incorporar a los programas procedimientos que garanticen la confidencialidad y derecho a la intimidad. Los trabajadores estarán dispuestos a participar voluntariamente en tales programas si se convencen de que la información personal sobre su salud no será revelada a terceros sin su permiso. Para ellos y para sus representantes es fundamental que los datos obtenidos en los programas de mejora de la salud no se tengan en cuenta de ningún modo en la evaluación de su actuación en el puesto de trabajo ni en las decisiones de contratación, despido y ascenso.

### Evaluación de necesidades

La planificación de los programas suele comenzar con una evaluación de las necesidades. A menudo se lleva a cabo una encuesta entre los trabajadores para obtener información sobre cuestiones como: a) la frecuencia autodeclarada de los hábitos de salud (p. ej., consumo de tabaco, actividad física, dieta); b) la presencia de otros riesgos para la salud, como el estrés, la hipertensión, la hipercolesterolemia y la diabetes; c) las prioridades personales en cuanto a la reducción de riesgos y la mejora de la salud; d) la actitud ante otras posibles configuraciones del programa; e) los lugares preferidos para la programación de la promoción de la salud; f) la disposición a participar en las actividades programadas y, en ocasiones, g) la disposición a pagar parte del coste. Asimismo, pueden investigarse las actitudes ante las políticas empresariales vigentes o previstas, como la prohibición del consumo de tabaco o la oferta de alimentos más sanos en las máquinas expendedoras y comedores del lugar de trabajo.

En algunos casos, la evaluación de las necesidades comprende el análisis de los problemas de salud de los trabajadores basado en el estudio de los archivos clínicos del departamento médico, los registros de asistencia sanitaria, las indemnizaciones por incapacidad o por accidente de trabajo y los datos sobre absentismo. Este análisis ofrece información epidemiológica sobre la prevalencia y el coste de los diferentes problemas de salud, tanto somáticos como psicológicos, y permite la evaluación de las

Figura 15.2 • Elementos de un programa de promoción de la salud.

	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS ECONÓMICOS	INSTRUMENTOS ADMINISTRATIVOS	OBJETIVOS
1. Metas y objetivos				
2. Objetivos cuantificables				
3. Personas y departamentos responsables				
4. Presupuesto				
5. Utilización de recursos				
6. Selección y utilización de recursos externos				
7. Poblaciones diana				
8. Sistemas de información para la gestión, el seguimiento y la evaluación				
9. Grupo de asesoramiento y gestión del proyecto				
10. Materias que deben considerarse al desarrollar las actividades de promoción de la salud				
11. Modalidades de prestación adaptadas a cada materia				
12. Lugares de prestación y programación temporal				
13. Materiales específicos				
14. Promoción del programa				
15. Calendario de ejecución detallado				
16. Contribución financiera de los participantes				
17. Incentivos económicos y de otro tipo para los participantes				
18. Evaluación				

oportunidades existentes en materia de prevención desde un punto de vista programático (planificador) y financiero.

**Estructura del programa**

Al considerar los resultados de la evaluación de las necesidades se tienen en cuenta los recursos económicos y humanos disponibles, la experiencia de programas previos, los requisitos reglamentarios y las características de la plantilla. En la Figura 15.2 se enumeran algunos de los elementos clave que deben definirse claramente en el proceso de planificación del programa. Entre las decisiones esenciales figura la determinación de las modalidades efectivas para llegar a la población diana. Por ejemplo, en el caso de una plantilla dispersa, la programación basada en las actividades desarrolladas fuera del lugar de trabajo y en la utilización del teléfono y el correo puede representar la opción más factible y eficaz en función del coste. Otra decisión importante hace referencia a la inclusión (defendida por algunos programadores) o exclusión del programa de los jubilados y de los cónyuges e hijos de los trabajadores.

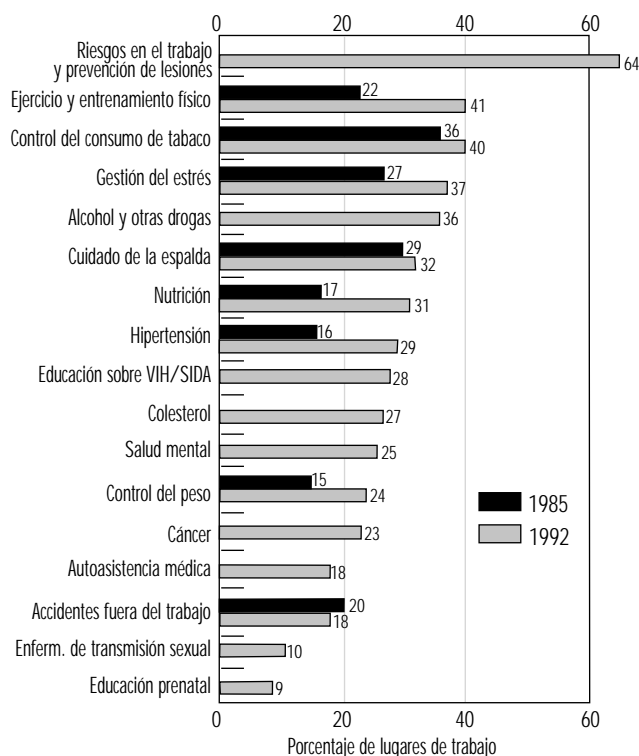
La responsabilidad relativa al programa de promoción de la salud en el lugar de trabajo puede corresponder a alguno de los departamentos ya existentes, como el servicio médico o de salud laboral o los departamentos de recursos humanos y personal, formación, administración, capacidad física para el trabajo, asistencia al trabajador u otros, o bien encomendarse a un departamento de promoción de la salud específico. Esta elección suele ser muy importante para el éxito del programa. Un

departamento decidido a hacer todo lo posible por sus usuarios, dotado de una adecuada base de conocimientos, buenas relaciones de trabajo con otras partes de la organización y la confianza de directivos y supervisores, tiene muchas probabilidades de lograr sus objetivos desde el punto de vista organizativo. Las actitudes de los empleados en relación con el departamento al que se asigne el programa y la confianza que tengan en su integridad, sobre todo en lo que afecta a la confidencialidad de la información personal, puede afectar a la aceptación del programa.

**Contenido**

La Figura 15.3 muestra la frecuencia con que se abordan diversas cuestiones referentes a la promoción de la salud, según datos derivados de encuestas realizadas en empresas privadas de 50 o más trabajadores. La comparación de los resultados de dos encuestas llevadas a cabo en 1985 y 1992, respectivamente, pone de manifiesto que se ha experimentado un importante aumento en la mayoría de las áreas. En términos generales, en un 66 % de los lugares de trabajo en 1985 se desarrollaba al menos una actividad, mientras que en 1992 la proporción ascendía al 81 %. Las áreas con un mayor aumento fueron las relacionadas con el ejercicio y la capacitación física para el trabajo, la nutrición, la hipertensión y el control del peso. Algunas de las cuestiones investigadas por primera vez en 1992, como la educación sobre el SIDA, el colesterol, la salud mental, los riesgos en el trabajo y la prevención de accidentes, presentaban frecuencias relativamente altas. Según la encuesta de 1992, en un 36 % de los lugares de trabajo se aplicaban programas educativos o de otro tipo relativos al abuso de alcohol y otras drogas; programas relacionados con el

Figura 15.3 • Información o actividades de promoción de la salud clasificadas por temas (1985 y 1992).



Fuente: US Office of Disease Prevention and Health Promotion 1992.

SIDA en un 28 %; programas de prevención de enfermedades de transmisión sexual en un 10 % y en un 9 % programas de educación prenatal, lo que indica la ampliación de las áreas tratadas.

Una amplia categoría de cuestiones que merece una atención cada vez mayor en los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo (un 16 % de los lugares de trabajo en 1992) es la relativa a la asistencia sanitaria basada en programas de autoayuda. Estos programas tienen en común que abordan cómo atender problemas de salud de escasa importancia con la aplicación de normas sencillas para estimar la gravedad de diversos signos y síntomas y así decidir la conveniencia de solicitar ayuda profesional y con qué grado de urgencia.

La mejora de la información de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria constituye un objetivo complementario del programa y requiere su adiestramiento respecto a la elección de médico, las preguntas que deben plantearle, las ventajas e inconvenientes de las diferentes estrategias de tratamiento, la forma de decidir la oportunidad de someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico recomendado y el lugar conveniente a tal efecto, los tratamientos no tradicionales y los derechos de los pacientes.

### Evaluaciones de la salud

Independientemente de la función, alcance y población diana del programa, se realizan evaluaciones multidimensionales de la salud de los trabajadores participantes durante las fases iniciales y, posteriormente, a intervalos periódicos. En general, se recogen datos sobre los hábitos y el estado de salud, se practican mediciones fisiológicas simples, como la tensión arterial y el perfil lipídico, y (con menor frecuencia) se registran las actitudes ante la salud, las dimensiones sociales de la salud, la utilización de servicios preventivos, las prácticas de seguridad y los antecedentes familiares. Los informes resultantes informatizados se comunican a los trabajadores individualmente y de forma colectiva sirven para la planificación, seguimiento y evaluación del programa, y permiten obtener habitualmente estimaciones del riesgo absoluto o relativo, que van desde la valoración del riesgo absoluto de sufrir un infarto de miocardio en el decenio siguiente (o la comparación del riesgo cuantificable de una persona de sufrirlo con el riesgo medio de las personas de los mismos sexo y edad), hasta la clasificación cualitativa de la salud y los riesgos mediante una escala de deficiente a excelente. También son habituales las recomendaciones específicas. Por ejemplo, se aconseja la actividad física regular a las personas sedentarias y el aumento de los contactos sociales a las personas que se relacionan poco con los familiares y amigos.

En algunos programas se hacen evaluaciones de la salud en el momento de la contratación o en conexión con programas específicos, y posteriormente, a intervalos fijos o con una periodicidad definida por la edad, el sexo y la situación de riesgo para la salud.

### Asesoramiento

Otro elemento común de la mayoría de programas es el asesoramiento para la modificación de hábitos de salud tan perjudiciales como el consumo de tabaco, las prácticas nutricionales deficientes o el comportamiento sexual de alto riesgo. Existen métodos eficaces para ayudar a las personas a aumentar su motivación y disposición a modificar tales hábitos, no abandonar una vez iniciado el proceso y minimizar las recaídas. Las sesiones de grupo dirigidas por profesionales de la salud o por personal no sanitario con formación específica suelen ser útiles para ayudar a las personas a efectuar los cambios, y el apoyo de los compañeros en el lugar de trabajo puede mejorar los resultados en cuestiones como el abandono del tabaco o la actividad física.

La educación sanitaria de los trabajadores puede comprender aspectos que influyan favorablemente en la salud de otros miembros de su familia. Por ejemplo, en ocasiones se desarrollan programas sobre el embarazo sano, la importancia de la lactancia, la capacitación como padres y el modo de abordar eficazmente la atención sanitaria y otras necesidades de los familiares de edad avanzada. El asesoramiento efectivo exige evitar la estigmatización de los participantes que presentan dificultades para cambiar o que no siguen las recomendaciones relativas a la modificación del estilo de vida.

### Trabajadores con necesidades especiales

Una parte significativa de la población activa, sobre todo si se incluye un gran número de trabajadores de edad avanzada, padece al menos una enfermedad crónica, como diabetes, artritis, depresión, asma o lumbalgia. Además, otra parte importante de la población se considera expuesta a un alto riesgo de padecer un problema de salud grave, como una enfermedad cardiovascular, debido al agravamiento de factores de riesgo, como el nivel total de colesterol en sangre, la hipertensión, el consumo de tabaco, una obesidad significativa o un alto nivel de estrés.

Es posible que estas poblaciones utilicen los servicios de salud con una frecuencia excesiva, generen costes por sus gastos en prestaciones sanitarias y den lugar a pérdidas de productividad, pero tales efectos pueden atenuarse mediante iniciativas preventivas. De hecho, los programas de educación y asesoramiento destinados a paliar estas enfermedades y riesgos son cada vez más habituales. Suelen basarse en la intervención de personal de enfermería con formación específica (o, más raramente, educadores sanitarios o dietistas) con objeto de ayudar a poner en práctica y mantener los cambios de comportamiento necesarios y colaborar más estrechamente con el médico de atención primaria en la utilización de medidas médicas apropiadas, sobre todo en lo que se refiere al consumo de medicamentos.

### Prestación de los programas

La prestación de los programas de promoción de la salud, ya sean patrocinados por la empresa o por los trabajadores, pueden encomendarse a distintas personas. En las grandes organizaciones, sobre todo en aquellas en que las concentraciones geográficas de trabajadores son significativas, se encomienda a los propios empleados a tiempo completo y a tiempo parcial (personal de enfermería, educadores sanitarios, psicólogos, fisioterapeutas, etc.) la gestión del programa. Otras veces se acude a personal externo, a consultores individuales o a miembros de organizaciones que ofrecen especialistas en una amplia gama de disciplinas, tales como hospitales, organizaciones voluntarias (p. ej., la American Heart Association), empresas de promoción de la salud que ofrecen programas de detección precoz, de mejora de la capacidad física para el trabajo, de gestión del estrés, de nutrición y otros, y gestoras de la asistencia. Los materiales utilizados en los programas proceden de estas fuentes o se elaboran internamente. En ocasiones, las organizaciones de trabajadores llevan a cabo sus propios programas para sus miembros o prestan ciertos servicios de promoción de la salud en asociación con la empresa.

Son muchos los programas de educación y formación que se han elaborado para preparar a los estudiantes y a los profesionales de la salud en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo. Muchas universidades ofrecen cursos al respecto y algunas han creado una asignatura o un área de especialización concreta sobre "promoción de la salud en el lugar de trabajo". Tanto instituciones educativas públicas y privadas como organizaciones profesionales imparten un número considerable de cursos de formación continuada sobre el trabajo en el entorno de la

empresa, la gestión de programas y los avances tecnológicos. Para ser eficaces, los responsables deben comprender el contexto concreto, las limitaciones y las actitudes asociadas con los entornos de trabajo. Al planificar y ejecutar los programas, deben tener en cuenta las políticas específicas del tipo de empleo y del lugar de trabajo, así como las cuestiones pertinentes relativas a las relaciones laborales, los horarios de trabajo, las estructuras organizativas formales e informales, además de la cultura, las normas y las expectativas empresariales.

### Tecnología

Las tecnologías aplicables van desde los materiales de autoayuda, como libros, folletos y cintas de audio y vídeo tradicionales, hasta el software de aprendizaje y CD interactivo. La mayor parte de los programas exigen un contacto interpersonal a través de clases, conferencias o seminarios o de la formación y los consejos ofrecidos individualmente en el lugar de trabajo, por vía telefónica o incluso a través del ordenador. Asimismo, en ocasiones se utilizan grupos de autoayuda.

Los sistemas informáticos de recogida de datos son esenciales para la eficacia del programa, ya que se utilizan en diversas funciones de gestión (elaboración de presupuestos y utilización de recursos, cronograma/calendario, seguimiento individual, evaluación de procesos y resultados). Otras aplicaciones tecnológicas adoptan modalidades más complejas, tales como un mecanismo de conexión bioinformática para registrar medidas fisiológicas (p. ej., presión arterial, agudeza visual) o incluso la participación del sujeto en el propio programa (p. ej., asistencia a una instalación de capacitación física para el trabajo). Se están probando equipos informáticos de aprendizaje portátiles para evaluar su capacidad de mejora de los cambios de comportamiento.

### Evaluación

Las iniciativas de evaluación abarcan desde los comentarios anecdóticos de los trabajadores hasta el empleo de complejas metodologías cuyas características justifican su inclusión en publicaciones contrastadas. Pueden centrarse en los procesos o en los resultados. Por ejemplo, la evaluación de un determinado proceso permite valorar la ejecución del programa, el número de trabajadores participantes y la opinión de éstos al respecto. Las evaluaciones de resultados tienen como objetivo los cambios en el estado de salud, como la frecuencia o el nivel de un determinado factor de riesgo, ya sea autodeclarado (p. ej., nivel de ejercicio) u objetivamente evaluado (p. ej., hipertensión). La evaluación puede centrarse también en aspectos económicos como los vinculados a la utilización y el coste de los servicios de asistencia sanitaria, al absentismo o a la incapacidad, esté relacionada con el trabajo o no.

La evaluación puede cubrir únicamente a los participantes en el programa o a la totalidad de los trabajadores sometidos a riesgo. En el primer caso permite tratar aspectos relativos a la eficacia de una determinada intervención, mientras que en el segundo determina la eficacia con que se han reducido los factores de riesgo en una población total. Mientras que en algunas evaluaciones (la mayoría) sólo se analizan los esfuerzos dedicados a la modificación de un factor de riesgo, en otras se estudian los efectos simultáneos de diversas intervenciones. Tras examinar 48 estudios publicados en los que se evalúan los resultados de programas globales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el lugar de trabajo, se observó que 47 de ellos registraban resultados sanitarios positivos (Pelletier 1991). Muchos de estos estudios presentan deficiencias significativas de diseño, metodología o análisis. Con todo, su unanimidad respecto a las conclusiones favorables y los resultados optimistas de los mejor diseñados indican que los efectos reales se

aproximan a los deseados. Queda por aclarar su reproductibilidad en programas semejantes, la persistencia de los efectos observados inicialmente y la posibilidad de que su valoración estadística alcance significación médica. Además, las pruebas de eficacia son mucho más sólidas para algunos factores de riesgo como el consumo de tabaco y la hipertensión, que para la actividad física, las prácticas nutricionales y los factores de salud mental, incluido el estrés.

### Tendencias

La ampliación de los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo permite abordar cuestiones distintas de las tradicionales, esto es, las referentes al abuso de alcohol y las drogas, la nutrición, el peso, el consumo de tabaco, el ejercicio y el estrés. De hecho, las actividades se centran actualmente en una gama de cuestiones más amplia, desde el embarazo sano y la menopausia hasta la vida con enfermedades crónicas como la artritis, la depresión o la diabetes. Cada vez se presta más atención a la mejora de la salud mental. Por ejemplo, en el marco de los programas patrocinados por las empresas, se desarrollan cursos o actividades de "optimización de la comunicación interpersonal", "consolidación de la autoestima", "mejora de la productividad personal en el trabajo y en el hogar" o "superación de la depresión".

Otra tendencia se refiere a la ampliación de la oferta de servicios de asesoramiento e información sanitaria. El asesoramiento individual y en grupo puede complementarse con el realizado por compañeros, con el aprendizaje basado en medios informáticos y con la utilización de CD interactivos. El reconocimiento de la multiplicidad de estilos de aprendizaje se ha manifestado en la ampliación de las modalidades de prestación con objeto de aumentar la eficacia y mejorar la coordinación entre dichos estilos, las preferencias individuales y los enfoques pedagógicos. Esta diversificación de la oferta permite a las personas elegir el entorno, la intensidad y el formato educativo que mejor se adaptan a sus hábitos de aprendizaje.

Actualmente, la educación sanitaria y el asesoramiento están al alcance de un número cada vez mayor de trabajadores de grandes empresas, incluidos los que desarrollan su actividad en lugares alejados y tienen pocos compañeros y los que trabajan en su domicilio. Los envíos por correo y la vía telefónica, en su caso, pueden facilitar tales avances. La ventaja de estas modalidades consiste en que mejora la equidad, debido a la armonización de las condiciones de los trabajadores de las filiales y de la sede central. En ocasiones, hay que citar como inconveniente la reducción de los contactos con los profesionales de promoción de la salud.

### Políticas para la salud

Cada vez se reconoce más claramente la importancia de las normas sociales y de la política de las organizaciones para la salud y para la eficacia de las iniciativas emprendidas para su mejora. Por ejemplo, la limitación o la prohibición del consumo de tabaco en el lugar de trabajo puede dar lugar a descensos significativos en el consumo individual de cigarrillos de los trabajadores fumadores. Una política de prohibición de la venta de bebidas alcohólicas en las instalaciones de la empresa pone de manifiesto el comportamiento que se espera de los trabajadores. La oferta de alimentos bajos en grasas y ricos en carbohidratos complejos en el comedor de la empresa constituye otra opción para ayudar a los trabajadores a mejorar su salud.

No obstante, debe tenerse en cuenta también que las políticas de organización para la salud y las creencias sociales de carácter normativo relativas al concepto de buena salud pueden estigmatizar a quienes optan por seguir ciertos hábitos perjudiciales para la salud, como el consumo de tabaco, o que tienen una

fuerte predisposición genética a alcanzar estados poco saludables, como la obesidad. No es sorprendente que la mayoría de programas registren mayores tasas de participación entre los trabajadores de hábitos sanos y expuestos a menores riesgos.

### Integración con otros programas

La promoción de la salud presenta múltiples facetas. Son cada vez más las iniciativas encaminadas a mejorar la integración de la educación sanitaria y el asesoramiento, la ergonomía, los programas de asistencia a los empleados y ciertas prestaciones de orientación sanitaria, como los planes de detección precoz y de capacitación física para el trabajo. En países donde las empresas pueden diseñar sus propios planes de prestaciones sanitarias o completar los planes públicos en determinados aspectos, muchas de ellas ofrecen servicios médicos preventivos, sobre todo de detección precoz y de mejora de la salud, como la incorporación de los trabajadores a servicios de salud y de capacitación física ajenos a la organización. Las políticas fiscales que permiten a las empresas deducir estas prestaciones a los trabajadores generan fuertes incentivos económicos a su concesión.

El diseño ergonómico constituye un importante factor determinante de la salud de la plantilla y va más allá de la simple adecuación física del trabajador a las herramientas utilizadas en el puesto de trabajo. Debe prestarse atención a la adaptación general de la persona a su tarea y al entorno de trabajo global. Así, un entorno sano requiere el equilibrio entre la autonomía y la responsabilidad en el puesto de trabajo y la adaptación efectiva entre el estilo de trabajo individual, las necesidades familiares y la flexibilidad de los requisitos laborales. No debe pasarse por alto la relación entre los factores de estrés en el trabajo y la capacidad personal para afrontarlos. Además, la salud puede promoverse mediante la contribución de los trabajadores a la configuración del contenido del trabajo de forma que se generen sentimientos de autorrealización y éxito.

Los programas de asistencia a los empleados, que, en términos generales, comprenden actividades patrocinadas por las empresas y dirigidas por profesionales que ofrecen evaluación, asesoramiento y remisión a otros medios a trabajadores con problemas personales, deben vincularse estrechamente con los restantes programas de promoción de la salud y actuar como fuente de remisión en casos de depresión, estrés y preocupación excesiva. A su vez, los programas de asistencia a los empleados pueden remitir a los trabajadores que lo requieran a programas de gestión del estrés patrocinados por la empresa, programas nutricionales de sobrepeso, peso insuficiente o sencillamente dieta inadecuada, y grupos de autoayuda para quienes carecen de apoyo social.

### Conclusión

La promoción de la salud en el lugar de trabajo ha alcanzado su mayoría de edad debido en gran medida a los incentivos a la inversión empresarial, a los resultados positivos registrados por la mayoría de los programas y a la aceptación cada vez mayor de esta actividad como parte esencial de los planes globales de prestación. Su alcance se ha ampliado considerablemente, lo que pone de manifiesto una definición más general de la salud y la comprensión de los factores que determinan la salud individual y familiar.

Existen enfoques completos de la planificación y la ejecución de los programas y se dispone de profesionales de la salud cualificados para gestionarlos, así como de una amplia gama de materiales e instrumentos. El éxito de los programas depende de su adaptación a la cultura empresarial, de las oportunidades de promoción de la salud y de las limitaciones organizativas de cada uno de los lugares de trabajo. Los resultados de la mayoría de las evaluaciones apoyan la fijación de objetivos

programáticos, si bien se necesitan más evaluaciones basadas en diseños y métodos científicamente válidos.

## PROMOCION DE LA SALUD EN EL LUGAR DE TRABAJO: INGLATERRA

*Leon Kreitzman*

En su declaración sobre formulación de políticas Health of the Nation, el Gobierno del Reino Unido adoptó una estrategia dual (parafraseando su declaración de intenciones) consistente en (1) "prolongar la vida" a través del aumento de la esperanza de vida y de la reducción del número de muertes prematuras y (2) "mejorar la calidad de vida", incrementando el número de años vividos sin padecer enfermedades, minimizando los efectos adversos de la enfermedad y la discapacidad, fomentando formas de vida sanas y mejorando los entornos físico y social.

Se consideró que los esfuerzos realizados para alcanzar estos objetivos serían más eficaces si se centraban en "entornos" ya existentes; es decir, en escuelas, hogares, hospitales y centros de trabajo.

Aunque se conocía el desarrollo de una considerable actividad de promoción de la salud en el lugar de trabajo (Fundación Europea 1991), no se disponía de información básica completa sobre su nivel y características. Se habían llevado a cabo diversas encuestas a pequeña escala, pero su alcance era escaso, ya sea porque se centraban en una única actividad como el consumo de tabaco, porque se limitaban al estudio de un área geográfica restringida o porque se basaban en un número reducido de centros de trabajo.

Se realizó una encuesta general sobre la promoción de la salud en el lugar de trabajo en Inglaterra, en nombre de la Health Education Authority. Se utilizaron dos modelos para llevarla a cabo: la encuesta nacional sobre promoción de la salud en el lugar de trabajo, realizada en Estados Unidos en 1985, (Fielding y Piserchia 1989) y una encuesta de 1984 elaborada por el Policy Studies Institute of Workplaces in Britain (Daniel 1987).

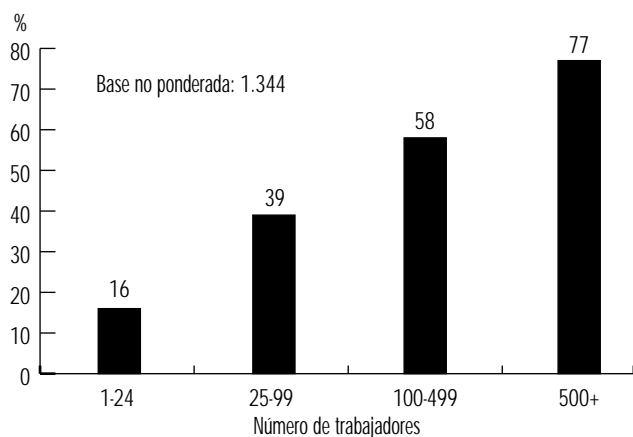
### La encuesta

Hay más de 2.000.000 de centros de trabajo en Inglaterra (el lugar de trabajo se define como un entorno geográficamente continuo). La distribución es enormemente asimétrica: en el 88 % de los centros de trabajo hay menos de 25 trabajadores, lo que representa un 30 % de la población activa; mientras que sólo un 0,3 % de los centros de trabajo disponen de plantillas de más de 500 personas, aunque absorben un 20 % del total de trabajadores.

Inicialmente, la encuesta se estructuró para reflejar esta distribución, concentrando la toma de muestras en los grandes centros de trabajo, en el marco de un muestreo aleatorio de centros de trabajo de todos los tamaños y de los sectores público y privado; no obstante, se excluyeron de la encuesta los trabajadores por cuenta propia y los que desarrollan su actividad en su domicilio. Tampoco se consideraron los organismos públicos responsables de la prestación de servicios de defensa, policiales y penitenciarios.

Se realizaron encuestas en un total de 1.344 centros de trabajo, en marzo y abril de 1992. Las entrevistas se mantuvieron por teléfono y la duración media de cada entrevista completa fue de 28 minutos. Para contestar a las preguntas se eligió en cada caso al responsable de las actividades referentes a la salud. En los pequeños centros de trabajo, pocas veces se trataba de una persona especializada en cuestiones sanitarias.

Figura 15.4 • ¿Se han llevado a cabo actividades relacionadas con la salud en los últimos 12 meses?



**Resultados de la encuesta**

La Figura 15.4 muestra las respuestas espontáneas a la pregunta sobre si se habían realizado en el pasado año actividades referentes a la salud y la acusada relación entre tamaño del lugar de trabajo y tipo de respuesta obtenida.

Una sucesión de preguntas espontáneas y preguntas planteadas en el curso de la entrevista permitieron obtener de los encuestados un volumen de información considerable respecto al alcance y características de las actividades referentes a la salud. La gama e incidencia de estas actividades se muestra en la Tabla 15.1. Algunas de ellas, como la satisfacción en el puesto de trabajo (entendida en Inglaterra como una expresión global que cubre aspectos tales como la responsabilidad respecto al ritmo y al contenido del trabajo, la autoestima, las relaciones laborales, la cualificación y la formación), suelen considerarse ajenas a la promoción de la salud, aunque, en opinión de algunos observadores, estos factores estructurales son sumamente importantes para su mejora.

Otras cuestiones investigadas fueron el proceso de toma de decisiones, los presupuestos, la consulta a las plantillas, el conocimiento de la información y el asesoramiento disponible, las ventajas de la actividad de promoción de la salud para empresas y trabajadores, las dificultades de ejecución y la percepción de la importancia de dicha actividad. Cabe hacer varias observaciones generales:

1. En conjunto, en el 40 % de los centros de trabajo se había realizado al menos una actividad importante referente a la salud el año anterior al de la encuesta. Aparte de la actividad referente al consumo de tabaco en los centros de trabajo con más de 100 trabajadores, no se desarrolla otra actividad concreta de promoción de la salud en una mayoría de los centros de trabajo clasificados por tamaños.
2. En los centros de trabajo pequeños, las únicas actividades directas de promoción de la salud de alguna relevancia están relacionadas con el consumo de tabaco y de alcohol. Incluso en este caso, su incidencia es minoritaria (29 % y 13 %).
3. El entorno físico inmediato, reflejado en factores como la ventilación y la iluminación, se considera una actividad esencial referente a la salud, al igual que la satisfacción en el puesto de trabajo. Con todo, estos factores fueron mencionados por menos del 25 % de los encuestados de centros de trabajo con menos de 100 trabajadores.

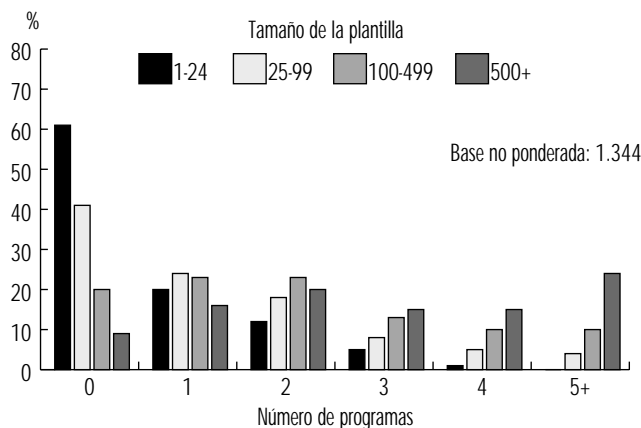
4. Con el aumento de tamaño del lugar de trabajo no sólo se observa un porcentaje superior de centros de trabajo en los que se desarrolla alguna actividad, sino que se amplía también la gama de actividades emprendidas. Esta tendencia puede observarse en la Figura 15.5, que muestra la probabilidad de adopción de uno o varios de los programas principales. Únicamente en el 9 % de los grandes centros de

Tabla 15.1 • Actividades relacionadas con la salud en función del tamaño de la plantilla.

	Tamaño de la plantilla (actividad en %)				
	Todas	1-24	25-99	100-499	500+
Consumo de tabaco	31	29	42	61	81
Alcoholismo y bebida	14	13	21	30	46
Dieta	6	5	13	26	47
Comida sana	5	4	13	30	45
Gestión del estrés	9	7	14	111	32
VIH/SIDA y prácticas sexuales sanas	9	7	16	26	42
Control del peso	3	2	4	12	30
Ejercicio y entrenamiento físico	6	5	10	20	37
Salud cardiaca y actividades relacionadas con las patologías cardíacas	4	2	9	18	43
Exploración de las mamas	3	2	4	15	29
Citología	3	2	5	12	23
Reconocimiento médico	5	4	10	29	54
Evaluación del estilo de vida	3	2	2	5	21
Análisis de colesterol	4	3	5	11	24
Control de la tensión arterial	4	3	9	16	44
Actividades relacionadas con el abuso de drogas y alcohol	5	4	13	14	28
Actividades relacionadas con la salud de la mujer	4	4	6	14	30
Actividades relacionadas con la salud del varón	2	2	5	9	32
Prevención de lesiones por musculotraumatismos repetitivos	4	3	10	23	47
Cuidado de la espalda	9	8	17	25	46
Visión	5	4	12	27	56
Oído	4	3	8	18	44
Diseño de la oficina y del mobiliario de trabajo	9	8	16	23	45
Ventilación e iluminación de interiores	16	14	26	38	46
Satisfacción en el empleo	18	14	25	25	32
Ruido	8	6	17	33	48

Base no ponderada = 1.344.

Figura 15.5 • Probabilidad de que se aplique un número determinado de programas de promoción de la salud, en función del tamaño de la plantilla.



trabajo no se dispone de ningún programa y más del 50 % cuentan con un mínimo de tres. Sólo en el 19 % de los pequeños centros de trabajo se aplican dos o más programas. Esta proporción alcanza el 35 % en los centros de trabajo con plantillas de 25 a 99 trabajadores y el 56 % en los centros de trabajo que concentran de 100 a 499 trabajadores, mientras que en el 33 % de estos centros de trabajo se dispone de tres o más programas. Con todo, sería aventurado deducir de estas cifras que la situación se asemeja a lo que podría denominarse un "lugar de trabajo sano". Aun cuando éste se defina como el lugar de trabajo en el que se aplican 5 o más programas, deben evaluarse las características e intensidad de los mismos. La realización exhaustiva de entrevistas indica que son pocos los casos en que la actividad referente a la salud se integra en una función planificada de promoción de la salud y menos aún, si los hay, los casos en que se modifican las prácticas o los objetivos del lugar de trabajo para prestar más atención al fomento de la salud.

- Después del consumo de tabaco, que alcanza una incidencia del 81 % en los grandes centros de trabajo, y de alcohol, las actividades de mayor incidencia son las pruebas de agudeza visual, las pruebas de cribado y el tratamiento de problemas vertebrales.
- El cribado del cáncer de mama y de cervix es poco frecuente incluso en los centros de trabajo en que al menos el 60 % de los trabajadores son mujeres (véase la Tabla 15.2).
- En los centros de trabajo del sector público, se observan niveles de incidencia superiores en un 200 % a los alcanzados

Tabla 15.2 • Tasas de participación (espontánea y fomentada) en las actividades de cribado de cáncer de mama y cuello del útero en función del porcentaje de mujeres en la plantilla.

	Porcentaje de mujeres en la plantilla	
	Más del 60 %	Menos del 60 %
Exploración selectiva de mamas	4 %	2 %
Citología del cuello del útero	4 %	2 %

Base no ponderada = 1.344.

en el sector privado. Esta tendencia se mantiene en todas las actividades.

- En lo que respecta al consumo de tabaco y de alcohol, las empresas de propiedad extranjera registran una mayor incidencia de actividad en el lugar de trabajo que las del Reino Unido. No obstante, la diferencia es relativamente escasa en la mayoría de las actividades, a excepción del cribado (15 % frente a 5 %) y actividades auxiliares como el control del colesterol y de la presión arterial.
- Únicamente en el sector público se lleva a cabo una actividad significativa en relación con el VIH/SIDA. En la mayoría de actividades, el sector público obtiene mejores resultados que los demás sectores, con la notable excepción del control del consumo de alcohol.
- En casi todos los casos, los centros de trabajo en que no se desarrollan actividades de promoción de la salud son pequeños o medianos y de titularidad británica, pertenecen al sector privado y prestan servicios de distribución y abastecimiento.

### Comentarios

La encuesta telefónica cuantitativa y las entrevistas personales paralelas revelaron una cantidad considerable de información sobre la intensidad de las actividades de promoción de la salud en los lugares de trabajo de Inglaterra.

En un estudio de esta naturaleza, no es posible desenredar por completo la maraña de variables que tienden a confundir los resultados. No obstante, se observa que el tamaño del lugar de trabajo (en términos de número de empleados), la pertenencia al sector público en lugar de al privado, el grado de implantación sindical y la naturaleza del trabajo son factores importantes.

Los mensajes de promoción de la salud se comunican primordialmente por medio de métodos colectivos, como carteles, prospectos o vídeos. En los lugares de trabajo mayores es mucho más probable que se proporcione asesoramiento personal, sobre todo en cuestiones como el abandono del tabaco, el consumo de alcohol o el tratamiento del estrés. Los métodos de investigación utilizados han puesto de manifiesto que las actividades de promoción de la salud no están "integradas" en el lugar de trabajo y son muy contingentes, lo que significa que en la inmensa mayoría de los casos su efectividad depende de los individuos. Hasta la fecha, la promoción de la salud no ha generado la base de coste/beneficio necesaria para su aplicación. No hace falta que este cálculo sea un análisis detallado y complejo, sino una mera indicación de valor. Esta indicación puede ser muy beneficiosa para convencer a más lugares de trabajo del sector privado de que intensifiquen su actividad. Los "lugares de trabajo saludables" son muy escasos. En muy pocos casos está integrada la actividad de promoción de la salud en una función de promoción planificada, y todavía hay menos, si es que hay alguno, en que se hayan modificado la práctica o los objetivos del lugar de trabajo para aumentar el énfasis puesto en la mejora de la salud.

### Conclusión

Las actividades de promoción de la salud parecen estar aumentando, y el 37 % de los encuestados afirmaba que dicha actividad se había intensificado en el año anterior. La promoción de la salud se considera una cuestión importante, y en el 41 % de los lugares de trabajo pequeños se afirma que es muy importante. A estas actividades se atribuyen beneficios considerables para la salud de los trabajadores y su buena forma física, así como disminución del absentismo y las enfermedades.

No obstante, apenas se han llevado a cabo evaluaciones formales y, aunque se han propuesto oficialmente medidas políticas escritas, éstas distan de ser universales. Se apoyan los

objetivos de promoción de la salud y se perciben sus ventajas positivas, pero los indicios de institucionalización de las actividades en la cultura del lugar de trabajo son escasos. Se puede decir que la promoción de la salud en el lugar de trabajo es en Inglaterra contingente y vulnerable.

## ● PROMOCION DE LA SALUD EN LAS PEQUEÑAS ORGANIZACIONES: EXPERIENCIA DE ESTADOS UNIDOS

*Sonia Muchnick-Baku y Leon J. Warshaw*

En otros artículos de este capítulo se examinan la justificación de los programas de promoción y protección de la salud en el lugar de trabajo y los enfoques encaminados a su ejecución. La actividad más intensa a este respecto ha tenido lugar en las grandes organizaciones, que cuentan con recursos para ejecutar programas globales. Sin embargo, la mayor parte de la población activa trabaja en pequeñas organizaciones, en las que la salud y el bienestar de los trabajadores tienen probablemente una incidencia mayor en la capacidad productiva y, en última instancia, en el éxito de la empresa. Conscientes de ello, estas organizaciones han comenzado a prestar más atención a la relación existente entre las prácticas de salud preventiva y la productividad y vitalidad de los trabajadores. Cada vez son más las pequeñas empresas que toman conciencia de que, con la ayuda de las coaliciones empresariales, de los recursos de la comunidad, de los organismos públicos de salud y de voluntariado y de estrategias creativas y modestas, diseñadas para atender sus necesidades concretas, pueden ejecutar programas de bajo coste que den importantes frutos.

En el último decenio se ha producido un crecimiento significativo del número de programas de promoción de la salud. Esta tendencia es importante tanto por el avance que representa en la promoción de la salud en el lugar de trabajo como por lo que implica en el temario futuro de la asistencia sanitaria de la nación. En este artículo se analizan algunos de los múltiples retos que afrontan las pequeñas organizaciones al ejecutar tales programas y se describen determinadas estrategias que han resultado útiles para superar las dificultades. El texto tiene su origen, en parte, en un artículo redactado en 1992 para un simposio sobre pequeñas empresas y promoción de la salud, patrocinado por el Washington Business Group on Health, la Oficina de Prevención de Enfermedades del Public Health Service y la Small Business Administration de Estados Unidos (Muchnick-Baku y Orrick 1992). En él se hará hincapié en los ejemplos de organizaciones que hayan ejecutado con éxito, a base de ingenio y determinación, programas eficaces con recursos limitados.

### Posibles barreras a los programas de las pequeñas empresas

Aunque muchos propietarios de pequeñas empresas son partidarios del concepto de promoción de la salud en el lugar de trabajo, pueden vacilar a la hora de ejecutar un programa si se encuentran con las siguientes barreras (Muchnick-Baku y Orrick 1992):

- *“Es demasiado costoso.”* Suele considerarse erróneamente que la promoción de la salud en el lugar de trabajo es demasiado costosa para una pequeña empresa. Sin embargo, algunas empresas ofrecen programas mediante la utilización imaginativa de recursos comunitarios gratuitos o de bajo coste. A título

de ejemplo, New York Business Group, coalición empresarial interesada en temas de salud, con más de 250 organizaciones miembros en el área metropolitana de la ciudad de Nueva York, ofrecía periódicamente un seminario titulado *Wellness On A Shoe String*, dirigido principalmente a pequeñas empresas, que hacía hincapié en la documentación que facilitaban los organismos de salud locales a bajo coste o sin coste alguno.

- *“Es demasiado complicado.”* Otra idea errónea es que los programas de promoción de la salud son demasiado complicados para adaptarse a la estructura típica de la pequeña empresa. Sin embargo, las pequeñas empresas pueden comenzar con medidas modestas y ampliarlas gradualmente a medida que vayan detectándose nuevas necesidades. Una ilustración de lo anterior es Sani-Dairy, una pequeña empresa de Johnstown, Pensilvania, que comenzó con una publicación mensual de promoción de la salud, dirigida a los trabajadores y a sus familias y elaborada por cuatro trabajadores como una actividad “extracurricular”, suplementaria a sus cometidos habituales. Posteriormente, comenzaron a organizar a lo largo del año diferentes acontecimientos de promoción de la salud. A diferencia de muchas pequeñas empresas de sus dimensiones, Sani-Dairy hace hincapié en la prevención de enfermedades dentro de su programa médico.

Las pequeñas empresas también pueden reducir la complejidad de los programas de promoción de la salud ofreciendo los servicios con una frecuencia menor que las empresas de mayores dimensiones. Los boletines informativos y el material de educación sanitaria pueden ser distribuidos trimestralmente, en lugar de mensualmente; puede celebrarse un número inferior de seminarios sobre salud en estaciones del año adecuadas o en el marco de campañas nacionales de carácter anual, como Heart Month, Great American Smoke Out o Cancer Prevention Week, en Estados Unidos.

- *“Aún no se ha demostrado que los programas den resultado.”* Las pequeñas empresas no tienen, sencillamente, ni el tiempo ni los recursos para realizar análisis formales de la relación coste/beneficio de sus programas de promoción de la salud. Se ven obligadas a confiar en experiencias esporádicas (que, a menudo, pueden resultar engañosas) o en la inferencia a partir de investigaciones realizadas en grandes empresas. “Lo que intentamos hacer es aprender de las empresas más grandes”, señala Shawn Connors, Presidente de The International Health Awareness Center, y añade: “Extrapolamos su información. Cuando ponen de manifiesto que están ahorrando dinero, consideramos que lo mismo nos va a suceder a nosotros”. Aunque muchas de las investigaciones publicadas que pretenden confirmar la eficacia de la promoción de la salud no estén exentas de fallos, Pelletier ha encontrado pruebas suficientes en los estudios realizados, que corroboran las impresiones sobre su valor (Pelletier 1991 y 1993).
- *“Carecemos de los conocimientos prácticos para diseñar un programa.”* Aunque ello sea cierto en la mayoría de los directivos de pequeñas empresas, no constituye, necesariamente, un obstáculo. Muchos de los organismos de salud de la Administración y de voluntariado facilitan, de forma gratuita o a bajo coste, los medios necesarios con instrucciones detalladas y materiales de muestra (véase la Figura 15.6) para la presentación de un programa de promoción de la salud. Además, muchos ofrecen asesoramiento especializado y servicios de consultoría. Por último, en la mayoría de las comunidades más grandes y en numerosas universidades existen consultores cualificados, con los que pueden negociarse contratos a corto plazo a cambio de unos honorarios relativamente modestos, que cubren la ayuda sobre el terreno para la adaptación de un programa concreto de promoción de la salud a las necesidades y circunstancias de una pequeña empresa, y la orientación sobre su ejecución.



- “No somos lo bastante grandes — carecemos del espacio necesario.” Esto es cierto en la mayoría de las pequeñas organizaciones, pero no debe paralizar un buen programa. La empresa puede “hacerse con” programas ofrecidos al vecindario por hospitales locales, agencias de salud de voluntariado, grupos médicos y organizaciones de la comunidad, subvencionando la totalidad o una parte de los honorarios que no queden cubiertos por el plan de seguro de enfermedad colectivo. Muchas de estas actividades deben realizarse fuera del horario de trabajo, por la tarde o los fines de semana, con lo que se evita que los participantes tengan que abandonar el lugar de trabajo.

### Ventajas del lugar de trabajo pequeño

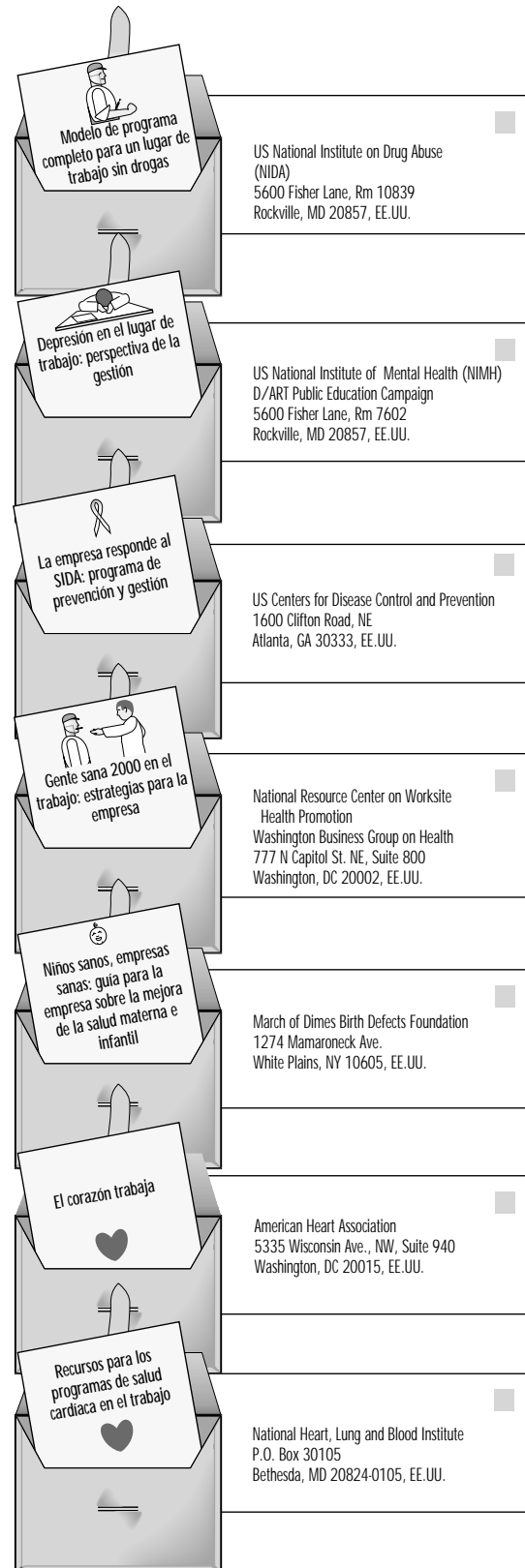
Aunque las pequeñas empresas afrontan importantes desafíos relacionados con los recursos financieros y administrativos, también tienen sus ventajas. Citemos algunas (Muchnick-Baku and Orrick 1992):

- *Orientación familiar.* Cuanto menor es la organización, más probable es que las empresas conozcan a sus trabajadores y familias. Ello puede facilitar que la promoción de la salud se convierta en un asunto empresa-familia por el que se creen vínculos y se promueva la salud.
- *Culturas de trabajo comunes.* En las pequeñas organizaciones hay menos diversidad entre los trabajadores que en las organizaciones más grandes, lo que facilita el desarrollo de programas más cohesionados.
- *Interdependencia de los trabajadores.* Los miembros de las pequeñas unidades son más dependientes entre sí. La ausencia de un trabajador por enfermedad, en especial si es prolongada, va a suponer una disminución sustancial de la productividad y a imponer una carga sobre los compañeros. Al mismo tiempo, la proximidad de los miembros de la unidad hace que la presión del grupo sea un estímulo más eficaz para participar en las actividades de promoción de la salud.
- *Accesibilidad de los altos directivos.* En una organización más pequeña, la dirección es más accesible y su trato con los trabajadores es más familiar, con lo que es más probable que la dirección sea más consciente de sus problemas y necesidades personales. Además, cuanto menor es la organización, más rápidamente el propietario/consejero delegado se verá envuelto, inmediatamente, en la toma de decisiones sobre las nuevas actividades del programa, evitándose los efectos, a menudo absurdos, de la burocracia que puede encontrarse en las grandes organizaciones. En una pequeña empresa, dicha persona clave está más capacitada para recabar el apoyo de la alta dirección, tan vital para el éxito de los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo.
- *Utilización eficaz de los recursos.* Debido a que son normalmente limitados, las pequeñas empresas tienden a ser más eficientes en la utilización de sus recursos. Es más probable que acudan a recursos de la comunidad, tales como los ofrecidos por los organismos de salud y sociales de voluntariado, de la Administración y empresariales, hospitales y centros escolares, en busca de medios poco onerosos para facilitar información y educación a los trabajadores y a sus familias (véase la Figura 15.6).

### Seguro de enfermedad y promoción de la salud en las pequeñas empresas

Cuanto más pequeña es la empresa, menor es la probabilidad de que ofrezca seguros de enfermedad colectivos a los trabajadores y a sus familiares. Es difícil para una empresa exigir a sus trabajadores que se preocupen por la salud, como un principio básico para ofrecerles actividades de promoción de la salud, cuando no disfrutan del seguro de enfermedad básico. Incluso si hubiesen

Figura 15.6 • Ejemplos de programas “hágalo usted mismo” de promoción de la salud en el lugar de trabajo que se ofrecen en Estados Unidos.



tenido acceso al mismo, los imperativos de costes constriñen a muchas pequeñas empresas a programas de seguros de enfermedad básicos, con coberturas muy reducidas.

Por otro lado, muchos planes colectivos cubren las exploraciones médicas periódicas, las mamografías y citologías, la vacunación y los cuidados adecuados de recién nacidos y niños. Lamentablemente, el desembolso económico que hay que hacer, antes de disfrutar de las prestaciones aseguradas, para cubrir los costes de los gastos no cubiertos y los sufragados parcialmente deducibles y las cuotas suele ser un elemento disuasorio de la utilización de los mencionados servicios de prevención. Para salvar este impedimento, algunas empresas han llegado a un acuerdo con los trabajadores para reembolsarles estos gastos; otras juzgan que es menos gravoso y complicado pagarlos como coste de explotación.

Además de incluir medidas de prevención en su cobertura, algunas compañías de seguros de enfermedad ofrecen programas de promoción de la salud para colectivos asegurados, normalmente a cambio de una comisión, aunque a veces no supone un coste suplementario. Por lo general, estos programas comprenden material impreso y/o audiovisual, aunque en determinados casos son más globales. Algunos resultan especialmente apropiados para las pequeñas empresas.

En un número cada vez mayor de áreas, las empresas y otras organizaciones han formado coaliciones de "acción sanitaria" para elaborar información y conocimientos, así como respuestas a problemas de orden sanitario que afectan a tales organizaciones y a su medio social. Muchas de estas coaliciones proporcionan a sus miembros asistencia para diseñar y aplicar programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo. Además, están apareciendo grupos operativos en un número creciente de zonas, donde estimulan la aplicación de actividades de promoción de la salud tanto en el lugar de trabajo como en la comunidad en general.

### Sugerencias para las pequeñas empresas

Las siguientes sugerencias contribuirán a garantizar la puesta en marcha y el funcionamiento satisfactorios de un programa de promoción de la salud en una pequeña empresa:

- *Integración del programa en otras actividades de la empresa.* El programa será más eficaz y menos costoso si se integra en los planes de prestaciones y seguros de enfermedad colectivos de la plantilla, en las políticas de relaciones laborales y el entorno empresarial, así como en la estrategia comercial de la empresa. Y lo que es más importante, deberá coordinarse con las prácticas y políticas de la empresa en materia de seguridad ambiental y laboral.
- *Análisis de los costes de la plantilla y de la empresa.* Puede haber enormes diferencias entre lo que los trabajadores desean y necesitan y lo que la empresa puede permitirse. La empresa debe ser capaz de asignar al programa los recursos necesarios, tanto en términos de desembolsos económicos como de tiempo y esfuerzo de los trabajadores. Sería inútil lanzar un programa que no pudiese proseguir por falta de recursos. Al mismo tiempo, las planificaciones presupuestarias deberían contemplar incrementos de las asignaciones de recursos para cubrir la expansión del programa, a medida que crezca y se vaya consolidando.
- *Participación de la plantilla y de sus representantes.* Una representación de todos los niveles jerárquicos de la empresa (es decir, alta dirección, supervisores, trabajadores de base) debería estar presente a la hora de diseñar, ejecutar y evaluar el programa. Cuando exista un sindicato, su líder y los delegados de personal también deberían participar. A veces, el contar con los sindicatos para la ejecución de un programa elimina la oposición latente a la dirección y fomenta los programas de la empresa destinados a la mejora del bienestar del trabajador, si los hay; asimismo, puede estimular al sindicato a promover el programa en otras empresas del mismo sector o de la misma zona.
- *Participación de cónyuges y familiares a cargo del trabajador.* Normalmente, los hábitos sanitarios son característicos de la familia. Debería enviarse material educativo al domicilio y, en la medida de lo posible, animar a los cónyuges y a otros familiares a participar en algunas de las actividades.
- *Aprobación y participación de la alta dirección.* Los altos directivos de la empresa deberían dar su aprobación al programa públicamente y confirmar su valor participando personalmente en alguna de las actividades.
- *Colaboración con otras organizaciones.* Siempre que sea posible, se deberán fomentar las economías de escala aunando fuerzas con otras organizaciones locales, utilizando las instalaciones de la comunidad, etc.
- *Confidencialidad de la información personal.* Se deberán realizar esfuerzos por mantener la confidencialidad de la información personal relativa a problemas de salud, resultados de pruebas e, incluso, participación en determinadas actividades, y por evitar la posible estigmatización.
- *Imagen positiva del programa y continua actualización.* Se deberá fomentar la imagen positiva del programa y difundir sus objetivos entre la opinión pública. Sin abandonar ninguna actividad útil, se deberá modificar el acento del programa para captar un interés renovado y evitar que parezca estancado. Una forma de lograrlo es recurrir a programas nacionales y de la comunidad, tales como National Heart Month y Diabetes Week, en Estados Unidos.
- *Facilitar la participación.* Las actividades que no puedan realizarse en el lugar de trabajo, deberían llevarse a cabo en lugares apropiados, próximos a la comunidad. Cuando sea inviable programarlas durante el horario laboral, podrán celebrarse a la hora de la comida o al término del turno de trabajo; en el caso de algunas actividades, pueden ser más adecuadas las tardes o los fines de semana.
- *Considerar la oferta de incentivos y la entrega de premios.* Entre los incentivos que suelen utilizarse para estimular la participación en programas y reconocer los logros, se encuentran las horas libres, las bonificaciones, la reducción de la contribución del trabajador a las primas del plan de seguro de enfermedad colectivo (seguro de enfermedad "en función del riesgo"), vales de regalo de comerciantes locales, premios sencillos, como camisetas, relojes y bisutería de poco valor, utilización de plazas de garaje privilegiadas y reconocimiento de los méritos en los boletines de la empresa y en el tablón de anuncios del lugar de trabajo.
- *Evaluación del programa.* La cifra de participantes y su tasa de abandono pondrán de manifiesto el grado de aceptación de las respectivas actividades. Los cambios cuantificables, tales como el abandono del tabaco, la pérdida o ganancia de peso, la reducción de los niveles de presión arterial o de colesterol, o los índices de capacidad física para el trabajo, demostrarán la eficacia del programa. Las encuestas periódicas a los trabajadores pueden servir para evaluar las actitudes hacia el programa y aportar sugerencias para su mejora. Por último, un análisis de datos tales como el absentismo, la rotación de personal, la evaluación de los cambios cualitativos y cuantitativos en la producción y la utilización de prestaciones de asistencia sanitaria pueden indicar a la organización el valor del programa.

## Conclusión

Aunque existen importantes retos que superar, no son insalvables. Los programas de promoción de la salud pueden ser más valiosos, y así ocurre a menudo, en las pequeñas empresas que en las grandes. Aunque resulta difícil obtener datos válidos, puede preverse que obtendrán resultados similares de mejora de la salud, del bienestar, del estado de ánimo y de la productividad de su plantilla. Lograrlo con recursos, a menudo limitados, exige una planificación y una ejecución meticulosas, la aprobación y el apoyo de los altos directivos, la participación de los trabajadores y de sus representantes, la integración del programa de promoción de la salud en las prácticas y políticas de la organización en materia de seguridad y salud, un plan de seguro de asistencia sanitaria y políticas y convenios trabajadores-dirección, y la utilización de material y servicios gratuitos y de bajo coste disponibles en la comunidad.

## ● FUNCION DEL SERVICIO DE SALUD DE LOS EMPLEADOS EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

*John W.F. Cowell*

Las principales funciones del servicio de salud de los empleados son el tratamiento de accidentes y enfermedades agudas que ocurren en el lugar de trabajo, la evaluación de la capacidad física para el desarrollo de la actividad laboral (Cowell 1986) y la prevención, detección y tratamiento de accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo. Sin embargo, también pueden desempeñar una función importante en los programas de prevención y mantenimiento de la salud. En este artículo, se dedica una atención especial a los servicios que una unidad corporativa específica puede prestar en este sentido.

Desde su creación, el servicio de salud de los empleados se ha ocupado también de la prevención de problemas de salud no relacionados con el trabajo. Las actividades tradicionales incluían la distribución de materiales de educación sanitaria, la preparación de artículos sobre promoción de la salud escritos por miembros del personal para su publicación en los periódicos de la empresa y, quizá lo más importante, los consejos sobre medidas preventivas que daban los médicos y enfermeras de salud laboral a trabajadores en los que habían detectado incidentalmente problemas de salud potenciales o incipientes. Los reconocimientos médicos periódicos para detectar posibles efectos derivados de las condiciones de trabajo han servido muchas veces para detectar un problema de salud incipiente no relacionado con el trabajo.

El director médico está estratégicamente situado para desempeñar un papel protagonista en los programas preventivos de la organización. La persona que ocupa este puesto disfruta de importantes ventajas, como la oportunidad de introducir medidas preventivas en servicios relacionados con el trabajo, el elevado respeto que le suelen demostrar los trabajadores y la buena relación que mantiene con la dirección de la empresa, que le permite introducir cambios en la estructura y en el ambiente de trabajo y obtener los recursos necesarios para desarrollar un programa eficaz de prevención.

En algunos casos, los programas preventivos no relacionados con el trabajo se ubican en otras divisiones de la organización, por ejemplo, en los departamentos de personal o recursos humanos. En general, esta separación no es conveniente, pero puede ser necesaria, por ejemplo, cuando los programas se

subcontratan a diferentes empresas externas; en ese caso debería existir al menos una coordinación y una estrecha colaboración con el servicio de salud de los empleados.

Dependiendo de la naturaleza y ubicación del lugar de trabajo y el compromiso de la organización con la prevención, estos servicios pueden ser muy completos, abarcando prácticamente todos los aspectos de la asistencia sanitaria, o bastante restringidos, limitándose a distribuir alguna información relacionada con la salud. Los programas globales son convenientes cuando el centro de trabajo está situado en una zona aislada en donde no existen servicios sanitarios; en estos casos, la empresa puede tener la obligación de proporcionar servicios completos de asistencia sanitaria, que suelen cubrir también a las personas a cargo de los trabajadores, para atraer y retener a una mano de obra leal, sana y productiva. El otro extremo suele producirse en situaciones en las que existe un buen sistema de asistencia sanitaria en la comunidad o cuando la organización es pequeña, carece de recursos o, con independencia de su tamaño, se muestra indiferente a la salud y el bienestar de sus trabajadores.

En este artículo, ninguno de estos extremos es objeto de consideración; por el contrario, la atención se centra en la situación más común y deseable, cuando las actividades y los programas organizados por el servicio de salud de los empleados complementan y suplen los servicios prestados por la comunidad.

### Organización de los servicios de prevención

Normalmente, los servicios de prevención en el lugar de trabajo abarcan educación y formación sanitaria, evaluaciones de la salud y reconocimientos médicos periódicos, programas de cribado para determinadas afecciones y asesoramiento en materia de salud.

La participación en cualquiera de estas actividades debe ser de carácter voluntario, y cualquier hallazgo o recomendación a título individual debe mantenerse confidencial entre el personal del servicio de salud laboral y el trabajador afectado, aunque, con su consentimiento, podrá informarse a su médico personal. Si no se respetan estos principios, el programa no podrá ser realmente eficaz. Se han aprendido y se siguen aprendiendo duras lecciones sobre la importancia de estas consideraciones. Los programas que no disfrutaban de la credibilidad y confianza de los trabajadores no consiguen ninguna participación o sólo una participación poco entusiasta. Si los trabajadores creen que la dirección ofrece estos programas de una forma manipuladora o interesada, es poco probable que se consigan los objetivos esperados.

Desde un punto de vista ideal, el personal asignado al servicio de salud laboral se encarga de los servicios de prevención en el lugar de trabajo, normalmente en colaboración con un departamento interno de educación de los trabajadores (si es que existe). Cuando el personal carece de tiempo o de los conocimientos prácticos necesarios, o cuando se requiere un equipo especial (por ejemplo, en el caso de las mamografías), los servicios pueden obtenerse contratando a un servicio externo. Como consecuencia de las peculiaridades de algunas organizaciones, estos contratos son a veces negociados por un directivo ajeno al servicio de salud laboral. Este suele ser el caso de las organizaciones descentralizadas: los directores locales de las fábricas son los que negocian los contratos de servicios ajenos a la empresa. Sin embargo, es conveniente que el director médico sea el responsable de establecer el marco del contrato, verificar la competencia de los posibles proveedores y vigilar su actuación. En estos casos, aunque pueden facilitarse informes a la dirección, los resultados individuales deben mantenerse en el servicio de salud o en ficheros confidenciales del contratista. En ningún

caso se debe permitir que esta información forme parte del expediente de cada trabajador, en el departamento de recursos humanos. Una de las grandes ventajas de que exista un servicio de salud es precisamente el poder mantener los registros de salud separados de los demás registros de la empresa bajo la supervisión de un profesional de la salud laboral y tener también la oportunidad de utilizar esta información como base para un seguimiento discreto con el fin de asegurar que los trabajadores tienen en cuenta las recomendaciones médicas importantes. Lo ideal sería que el servicio de salud laboral si es posible en colaboración con el médico personal de cada trabajador, proporcionara o supervisara los servicios recomendados de diagnóstico o tratamiento. Otros miembros del personal del servicio de salud laboral, como fisioterapeutas, masajistas terapéuticos, especialistas en ejercicio físico, dietistas, psicólogos y asesores en materia de salud aportarán también sus conocimientos prácticos cuando sea necesario.

Las actividades de promoción y protección de la salud realizadas por el servicio de salud laboral deben complementar su principal función de prevención y tratamiento de accidentes y enfermedades profesionales. Cuando se introducen y gestionan adecuadamente estas medidas, pueden mejorar mucho el programa básico de salud y seguridad laboral, pero en ningún caso deben desplazarlo o dominarlo. Asignar la responsabilidad de los servicios preventivos al servicio de salud de los empleados facilita la integración sin fisuras de ambos programas y permite la utilización óptima de los recursos.

## Elementos del programa

### **Educación y formación**

El objetivo en este caso es informar y motivar a los trabajadores y a las personas a su cargo para que elijan y mantengan unas formas de vida sanas. La intención es capacitarles para que puedan cambiar sus hábitos relacionados con la salud y disfrutar de una vida más larga, sana, divertida y productiva.

Pueden utilizarse distintas técnicas de comunicación y estilos de presentación. Cuando existen restricciones presupuestarias, es muy útil preparar una serie de folletos atractivos y de fácil lectura y ofrecerlos en las salas de espera, distribuirlos a través del correo interno de la empresa o enviarlos por correo a los domicilios de los trabajadores. Son quizá más útiles cuando se entregan a los trabajadores al mismo tiempo que se comenta un determinado problema de salud. El director médico o la persona que dirige el programa de prevención debe hacer un gran esfuerzo para asegurar que su contenido sea pertinente y relevante y que se presente con un lenguaje y unos términos que comprendan los trabajadores (a veces se necesitan ediciones diferentes para distintas cohortes de una plantilla diversa).

Asimismo, pueden organizarse presentaciones en el lugar de trabajo realizadas por un miembro del servicio de salud laboral o por ponentes invitados, sobre temas de salud de interés. Las reuniones a la hora del almuerzo (a las que los trabajadores se llevan comida de su casa y comen mientras escuchan) son un mecanismo popular para celebrar este tipo de encuentros sin interferir en los horarios de trabajo. Los pequeños grupos interactivos dirigidos por un profesional sanitario bien informado son especialmente adecuados para trabajadores que comparten un determinado problema de salud; la presión de los compañeros suele constituir una fuerte motivación para seguir las recomendaciones sobre salud. Los consejos individuales son, por supuesto, excelentes, pero exigen mucho trabajo y deberían reservarse sólo a situaciones especiales. No obstante, siempre debe permitirse el acceso a una fuente de información fiable para responder a las preguntas de los trabajadores.

Algunos temas frecuentes son: abandono del tabaco, tratamiento del estrés, abuso del alcohol y de las drogas, nutrición y control del peso, vacunaciones, consejos para los viajes y enfermedades de transmisión sexual. Suele hacerse hincapié en el control de los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares y coronarias, como la hipertensión y los perfiles anormales de lípidos en sangre. Otros temas frecuentes son el cáncer, la diabetes, las alergias, la autoasistencia para dolencias comunes de escasa importancia y la seguridad doméstica y vial.

Algunos temas se prestan a una demostración y participación activas, como los cursos de reanimación cardiopulmonar o de primeros auxilios, los ejercicios para prevenir dolores de espalda y tensiones repetitivas, los ejercicios de relajación y el aprendizaje de técnicas de autodefensa, que suelen ser de enorme interés para las mujeres.

Finalmente, "las ferias de salud" periódicas, con demostraciones de las agencias locales de salud voluntarias y casetas en las que se realizan reconocimientos a todo el que lo solicita, constituyen una forma popular de generar entusiasmo e interés.

### **Reconocimientos médicos periódicos**

Además de los reconocimientos médicos periódicos reglamentados o recomendados a los trabajadores expuestos a determinados trabajos o peligros ambientales, muchos servicios de salud laboral ofrecen chequeos médicos periódicos más o menos completos. Cuando el personal y los recursos materiales son escasos, los reconocimientos pueden realizarse, normalmente a expensas de la empresa, en centros locales o en las consultas de médicos privados (es decir, contratados). En el caso de lugares de trabajo situados en comunidades que carecen de estos servicios, debe organizarse la visita a la fábrica de una unidad móvil o instalar furgonetas de exploración en la zona de aparcamiento.

En un principio, la mayoría de las organizaciones ofrecían estos reconocimientos exclusivamente a los ejecutivos y altos directivos. En algunos casos, se extendían a los demás trabajadores que habían prestado un número mínimo de años de servicio o que sufrían un problema médico conocido. Estos reconocimientos solían incluir un historial médico completo y una exploración complementada con toda una batería de pruebas de laboratorio, radiografías, un electrocardiograma y pruebas de esfuerzo, así como exploración de todos los orificios corporales. Siempre que la empresa estuviera dispuesta a pagar los honorarios, los centros privados que realizaban estos reconocimientos no tardaban en añadir pruebas, a medida que iban surgiendo nuevas tecnologías. En las organizaciones preparadas para un servicio más elaborado, los reconocimientos se ofrecían como parte de una breve estancia en algún centro acreditado de cuidados de salud. Aunque con frecuencia se hacían diagnósticos útiles e importantes, los falsos positivos eran también frecuentes y, en cualquier caso, los reconocimientos realizados en estos entornos eran costosos.

En las últimas décadas, como consecuencia de las crecientes presiones económicas, la tendencia hacia la equidad y, principalmente, los resultados de las evaluaciones sobre la viabilidad de los reconocimientos, se han impuesto los reconocimientos médicos para toda la plantilla, aunque menos completos que los que se realizaban antes.

El US Preventive Services Task Group publicó una evaluación de la eficacia de 169 intervenciones preventivas (1989). La Figura 15.7 presenta un útil programa de reconocimientos preventivos a lo largo de la vida laboral y las pruebas adecuadas para adultos sanos que ocupan puestos directivos de poco riesgo (Guidotti, Cowell y Jamieson 1989). Gracias a estas actividades, los reconocimientos médicos periódicos se han hecho menos costosos y más eficientes.

Figura 15.7 • Programa de vigilancia de la salud a lo largo de toda la vida.

	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60		
Historia clínica completa	■										■											■											■
Hábito enólico						■					■					■						■					■						
Hábito tabáquico																																	
Historial emocional y sexual																																	
Actividad y ejercicio físico																																	
Hábitos alimenticios																																	
Historia laboral																																	
	30										40											50										60	
Reconocimiento físico completo	■										■											■										■	
Tensión arterial				■			■			■				■					■				■				■						■
Peso y talla													■		■				■				■				■						■
Vista				■						■													■										■
Oído																								■									■
Examen oral																																	
Examen mamario		■																															
Examen pélvico		■																															
Examen rectal																																	
Sangre en las heces																																	
	30										40											50										60	
Recuento hematológico completo																																	
Glucosa en suero																																	
Lípidos en suero (colesterol y triglicéridos)																																	
Análisis de orina (químico, tiras react.)																																	
Análisis de orina (microscópico)																																	
Diagnóstico de enfermedades venéreas																																	
PPD (tuberculosis)																																	
	30										40											50										60	
Tonometría																																	
Espirometría																																	
Electrocardiografía																																	
Citología																																	
Proctosigmoidoscopia																																	
	30										40											50										60	
Mamografía																																	

**Reconocimientos periódicos**

Estos programas están diseñados para la detección precoz de problemas de salud o enfermedades que permita su curación o control y para detectar síntomas precoces relacionados con hábitos nocivos para la salud que, si consiguen modificarse, pueden prevenir o retrasar la aparición de enfermedades o un envejecimiento prematuro.

La atención suele centrarse en enfermedades cardiorrespiratorias, metabólicas (diabetes), musculoesqueléticas (espalda, microtraumatismos repetitivos) y detección precoz del cáncer (colorrectal, pulmonar y de mama).

Algunas organizaciones ofrecen periódicamente una valoración del riesgo para la salud (VRS) utilizando un cuestionario para averiguar los hábitos relacionados con la salud y los síntomas que podrían tener importancia. Esta valoración suele

completarse con mediciones físicas como altura y peso, grosor del pliegue cutáneo, presión arterial, análisis de orina y determinación del nivel de colesterol en sangre mediante un simple "pinchazo en el dedo". Otras organizaciones realizan programas masivos de reconocimientos para detectar ciertos problemas de salud; los más frecuentes son los destinados a detectar hipertensión, diabetes, elevados niveles de colesterol en sangre y cáncer. La discusión sobre las pruebas que son más útiles está fuera del ámbito de este artículo. Sin embargo, el director médico puede desempeñar un papel crítico en la selección de los procedimientos más apropiados para la población y evaluar la sensibilidad, especificidad y valores predictivos de las pruebas que se están barajando. Especialmente cuando se contrata a personal temporal o a servicios externos para realizar estos reconocimientos, es importante que el director médico verifique sus

cualificaciones y su formación para garantizar la calidad de sus actuaciones. De igual importancia es la rápida notificación de los resultados a las personas exploradas, la disponibilidad inmediata de pruebas de confirmación y procedimientos de diagnóstico para las personas que han dado resultados positivos o equivocados, el acceso a una fuente de información fiable para los que desean hacer preguntas y un sistema organizado de seguimiento para promover el cumplimiento de las recomendaciones. Cuando no existe un servicio de salud laboral o éste no participa en el programa de cribado, estas consideraciones suelen pasarse por alto, con la consiguiente pérdida de valoración del programa.

### **Acondicionamiento físico**

En muchas grandes organizaciones, los programas de mantenimiento de la capacidad física para el trabajo constituyen el núcleo del programa de promoción y mantenimiento de la salud. Estos programas incluyen actividades aeróbicas para acondicionar el corazón y los pulmones y ejercicios de fuerza y elasticidad para acondicionar el sistema musculoesquelético.

En las organizaciones que disponen de instalaciones deportivas propias, éstas suelen estar bajo la dirección del servicio de salud laboral. En esos casos, las instalaciones pueden utilizarse no sólo para los programas de mantenimiento de la capacidad física para el trabajo sino también para realizar ejercicios de prevención o alivio de dolores de espalda, síndromes de mano y hombro y otras lesiones. Asimismo, se facilita el control médico de los programas especiales de ejercicio para trabajadores que se han reincorporado después de un embarazo, una operación quirúrgica o un infarto de miocardio.

Los programas de acondicionamiento físico pueden ser eficaces, pero requieren la estructuración y dirección de personal debidamente formado, que sepa cómo guiar a una persona con limitaciones físicas para que alcance un estado adecuado para el trabajo. Para evitar posibles efectos secundarios, todas las personas que participen en un programa de mantenimiento de la capacidad física para el trabajo deberían someterse a una evaluación médica apropiada, que puede ser realizada por el servicio de salud laboral.

### **Evaluación de los programas**

El director médico está en una posición ventajosa para evaluar el programa de educación y promoción de la salud de la organización. Los datos acumulados a partir de valoraciones del riesgo para la salud, reconocimientos médicos y cribado, visitas al servicio de salud laboral, absentismo debido a enfermedades o accidentes, etc., cuando se aplican a una determinada cohorte de trabajadores o a la totalidad de la plantilla, pueden ser cotejados con evaluaciones de la productividad, costes de indemnización por accidentes de trabajo, seguros médicos y otros datos para la gestión, con el fin de proporcionar, al cabo del tiempo, una estimación de la eficacia del programa. Este tipo de análisis permite identificar lagunas y deficiencias que sugieran la necesidad de modificar el programa y, al mismo tiempo, demostrar a la dirección la conveniencia de seguir asignando los recursos necesarios. Se han publicado fórmulas para calcular el coste/beneficio de estos programas (Guidotti, Cowell y Jamieson 1989).

### **Conclusión**

Existen numerosas pruebas en la literatura mundial de la utilidad de los programas preventivos en el lugar de trabajo (Pelletier 1991 y 1993). El servicio de salud laboral se encuentra en una posición óptima para dirigir estos programas o, como mínimo, para participar en el diseño y la supervisión de su ejecución y sus resultados. El director médico está estratégicamente situado para combinar estos programas con actividades orientadas a la salud y

la seguridad laboral y alcanzar ambos objetivos, tanto en beneficio de los trabajadores (y sus familias, cuando se incluyen en el programa) como de la organización.

## **PROGRAMAS DE MEJORA DE LA SALUD EN MACLAREN INDUSTRIES, INC.: ESTUDIO DE CASO**

*Ian M.F. Arnold y Louis Damphousse*

### **Introducción**

#### **La organización**

James Maclaren Industries Inc., el entorno industrial utilizado para este estudio de caso, es una empresa papelera situada en la región occidental de la provincia de Quebec (Canadá). Esta filial de Noranda Forest, Inc., tiene tres grandes divisiones: una fábrica de pasta, una fábrica de papel prensa y una central de energía hidroeléctrica. La industria papelera es la industria local predominante y la empresa objeto del estudio tiene más de 100 años de antigüedad. La plantilla, de unos 1.000 trabajadores, pertenece a la localidad y es frecuente encontrar familias cuyas sucesivas generaciones han trabajado para esta empresa. La lengua oficial de trabajo es el francés, pero la mayoría de los trabajadores son funcionalmente bilingües, dominando el francés y el inglés. Los servicios de salud en el trabajo propios de la compañía tienen una larga historia (más de 40 años). Aunque los servicios eran en un principio de naturaleza "tradicional", se ha producido una tendencia creciente hacia el enfoque preventivo durante los últimos años, en línea con la filosofía de la "mejora continua" adoptada en toda la organización Maclaren.

#### **Prestación de servicios de salud en el trabajo**

El médico del trabajo tiene asignadas tareas a nivel de la compañía y de los distintos centros de trabajo y depende directamente del director de salud, seguridad y mejora continua; este último depende a su vez directamente del presidente de la compañía. En los dos principales centros de trabajo (la fábrica de pasta, con 390 trabajadores y la fábrica de papel prensa, con 520), se han contratado a tiempo completo enfermeras especializadas en salud laboral, que dependen directamente del médico en todas las cuestiones relacionadas con la salud. La enfermera que trabaja en la fábrica de papel prensa se encarga también de la división de energía/forestal (60 trabajadores) y de la sede central (50 trabajadores). Un higienista contratado a tiempo completo para toda la compañía y el personal de seguridad de los tres centros de trabajo completan el equipo de profesionales de la salud y cuestiones afines.

#### **El enfoque preventivo**

La prevención de enfermedades y accidentes corre a cargo de un equipo de salud laboral e higiene y seguridad industriales, que cuenta con el apoyo de todas las partes interesadas. Los métodos utilizados normalmente no diferencian entre prevención dentro y fuera del ámbito de trabajo. Se considera que la prevención refleja una actitud o cualidad del trabajador, una actitud que no se abandona ni se adopta al salir o entrar de la fábrica. Otra característica de este planteamiento es la idea de que la prevención puede experimentar una mejora continua, idea apoyada por la decisión que ha tomado la empresa de auditar sus distintos programas.

### **Mejora continua de los programas de prevención**

Los programas de salud, higiene industrial, medio ambiente, preparación para emergencias y auditoría de seguridad constituyen una parte esencial del enfoque de la mejora continua. Los resultados de las auditorías, aunque hacen referencia a problemas relacionados con el cumplimiento de las políticas y la legislación, insisten también en la "mejor práctica de gestión", es decir, en las áreas que se considera que pueden experimentar una mejora. De esta forma, los programas de prevención se evalúan repetidamente y se proponen ideas válidas para conseguir los objetivos preventivos de los programas de salud en el trabajo y otros programas relacionados.

### **Reconocimientos médicos**

Los nuevos trabajadores que se incorporan a la empresa son sometidos a un reconocimiento médico previo a dicha incorporación. Este reconocimiento está diseñado para poner de manifiesto los efectos de la exposición (química, física o biológica) presente en el lugar de trabajo. Conforme a los resultados de la evaluación previa a la incorporación, se formulan recomendaciones indicando la capacidad física para el trabajo y las restricciones específicas del puesto. Estas recomendaciones tienen como finalidad reducir el riesgo de accidentes y enfermedades de los trabajadores. La educación para la salud forma parte del reconocimiento y su propósito es concienciar a los trabajadores de la posible repercusión en el hombre de los factores de riesgo que existen en el lugar del trabajo. Se hace también hincapié en las medidas para reducir los riesgos, especialmente los relacionados con la salud personal.

Los programas vigentes de evaluación de la salud se basan en la exposición a factores de riesgo en el lugar de trabajo. El programa de conservación de la audición es un buen ejemplo de un programa diseñado para prevenir un efecto sobre la salud. Se hace hincapié en la necesidad de reducir el ruido en la fuente y los trabajadores participan en la evaluación de las prioridades de reducción de ruidos. Cada cinco años, se realiza una evaluación audiométrica. Esta evaluación ofrece una excelente oportunidad para informar a los trabajadores de los síntomas de la pérdida de audición inducida por el ruido y de las medidas preventivas. Por otra parte, ayuda a evaluar la eficacia del programa de control. Se aconseja a los trabajadores que sigan las mismas recomendaciones fuera del trabajo, es decir, que utilicen protectores auditivos y que disminuyan su exposición al ruido.

Asimismo, se realizan evaluaciones de la salud relacionadas con riesgos concretos para trabajadores que realizan tareas especiales, como extinción de incendios, labores de rescate, operaciones en instalaciones de tratamiento de aguas, tareas que requieren una exposición excesiva a elevadas temperaturas, manejo de grúas y conducción de vehículos. Igualmente, los trabajadores que utilizan aparatos de protección de las vías respiratorias tienen que someterse a una evaluación para determinar si su estado de salud les permite utilizar dichos aparatos. También se evalúan los riesgos de exposición a los que se ven expuestos los trabajadores de los contratistas.

### **Información en materia de riesgos para la salud**

Está establecida legalmente la obligación de facilitar a todos los trabajadores información sobre los peligros y riesgos para la salud. Se trata de una amplia tarea que incluye la educación de los trabajadores acerca de los efectos sobre la salud de determinadas sustancias a las que pueden estar expuestos. Entre los ejemplos de estas sustancias figuran una serie de agentes que afectan a las vías respiratorias, ya sean subproductos de las reacciones de otros materiales o un peligro por exposición directa. En este sentido, pueden citarse materiales como el dióxido de azufre, el

sulfuro de hidrógeno, el cloro, el dióxido de cloro, el monóxido de carbono, los óxidos de nitrógeno y los gases de soldadura. Las Fichas Técnicas de Seguridad (FTS) constituyen la principal fuente de información sobre este tema. Lamentablemente, las fichas de los proveedores no destacan por la calidad de la información que contienen sobre salud y toxicidad y no siempre están disponibles en las dos lenguas oficiales. Esta deficiencia está siendo solventada en uno de los centros de trabajo de la empresa (y lo mismo se hará en los demás) mediante el desarrollo de fichas de información sobre salud que ocupan una única página, elaboradas a partir de una base de datos extensa y reconocida (utilizando un sistema de software para generar FTS disponible en el mercado). Este proyecto fue puesto en marcha, con el apoyo de la empresa, por los miembros de un comité paritario de salud y seguridad, un proceso que no sólo resolvía un problema de comunicación, sino que fomentaba la participación de todas las partes en el lugar de trabajo.

### **Programas de detección precoz de la hipercolesterolemia**

La empresa ha introducido un programa voluntario de detección precoz de la hipercolesterolemia para los trabajadores de todos los centros de trabajo. Se ofrecen recomendaciones acerca de los efectos sobre la salud de unos niveles elevados de colesterol, el seguimiento médico en los casos indicados (realizado por médicos de familia) y la nutrición. Los centros de trabajo que disponen de servicio de cafetería ofrecen a los trabajadores dietas alternativas. El personal de salud prepara también folletos sobre nutrición para los trabajadores y sus familias, con el fin de ayudarles a conocer y reducir sus factores de riesgo para la salud.

### **Programas de detección precoz de la hipertensión arterial**

Conjuntamente con los programas comunitarios anuales sobre la salud cardiovascular ("Mes del Corazón"), y de forma periódica, la empresa insiste en que los trabajadores comprueben su presión arterial y, en caso necesario, la controlen. Los trabajadores reciben consejos para que conozcan, tanto ellos como, indirectamente, sus familias, los problemas de salud que produce la hipertensión y para que soliciten ayuda a través de los recursos médicos de su comunidad, en caso de que necesiten un seguimiento o tratamiento posteriores.

### **Programas de asistencia a los empleados y a sus familias**

Los problemas que repercuten en el rendimiento de un trabajador suelen ser el resultado de dificultades ajenas al lugar de trabajo. En muchos casos, se trata de dificultades relacionadas con el entorno social del trabajador, ya sea su familia o la comunidad en la que reside. Existen sistemas de consultas internas y externas. La empresa aplica desde hace más de cinco años un programa de asistencia a los empleados (ampliado recientemente a sus familias). El programa presta todos los años asistencia a casi el 5 % de los trabajadores. Este programa recibe mucha publicidad y se insiste en que los trabajadores acudan a él tan pronto como lo necesiten. Las opiniones manifestadas por los trabajadores indican que el programa ha sido un factor importante para reducir y prevenir el deterioro del rendimiento laboral. Las razones más frecuentes para utilizar el programa de asistencia reflejan problemas familiares y sociales (90 %); los problemas con el alcohol o las drogas representan sólo un pequeño porcentaje del total de los casos atendidos (10 %).

En el marco del programa de asistencia a los empleados, el centro ha establecido un proceso de información sobre incidentes que entrañen gravedad. Los accidentes graves o con resultado de muerte pueden tener un efecto extremadamente perturbador en los trabajadores. Existe también la posibilidad de que se produzcan importantes consecuencias a largo plazo, no

sólo para el funcionamiento eficiente de la compañía, sino, en especial, para las personas involucradas en el incidente.

### **Programas de bienestar**

Una reciente novedad ha sido la decisión de dar los primeros pasos hacia el desarrollo de un programa de "bienestar" dirigido a la prevención de enfermedades, utilizando un enfoque integrado. Este programa tiene varios componentes: capacidad cardiorrespiratoria, condición física, nutrición, abandono del tabaco, gestión del estrés, cuidados para la espalda, prevención del cáncer y abuso de sustancias. Algunos de ellos ya han sido mencionados en este estudio de caso. Sin embargo, otros (no comentados en este artículo) se irán introduciendo de manera progresiva.

### **Programas especiales de información**

1. *VIH/SIDA.* La aparición del VIH/SIDA en la población general determinó la necesidad de facilitar información a la comunidad laboral, por dos razones: disipar el miedo al contagio si se conociera un caso entre los trabajadores y asegurar que los trabajadores conocen las medidas preventivas y los hechos "reales" sobre la posibilidad de transmisión. Para alcanzar estos dos objetivos, se organizó un programa de información que se propuso con carácter voluntario a los trabajadores. Asimismo, se facilitaron folletos y documentación en los centros de salud.
2. *Comunicación de los resultados de estudios de investigación.* A continuación, se ofrece el ejemplo de dos recientes comunicaciones de los resultados de estudios de investigación de la salud en áreas consideradas de especial interés para los trabajadores.
  - *Estudios sobre radiaciones electromagnéticas.* Los resultados del estudio sobre radiaciones electromagnéticas realizado por Electricité (EDF), Hydro Quebec, y Ontario Hydro (Thériault 1994), se dieron a conocer a todos los trabajadores expuestos o potencialmente expuestos. Los objetivos de la comunicación eran prevenir un temor injustificado y facilitar a los trabajadores conocimientos de primera mano sobre cuestiones que afectaban a su lugar de trabajo y, potencialmente, a su salud.
  - *Estudios sobre los efectos de las condiciones de trabajo.* Varios estudios realizados sobre la industria papelera hacen referencia a las consecuencias para la salud derivadas de trabajar en esta industria. Los resultados investigados han sido la incidencia del cáncer y la mortalidad producida por el cáncer. Están previstas comunicaciones dirigidas a los trabajadores para garantizar que conocen la existencia de estos estudios y de sus resultados, cuando se disponga de los mismos. Los objetivos son disipar el miedo y asegurar que los trabajadores tienen la oportunidad de conocer los resultados de estudios pertinentes para su profesión.
3. *Temas de interés para la comunidad.* Como parte de su enfoque preventivo, la empresa ha contactado con médicos de la comunidad y les ha invitado a visitar el lugar de trabajo y a conocer al personal dedicado a la prevención de riesgos laborales. Al mismo tiempo, se han organizado presentaciones sobre asuntos relacionados con la industria papelera. De esta forma, se ha contribuido a que los médicos locales conozcan las condiciones de trabajo, incluidas las exposiciones potencialmente peligrosas, así como los requisitos de los puestos de trabajo de los trabajadores. Como resultado, la compañía y los médicos han trabajado conjuntamente para reducir los posibles efectos perniciosos de lesiones y enfermedades.

Asimismo, se han celebrado reuniones comunitarias para facilitar información sobre cuestiones ambientales relacionadas con las actividades de la empresa y para ofrecer a los ciudadanos locales la oportunidad de formular preguntas sobre temas que les preocupen (entre ellos, los relacionados con la salud). De esta forma, se ha llevado la prevención al ámbito de la comunidad.

4. *Futuras tendencias en la prevención.* Se están estudiando técnicas de modificación del comportamiento para mejorar aún más el nivel global de salud de los trabajadores y para reducir lesiones y enfermedades. Estas modificaciones no sólo tendrán un efecto positivo en la salud de los trabajadores en el lugar de trabajo, sino también en su entorno familiar.

La participación de los trabajadores en la toma de decisiones sobre la salud y la seguridad es ya una realidad a través de los Comités Paritarios de Salud y Seguridad. Se está realizando un esfuerzo para extender esta colaboración a trabajadores de otras áreas.

### **Conclusiones**

Los principales elementos del programa de Maclaren son los siguientes:

- compromiso firme de la dirección con la promoción y protección de la salud;
- integración de los programas de salud en el trabajo con los programas centrados en problemas de salud no relacionados con el trabajo;
- participación de todas las partes implicadas en el lugar de trabajo en la planificación, ejecución y evaluación de los programas;
- coordinación con los centros de asistencia sanitaria de la comunidad, así como con proveedores y organismos públicos;
- enfoque progresivo hacia la expansión de los programas;
- auditorías de la eficacia de los programas para identificar problemas que deban ser resueltos y áreas que pueden mejorarse, junto con planes de acción para asegurar actividades apropiadas de seguimiento;
- integración eficaz de todas las actividades relacionadas con el medio ambiente, la salud, la higiene y la seguridad.

Este estudio de caso se ha centrado en programas vigentes dirigidos a mejorar la salud de los trabajadores y a prevenir efectos nocivos y evitables en la salud. Las posibilidades de mejorar este enfoque son infinitas y especialmente acordes con el planteamiento de mejora continua que ha adoptado la empresa.

## **FUNCION DEL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN: ESTUDIO DE CASO**

**Wayne N. Burton**

First Chicago Corporation es la sociedad de cartera del First National Bank of Chicago, que ocupa el décimoprimer lugar en la lista de los principales bancos de Estados Unidos. La empresa tiene 18.000 trabajadores, el 62 % de los cuales son mujeres. La media de edad es de 36,6 años. La mayoría de los empleados trabajan en los estados de Illinois, Nueva York, Nueva Jersey y Delaware. El grupo tiene unos 100 centros de trabajo, cuyo tamaño varía desde diez hasta más de 4.000 trabajadores. Los seis centros de trabajo de mayor tamaño, todos ellos con más de



500 trabajadores (que en total representan el 80 % de la plantilla), poseen servicios de salud laboral, administrados por el Departamento Médico de la sede central en colaboración con los directores locales de recursos humanos. Los centros de trabajo de menor tamaño son atendidos por enfermeras especializadas en salud laboral y participan en los programas a través de materiales impresos, cintas de vídeo, comunicación telefónica y, en el caso de programas especiales, mediante la contratación de proveedores locales.

En 1982, el Departamento Médico y el de Administración de Prestaciones de la empresa establecieron un Programa de Bienestar global, administrado por el Departamento Médico. Sus objetivos incluyen la mejora de la salud general de los trabajadores y de sus familias para reducir en lo posible los costes innecesarios de asistencia sanitaria y prestaciones por incapacidad.

### La necesidad de datos sobre asistencia sanitaria

Para que First Chicago pudiera adquirir cierto grado de control sobre la escalada de sus costes de asistencia sanitaria, los Departamentos Médicos y de Administración de Prestaciones decidieron que se precisaba un conocimiento detallado del origen de dichos gastos. En 1987, se sentían frustrados por la escasa calidad y cantidad de los datos sobre asistencia sanitaria de que disponían para diseñar, ejecutar y evaluar estratégicamente los programas de promoción de la salud. Decidieron contratar a dos consultores informáticos para que les ayudaran a construir una base de datos interna, que se denominó Sistema de Información sobre Medicina y Enfermería del Trabajo (OMNI) (Burton y Hoy 1991). Para mantener la confidencialidad del sistema, éste se encuentra en el Departamento Médico.

La base de datos OMNI contiene información sobre la demanda de servicios sanitarios de carácter hospitalario y ambulatorio, prestaciones por incapacidad y de indemnización por accidentes de trabajo, servicios prestados por el programa de asistencia a los empleados (PAE) del Banco, registros del absentismo laboral, participación en programas de bienestar, valoraciones del riesgo para la salud (VRS), medicamentos prescritos y resultados de las pruebas de laboratorio y las exploraciones físicas. Los datos se analizan periódicamente para evaluar el efecto del Programa de Bienestar y para sugerir cualquier cambio que pueda ser conveniente.

### Programa de Bienestar de First Chicago

El Programa de Bienestar incluye una amplia gama de actividades, entre las que figuran las siguientes:

- *Educación para la salud.* Los trabajadores reciben folletos sobre una gran variedad de temas. El Banco publica un boletín sobre bienestar (Wellness Newsletter) que se envía a todos los trabajadores y se complementa con los artículos que aparecen en otras publicaciones del Banco y en los tableros de anuncios de las cafeterías. En los centros de trabajo, se proyectan cintas de vídeo sobre temas relacionados con la salud, y los trabajadores pueden llevarse muchas de ellas para verlas en su propio domicilio. En los principales centros de trabajo, todas las semanas se organizan al mediodía talleres, seminarios y conferencias sobre temas como salud mental, nutrición, violencia, salud de la mujer y enfermedades cardiovasculares.
- *Consejos individuales.* Los servicios de salud de los empleados cuentan con enfermeras diplomadas que responden a las preguntas de los trabajadores y les ofrecen consejos individuales, ya sea en persona o por teléfono en el caso de los lugares de trabajo más pequeños.

- *Valoración del riesgo para la salud.* En los centros de trabajo provistos de un servicio de salud laboral, la mayoría de los nuevos trabajadores, y periódicamente todos los demás, pueden someterse voluntariamente a una valoración del riesgo para la salud realizada por ordenador. Esta valoración también se ofrece periódicamente a los trabajadores de algunos centros satélite del Banco.
- *Reconocimientos médicos periódicos.* Estas exploraciones se ofrecen con carácter voluntario al personal directivo. En Illinois, las trabajadoras pueden someterse si lo desean a una exploración médica anual que incluye un frotis cervical "Papanicolau" y una exploración de mamas. En los centros de trabajo dotados de un servicio de salud laboral, se realizan cribados para la detección de hipertensión, diabetes, cáncer de mama y niveles elevados de colesterol.
- *Prejubilación.* Todos los trabajadores pueden acceder a reconocimientos médicos de prejubilación cada tres años a partir de los 55 años y hasta su jubilación. El Banco organiza un seminario de prejubilación que incluye sesiones sobre cómo envejecer con buena salud.
- *Programas de promoción de la salud.* El Banco negocia tarifas reducidas con los proveedores locales para los trabajadores que participan en los programas de mantenimiento de la capacidad física para el trabajo. Asimismo, en los centros de trabajo se ofrecen, con carácter gratuito, programas sobre educación prenatal, abandono del tabaco, educación del estrés, pérdida de peso, bienestar infantil, reducción de los factores de riesgo cardiovascular y educación en relación con el cáncer de piel y la autoexploración de las mamas.
- *Cursos de reanimación cardiopulmonar (RCP) y primeros auxilios.* Se organizan cursos de RCP para todo el personal de seguridad y los trabajadores designados. Asimismo, se ofrecen clases sobre RCP y primeros auxilios en niños.
- *Programas de vacunación.* La vacuna de la Hepatitis B se ofrece a todos los trabajadores del servicio de salud que puedan entrar en contacto con sangre o fluidos biológicos. Las vacunas que se proporcionan al personal que viaja al extranjero, incluidas las del tétanos y la difteria, dependen del riesgo de infección de las zonas que visiten. Se les explica a los trabajadores la utilidad de la vacuna contra la gripe y se les remite a sus respectivos médicos de atención primaria o al departamento local de salud para su vacunación.

### Programa de salud para la mujer

En 1982, el First National Bank of Chicago observó que más del 25 % de los costes de la asistencia sanitaria de los trabajadores y de sus familias estaban relacionados con la salud de la mujer. Por otra parte, más del 40 % de todas las ausencias por incapacidad temporal de los trabajadores (es decir, inferiores a seis meses de duración) se debían a la gestación. Para controlar estos costes y ayudar a asegurar una asistencia sanitaria de alta calidad y bajo coste, se desarrolló un programa global orientado a la prevención y a la detección y control precoces de los problemas de salud de la mujer (Burton, Erikson y Briones 1991). En la actualidad, el programa incluye los siguientes servicios:

- *Programa obstétrico y ginecológico en el lugar de trabajo.* Desde 1985, un ginecólogo procedente de un importante hospital universitario trabaja a tiempo parcial en la sede central del Banco en Chicago. Periódicamente, se desplaza a otros dos centros de trabajo, y está previsto introducir el programa en otro centro más. El Departamento Médico de la sede central ofrece, con carácter voluntario, exploraciones médicas anuales a todas las trabajadoras acogidas al plan de prestaciones con autoaseguramiento del Banco (en el caso de los trabajadores que han optado por una organización de mantenimiento de la salud

(HMO), los médicos de la HMO pueden realizar estas exploraciones). La exploración incluye un historial médico, exploración física general y ginecológica, pruebas de laboratorio, como frotis cervical "Papanicolau" para la detección del cáncer cervical y otras pruebas indicadas según el caso.

Además de realizar exploraciones y consultas, el ginecólogo organiza también seminarios sobre problemas de salud de la mujer. Este programa ginecológico en el lugar de trabajo ha demostrado ser una manera práctica y rentable de promover la prevención de los problemas de salud.

- *Educación preconcepcional y prenatal.* Estados Unidos ocupa el puesto vigésimocuarto en la lista de mortalidad infantil de los países desarrollados. En First Chicago, las demandas relacionadas con la gestación representaron en torno al 19 % de la totalidad de los costes de asistencia sanitaria pagados en 1992 por el plan médico de los trabajadores y personas a su cargo. Para hacer frente a este reto, el Banco, en cooperación con March of Dimes, empezó a ofrecer en 1987 clases impartidas por una enfermera especializada en salud laboral, en las que se tratan temas como atención prenatal, formas de vida sanas, una nutrición adecuada e indicaciones de cesárea. Estas clases se ofrecen durante la jornada laboral y en el propio lugar de trabajo. Al inscribirse en el programa, las trabajadoras rellenan un cuestionario sobre valoración del riesgo para la salud relacionado con la gestación, que se analiza por ordenador. Tanto las mujeres como sus ginecólogos reciben un informe en el que se destacan los posibles factores de riesgo para complicaciones de la gestación, como estilos de vida inadecuados, malformaciones congénitas y problemas médicos.

Para fomentar la participación en el programa, las trabajadoras o los cónyuges que hayan asistido a estas clases antes de la decimoséptima semana de embarazo tienen derecho a una reducción de 400 dólares en los costes médicos aplazados del recién nacido.

Los resultados preliminares del programa de educación prenatal que se ofrece a los trabajadores del área de Chicago (Illinois) son los siguientes:

- El porcentaje de cesáreas fue de un 19 % en las trabajadoras que participaron en el programa de educación prenatal en el lugar de trabajo, frente a un 28 % entre las trabajadoras que no participaron prenatal frente a 9.986 dólares en las trabajadoras que no asistieron a las mismas.
- El absentismo laboral relacionado con la gestación (incapacidad temporal) se redujo ligeramente en las trabajadoras que participaron en el mismo. La tasa media de cesáreas en la región es de aproximadamente el 24 %.
- El coste medio del parto en el área de Chicago (Illinois) fue de 7.793 dólares en las trabajadoras que asistieron a las clases de educacionaron en el programa de educación prenatal.
- *Programa de lactancia.* El Departamento Médico ofrece una habitación privada y un frigorífico para guardar la leche materna a las trabajadoras que desean dar de mamar a sus hijos. La mayoría de los servicios de salud laboral están equipados con sacaleches eléctricos y ofrecen los materiales necesarios para la lactancia sin coste alguno para las trabajadoras acogidas al plan médico del Banco (o a una HMO).
- *Mamografías.* Desde 1991, los servicios de salud de Estados Unidos ofrecen con carácter gratuito mamografías para la detección del cáncer de mama. Unidades móviles para la

realización de mamografías pertenecientes a proveedores locales debidamente acreditados se desplazan una o varias veces al año, dependiendo de la necesidad, a los seis centros de trabajo provistos de servicio de salud laboral. Aproximadamente el 90 % de las trabajadoras que pueden participar en este programa se encuentran a una distancia de 30 minutos en coche de un centro en el que se practican mamografías. Además de las trabajadoras, también pueden participar las esposas de los trabajadores y los jubilados.

Las directrices de la American Cancer Society para la exploración mamográfica son las siguientes: en la actualidad, se recomienda la exploración mamográfica a partir de los 40 años, cada uno o dos años entre los 40 y los 49 años, y todos los años a partir de los 50. Las trabajadoras con mamografías anormales reciben un seguimiento tanto escrito como telefónico y se envía una copia a su médico personal. Desde 1991 (hasta 1994, fecha de este informe), se han realizado más de 3.000 mamografías y se han detectado seis casos de cáncer de mama en los primeros estadios.

### Programa de asistencia a los empleados y servicios de salud mental

En 1979, el Banco introdujo un programa de asistencia a los empleados (PAE) que presta servicios de consulta, asesoramiento, consulta y seguimiento para una gran variedad de problemas personales, como trastornos emocionales, conflictos interpersonales, alcoholismo, otras drogadicciones y trastornos adictivos en general. Los trabajadores acuden a estos servicios por iniciativa propia o son remitidos por un supervisor que detecta dificultades en su rendimiento o en sus relaciones interpersonales en el trabajo. El PAE organiza también seminarios sobre una serie de temas, como el control del estrés, los problemas de violencia o la paternidad responsable. El programa, que es una unidad del Departamento Médico, cuenta ahora con seis psicólogos clínicos a tiempo total y parcial. Estos psicólogos trabajan en cada uno de los seis departamentos médicos y, además, se desplazan a los centros satélite del banco.

Asimismo, el PAE trata casos de incapacidad temporal por motivos psiquiátricos (hasta un máximo de seis meses de ausencia continuada). El objetivo del PAE es garantizar la prestación de una asistencia adecuada a los trabajadores que reciben indemnizaciones por incapacidad por motivos psiquiátricos.

En 1984, se inició un programa global para prestar servicios de salud mental de calidad y eficaces con relación al coste a los trabajadores y a las personas a su cargo (Burton y cols. 1989; Burton y Conti 1991). El programa incluye cuatro componentes:

- PAE para prevención e intervención precoz;
- análisis de la posible necesidad de hospitalización psiquiátrica;
- manejo de casos de incapacidad mental transitoria por el personal del PAE;
- red de profesionales de la salud mental que prestan servicios ambulatorios.

A pesar de la mejora de las prestaciones de los seguros de salud mental, que reembolsan el 85 % (en lugar del 50 %) de los costes de las alternativas a la hospitalización (por ejemplo, programas de hospitalización parcial y programas ambulatorios intensivos), los costes de los servicios de salud mental de First Chicago se han reducido desde casi un 15 % de los costes médicos totales en 1983 a menos de un 9 % en 1992.

### Conclusión

Hace más de diez años, First Chicago inició un programa global de bienestar con el lema "First Chicago invierte en su salud". El Programa de Bienestar es una actividad conjunta del

Departamento Médico y del de Administración de Prestaciones del banco. Se considera que ha mejorado la salud y la productividad de los trabajadores y que ha reducido costes innecesarios de asistencia sanitaria, tanto para los trabajadores como para el banco. En 1993, el Programa de Bienestar de First Chicago recibió el Premio Nacional de Salud C. Everett Koop, bautizado en honor a este antiguo titular del departamento de sanidad pública de Estados Unidos.

## ● PROMOCION DE LA SALUD EN EL LUGAR DE TRABAJO EN JAPON

*Toshiteru Okubo*

La promoción de la salud en el lugar de trabajo ha mejorado sustancialmente en Japón desde que se modificó la Ley de salud y seguridad en el trabajo, en 1988, fecha en que se ordenó a las empresas que introdujeran programas de promoción de la salud (PPS) en el lugar de trabajo. Aunque la ley modificada no prevé sanciones, el Ministerio de Trabajo empezó entonces a estimular activamente a las empresas para que establecieran programas de promoción de la salud. En este contexto, el Ministerio ha prestado apoyo a iniciativas de formación y de educación encaminadas a incrementar el total de especialistas cualificados para trabajar en esos programas. Entre los especialistas figuran médicos promotores de la salud en el trabajo (MPST), formadores en materia de asistencia sanitaria (FAS), monitores de asistencia sanitaria (MAS), consejeros en materia de salud mental (CSM), consejeros en materia de dietética (CD) y consejeros en materia de salud en el trabajo (CST). Aunque se fomenta en las empresas la creación de organizaciones internas de promoción de la salud, pueden optar también por recurrir a servicios externos, en especial si la empresa es pequeña y no puede permitirse ofrecer un programa interno; el Ministerio de Trabajo facilita una serie de directrices para el funcionamiento de esas entidades responsables de la prestación servicios. El programa de promoción de la salud recientemente diseñado y de carácter obligatorio, autorizado por el gobierno japonés, se ha denominado plan de "promoción total de la salud" (PTS).

### Modelo recomendado de plan de promoción de la salud

Si una empresa es lo bastante grande para ofrecer los distintos especialistas enumerados, se recomienda a la empresa que organice un comité integrado por esos especialistas, al que se encomendarán las tareas de planificación y ejecución de un programa de promoción de la salud. Ese comité deberá, en primer lugar, analizar el estado de salud de los trabajadores y determinar las máximas prioridades que deberán guiar la planificación efectiva de un programa apropiado de promoción de la salud. El programa debe ser de carácter global, basado en un doble enfoque, de grupo e individual.

Por lo que respecta al enfoque de grupo, pueden ofrecerse diferentes clases de educación sanitaria, por ejemplo, sobre dietética, forma de vida, gestión del estrés y pausas. Se recomiendan actividades realizadas en grupo además de clases teóricas, para estimular la participación práctica de los trabajadores, a fin de que la información facilitada en clase dé lugar a una modificación del comportamiento.

Como primera medida del enfoque individual, los MPST deben realizar un reconocimiento médico. El MPST entrega entonces un plan a cada trabajador, basado en los resultados del reconocimiento y en la información facilitada por el CST o el CSM (o por ambos). De conformidad con ese plan, los

especialistas pertinentes facilitarán las instrucciones o el consejo necesarios. El FAS diseñará un programa personal de formación física basado en el plan. El MAS ofrecerá instrucciones prácticas a cada trabajador en el gimnasio. En caso necesario, un CD ofrecerá enseñanza personal en materia de dietética y el CSM o el CST se reunirán con el trabajador para facilitarle consejos específicos. El MPST deberá evaluar periódicamente los resultados de los programas individuales para que puedan mejorarse progresivamente.

### Formación de especialistas

El Ministerio ha designado a la Asociación de Salud y Seguridad en el Trabajo (ASST) de Japón, organización semipública que promueve actividades voluntarias de salud y seguridad en el sector privado, para que sea el organismo oficial encargado de dirigir los cursos de formación de especialistas en promoción de la salud. Llegar a ser uno de los seis especialistas mencionados requiere determinados conocimientos y la realización de un curso para cada especialidad. El MPST, por ejemplo, debe tener la autorización nacional para el ejercicio de la medicina y debe haber realizado un curso de 22 horas sobre reconocimientos médicos en el que se basará la planificación del PPS. El curso dirigido a los FAS dura 139 horas, es el más largo de los seis cursos y, como requisito previo para participar en él, se exige una licenciatura en ciencias de la salud o en educación física. Las personas que tengan tres o más años de experiencia práctica como MAS también pueden optar a participar en el curso. El MAS es el monitor encargado de facilitar enseñanza práctica a los trabajadores, de conformidad con las prescripciones elaboradas por el FAS. Para ser MAS se requiere una edad mínima de 18 años y haber realizado el curso pertinente, cuya duración es de 28,5 horas. Para poder seguir el curso de CSM, se requiere alguno de los siguientes títulos o experiencia: una licenciatura en psicología, asistencia social o ciencias de la salud, o un título de enfermería en salud pública o una diplomatura en enfermería. Para ser FAS, debe cumplirse alguno de los requisitos siguientes: haber realizado el Curso a Distancia sobre Salud organizado por la ASST, poseer una cualificación como supervisor sanitario o cinco o más años de experiencia como consejero. La duración del curso de CSM es de 16,5 horas. Sólo los expertos en nutrición cualificados pueden seguir el curso para CD, cuya duración es de 16 horas. El personal de enfermería cualificado en salud pública y el personal de enfermería con tres o más años de experiencia práctica en tareas de consejo puede seguir el curso para CST, cuya duración es de 20,5 horas. Se espera que el CST sea un promotor global del programa de promoción de la salud en el lugar de trabajo. A finales de diciembre de 1996, el total de especialistas registrados en la ASST, previa realización de los cursos asignados, era el siguiente: MPST = 2.895; FAS = 2.800; MAS = 11.364; CSM = 8.307; CD = 3.888; CST = 5.233.

### Entidades responsables de la prestación de servicios

Existen dos tipos de entidades responsables de la prestación de servicios de promoción de la salud aprobadas por la ASST; está a disposición del público una lista de las entidades registradas. Las entidades del primer tipo están autorizadas para realizar reconocimientos médicos, a fin de que el MPST pueda facilitar un plan a cada trabajador. Estas entidades pueden prestar un servicio global de promoción de la salud. Las entidades del segundo tipo únicamente están autorizadas para prestar un servicio de formación física, de conformidad con un programa elaborado por un FAS. A finales de marzo de 1997, el número de entidades que reunían las características del primer tipo era de 72 y el total de entidades del segundo tipo era de 295.

### Apoyo financiero del Ministerio

El Ministerio de Trabajo dispone de un presupuesto para apoyar los cursos de formación que ofrece la ASST, la aplicación de nuevos programas en las empresas y la adquisición, por parte de las entidades responsables de la prestación de servicios, de equipo para la realización de ejercicios físicos. Cuando una empresa pone en marcha un nuevo programa, el gasto consiguiente cuenta con el apoyo del Ministerio, a través de la ASST, durante un período máximo de tres años. La cantidad asignada depende del tamaño; si el número de trabajadores de una empresa es de menos de 300, dos terceras partes del gasto total corren a cargo del Ministerio; en el caso de las empresas con más de 300 trabajadores, el apoyo financiero cubre un tercio del total.

### Conclusión

Aún es demasiado pronto para hacer una evaluación fiable de la eficacia del proyecto PTS, pero prevalece la opinión general de que debe formar parte de todo programa global de salud en el trabajo. La situación general de los servicios japoneses de salud en el trabajo se caracteriza aún por su mejora progresiva. En los lugares de trabajo avanzados, es decir, sobre todo en las grandes empresas, el nivel de desarrollo del PTS permite evaluar ya el grado de promoción de la salud de los trabajadores alcanzado y la mejora de la productividad. En las empresas más pequeñas, sin embargo, aunque la mayor parte del gasto ligado a la aplicación del PTS puede sufragarse con cargo a fondos públicos, la precariedad de los sistemas de asistencia sanitaria vigentes suele dificultar la introducción de actividades adicionales de mantenimiento de la salud.

## ● EVALUACION DEL RIESGO PARA LA SALUD

*Leon J. Warshaw*

### Introducción

En los dos últimos decenios, la evaluación de riesgos para la salud (ERS), también denominada evaluación de peligros para la salud, ha incrementado su popularidad, especialmente en Estados Unidos como instrumento para promover la sensibilización respecto a la salud y motivar cambios en el comportamiento. También se utiliza como una introducción al reconocimiento médico periódico o como sustituto del mismo y, cuando se aplica a un grupo de individuos, sirve de base para identificar los objetivos de una educación sanitaria o de un programa de promoción de la salud. Se basa en el siguiente planteamiento:

- Los individuos manifiestamente sanos y asintomáticos pueden hallarse en peligro de contraer una enfermedad que puede causar morbilidad en el futuro y conducir a la muerte prematura.
- Es posible identificar los factores que inducen dicho riesgo.
- Algunos de los factores de riesgo pueden eliminarse o controlarse para evitar o atenuar el proceso patológico y prevenir o retrasar la morbilidad y la mortalidad.

El desarrollo de la ERS en los decenios de 1940 y 1950 se atribuye principalmente al Dr. Lewis C. Robbins, que trabajó en el estudio prospectivo de las cardiopatías de Framingham y posteriormente en el National Cancer Institute (Beery y cols. 1986). En el decenio de 1960 se desarrollaron nuevos modelos de ERS y 1970, Robbins y Hall realizaron el trabajo de referencia, en el cual se definía la técnica, se describían los instrumentos de investigación y los cálculos de riesgo y se

perfilaba la estrategia de retroinformación al paciente (Robbins y Hall 1970).

El interés por la ERS y por la promoción de la salud en general se vio estimulado por la conciencia cada vez mayor de la importancia de controlar los factores de riesgo como elemento básico para promocionar la salud, el uso generalizado de los ordenadores para reunir datos y analizarlos y, sobre todo en Estados Unidos, la preocupación acerca de los costes cada vez mayores de la asistencia sanitaria, con la esperanza de que la prevención de las enfermedades pudiera frenar esta espiral ascendente. En 1982, Edward Wagner y sus colegas de la Universidad de Carolina del Norte habían identificado 217 proveedores públicos y privados de ERS en Estados Unidos (Wagner y cols. 1982). Desde entonces, muchos de estos proveedores han desaparecido de escena, pero han sido sustituidos, al menos en cierta medida, por otros que se han incorporado a esta parcela del mercado. De acuerdo con un informe de 1989 sobre un estudio de una muestra aleatoria de lugares de trabajo de Estados Unidos, en el 29,5 % se han realizado actividades de ERS; en los lugares de trabajo que contaban con más de 750 trabajadores, esta cifra alcanzó el 66 % (Fielding 1989). El uso de la ERS en otros países está considerablemente más retrasado.

### ¿Qué es la ERS?

En este artículo, la ERS se define como una herramienta para la evaluación de riesgos de la salud, que consta de tres elementos esenciales:

1. Cuestionario con información sobre el perfil demográfico del individuo, su historial médico, su historia familiar, sus hábitos personales y su forma de vida. Esta información se complementa normalmente con mediciones biomédicas, como altura, peso, presión arterial, grosor del pliegue cutáneo, análisis de orina, nivel de colesterol en sangre y otras pruebas de laboratorio, cuyos resultados pueden ser aportados por el individuo u obtenidos como parte del proceso.
2. Cálculo cuantitativo del riesgo futuro de fallecimiento del individuo o de otros resultados adversos debidos a causas específicas, que se obtendrá mediante la comparación de las respuestas del individuo con datos epidemiológicos, estadísticas de mortalidad nacionales y cálculos actuariales. El propio individuo realiza la puntuación de algunos cuestionarios: se asignan puntos a la respuesta de cada pregunta y éstos se suman para obtener la puntuación del riesgo. Mediante un programa informático adecuado, es posible introducir las respuestas en un ordenador para calcular la puntuación automáticamente, aunque en la mayoría de los casos los cuestionarios cumplimentados se envían a una sede central para su procesamiento por lotes y los resultados individuales se envían por correo o se entregan a los participantes.
3. Información posterior al individuo, con propuestas de cambios en su forma de vida y otras acciones que mejorarían su bienestar y reducirían el riesgo de enfermedad o de muerte prematura.

En un principio, la estimación total del riesgo se presentaba en forma de un único número que servía de referencia para lograr su reducción a un valor "normal" o incluso inferior al normal (en comparación con la población en general), mediante la puesta en práctica de los cambios de comportamiento propuestos. Para facilitar la interpretación de los resultados, actualmente el riesgo se expresa a veces como una "edad de salud" o "edad de riesgo" que se ha de comparar con la edad cronológica del individuo para obtener una "edad alcanzable" como meta de las intervenciones. Por ejemplo, un informe podría decir así: "Su edad actual es de 35 años, pero tiene la

esperanza de vida de una persona de 42 años. Si sigue nuestras recomendaciones, usted podría reducir su edad de riesgo a 32 años, con lo que prolongaría su vida 10 años más”.

En lugar de comparar el estado de salud del individuo con la “norma” de la población general, algunas ERS ofrecen una puntuación “de salud óptima”: la mejor puntuación que podría obtenerse siguiendo todas las recomendaciones. Este enfoque parece resultar especialmente útil para encaminar a los jóvenes, que puede que todavía no hayan acumulado riesgos importantes para la salud, hacia una forma de vida más satisfactoria.

El uso de una “edad de riesgo” o de un único número para representar el estado global de riesgo del individuo puede resultar engañoso: un factor de riesgo importante puede quedar estadísticamente eclipsado por “buenas” puntuaciones en la mayor parte de las demás áreas y crear una falsa sensación de seguridad. Por ejemplo, una persona con una presión arterial normal, un nivel bajo de colesterol, una buena historia familiar, que practique ejercicio y utilice el cinturón de seguridad puede obtener una buena puntuación de riesgo a pesar de ser fumador. Esto sugiere la conveniencia de centrarse en cada uno de los elementos de riesgo “superiores al promedio”, en lugar de confiar en una puntuación global.

No se ha de confundir la ERS con los cuestionarios sobre el estado de salud que se utilizan para clasificar a los pacientes para tratamientos concretos o para evaluar los resultados de los mismos, ni tampoco con los diversos instrumentos que se emplean para evaluar el grado de incapacidad, la salud mental, la alteración de la salud o el funcionamiento social, a pesar de que este tipo de escalas se incorporen a veces en algunas ERS.

### Cuestionario sobre ERS

Aunque la ERS a veces se ofrece como parte de un reconocimiento médico periódico previo al empleo o a la incorporación, normalmente se ofrece independientemente, como ejercicio voluntario. Se utilizan diversos cuestionarios de ERS. Algunos se limitan a preguntas básicas que se utilizan directamente para calcular la edad de riesgo. En otros, estas preguntas básicas se entremezclan con aspectos médicos y de comportamiento adicionales: historial médico más extenso; percepciones de estrés; escalas para medir la ansiedad, la depresión y otros trastornos psicológicos; nutrición; uso de servicios preventivos; estilos de vida, e incluso relaciones interpersonales. Algunos proveedores permiten que los compradores añadan preguntas al cuestionario, si bien las respuestas a éstas no se incorporan normalmente a los cálculos de riesgo para la salud.

Actualmente, casi todas las ERS utilizan impresos con casillas que han de marcarse o rellenarse a lápiz para su introducción en un ordenador manualmente o mediante un escáner óptico. Por lo general, los cuestionarios cumplimentados se recogen y se procesan por lotes, bien sea internamente o por el proveedor de la ERS. A fin de fomentar la confianza en la confidencialidad del programa, a veces los cuestionarios cumplimentados se envían directamente al proveedor para su procesamiento, y los informes se envían por correo al domicilio del participante. En algunos programas, tan solo se envían los informes a los participantes con resultados “normales”, mientras que los que requieren algún tipo de intervención son citados para mantener una entrevista con personal formado que interpreta los resultados y señala las intervenciones correctoras adecuadas. El uso generalizado de los ordenadores personales ha llevado al desarrollo de programas de software interactivos con los que se introducen directamente las respuestas. De este modo el cálculo y la retroinformación sobre los resultados son inmediatos y es más rápida la formulación de recomendaciones para la reducción de riesgos. Este enfoque permite que sea el individuo quien tome la decisión de solicitar ayuda del personal cuando necesita algún

tipo de aclaración sobre los resultados y sus implicaciones. Excepto cuando el programa de software permite el almacenamiento de los datos o su transferencia a una base de datos centralizada, este enfoque no proporciona información para un seguimiento sistemático y excluye el desarrollo de informes consolidados.

### Gestión del programa

La responsabilidad de la gestión del programa de ERS suele asignarse a los respectivos directores del servicio de salud laboral, del programa de bienestar o, con menor frecuencia, del programa de asistencia a los empleados. Sin embargo, es muy habitual que sea el departamento de personal o de recursos humanos el que organice y supervise el programa. En algunos casos se crea un comité de asesoramiento, en el que suelen participar los trabajadores o los sindicatos. Los programas que se incorporan a la rutina operativa de la organización parecen funcionar con menos problemas que los que son de alguna manera proyectos aislados (Beery y cols. 1986). El lugar de la organización donde está situado el programa puede influir en su aceptación por parte de los trabajadores, especialmente cuando entra en juego la confidencialidad de la información relativa a la salud personal. A fin de evitar este temor, normalmente se envía el cuestionario cumplimentado en sobre sellado al proveedor, quien procesa los datos y envía el informe individual (también en sobre sellado) directamente al domicilio del participante.

Para potenciar la participación en el programa, la mayoría de las organizaciones lo dan a conocer mediante folletos, pósters y artículos en las publicaciones de las empresas. Ocasionalmente se ofrecen incentivos (camisetas, libros y otros regalos) a cambio de terminar el ejercicio, y se conceden incluso premios económicos (reducción de la aportación del trabajador a las primas del seguro médico) para quienes logran reducir el exceso de riesgo. En algunas organizaciones se preparan reuniones en las que se informa a los trabajadores acerca de los objetivos y procedimientos del programa y se les explica cómo rellenar el cuestionario. Sin embargo, otras veces simplemente se distribuye el cuestionario con instrucciones por escrito para cada trabajador (y, en caso de que estuvieran incluidos en el programa, para cada familiar a su cargo). En algunos casos, se distribuyen uno o más recordatorios para cumplimentar y enviar el cuestionario, con el fin de aumentar el índice de participación. En cualquier caso, es importante designar a una persona responsable, bien sea en la organización o en la estructura del proveedor de la ERS, a quien se pueda formular preguntas personalmente o por teléfono. Es preciso señalar que, aunque el trabajador no llegue a remitir el cuestionario cumplimentado, el simple hecho de haberlo leído puede consolidar la información proveniente de otras fuentes y promover un comportamiento más responsable respecto a la salud en el futuro.

Muchos de los cuestionarios incluyen preguntas sobre datos clínicos que los participantes no pueden responder. En algunas organizaciones, el personal del programa lleva a cabo mediciones de altura, peso, presión arterial y grosor del pliegue cutáneo y toma muestras de sangre y de orina para análisis de laboratorio. Posteriormente, los resultados se incorporan a las respuestas del cuestionario; en los casos en los que no se introducen estos datos, el programa de tratamiento informático puede insertar automáticamente las cifras que representan los “valores normales” en personas de la misma edad y sexo.

El tiempo de retorno (el tiempo que transcurre desde que se cumplimenta el cuestionario hasta que se reciben los resultados) puede ser un factor importante en el valor del programa. La mayoría de los proveedores se comprometen a entregar los resultados en un período que oscila entre 10 días y dos semanas, aunque el procesamiento por lotes y los retrasos del correo

pueden prolongar este plazo. Para cuando se reciben los resultados, es posible que algunos participantes hayan olvidado cuáles fueron sus respuestas y se hayan desvinculado del proceso; para obviar esta posibilidad, algunos proveedores devuelven el cuestionario cumplimentado o incluyen en el informe las respuestas clave del individuo.

### Informes que se remiten a los participantes

Los informes pueden variar, desde una exposición de los resultados y recomendaciones de una extensión de una página, hasta un folleto de más de 20 páginas, repleto de gráficos e ilustraciones a todo color y extensas explicaciones acerca de la relevancia de los resultados y la importancia de las recomendaciones. Algunos informes se basan casi en su totalidad en una información general preimpresa, mientras que otros son informes completamente personalizados realizados por ordenador. En algunos programas, en los que el ejercicio ya se ha hecho anteriormente y se han conservado los datos anteriores, se proporcionan informes comparativos de los resultados actuales con los registrados previamente; esto puede proporcionar un sentimiento de gratificación que sirva de motivación para efectuar cambios de comportamiento.

Un aspecto clave para el éxito del programa es la disponibilidad de un profesional de la salud o de un asesor cualificado, que les explicará la importancia de los descubrimientos y les ofrecerá un programa individualizado de intervenciones. El consejo especializado de este tipo puede ser extremadamente útil para calmar ansiedades innecesarias por interpretaciones erróneas de los resultados, y para ayudar a los individuos a establecer prioridades en los cambios de comportamiento e informarles sobre los recursos a su alcance.

### Informes que se remiten a las empresas

En la mayoría de los programas, los informes individuales se resumen en un informe consolidado que se envía a la empresa o a la organización patrocinadora. Este tipo de informes tabulan la demografía de los participantes, a veces por localización geográfica y tipo de empleo, y analizan la gama y los niveles de riesgos para la salud que hayan sido detectados. Diversos proveedores de ERS incluyen cálculos estimativos acerca del aumento de los costes de asistencia sanitaria en los que es probable que incurran los trabajadores de alto riesgo. Estos datos son muy valiosos a la hora de designar elementos para el programa de bienestar y de promoción de la salud de la organización y a la hora de estimular cambios en la estructura del empleo, en el entorno del lugar de trabajo y en la cultura corporativa, que promoverán la salud y el bienestar de la plantilla.

Hay que señalar que la validez del informe consolidado depende del número de trabajadores y del índice de participación en el programa de ERS. Las personas que participan en estos programas suelen estar muy sensibilizadas respecto a su salud y, cuando su número es relativamente pequeño, puede que sus puntuaciones no reflejen con exactitud las características de la totalidad de la plantilla.

### Seguimiento y evaluación

La eficacia del programa de ERS puede verse potenciada por un sistema de seguimiento que recuerde a los participantes las recomendaciones y les anime a cumplirlas. Esto puede hacerse mediante memorandos dirigidos personalmente al participante; consejos personales de un médico, ATS o educador de la salud; o mediante reuniones en grupo. Este tipo de seguimiento resulta especialmente importante en el caso de individuos de alto riesgo.

La evaluación del programa ERS debería iniciarse con una tabulación del nivel de participación, analizado preferiblemente en función de características tales como edad, sexo, localización

geográfica o unidad de trabajo, puesto de trabajo y nivel educativo. Estos datos pueden servir para identificar diferencias en la aceptación del programa y realizar cambios en la forma de presentarlo o de darlo a conocer.

Un aumento de la participación en las secciones del programa de bienestar que fomenten la reducción de los riesgos (por ejemplo, programa de capacidad física para el trabajo, cursos para dejar de fumar o seminarios de gestión del estrés) puede indicar que se están teniendo en cuenta las recomendaciones de la ERS. No obstante, en último término, la evaluación tendrá que incluir la determinación de cambios en el nivel de riesgo. Para ello podría ser necesario analizar los resultados del seguimiento con los individuos de alto riesgo o la repetición del programa transcurrido un plazo de tiempo adecuado. Estos datos pueden verse reforzados por la correlación con otros, como la utilización de prestaciones sanitarias, el absentismo o las mediciones de productividad. Sin embargo, habrá que tener en cuenta también otros factores que pueden ser significativos (por ejemplo, el sesgo por el tipo de persona que vuelve a hacerse las pruebas, la regresión a la media y las tendencias seculares); una evaluación realmente científica del impacto del programa requerirá un ensayo clínico prospectivo aleatorio (Schoenbach 1987; DeFries y Fielding 1990).

### Validez y utilidad de la ERS

Los factores que pueden afectar la exactitud y validez de la ERS han sido examinados en otro lugar (Beery y cols. 1986; Schoenbach 1987; DeFries y Fielding 1990), y aquí nos limitaremos a enumerarlos. Representan una lista de comprobación para que los responsables de la toma de decisiones en los lugares de trabajo evalúen diferentes instrumentos, e incluyen los siguientes puntos:

- precisión y coherencia de la información proporcionada por el trabajador;
- integridad y calidad de los datos epidemiológicos y actuariales en los que se basan los cálculos del riesgo;
- limitaciones de los métodos estadísticos para el cálculo del riesgo, teniendo en cuenta la combinación de los factores de riesgo para diferentes problemas en una puntuación consolidada única y las distorsiones producidas al sustituir los "valores medios", en las respuestas sin cumplimentar o en las mediciones no efectuadas;
- fiabilidad del cálculo de los beneficios de la reducción del riesgo;
- aplicabilidad de los mismos cálculos de mortalidad a jóvenes con tasas de mortalidad bajas y a individuos cuyo principal factor de mortalidad sea la edad; también debe considerarse desde una perspectiva crítica la validez de la ERS cuando se aplica a poblaciones diferentes de aquellas sobre las que se ha hecho la mayor parte de la investigación, como mujeres, minorías o personas con orígenes culturales y educativos diferentes.

También han surgido preguntas con respecto a la utilidad de la ERS según consideraciones como las siguientes:

1. El principal aspecto en el que se centra la ERS es la esperanza de vida. Hasta hace poco tiempo, se ha prestado poca o ninguna atención a factores que influyen principalmente en la morbilidad, producto de afecciones que normalmente no son fatales pero que pueden tener un fuerte impacto sobre el bienestar, la productividad y los costes relacionados con la salud (por ejemplo, artritis, trastornos mentales, y efectos secundarios de tratamientos destinados a reducir riesgos específicos). El problema reside en la falta de buenas bases de datos sobre la morbilidad de la población general, y más de subgrupos definidos por su edad, sexo, raza u origen étnico.

2. Existe preocupación por la ansiedad que generan los informes de estado de alto riesgo en los que se reflejan factores que el individuo no puede modificar, como la edad, los condicionamientos hereditarios o el historial médico anterior; así como por la posibilidad de que los informes de estado "normal" o de bajo riesgo pueden hacer que el individuo no tenga en cuenta síntomas potencialmente importantes que no se incluyeron en el informe o que surgieron después de la ERS.
3. La participación en los programas de ERS es normalmente voluntaria, pero en ocasiones hay personas que se han visto obligadas a participar o a seguir las recomendaciones.
4. Se ha acusado con razón de "culpabilización de la víctima" a empresas que ofrecen la ERS como parte de un programa de promoción de la salud, pero que se esfuerzan poco o nada por controlar los riesgos para la salud en el medio ambiente de trabajo.
5. La confidencialidad de la información personal es una preocupación siempre presente, especialmente en aquellos casos en los que la ERS se lleva a cabo como programa interno y se teme que los resultados anómalos puedan desencadenar acciones discriminatorias.

Cada día hay más pruebas del valor de la reducción de los riesgos para la salud. Por ejemplo, Fielding y sus socios de Johnson and Johnson Health Management Inc. comprobaron que los 18.000 trabajadores que se sometieron a la ERS realizada por sus empresas hicieron uso de los servicios preventivos a una escala mucho mayor que una población similar que cumplimentó la encuesta de la Encuesta Nacional de Salud (National Health Interview) (Fielding y cols. 1991). Un estudio de cinco años de duración realizado sobre casi 46.000 trabajadores de DuPont demostró que los trabajadores que presentaban alguno de los seis factores de riesgo de comportamiento identificados por la ERS (tales como fumar, hipertensión, concentración elevada de colesterol y falta de ejercicio) tenían un nivel de absentismo y de utilización de las prestaciones de la asistencia sanitaria significativamente más elevado que el de los que no presentaban dichos factores de riesgo (Bertera 1991). Además, la aplicación de modelos de regresión múltiple a 12 mediciones relacionadas con la salud, efectuadas principalmente en una ERS, permitió a Yen y a sus colegas del Fitness Research Center de la Universidad de Michigan predecir cuáles eran los trabajadores que generarían mayores costes para la empresa debido a indemnizaciones por razones médicas y el absentismo (Yen, Edington y Witting 1991).

### Ejecución de un programa ERS

La ejecución de un programa de ERS no es un ejercicio casual y no debería llevarse a cabo sin una cuidadosa planificación. El coste de un cuestionario individual y de su procesamiento puede que no sea elevado, pero los costes globales para la organización pueden ser considerables si se tienen en cuenta aspectos tales como el tiempo que el personal debe dedicar a la planificación, la ejecución y el seguimiento, el tiempo que necesitan los trabajadores para cumplimentar el cuestionario y los programas de promoción de la salud adjuntos. En la Figura 15.8 se recogen algunos factores que deben considerarse al ejecutar el programa.

#### ¿Es necesario un programa de ERS?

Cada día son más las empresas, al menos en Estados Unidos, que responden afirmativamente a esta pregunta, incitadas por el número cada vez mayor de proveedores que comercializan agresivamente programas de ERS. Los medios de comunicación populares y las publicaciones "comerciales" están repletas de anécdotas que describen programas "exitosos"; mientras que, en

comparación, hay una gran escasez de artículos en publicaciones profesionales que ofrezcan pruebas de la exactitud de sus resultados, su fiabilidad práctica y su validez científica.

Figura 15.8 • Lista de control de la evaluación del riesgo para la salud (ERS).

#### □ PLANIFICACION

1. ¿Hay alguna declaración escrita de la finalidad del programa que recoja los objetivos, el alcance, la duración y la población destinataria?
2. ¿Cuenta el programa con el apoyo claro de los directivos de nivel superior y dispone de un presupuesto suficiente? ¿Han intervenido en la planificación del programa los trabajadores y sus sindicatos?
3. ¿Está el programa correctamente situado dentro de la estructura organizativa? ¿Se ha nombrado a alguna persona dotada de las capacidades y la autoridad necesarias para que dirija o supervise el programa? ¿Está la empresa capacitada para organizar y dirigir el programa (internamente o por medio de asesores)?



#### □ EJECUCION

4. ¿Se ajusta el cuestionario sobre ERS a los objetivos del programa, al presupuesto y a las necesidades de la población destinataria? Esto se refiere no sólo a la amplitud y variedad de los temas cubiertos, el grado de dificultad de lectura, la claridad de las preguntas y el tiempo necesario para cumplimentarlo, sino también a la claridad de las instrucciones y la disponibilidad de versiones en distintas lenguas para grupos minoritarios.
5. ¿Se basa el método de cálculo del riesgo en la información epidemiológica y actuarial mejor y más actualizada para la población de destino?
6. Si hay que hacer mediciones físicas y análisis de laboratorio, ¿se dispone de un local adecuado, de personal bien formado y del equipo necesario?
7. ¿Cómo se va a promover el programa dentro de la organización? ¿Habrá una fuente accesible para responder a preguntas sobre el programa?
8. ¿Se ofrecerán incentivos por participar? ¿De qué tipo? ¿Y por controlar correctamente los factores de riesgo cardiaco?
9. ¿Cómo se protegerá la confidencialidad de los datos personales? ¿Se han adoptado las medidas necesarias para enviar los resultados a los profesionales de la salud autorizados por los participantes para recibirlos?
10. ¿Estarán los informes individuales atractivamente personalizados, contendrán información suficiente, serán fáciles de leer y comprender y presentarán recomendaciones debidamente organizadas?



#### □ SEGUIMIENTO

11. ¿Se han adoptado medidas para verificar la corrección de los resultados anormales o límites y para afrontar los costes correspondientes?
12. ¿Se ofrecerá asesoramiento adecuado a los sujetos expuestos a un riesgo elevado y a quienes estén preocupados por los resultados del informe?
13. ¿Hay programas de intervención internos o externos a los que pueda remitirse a los participantes para que controlen los factores de riesgo? ¿Cómo se afrontarán los costes correspondientes?
14. ¿Proporciona el informe resumen un grado significativo de detalle y profundidad de análisis a la organización? ¿Puede integrarse esta información con otros datos, como los relativos a la productividad, el absentismo y el uso de registros de atención médica?
15. ¿Comprende y acepta la organización el compromiso implícito de realizar cambios en la estructura de puestos de trabajo, el entorno laboral y la cultura empresarial que aceleren y complementen el esfuerzo de los participantes por eliminar o controlar los factores de riesgo?
16. ¿Quién evaluará el programa, y cómo?
17. ¿Pueden conservarse los datos del programa para comparar las respuestas individuales y globales si se repite en el futuro?



Parece claro que la definición del estado de riesgo del individuo es una premisa necesaria para la reducción del mismo. Pero ¿es necesario un ejercicio formal de ERS para lograrlo? Hoy en día, prácticamente todas las personas que insisten en seguir fumando cigarrillos conocen perfectamente los efectos adversos de este hábito para la salud; del mismo modo, se ha hecho mucha publicidad sobre los beneficios de la buena forma física y las ventajas de llevar una alimentación adecuada. Quienes abogan por la ERS contraatacan señalando que mediante la entrega de un informe de ERS, se personaliza y describe detalladamente la información acerca de los riesgos, creando así un "momento idóneo" que puede servir de motivación al individuo para adoptar las medidas apropiadas. Añaden además que los informes pueden señalar factores de riesgo de los que los participantes no fueran conscientes, y les indican de forma específica cuáles son sus posibilidades de reducción de riesgos y las prioridades para lograrlo.

Existe acuerdo general respecto a que la ERS tiene un valor limitado cuando se utiliza como ejercicio único (es decir, sin combinarla con otras modalidades) y que su utilidad sólo se aprecia cuando es parte de un programa integral de promoción de la salud. Este programa debería ofrecer no sólo explicaciones y consejos personalizados, sino también acceso a los programas de intervención en respuesta a los riesgos identificados (estas intervenciones pueden efectuarse en el seno de la empresa o en la comunidad). Por tanto, la oferta de ERS debe ampliarse (y quizá su coste aumente) con cursos para dejar de fumar, actividades para aumentar la capacidad física para el trabajo y sesiones informativas sobre nutrición. Un compromiso tan amplio debería especificarse en la exposición de objetivos del programa y en el presupuesto asignado para llevarlo a cabo.

Al planificar un programa ERS, hay que decidir si se ofrecerá a todos los trabajadores o tan sólo a ciertos segmentos (por ejemplo, a trabajadores remunerados por horas o con sueldo, a ambos, o a trabajadores de edades o antigüedad determinadas o destinados a lugares o categorías de puesto de trabajo especiales); y la probabilidad de ampliar el programa para que incluya a los cónyuges y a otras personas a cargo del trabajador (quienes, por lo general, suponen más de la mitad del uso de las prestaciones de los seguros de enfermedad). Un factor crítico es que haya al menos una persona de la organización que tenga los conocimientos adecuados y ocupe la posición apropiada para supervisar el diseño y la ejecución del programa, así como la actuación del proveedor y del personal interno.

En algunas empresas en las que se está procediendo a la eliminación de reconocimientos médicos anuales o se realizan con menos frecuencia, se ofrece la ERS como sustituto, como método único o en combinación con una selección de pruebas exploratorias selectivas. Esta estrategia tiene valor para mejorar la relación coste/beneficio de los programas de promoción de la salud, pero a veces no se basa tanto en el valor intrínseco de la ERS como en el deseo de evitar el malestar que podría generar lo que pudiera percibirse como la eliminación de una prestación del trabajador ya establecida.

### Conclusión

A pesar de las limitaciones y de la escasez de investigaciones científicas que confirmen las afirmaciones respecto a la validez de la ERS, cada día está más generalizada su utilización en Estados Unidos y, aunque en menor medida, también en otros lugares. DeFriese y Fielding, cuyos estudios los han convertido en autoridades en esta materia, auguran un futuro brillante para la ERS en consonancia con la predicción de nuevas fuentes de información significativa sobre riesgos y nuevos avances tecnológicos, como mejoras en el software y en el hardware, que permitirán la

introducción directa de las respuestas de los cuestionarios en el ordenador y la creación de modelos sobre los efectos de los cambios en el comportamiento sanitario (DeFriese y Fielding 1990).

La ERS debería utilizarse como uno más de los elementos de un programa de bienestar o de promoción de la salud bien concebido y continuo. Implica un compromiso implícito de proporcionar actividades y cambios en la cultura del lugar de trabajo, que ofrezcan oportunidades para contribuir al control de los factores de riesgo que el programa identifique. La dirección debe ser consciente de este compromiso y estar dispuesta a asignar las partidas presupuestarias necesarias.

Aunque se requiere todavía mucha investigación, la mayoría de las empresas descubrirán que la ERS es un valioso complemento a sus esfuerzos por mejorar la salud de sus trabajadores. La información de carácter científico que aporta la ERS, el uso de la tecnología informática y el impacto personalizado de los resultados en función de la edad cronológica frente a la edad de riesgo aumentan la motivación de los participantes para adoptar comportamientos saludables que reduzcan los riesgos. Hay numerosas pruebas de que los trabajadores y las personas a su cargo que mantienen unos perfiles de riesgo saludables presentan un nivel menor de absentismo, ven potenciada su productividad y hacen menos uso de la asistencia sanitaria. Todos estos logros tienen un efecto positivo en el margen de beneficios de las empresas.

## PROGRAMAS DE EJERCICIO FISICO Y DE MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FISICA PARA EL TRABAJO: UN ACTIVO DE LA ORGANIZACION

*James Corry*

Los programas de ejercicio y capacidad física suelen ser el elemento más común de los programas de promoción y protección de la salud en el lugar de trabajo. Son eficaces cuando contribuyen a los objetivos de la organización, promueven la salud de los trabajadores y resultan agradables y útiles para los participantes (Dishman 1988). Debido a que las empresas y organizaciones de todo el mundo tienen objetivos, y plantillas y recursos muy divergentes, estos programas varían considerablemente en su organización y en los servicios que prestan.

En este artículo se explican las razones que mueven a las empresas a ofrecer programas de ejercicio físico y mantenimiento de la capacidad física para el trabajo, la forma en que estos programas encajan en una estructura administrativa, los servicios que suelen ofrecerse a los participantes, el personal especializado que los presta, y las cuestiones implicadas con mayor frecuencia en la organización de programas de este tipo en el lugar de trabajo, entre ellas las necesidades de poblaciones especiales de la plantilla. Se centra primordialmente en los programas realizados en el lugar de trabajo.

### Calidad y programas de ejercicio físico

En la actualidad, la economía mundial condiciona los objetivos y las estrategias empresariales de decenas de miles de empresas y afecta a millones de trabajadores en todo el mundo. La intensa competencia internacional exige a las empresas una oferta de productos y servicios de mayor valor y menor coste que nunca; es decir, el objetivo perseguido es lo que se denomina "calidad". Las empresas centradas en la calidad esperan que sus trabajadores



estén “orientados al cliente”, que trabajen con energía, entusiasmo y exactitud durante toda la jornada, que se formen y perfeccionen personal y profesionalmente de manera continua y que asuman la responsabilidad de su comportamiento en el lugar de trabajo y su bienestar personal.

Los programas de ejercicio físico y mantenimiento de la capacidad física para el trabajo pueden desempeñar un importante papel en las organizaciones basadas en la calidad, ya que ayudan a los trabajadores a conseguir un elevado nivel de “bienestar”. Esto resulta particularmente importante en los sectores con trabajadores no manuales y sedentarios. En la manufactura y en las industrias pesadas el ejercicio físico para adquirir fuerza y elasticidad puede proteger a los trabajadores de lesiones profesionales. Además de mejorar la forma física, las actividades de entrenamiento alivian el estrés e inculcan el sentido de la responsabilidad personal por la propia salud en otros aspectos de la forma de vida, como la nutrición y el control del peso, la abstinencia del consumo de alcohol y drogas y el abandono del tabaco.

Las organizaciones basadas en la calidad suelen ofrecer acondicionamiento aeróbico, clases de relajación y elasticidad, ejercicios para adquirir fuerza, deportes de aventura y competiciones deportivas. Estas ofertas suelen estructurarse en el marco de las iniciativas de las empresas para el bienestar de los trabajadores, ya que ayudan a las personas a aprovechar todo su potencial y a llevar una forma de vida que proteja su salud. Se basan en la convicción de que, como está claramente demostrado que la vida sedentaria es un factor de riesgo, el ejercicio regular constituye un hábito que es importante fomentar.

### Servicios básicos de mantenimiento de la capacidad física

Los trabajadores participantes en los programas de mantenimiento de la capacidad física para el trabajo deben aprender las bases mínimas del entrenamiento físico. La formación comprende los siguientes elementos:

- un número mínimo de sesiones semanales de ejercicio físico para conseguir una buena forma y una buena salud (tres o cuatro sesiones a la semana de 30 a 60 minutos de duración);
- formas de calentar y enfriar los músculos antes y después del ejercicio;
- control de la frecuencia cardíaca y cómo elevarla sin riesgos hasta un nivel adecuado para la edad y capacidad física de la persona en cuestión;
- graduación de la intensidad del ejercicio, hasta conseguir una elevada capacidad física para el trabajo;
- técnicas de entrenamiento combinado;
- principios de los ejercicios para adquirir fuerza, alternando resistencia y sobrecarga, y combinando repeticiones y series para conseguir los objetivos establecidos en materia de fuerza;
- técnicas seguras de levantamiento de pesos y descansos estratégicos;
- relajación y estiramiento como parte integrante del programa global de entrenamiento;
- adaptación de los ejercicios a los intereses personales y a la forma de vida de cada persona;
- concienciación respecto del papel que desempeña la nutrición en la forma física y en la salud en general.

Además de la instrucción, estos servicios incluyen evaluación de la forma física y diseño de tablas de ejercicios, orientación sobre las instalaciones y formación en el uso de los equipos, clases y actividades aeróbicas estructuradas, clases de estiramientos y relajación y clases para prevenir dolores de espalda. Algunas organizaciones ofrecen entrenamientos individualizados, pero son

bastante costosos, ya que requieren una gran cantidad de personal.

Algunos programas ofrecen técnicas llamadas de “endurecimiento del trabajo” o “acondicionamiento” orientadas a reforzar la capacidad de los trabajadores para desempeñar tareas repetitivas o penosas y para rehabilitar a los que se están recuperando de lesiones y enfermedades. Con frecuencia incluyen pausas en el trabajo para realizar ejercicios especiales de relajación y estiramiento de los músculos utilizados en exceso y fortalecimiento de los grupos musculares antagonistas para evitar el abuso y las lesiones causadas por esfuerzos repetitivos. Cuando se considera necesario, incluyen sugerencias para modificar el contenido del puesto de trabajo o el equipo utilizado.

### Personal responsable del entrenamiento físico y del mantenimiento de la capacidad física para el trabajo

Ergofisiólogos, profesores de educación física y especialistas en actividades de tiempo libre son los profesionales que suelen trabajar en los programas de ejercicio físico en el lugar de trabajo. Los educadores sanitarios y los especialistas en rehabilitación también participan en estos programas.

El ergofisiólogo diseña tablas de ejercicios adaptadas a cada persona, para lo cual se basa en su historial médico, una exploración de los riesgos para la salud y una evaluación de su capacidad física para el trabajo (esencial en el caso de las personas con discapacidades y las que se están recuperando de alguna lesión) y de sus objetivos en este campo. La evaluación de la capacidad física para el trabajo incluye: determinación de la frecuencia cardíaca y la presión arterial en reposo, la constitución, la elasticidad y la fuerza muscular, la eficiencia cardiovascular y, con frecuencia, los perfiles de lípidos en sangre. Los resultados suelen compararse con los valores de referencia correspondientes a personas de la misma edad y sexo.

Ninguno de los servicios prestados por el fisiólogo tiene como finalidad diagnosticar enfermedades. Cuando se detectan anomalías, los trabajadores son remitidos al servicio de salud de los empleados o a su médico de cabecera. De hecho, muchas organizaciones exigen al solicitante que obtenga una autorización médica antes de incorporarse al programa. En el caso de los trabajadores que se estén recuperando de alguna lesión o enfermedad, el ergofisiólogo trabaja en estrecho contacto con su médico personal y con los asesores de rehabilitación.

Los profesores de educación física han recibido formación para dirigir sesiones de gimnasia, enseñar los principios de un ejercicio físico saludable y seguro, demostrar y enseñar distintas habilidades deportivas y administrar un programa variado de ejercicio físico. Muchos de ellos han recibido también formación para evaluar la capacidad física para el trabajo, aunque en este mundo de especialistas, dicha tarea suele ser realizada por el ergofisiólogo.

Los especialistas en actividades de tiempo libre realizan encuestas sobre las necesidades e intereses de los trabajadores, con el fin de conocer las características de su forma de vida y sus requisitos y preferencias durante su tiempo libre. Pueden dirigir clases de ejercicio físico, pero son especialistas en organizar excursiones y actividades que impongan un reto físico y que instruyan y motiven a los participantes para practicar una actividad saludable.

Verificar la formación y las competencias de los responsables del entrenamiento físico suele plantear dificultades a las organizaciones interesadas en designar personal para un programa. La mayoría de los organismos públicos de Estados Unidos y Japón con competencias educativas exigen certificados académicos y un período de prácticas supervisadas a los profesores de educación física que trabajan en centros escolares. La mayoría de los

gobiernos no exigen ninguna certificación. Por ejemplo, en Estados Unidos, sólo el estado de Wisconsin ha promulgado una legislación que hace referencia a los profesores de educación física. Si se considera la colaboración con clubs de salud externos a la empresa, sean voluntarios, como el YMCA, o comerciales, hay que adoptar medidas especiales para verificar las competencias de los profesores, pues muchos son voluntarios o personas escasamente formadas.

Hay una serie de asociaciones acreditadas que ofrecen certificaciones para los profesionales que trabajan en el campo del entrenamiento físico de adultos. Por ejemplo, el American College of Sports Medicine ofrece un certificado para los profesores de educación física, y la International Dance Education Association ofrece un certificado para instructores de ejercicio aeróbico. No obstante, estos certificados deben considerarse más como una prueba de experiencia y de formación avanzada que como una autorización para ejercer.

### **Programas de mantenimiento de la capacidad física para el trabajo y estructura de la organización**

Como norma, sólo las organizaciones de tamaño grande o mediano (500 a 700 trabajadores suele considerarse el mínimo) pueden abordar la tarea de proporcionar instalaciones de ejercicio físico para los trabajadores en el lugar de trabajo. Además del tamaño, hay que tener en cuenta la capacidad y la disponibilidad para dedicar las partidas presupuestarias necesarias y la existencia de espacio para alojar las instalaciones y el equipo que se requiere, incluidos vestuarios y duchas.

La ubicación del programa dentro de la estructura administrativa de la organización depende de los objetivos establecidos. Por ejemplo, si los objetivos están relacionados principalmente con la salud, por ejemplo la reducción del riesgo cardiovascular, la reducción del absentismo por enfermedad, la prevención de las lesiones y la rehabilitación de los trabajadores lesionados, la reducción del estrés, etc. el programa suele enmarcarse en el departamento médico o como complemento del servicio de salud de los empleados. Dado que los departamentos de recursos humanos se encargan también de la ejecución de los programas de mejora de la calidad, los programas de mantenimiento de la capacidad física para el trabajo enfocados al bienestar y a la calidad suelen ubicarse en estos departamentos.

El departamento de formación no suele encargarse de estos programas, ya que su misión suele limitarse a la adquisición de determinadas cualificaciones y a la formación en el puesto de trabajo. Sin embargo, algunos departamentos de formación organizan deportes de aventura y actividades al aire libre para los trabajadores, para promover el trabajo en equipo, aumentar la autonomía de los trabajadores y su confianza en sí mismos y explorar formas de superar la adversidad. Cuando se trata de trabajos que exigen actividad física, el departamento de formación puede asumir la tarea de enseñar las técnicas de trabajo adecuadas. Estos servicios de formación se encuentran a menudo en organizaciones de bomberos, policía y salvamento, empresas de transporte por carretera y mensajería, operaciones de minería, empresas de exploración petrolífera, empresas de actividades subacuáticas y de socorrismo, empresas constructoras y similares.

### **Programas de mantenimiento de la capacidad física para el trabajo basados en el lugar de trabajo o en la comunidad**

Si por razones económicas y de espacio no se puede disponer de instalaciones completas de ejercicio físico en el propio lugar de trabajo, siempre se pueden realizar programas más limitados. Cuando no se utilizan para los fines que les son propios, los

comedores y salas de reunión, las zonas de recepción y los aparcamientos pueden aprovecharse para impartir clases de ejercicio físico. Una compañía de seguros de Nueva York creó una pista de jogging cubierta en un almacén de grandes dimensiones, definiendo un camino entre estanterías de archivadores que contenían documentos importantes, pero poco consultados. En muchas organizaciones de todo el mundo, se programan pausas en el trabajo durante las cuales los trabajadores realizan tablas de gimnasia y otros ejercicios sencillos sin apartarse de su puesto de trabajo.

Si no hay instalaciones dentro de la empresa (o si no tienen capacidad suficiente para el número de trabajadores que quisieran utilizarlas), las organizaciones recurren a centros externos, como clubs de salud comerciales, escuelas e institutos, iglesias, centros sociales, centros recreativos patrocinados por organizaciones como el YMCA, el ayuntamiento o los sindicatos, etc. Algunos parques empresariales albergan instalaciones deportivas compartidas por las empresas arrendatarias.

En otro nivel, los programas de ejercicio físico pueden consistir en actividades físicas sencillas y de muy poco riesgo que realizan los trabajadores en su propio domicilio. La reciente investigación científica ha demostrado que incluso unos niveles bajos o moderados de actividad física diaria pueden tener efectos positivos sobre la salud. Actividades como pasear, montar en bicicleta o subir escaleras, que permiten a la persona ejercitar dinámicamente grandes grupos de músculos durante 30 minutos cinco veces a la semana, pueden prevenir o retrasar la aparición de enfermedades cardiovasculares y constituyen un agradable alivio del estrés diario. Los programas que promueven el desplazamiento al trabajo a pie o en bicicleta pueden introducirse incluso en las empresas más pequeñas y cuestan muy poco.

En algunos países, los trabajadores tienen derecho a permisos que pueden pasar en balnearios o centros de salud que ofrecen programas completos de descanso, relajación, ejercicio, dieta saludable, masajes y otros tratamientos rehabilitadores. El objetivo, por supuesto, es que mantengan una forma de vida saludable cuando vuelvan a su hogar y a su trabajo.

### **Ejercicio físico para poblaciones especiales**

Los trabajadores de edad más avanzada, los que tienen problemas de obesidad o los que han llevado siempre una vida sedentaria pueden participar en programas de ejercicio físico de menor intensidad e impacto, para evitar lesiones graves y urgencias cardiovasculares. Cuando estos programas se ofrecen en el lugar de trabajo, muchas empresas reservan unas horas determinadas o unos espacios independientes de las zonas de trabajo para proteger la dignidad y privacidad de estas poblaciones.

Las mujeres embarazadas que han sido siempre físicamente activas pueden seguir trabajando con el consejo y el consentimiento de su médico personal, sin olvidar los consejos médicos referentes al ejercicio durante la gestación (American College of Obstetricians and Gynecologists 1994). Algunas organizaciones ofrecen programas especiales de mantenimiento para las mujeres que se reincorporan al trabajo después del parto.

Los trabajadores con problemas o discapacidades físicas deben tener facilidades para participar en el programa de mantenimiento de la capacidad física, por razones de equidad y porque pueden obtener del ejercicio físico beneficios todavía mayores que otros. Sin embargo, los responsables del programa deben tener en cuenta las afecciones que pueden poner a estas personas en situación de riesgo de lesión o muerte, por ejemplo, ciertas enfermedades genéticas, como el síndrome de Marfan (una enfermedad congénita) o ciertas cardiopatías. En estos casos es particularmente importante un reconocimiento previo del estado de salud y la supervisión atenta durante el ejercicio.

## Definición de objetivos para el programa de ejercicio físico

Los objetivos establecidos para un programa de ejercicio físico deben complementar y respaldar los de la organización. La Figura 15.9 contiene una lista de comprobación de los posibles objetivos del programa; clasificándolos en orden de importancia para la organización y combinándolos adecuadamente, pueden servir para diseñar el programa.

## Criterios de admisión para participar en el programa de ejercicio físico

Los administradores del programa de ejercicio físico deben establecer cuidadosamente los criterios para seleccionar a los participantes, ya que la demanda puede superar tanto el presupuesto asignado al programa como el espacio y el tiempo disponibles. Es conveniente conocer por adelantado la razón por la que se ofrece esta prestación y a cuántos trabajadores puede beneficiar. La falta de previsión en este sentido puede tener como resultado la decepción y el descontento si los que desean realizar ejercicio físico no pueden participar en el programa.

Especialmente cuando el programa se desarrolla en el lugar de trabajo, algunas empresas restringen la participación a los directivos situados por encima de un determinado nivel en el organigrama. Justifican esta decisión alegando que, puesto que estas personas están mejor retribuidas y, por consiguiente, su tiempo es más valioso, es conveniente darles prioridad de acceso. De esta forma, el programa se convierte en un "privilegio", como el comedor para directivos o la plaza de aparcamiento reservada y bien situada. Otras empresas son más igualitarias y ofrecen el programa a todos los trabajadores por orden de llegada. Cuando la demanda supera la capacidad de las instalaciones, algunas empresas utilizan la antigüedad como criterio de prioridad. Las normas sobre una práctica mínima mensual pueden servir para disuadir al usuario casual o irregular de seguir participando en el programa.

## Selección y mantenimiento de los participantes en el programa

Un problema que se plantea es que la comodidad y el bajo coste de las instalaciones puede hacerlas particularmente atractivas para quienes ya están interesados en el ejercicio físico, los cuales podrían dejar poco espacio para otros que lo necesitarían mucho más. En su mayor parte, los primeros seguirán haciendo ejercicio en cualquier caso, mientras que los segundos se desanimarán ante cualquier dificultad o retraso en la incorporación al programa. Por tanto, es importante simplificar la admisión de participantes y facilitar el proceso de incorporación.

Casi siempre es necesario atraer activamente a los participantes, al menos al principio del programa. Las técnicas para atraer a nuevos participantes incluyen visitas abiertas a las instalaciones en las que se ha de realizar el ejercicio físico, publicidad mediante carteles, folletos y anuncios en los medios de comunicación internos y la posibilidad de participar en el programa de forma experimental o para probar.

El problema de los abandonos constituye un reto importante para los programas de ejercicio físico en el lugar de trabajo. Los trabajadores mencionan el aburrimiento, los dolores y molestias musculares y la falta de tiempo como las principales causas de abandono. Para contrarrestar estos factores negativos, los especialistas en ejercicio físico entretienen a los participantes con música, cintas de vídeo y programas de televisión, juegos de motivación, actos especiales, camisetas y otros premios y certificados de asistencia o de logro de determinados objetivos. Unas tablas de ejercicios debidamente diseñadas y supervisadas por un profesional para prevenir dolores y molestias, y unas sesiones prácticas y eficientes son otras dos estrategias que suelen tener

éxito. Algunos programas de ejercicio físico ofrecen periódicos y revistas de empresa, así como el acceso a emisoras de televisión o cintas de vídeo con programas sobre economía y formación, para ayudar a los trabajadores a justificar el tiempo que dedican a las sesiones de ejercicio físico.

## Seguridad y supervisión

Las organizaciones que ofrecen programas de mantenimiento de la capacidad física para el trabajo en el lugar de trabajo deben

Figura 15.9 • Objetivos para un programa de ejercicio físico y mantenimiento de la capacidad física para el trabajo

	Productividad	Finanzas	Estado de ánimo	Salud y seguridad
1. Mejorar la productividad				
2. Mejorar el estado de ánimo del trabajador				
3. Reducir los costes médicos al reducir la demanda de asistencia				
4. Reducir el absentismo laboral				
5. Prevenir lesiones recurrentes en trabajadores en situación de riesgo elevado				
6. Rehabilitar a los trabajadores				
7. Mejorar el trabajo en equipo en la empresa mediante competiciones deportivas				
8. Mejorar las comunicaciones interpersonales entre los trabajadores				
9. Reducir el estrés				
10. Mejorar la imagen interna de la organización				
11. Mejorar la imagen externa de la organización				
12. Mejorar la capacidad de los trabajadores para realizar sus respectivos trabajos: "endurecimiento para el trabajo" o acondicionamiento				
13. Aprovechar al máximo el potencial de todos los trabajadores				
14. Ayudar a que los trabajadores discapacitados y con minusvalías se adapten a las demandas del trabajo y modifiquen el puesto de trabajo para ajustarlo a sus necesidades				
15. Prevenir enfermedades cardiovasculares				
16. Ayudar a los diabéticos a permanecer sanos y profesionalmente activos				
17. Ayudar a las trabajadoras embarazadas a seguir un programa de ejercicio físico saludable antes y después del parto				
18. Ayudar a los trabajadores de mayor edad, sedentarios y obesos a iniciarse en la práctica de ejercicio físico				
19. Establecer el programa de ejercicio físico como un centro de beneficios				

garantizar su seguridad. Los trabajadores que desean participar en los mismos deben someterse a un reconocimiento médico para detectar cualquier afección que pudiera verse agravada por el ejercicio físico. Sólo deben utilizarse equipos con el diseño y el mantenimiento adecuados y se debe enseñar su utilización. Asimismo, deben colocarse carteles con señales y normas de seguridad referentes al uso apropiado de las instalaciones, y todo el personal debe haber recibido formación en primeros auxilios, incluida la reanimación cardiopulmonar. Un profesional del ejercicio físico con la debida formación debe supervisar el funcionamiento de las instalaciones.

### Confidencialidad de los registros

Es preciso mantener registros individuales con información sobre la salud y el estado físico, la evaluación de la capacidad física para el trabajo y los ejercicios recomendados, los objetivos y logros esperados, así como todas las observaciones que se juzguen necesarias. En muchos programas se deja a los participantes que consignen lo que han realizado en cada visita. El acceso al contenido de estos registros debe, como mínimo, estar prohibido a todo el mundo salvo el participante y el personal del programa. Salvo al personal del servicio de salud de los trabajadores, que está obligado por las mismas normas de confidencialidad y, en caso de urgencia, al médico personal del participante, los detalles de la participación y la evolución de cada individuo no deben revelarse a nadie sin la autorización expresa del interesado.

Puede pedirse al personal del programa que elabore informes periódicos para la dirección sobre la participación y los resultados del programa basados en datos agregados.

### ¿Quién dedica el tiempo y quién paga?

Puesto que la mayoría de los programas de ejercicio físico en el lugar de trabajo son voluntarios y se organizan en beneficio de los trabajadores, se consideran como una prestación o privilegio adicional. Las empresas, por consiguiente, suelen ofrecer el programa fuera de las horas de trabajo (durante la comida o al término de la jornada), y se espera que los participantes abonen la totalidad o una parte de los costes. Los mismos criterios suelen aplicarse a los programas que se ofrecen fuera de la empresa, en instalaciones de la comunidad. En algunas organizaciones, la aportación de los trabajadores es proporcional al salario, y otras ofrecen "becas" a quienes tienen salarios más bajos o pasan por dificultades económicas.

Muchas empresas permiten la participación en horario de trabajo, por lo general a los trabajadores de nivel más elevado, y asumen la mayor parte de los gastos o todos ellos. Algunas reembolsan las aportaciones de los trabajadores si éstos alcanzan determinados objetivos.

Cuando la participación en el programa es obligatoria, como la formación para prevenir posibles lesiones profesionales o preparar a los trabajadores para la realización de determinadas tareas, las leyes y los convenios sindicales exigen que se haga en horario de trabajo y que la empresa corra con todos los gastos.

### Tratamiento de los dolores y las molestias de los participantes

Muchas personas creen que para que el ejercicio físico sea beneficioso tiene que ser doloroso. Es responsabilidad del personal del programa desmentir esta falsa idea modificando la percepción del ejercicio por medio de campañas de información y sesiones educativas orientadas a garantizar que la intensidad del ejercicio aumentará de forma gradual, de modo que las sesiones no resulten dolorosas y sean eficaces para mejorar la capacidad física para el trabajo.

Si los participantes se quejan de dolores y molestias, hay que animarlos para que sigan practicando ejercicio a una intensidad mucho menor o para que descansen hasta recuperarse. Deben conocer los principios del tratamiento de las lesiones deportivas: reposo, aplicación de hielo en la lesión, compresión de cualquier hinchazón y elevación de la parte del organismo lesionada.

### Programas deportivos

Muchas empresas y organizaciones animan a los trabajadores para que participen en competiciones deportivas que ellas mismas patrocinan. Estos acontecimientos varían desde partidos de fútbol o béisbol en la comida al aire libre organizada cada año por la empresa hasta una liga de diversos deportes o competiciones entre empresas, como el Chemical Bank's Corporate Challenge, una carrera de fondo para equipos de trabajadores de las empresas organizadores que surgió en Nueva York y ahora se ha extendido a otras zonas y a cuyo patrocinio se han unido muchas empresas.

El concepto clave de los programas deportivos en la gestión del riesgo).

Aunque son muchos los beneficios de la competición deportiva, entre otros un mejor estado de ánimo y el fortalecimiento del sentimiento de "equipo", los riesgos también pueden ser importantes. Cuando los trabajadores participan en competiciones, pueden trasladar al campo de juego el "bagaje" psicológico relacionado con el trabajo, lo que a veces ocasiona problemas, especialmente cuando están en mala forma física. Por ejemplo, un directivo de mediana edad y en mala forma física que desea impresionar a los trabajadores más jóvenes puede lesionarse al exceder su capacidad física; o un trabajador que se siente desafiado por otro en su trayectoria profesional puede convertir lo que se supone que es un partido amistoso en un cuerpo a cuerpo peligroso.

La empresa que desee organizar una competición deportiva debería considerar los siguientes consejos:

- Cerciorarse de que los participantes conocen la finalidad del acontecimiento deportivo y recordarles que son trabajadores de una organización, no atletas profesionales.
- Establecer normas y directrices estrictas sobre un juego seguro y limpio.
- Aunque firmar un documento de consentimiento y formularios de renuncia no siempre libera de responsabilidades a la empresa, sirve para que los participantes conozcan la naturaleza del riesgo asociado al deporte.
- Ofrecer centros de acondicionamiento y sesiones de prácticas antes de comenzar la temporada competitiva, de manera que los participantes se encuentren en una buena forma física antes de comenzar a jugar.
- Exigir, o al menos recomendar, que los participantes se sometan a un reconocimiento físico completo realizado por sus respectivos médicos, si no está previsto en el servicio de salud laboral. (Nota: quizá la organización tenga que correr con los gastos de esta medida.)
- Inspeccionar la seguridad del campo de atletismo y de los equipos deportivos. Suministrar o exigir equipos de protección personal, como cascos, ropas especiales o gafas protectoras.
- Supervisar los encuentros con la participación de árbitros, ropas especiales.
- Disponer de primeros auxilios y establecer con antelación un plan médico de urgencia y evacuación.
- Comprobar si el seguro de responsabilidad e incapacidad de la empresa cubre las competiciones deportivas, es suficiente y está en vigor. (Nota: debería cubrir a los trabajadores y a quienes asistan como espectadores, además de a los miembros del equipo.)

En algunas empresas, las competiciones deportivas constituyen la principal causa de incapacidad de los trabajadores. La gestión de los riesgos es importante y se debe pensar seriamente si las actividades deportivas contribuyen a los objetivos que la organización ha establecido para su programa de ejercicio físico.

### Conclusión

Los programas de ejercicio físico en el lugar de trabajo correctamente diseñados y dirigidos por un profesional benefician a los trabajadores, ya que mejoran su salud, su bienestar, su estado de ánimo y su rendimiento laboral. Benefician a las empresas porque mejoran cualitativa y cuantitativamente la productividad, ayudan a prevenir accidentes profesionales, acortan el período de recuperación de los trabajadores que han sufrido una enfermedad o un accidente y reducen el absentismo. El diseño y la ejecución de cada programa deberán ajustarse a cada caso concreto, en función de las características de la organización y de su plantilla, de la comunidad en la que opere, y de los recursos que puedan asignarse. El programa debe estar dirigido, o al menos supervisado, por un profesional cualificado en mantenimiento de la capacidad física, que sepa lo que el programa puede aportar a los participantes o a la organización y que esté preparado para modificarlo si surgen nuevas necesidades.

## ● PROGRAMAS DE NUTRICION EN EL LUGAR DE TRABAJO

*Penny M. Kris-Etherton y  
John W. Farquhar*

La dieta, la actividad física y otras prácticas relacionadas con los estilos de vida, como el abandono del tabaco y la reducción del estrés, son factores importantes en la prevención de las enfermedades crónicas. Una nutrición adecuada y otras prácticas saludables ayudan además a mantener el bienestar individual y la productividad. El centro de trabajo es un lugar idóneo para enseñar a las personas hábitos saludables, como nutrirse de forma adecuada, controlar el peso y realizar ejercicios. Es un foro excelente para la difusión eficiente de la información, en el que es posible controlar y reforzar las modificaciones que se realicen (Kaplan y Brinkman-Kaplan 1994). El consejo nutricional figura entre las actividades que se incluyen con más frecuencia en los programas de bienestar patrocinados por las empresas y los sindicatos, y a veces son organizados de forma conjunta por las dos instituciones. Además de las clases y los programas formales, pueden ofrecerse otras actividades educativas de apoyo, como la edición de boletines, memorándums, hojas anexas a las nóminas o carteles, la inclusión de anuncios en los tabloneros y el correo electrónico. El material didáctico sobre nutrición se puede enviar también a los familiares de los trabajadores, y es posible organizar clases y seminarios para los que cocinan habitualmente, que son los responsables de la alimentación de la familia. Estas medidas ofrecen una información útil que puede aplicarse fácilmente tanto en el lugar de trabajo como en otro sitio y ayudan a reforzar la instrucción formal y estimulan a los trabajadores a participar en los programas o a utilizar de forma razonable y aprovechar al máximo las instalaciones del lugar de trabajo (como el comedor). Además, las clases y los materiales educativos bien orientados pueden tener un efecto muy significativo en muchas personas, entre ellas los familiares de los propios trabajadores, en particular en sus hijos, que aprenden de este modo

hábitos de comida correctos que conservarán durante toda su vida y serán transmitidos a las generaciones futuras.

Para que los programas de intervención en el lugar de trabajo sean eficaces, se necesita un entorno de apoyo que permita a los trabajadores seguir los consejos relacionados con la nutrición. En este contexto, es esencial que se les ofrezca la posibilidad de obtener un tipo de comida apropiado en los comedores y en las máquinas expendedoras. Si guardan su almuerzo en bolsas o en otros tipos de recipientes o fiambreras, habrán de habilitarse sistemas para conservar esas bolsas o recipientes; de este modo, no encontrarán obstáculos para seguir la dieta recomendada. Además, en los lugares de trabajo alejados de los comedores o cafeterías, el almuerzo, preparado por la propia empresa o por un subcontratista, puede transportarse en carritos. Es importante asimismo disponer de instalaciones para que los trabajadores puedan realizar un ligero aseo personal antes de comer. Estas actividades promovidas por la empresa muestran un compromiso claro con la salud y el bienestar de sus trabajadores.

### Suministro interno de comidas, máquinas expendedoras y pausas para tomar café

Numerosas empresas subvencionan servicios internos de suministro de comidas de forma parcial o total, con lo que los trabajadores disponen de una oferta atractiva y cómoda. Incluso en los centros donde sólo hay un turno de trabajo, muchos comedores sirven desayunos y cenas, además de almuerzos y refrescos para las pausas; esta variedad resulta especialmente útil para quienes viven solos o en los casos en que la preparación de la comida en casa no es la adecuada. Algunos de estos comedores pueden ser utilizados por los amigos y familiares de los trabajadores para promover "comidas en el lugar de trabajo", en vez de utilizar otros establecimientos públicos que suelen ser más caros y de menor calidad dietética.

La variedad de la comida que se ofrece en los lugares de trabajo sirve de apoyo y de estímulo a los hábitos de alimentación saludables (Glanz y Mullis 1988). De hecho, las actividades desarrolladas a través del comedor de la empresa representan uno de los programas de nutrición en el lugar de trabajo más difundidos, ya que permiten poner a disposición de los trabajadores los aspectos más relevantes de la información sobre nutrición (Glanz y Rogers 1994). Otras medidas son la inclusión en la oferta de platos con bajo contenido de grasas y de calorías y alto contenido de fibra o la calificación de algunos de ellos como "platos saludables para el corazón" (Richmond 1986). Pueden aplicarse asimismo políticas saludables de suministro interno de comidas y ofrecer platos muy nutritivos con bajo contenido de grasas, de colesterol y de sodio (American Dietetic Association 1994). Es posible igualmente negociar con los proveedores el suministro de alimentos con bajo contenido de grasas, como fruta, en las máquinas expendedoras. En un programa de estas características, los trabajadores seleccionaron más los productos con bajo contenido de calorías (Wilber 1983). La dirección de los servicios de comidas y los proveedores de los suministros internos de comidas y de las máquinas expendedoras pueden aumentar así sus ventas y su participación en este tipo de actividades, sobre todo si sirven comidas saludables, atractivas y sabrosas (American Dietetic Association 1994).

La oferta de aperitivos muy nutritivos en las pausas para el café o el té puede ayudar a los trabajadores a atender sus necesidades dietéticas. En muchos casos, la "hora del almuerzo" dura sólo 30 ó 40 minutos y algunos trabajadores no se sientan a comer porque dedican ese tiempo a ir de compras, ver a otras personas o atender asuntos personales. Para obtener un entorno de apoyo quizás haya que prolongar el tiempo de la comida. También el mantenimiento de una higiene adecuada en las

instalaciones y el control adecuado de la salud y del entrenamiento de todo el personal (aunque las instalaciones estén gestionadas bajo contrato por un proveedor externo) demuestra el compromiso del centro de trabajo con la salud de los trabajadores, con lo que aumentará el interés de éstos en apoyar los establecimientos de servicios de comida internos, así como otros programas.

### Orientación general sobre nutrición

Las recomendaciones dietéticas básicas establecidas por los organismos públicos de diferentes países fomentan la promoción de la salud y la prevención de enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta (FAO, OMS 1992). Esas directrices se sustentan en los siguientes principios:

- Ajustar el aporte al gasto energético para conseguir y mantener un peso corporal adecuado.
- Evitar el consumo excesivo de grasas, sobre todo de grasas saturadas y de colesterol.
- Aumentar el consumo de carbohidratos complejos y de fibra y reducir el consumo de azúcar a un nivel moderado.
- Reducir el consumo de sal a un nivel moderado.
- Reducir el consumo de alcohol.
- Realizar comidas variadas que incluyan todos los grupos de alimentos.

Hay sólidas pruebas científicas en apoyo de estas recomendaciones. No sólo el peso corporal anormal aumenta el riesgo de padecer numerosas enfermedades crónicas, sino que también es importante para la salud la distribución de la grasa (Bray 1989). La obesidad de tipo masculino, esto es, el exceso de grasa en el abdomen, supone un riesgo para la salud mayor que la obesidad de tipo femenino, esto es, la presencia de grasa por debajo de la cintura (en las caderas y los muslos). Un índice cintura/cadera igual o superior a 1 se asocia a mayor riesgo de hipertensión, hiperlipidemia, diabetes y resistencia al tratamiento con insulina (Seidell 1992). El índice de masa corporal (IMC), esto es, el peso corporal (kilogramos) dividido por la altura (metros) al cuadrado y el índice cintura/cadera sirven, pues, para valorar el sobrepeso y, en su caso, la necesidad de perder peso. En la Figura 15.10 se aplica el IMC para distinguir entre las categorías de bajo peso, peso ideal, sobrepeso y obesidad.

Todas las personas, incluso las que tienen un peso ideal, pueden beneficiarse de las recomendaciones dietéticas destinadas a prevenir el aumento de peso que se produce normalmente con la edad. Para que un programa de control del peso

sea eficaz, debe atenerse a los principios y técnicas de la nutrición, del ejercicio y de la modificación de conducta.

Para ayudar a mantener un nivel de colesterol deseable (es decir, 200 mg/dL) (National Institutes of Health 1993b), se recomienda una dieta en la que menos del 30 % de las calorías se aporten en forma de grasas y menos del 10 % en forma de grasas saturadas, y que tenga menos de 300 miligramos de colesterol al día. El cumplimiento de la recomendación sobre las grasas saturadas se facilita con una dieta relativamente baja en grasas totales. Una dieta de 2.000 calorías puede incluir 67 gramos de grasas en total y menos de 22 gramos de grasas saturadas al día. Una dieta baja en grasas totales permite además reducir las calorías y facilita el control de peso; no impide tomar comidas variadas que permitan atender las necesidades nutritivas sin superar las necesidades calóricas.

Las dietas ricas en carbohidratos complejos (los que se encuentran en los cereales, las legumbres, las verduras y, en cierta medida, las frutas) contienen también una gran variedad de nutrientes (como vitaminas B, vitaminas A y C, zinc e hierro) y su contenido de grasas es bajo. La recomendación de consumir el azúcar de forma moderada se basa en que este producto, pese a ser una fuente de energía, tiene un escaso valor nutritivo. Por tanto, las personas con escasas necesidades calóricas deberían tomar poco azúcar. En cambio, este puede emplearse como una fuente de calorías, siempre de forma moderada, en dietas (adecuadas desde el punto de vista nutritivo) de alto contenido calórico. El efecto de formación de caries dental se reduce si el azúcar se toma con las comidas y no en forma de aperitivos frecuentes entre comidas.

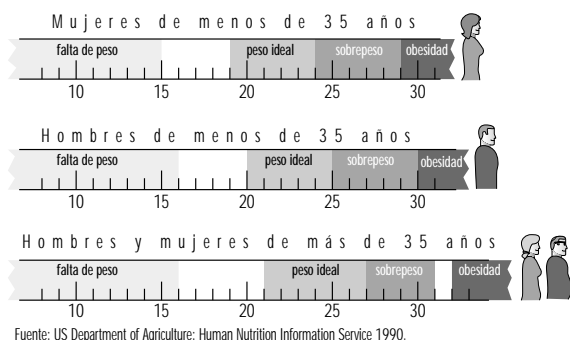
Debido a la asociación entre la ingesta de sodio y la hipertensión sistólica, es aconsejable moderar el consumo de sal y de sodio. Para prevenir la hipertensión se recomienda no tomar más de 2.400 miligramos de sodio al día (National Institutes of Health 1993b). Se ha demostrado también que una dieta con alto contenido de sodio promueve la excreción de calcio y, por tanto, contribuye al desarrollo de osteoporosis, trastorno que afecta más a las mujeres (Anderson 1992). Las principales fuentes de sodio en la dieta son las comidas preparadas y la sal (o los condimentos ricos en sal, como la salsa de soja) que se añade a los platos durante su preparación o en la mesa.

Si se toma alcohol, debe hacerse de forma moderada. El consumo excesivo de alcohol daña el hígado y el páncreas, provoca hipertensión y produce lesiones cerebrales y cardíacas. Otras consecuencias adversas que se asocian al consumo excesivo de alcohol son la adicción, el aumento del riesgo de accidentes y la disminución del rendimiento en el trabajo.

Otra recomendación habitual consiste en seguir una dieta lo más variada posible. Para mantener un buen estado de salud se necesitan más de 40 nutrientes diferentes. Como ninguna comida sola puede proporcionarlos todos, la dieta debe ser lo más variada posible. Una guía de alimentación típica suele incluir recomendaciones sobre el número de veces que hay que tomar los diferentes grupos de comidas (Figura 15.11). Los valores indicados son mínimos diarios. Si las necesidades energéticas aumentan, esos valores deberán aumentar también de forma correspondiente.

En diferentes países se han elaborado además recomendaciones dietéticas específicas. En algunos se recomiendan la fluorcación del agua, la lactancia materna y los suplementos de yodo. En otros muchos se recomienda la inclusión en la dieta de una cantidad adecuada de proteínas, aunque evitando el consumo excesivo. En algunos se establecen directrices sobre la proporción relativa de proteínas animales y vegetales. En otros se hace hincapié en el aporte de vitamina C y de calcio. Todas estas recomendaciones se adaptan a las necesidades específicas del lugar. Son asimismo aspectos nutricionales importantes y

Figura 15.10 • Clasificación según el índice de masa corporal.



relevantes para los individuos de todo el mundo los relacionados con el calcio, la hidratación, las vitaminas antioxidantes y los minerales.

El consumo adecuado de calcio es importante durante toda la vida para fortalecer el esqueleto y conseguir una masa ósea máxima (que se alcanza entre 18 y 30 años); además ayuda a retrasar la pérdida de masa ósea asociada a la edad, que suele causar osteoporosis. Se recomienda tomar como mínimo 800 miligramos de calcio desde el primer año de edad hasta la edad avanzada. En los adolescentes, los huesos crecen con rapidez, por lo que el consumo debe elevarse a 1.200 miligramos. Algunos especialistas estiman que la cifra pertinente en los adultos jóvenes, las mujeres postmenopáusicas y los varones mayores de 65 años es de 1.500 miligramos de calcio, frente a 1.000 miligramos el resto de los adultos. Las mujeres embarazadas y las lactantes necesitan 1.200 miligramos de calcio al día. Los productos lácteos son una fuente muy rica de calcio. Es recomendable consumir productos lácteos desnatados para controlar la concentración de colesterol en sangre.

El mantenimiento de una hidratación adecuada es esencial para lograr un rendimiento máximo en el trabajo. Una consecuencia grave de la deshidratación es la incapacidad para eliminar el calor de forma eficiente, con lo que aumenta la temperatura corporal. La sed suele ser un buen indicador del estado de hidratación, salvo durante el ejercicio físico intenso. Durante el trabajo debe calmarse la sed bebiendo todo el líquido que apetezca. Los líquidos fríos y diluidos reponen las pérdidas hídricas con mayor rapidez. También los trabajadores manuales deben beber todo lo que les apetezca; por cada 0,5 kg de peso que se pierda al día por el ejercicio, se recomienda tomar medio litro de agua para reponer la pérdida de agua con el sudor.

Recientemente se ha prestado gran atención a los antioxidantes, debido a las pruebas cada vez más amplias de su posible acción protectora frente al cáncer, las cardiopatías y las cataratas y al posible retraso del proceso de envejecimiento. Entre los antioxidantes figuran vitaminas como los beta-carotenos y las vitaminas A, E y C, así como el selenio. Se cree que los antioxidantes previenen la formación de radicales libres nocivos, que con el tiempo destruyen las estructuras celulares en un proceso que provoca el desarrollo de diversas enfermedades. Las pruebas obtenidas hasta hora indican que los antioxidantes pueden proteger frente al desarrollo de cáncer, cardiopatías y cataratas, aunque no se ha establecido una relación causal. Los alimentos

que contienen beta-carotenos y vitamina A son las verduras de hojas verdes y las frutas y verduras de color amarillo, rojo y naranja. Los cereales y el pescado son fuentes significativas de selenio. Los cítricos son una fuente importante de vitamina C, y la vitamina E se encuentra en las fuentes de grasas poliinsaturadas, como los frutos secos, las semillas, el aceite vegetal y el germen de trigo.

La notable similitud en las recomendaciones dietéticas de los diferentes países subraya el consenso que hay entre los expertos en nutrición sobre la dieta más idónea para promover la salud y el bienestar. El desafío al que se enfrenta el conjunto de profesionales de la nutrición en la actualidad es el de aplicar estas recomendaciones dietéticas para la población y el de garantizar globalmente una nutrición apropiada. Para cumplir estos objetivos, no sólo habrá que ofrecer una fuente segura y adecuada de alimentos a todas las personas en todo el mundo, sino que también habrá que desarrollar y aplicar programas educativos sobre nutrición para que todas las personas conozcan los principios de una dieta sana.

### Enfoques culturales y étnicos sobre la comida y la dieta

Los enfoques de una educación nutricional eficaz deben tener en cuenta los aspectos culturales y los hábitos alimenticios étnicos. Es importante considerar los aspectos culturales al planificar los programas de nutrición y eliminar los obstáculos que impiden una comunicación eficaz en las tareas de asesoramiento. Dada la importancia que se concede actualmente a la diversidad cultural, la exposición a diferentes culturas en el lugar de trabajo y el marcado interés de los individuos por conocer otras culturas, deben acogerse favorablemente los programas de nutrición que tengan en cuenta las diferencias culturales.

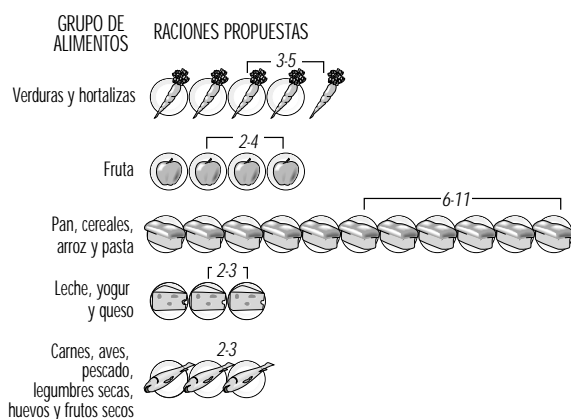
Las distintas sociedades tienen unas creencias muy diferentes respecto a la prevención, la causa y el tratamiento de las enfermedades. El valor que se concede a la salud y a la nutrición es muy variable. Para ayudar a las personas a adoptar una forma de vida y unos hábitos dietéticos sanos es necesario comprender sus creencias y su cultura (US Department of Health and Human Services 1990). Los consejos sobre nutrición deben tener en cuenta las prácticas específicas de cada grupo o población étnicos. Además, la actuación debe planearse de forma que tenga en cuenta las creencias más generales sobre la salud y las prácticas de nutrición. Por ejemplo, algunas culturas no aprueban el consumo de alcohol, mientras que otras lo consideran una parte esencial de la dieta e incluso se toma con las comidas en el lugar de trabajo. Por tanto, las actuaciones sobre la nutrición no sólo deben tener en cuenta las necesidades particulares de un grupo concreto, sino que deben reconocer los valores y creencias específicos de su cultura.

### Sobrepeso

Los principales factores ambientales que determinan el sobrepeso y la obesidad son el consumo excesivo de calorías y la falta de actividad física.

El sobrepeso y la obesidad suelen clasificarse sobre la base del IMC, que se correlaciona con la composición del organismo ( $r = 0,7-0,8$ ). La clasificación del estado del peso según el IMC en los varones y las mujeres menores y mayores de 35 años se presentan en la Figura 15.10. Los riesgos para la salud asociados al sobrepeso y a la obesidad son claros. Los datos de numerosos estudios han mostrado una relación en forma de J entre el peso corporal y la mortalidad por cualquier causa. Aunque el índice de mortalidad aumenta si el IMC es mayor de 25, el aumento se hace muy pronunciado si el IMC supera 30. Curiosamente, el

Figura 15.11 • Ejemplo de una buena guía diaria de alimentación.



Fuente: US Department of Agriculture: Human Nutrition Information Service. 1990.

Figura 15.12 • Directrices para un programa razonable de reducción de peso.



bajo peso aumenta también el riesgo de mortalidad, aunque no en la medida del sobrepeso. Mientras que los individuos obesos y con sobrepeso tienen un riesgo mayor de fallecer por una enfermedad cardiovascular y de sufrir enfermedades de la vesícula biliar y diabetes mellitus, las personas con bajo peso tienen un riesgo mayor de padecer enfermedades del aparato digestivo y pulmonares (Lew y Garfinkel 1979). La incidencia del sobrepeso y la obesidad de algunos países desarrollados puede llegar a ser del 25 al 30 % de la población; es incluso mayor en ciertos grupos étnicos y en grupos de clase socioeconómica baja.

Para reducir el peso se recomienda una dieta baja en calorías que permita perder entre 0,2 y 0,9 kg por semana. Para reducir el aporte calórico y aumentar la sensación de saciedad se recomienda una dieta baja en grasas (sobre el 30 % de calorías en grasas o menos) con alto contenido en fibra (15 gramos por 1.000 calorías).

Todo programa para la pérdida de peso debe incluir la práctica de ejercicio y técnicas de modificación de conducta. Se recomienda perder peso lenta y progresivamente para modificar con eficacia los hábitos dietéticos. En la Figura 15.12 se presentan las características que debe reunir un programa razonable de reducción de peso.

Una encuesta telefónica aleatoria realizada en Estados Unidos entre 60.589 adultos reveló que aproximadamente el 38 % de las mujeres y el 24 % de los hombres estaban intentando activamente perder peso. Como reflejo del esfuerzo de marketing de lo que se ha convertido en una verdadera industria de la reducción de peso, los métodos iban desde el ayuno periódico o la participación en programas organizados de reducción de peso, frecuentemente con productos alimenticios y complementos nutritivos especiales elaborados comercialmente, hasta el uso de comprimidos. Sólo la mitad de quienes trataban de perder peso contestaron que estaban siguiendo el método recomendado de reducir la ingesta calórica y hacer ejercicio físico, lo cual demuestra la importancia de los programas de formación nutricional en el lugar de trabajo (Serdula, Williamson y cols. 1994).

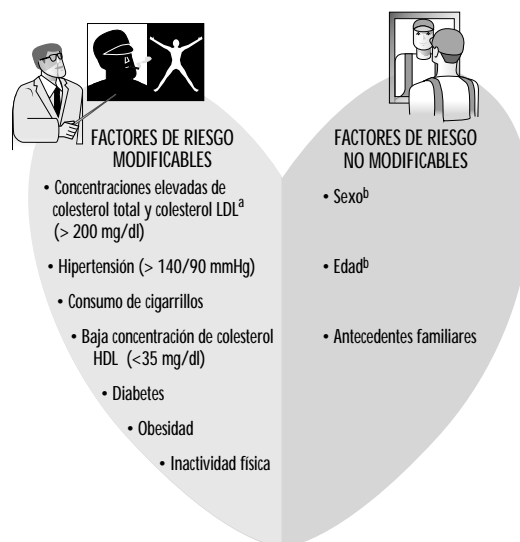
La reducción de peso en las personas obesas o con sobrepeso es beneficiosa para diversos factores de riesgo de enfermedad crónica (NIH 1993a). Al perder peso disminuyen la presión arterial, los lípidos plasmáticos y las lipoproteínas (es decir, el colesterol total, el colesterol transportado por lipoproteínas de baja densidad (LDL) y los triglicéridos) y aumenta el colesterol transportado por lipoproteínas de alta densidad (HDL); todos estos parámetros son importantes factores de riesgo de cardiopatía coronaria (Figura 15.13). Además, se modifican de forma favorable los niveles de glucosa en sangre, de insulina y de hemoglobina glicosilada. Se han observado mejorías en estos parámetros con pérdidas de peso de sólo 4 kg, aunque después se recupere algo.

El control del peso es esencial para reducir la morbilidad y la mortalidad por enfermedades crónicas. En este principio se sustentan las recomendaciones dietéticas de numerosos grupos establecidas para países desarrollados en los que el sobrepeso y la obesidad son problemas de salud pública de primer orden. Aunque para perder peso se recomienda cumplir una dieta, hacer ejercicio y modificar la conducta, la clave para reducir la incidencia del sobrepeso y la obesidad consiste en aplicar programas de prevención eficaces.

### Bajo peso

El bajo peso (definido como un peso corporal un 15-20 %, por lo menos, inferior al peso ideal) es un trastorno grave que provoca pérdida de energía y aumenta la sensibilidad a las lesiones y a las infecciones. El consumo insuficiente de comida, la actividad excesiva, la malabsorción, las comidas inadecuadas, las enfermedades producidas por trastornos en la eliminación y el estrés psicológico pueden ser la causa. Para ganar peso de forma gradual y constante se recomienda seguir dietas de alto contenido energético, que aporten del 30 al 35 % de calorías en forma de grasas y de 500 a 1.000 calorías adicionales. Hay que estimular a las personas con bajo peso a que tomen comidas y aperitivos de alto

Figura 15.13 • Principales factores de riesgo de cardiopatía coronaria.



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 aquellos. 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: National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute 1993.



contenido calórico en el lugar de trabajo ofreciéndoles la posibilidad de consumir productos populares variados de sabor agradable.

### **Dietas especiales**

Existen dietas especiales para el tratamiento de ciertas enfermedades y trastornos. Además, los programas de nutrición y las formas de vida adecuados deben acompañarse de la modificación de la dieta en diversas etapas de la vida, como el embarazo y la lactancia. Para el éxito de estas dietas especiales es importante reconocer la posibilidad de seguir diferentes estrategias. Así pues, para mantener el cumplimiento a largo plazo y conseguir que se aprecien los beneficios, es necesario individualizar el plan de dieta y adaptarlo a las necesidades personales.

#### ***Dieta baja en grasas, en grasas saturadas y en colesterol***

Las dietas recomendadas en el tratamiento de los niveles elevados de colesterol son las que comprenden una sola fase (30 % de calorías en forma de grasas, 8-10 % de calorías en forma de grasas saturadas y 300 miligramos de colesterol) y las que comprenden dos fases (30 % de calorías en forma de grasas, 7 % de calorías en forma de grasas saturadas, y 200 miligramos de colesterol) (NIH 1993b). Ambas están destinadas a reducir de forma progresiva la ingesta de grasas saturadas y de colesterol, y la de grasas totales. Las principales fuentes de grasas en la dieta son la carne, las aves de corral, los productos lácteos no desnatados y las grasas y los aceites. En general, para la mayoría de las personas de los países desarrollados, seguir la dieta en una sola fase significa reducir las grasas totales y las grasas saturadas en cerca del 20-25 %, mientras que la dieta en dos fases requiere una reducción similar de las grasas totales pero, además, un descenso en las grasas saturadas aproximado del 50 %. La dieta en una sola fase puede seguirse fácilmente aplicando una o más de las estrategias de reducción de grasas en la dieta, como la sustitución por la carne magra, las aves de corral y el pescado, las variedades con un contenido de grasas más alto, la sustitución de los productos lácteos con toda la grasa por los productos de leche desnatada y con bajo contenido de grasas, el empleo de menos grasas en la preparación de las comidas y la adición de menos grasas a éstas antes de consumirlas (p. ej., mantequilla, margarina o aderezo para ensaladas) (Smith-Schneider, Sigman-Grant y Kris-Etherton 1992). La dieta en dos fases requiere una planificación más cuidadosa y una educación nutricional intensiva a cargo de un experto cualificado.

#### ***Dietas con un contenido muy bajo de grasas***

Algunos expertos en nutrición recomiendan una dieta con un 20 % o menos de calorías en forma de grasas para prevenir algunos cánceres que se han asociado a las dietas ricas en grasas (Henderson, Ross y Pike 1991). Esta dieta es rica en frutas y verduras, cereales, legumbres y productos lácteos desnatados. Las carnes rojas pueden consumirse en pequeñas cantidades, al igual que las grasas y los aceites. Las comidas se preparan añadiendo poca o ninguna grasa y se cocinan al horno, al vapor, cocidas o hervidas.

Se ha demostrado la disminución de la aterosclerosis con una dieta que incluye una cantidad mínima de grasas saturadas (3 % de calorías) y de grasas totales (10 % de las calorías), junto con cambios importantes en la forma de vida (abandono del tabaco, ejercicio y meditación) (Ornish y cols. 1990). Esta dieta requiere cambios sustanciales en la forma de vida (es decir, en la forma habitual de cocinar), como adoptar hábitos en gran parte vegetarianos, comer poco o nada de carne, de pescado ni de aves de corral, y tomar más cereales, legumbres, fruta, verduras y productos lácteos desnatados. Para seguirla puede ser necesario comprar alimentos especiales (productos sin grasa) y evitar la mayoría de los que se venden preparados. Aunque representa

una opción para algunas personas con un riesgo muy alto de patologías cardiovasculares, sobre todo como alternativa al tratamiento farmacológico, requiere un alto grado de motivación y compromiso.

#### ***Dieta para trabajadores diabéticos***

Se recomienda prescribir una dieta individualizada basada en factores metabólicos y nutritivos y en la forma de vida (American Dietetic Association 1944). En general, las proteínas de la dieta proporcionan entre el 10 y el 20 % de las calorías. Las grasas saturadas deben aportar menos del 10 %. La distribución del resto de las necesidades energéticas entre los carbohidratos y las grasas varía según el estado del paciente y debe basarse en la concentración hemática de lípidos y de glucosa y en el peso que se consideren más idóneos para la persona. En los individuos con un peso ideal, o casi ideal, se recomienda que el 30 % de las calorías sean aportadas en forma de grasas. En las personas con sobrepeso, la reducción del consumo total de grasas facilita la disminución del aporte calórico y, con ello, la pérdida correspondiente de peso. En las personas con un nivel de triglicéridos elevado se recomienda una dieta con alto contenido de grasas totales, sobre todo de grasas monoinsaturadas, junto con una estrecha supervisión; las dietas ricas en grasas pueden prolongar o agravar la obesidad. El nuevo modelo para el tratamiento médico dietético de la diabetes incluye la evaluación individual de los parámetros metabólicos y de la forma de vida y un plan de actuación y de control de los resultados terapéuticos.

#### ***Dieta para el embarazo y la lactancia***

Durante el embarazo y la lactancia, las necesidades nutritivas y energéticas son altas. En el embarazo, la dieta debe aportar las calorías suficientes para que la embarazada gane peso de forma adecuada (National Research Council 1989). Las calorías y los nutrientes necesarios para conseguir el apoyo nutritivo máximo en mujeres con períodos de embarazo y de lactancia repetidos durante varios años, en los que las necesidades nutritivas aumentan como consecuencia de los embarazos múltiples y de períodos de lactancia prolongados, pueden obtenerse con una dieta que incluya los grupos de alimentos básicos. Se recomienda también a las mujeres embarazadas y a las lactantes la elección de diversos tipos de cada grupo de alimentos, la toma de aperitivos de forma regular y la ingesta de abundante fibra y líquidos. El consumo de alcohol debe evitarse o, al menos, reducirse sustancialmente durante el embarazo y la lactancia. Se recomienda también a las mujeres embarazadas que utilicen la sal a su gusto. Una dieta adecuada durante el embarazo y la lactancia es esencial para garantizar el desarrollo y el crecimiento normal del feto y del niño, así como la salud y el bienestar de la madre, y debería fomentarse en los programas de educación nutricional en el lugar de trabajo y en las instalaciones de restauración de la empresa.

#### ***Intolerancia a la lactosa y sensibilidad al gluten***

Un gran número de personas adultas, sobre todo las de ciertos grupos étnicos, deben restringir la lactosa en su dieta por una deficiencia de lactasas. La fuente principal de lactosa en la dieta son los productos lácteos y las comidas que se preparan con ellos. Es importante señalar que en numerosos medicamentos se utiliza como excipiente lactosa, que, por tanto, puede ocasionar problemas. En el escaso número de personas con sensibilidad al gluten (enfermedad celíaca) hay que eliminar de la dieta los alimentos que contengan gluten, es decir, el trigo, el centeno, la cebada y la avena. Mientras muchos individuos con intolerancia a la lactosa pueden tolerar pequeñas cantidades de lactosa, sobre todo con otros alimentos que no contengan este producto, las personas con sensibilidad al gluten deben evitar cualquier comida

que lo contenga. Las instalaciones de suministro interno de comidas en el lugar de trabajo deben disponer de platos apropiados si alguno de los trabajadores sufre este trastorno.

**Resumen**

El lugar de trabajo es el contexto idóneo para la aplicación de programas de nutrición encaminados a enseñar los principios de los hábitos dietéticos saludables y a ponerlos en práctica. Existen diversos programas para su aplicación en el lugar de trabajo. Además de impartir clases y de ofrecer materiales educativos sobre nutrición a todos los trabajadores, pueden dirigirse programas especiales a los trabajadores de alto riesgo de desarrollo de enfermedades crónicas o a grupos seleccionados basándose en las características demográficas. Para reducir el riesgo de sufrir enfermedades crónicas se necesita el compromiso a largo plazo de los trabajadores y de las empresas. Los programas eficaces de nutrición en el lugar de trabajo reducen el riesgo de enfermedades crónicas en países de todo el mundo.

● **CONTROL DEL TABACO EN EL LUGAR DE TRABAJO**

*Jon Rudnick*

**Introducción**

La "concienciación" de los efectos desfavorables que se asocian al consumo de cigarrillos ha ido aumentando desde el decenio de 1960, en que apareció el primer informe del Departamento de Sanidad de EE.UU. sobre el tema. Desde entonces, las actitudes ante el consumo de cigarrillos han ido haciéndose cada vez más negativas y han llevado a la exigencia de imprimir advertencias en los paquetes y anuncios de tabaco, la prohibición de la publicidad de cigarrillos en la televisión en algunos países, la instauración de zonas de no fumadores en algunos lugares públicos y la prohibición completa del tabaco en otras. Los mensajes de salud pública bien fundados acerca de los peligros de los derivados del tabaco se difunden cada vez más, pese a los intentos de la industria tabaquera por negar la existencia del problema. Las personas que intentan "dejar el hábito" gastan al año grandes sumas de dinero. Para ayudar a los que tienen adicción a la nicotina se han elaborado libros, cintas de audio, terapias de grupo, chicles de nicotina y parches cutáneos, e incluso ordenadores de bolsillo, todos con grados variables de éxito. La validación de los efectos cancerígenos del tabaquismo pasivo o indirecto ha añadido impulso a los esfuerzos crecientes por controlar el consumo de tabaco.

Con estos antecedentes, es natural que el consumo de tabaco en los centros de trabajo se haya convertido en un problema creciente tanto para las empresas como para los trabajadores. Al nivel más básico, el consumo de tabaco supone un riesgo de incendio. Desde el punto de vista de la productividad, el tabaco es una distracción o una molestia, según el trabajador sea o no fumador. El consumo de tabaco es una causa importante de morbilidad en la población activa. Supone tanto una pérdida de productividad, en forma de pérdida de horas de trabajo por enfermedad, como una pérdida económica de los recursos de la compañía o empresa a causa del aumento progresivo de los costes relacionados con la salud. Además, el tabaco ejerce una interacción aditiva o multiplicativa con otros riesgos ambientales presentes en algunos centros de trabajo, incrementando significativamente el riesgo de muchas enfermedades profesionales (Figura 15.14).

Este artículo trata de la justificación del control del tabaco en los centros de trabajo y propone una actitud y un enfoque

prácticos del mismo, reconociendo que la mera advertencia no es suficiente. Al mismo tiempo, no se olvidan el terrible carácter adictivo de la nicotina ni los problemas asociados al abandono del tabaco. Se ha redactado con la esperanza de ofrecer un enfoque de este complejo problema más realista que algunos de los que nos han precedido.

**Consumo de tabaco en el lugar de trabajo**

Son cada vez más las compañías o empresas que relacionan los hábitos insanos, como el consumo de tabaco, con el aumento de

Figura 15.14 • Ejemplos de interacciones entre trabajo y consumo de cigarrillos que provocan enfermedades.

TRABAJO	EXPOSICION	INTERACCION ENTRE TABACO Y TRABAJO	ENFERMEDAD
Amianto, construcción y otros trabajos en contacto con el amianto	Amianto	+ x	• Bronquitis crónica • Enfermedad pulmonar crónica
Fundición de aluminio	Hidrocarburos polinucleados	+ o x	Cáncer de vejiga
Industrias de aviación, minería y otras	Ruido	+	Pérdida de audición y agudeza auditiva
Cementos	Polvo de cemento	+	• Bronquitis crónica • Enfermedad pulmonar obstructiva
Fabricación de cloro	Cloro	+	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Minería del carbón	Polvo de carbón	+	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Fundición de cobre	Dióxido de azufre	+	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
	Arsénico	+ o x	Cáncer de pulmón
Cereales	Polvo de cereal	+	• Bronquitis crónica • Enfermedad pulmonar obstructiva
Compuestos químicos orgánicos	Cancerígenos	+ o x	Cáncer de diversos órganos y tejidos
Corte de piedras, fundición	Polvo de sílice	+	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Textil	Polvo de algodón, cáñamo, lino	x	• Obstrucción aguda de las vías respiratorias • Bronquitis crónica
Minería del uranio y otros entornos radiactivos	Radiación alfa (radón)	x	Cáncer de pulmón
Soldadura	Gases irritantes, vapores metálicos, polvo (radón)	+	• Bronquitis crónica • Enfermedad pulmonar obstructiva

Fuente: Organización Mundial de la Salud 1992.

+ = Aditiva    x = Multiplicativa    x = Probablemente multiplicativa

los gastos de explotación, y muchas las que han adoptado medidas para reducir el exceso de costes asociados a los trabajadores que fuman. El coste de las indemnizaciones por motivos de salud de las personas que consumen al menos un paquete de tabaco al día es un 18 % más alto que el de los no fumadores, según un estudio sobre el efecto de los distintos riesgos relacionados con el estilo de vida efectuado por la Ceridian Corporation, una empresa de servicios tecnológicos con domicilio en Minneapolis, Minnesota. Según este estudio (Lesmes 1993), los grandes fumadores pasan un 25 % más días hospitalizados y sus probabilidades de recibir indemnizaciones por razones de salud superiores a 5.000 dólares anuales son un 29 % mayores que las de los no fumadores.

El efecto del tabaco en la salud de la población y en el sistema sanitario no tiene equivalentes (US Department of Health and Human Services 1989). Según la World Health Association (1992), el tabaco mata al menos a tres millones de personas al año en todo el mundo: en los países en los que es un hábito establecido, provoca alrededor del 90 % de todas las muertes por cáncer de pulmón, el 30 % de todos los cánceres, más del 80 % de todos los casos de bronquitis crónica y enfisema y entre el 20 y el 25 % de todas las muertes por infarto de miocardio o accidente cerebrovascular. También pueden atribuirse a él otros muchos trastornos nocivos para la salud, como las enfermedades respiratorias, la úlcera péptica y las complicaciones de la gestación. El tabaco sigue siendo la causa más importante de mortalidad evitable en Estados Unidos, hasta tal punto que provoca alrededor de la sexta parte de las muertes totales (Davis 1987).

El efecto combinado del tabaco y de los riesgos profesionales ha quedado demostrado por las importantes diferencias de morbilidad de los fumadores y no fumadores de muchas profesiones. La interacción de los tipos de peligros aumenta el riesgo de muchos trastornos, sobre todo de las enfermedades obstructivas crónicas del pulmón, del cáncer de pulmón, de las enfermedades cardiovasculares y de distintas discapacidades (Figura 15.14).

En distintas publicaciones técnicas se hallan bien establecidas las complicaciones mejor conocidas de la exposición a los peligros relacionados con el tabaco. Recientemente, se ha prestado una gran atención a los aspectos siguientes:

- *Riesgos para la mujer.* Cambio del metabolismo de los estrógenos, trastornos menstruales, menopausia precoz, concepción tardía o infertilidad, cáncer de cuello uterino.
- *Riesgos materno-fetales.* Aborto espontáneo, embarazo ectópico, alteraciones de la placenta, placenta previa, abruptio placentae, hemorragia vaginal, mortalidad fetal, parto pretérmino, retraso del desarrollo fetal, bajo peso al nacimiento, anomalías congénitas e hipoxia crónica.
- *Complicaciones infantiles.* Mayor mortalidad neonatal, síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), alteración del desarrollo físico e intelectual.

### Tabaquismo pasivo e indirecto (TPI)

El consumo de tabaco no sólo resulta peligroso para el fumador, sino también para los no fumadores. El TPI constituye un riesgo especial para quienes trabajan en un ambiente cerrado. Como señala la Organización Mundial de la Salud (1992), en los países desarrollados el consumo de tabaco es el principal contaminante del aire interior y suele encontrarse a concentraciones mayores que las de otros contaminantes atmosféricos. Resulta especialmente inconveniente para las personas que sufren problemas de salud preexistentes, como asma, bronquitis, enfermedades cardiovasculares, alergias o infecciones de las vías respiratorias altas. También supone un reto molesto para los que han dejado de

fumar recientemente y están intentando persistir en su abstinencia.

El Instituto Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo (NIOSH) de los Estados Unidos ha llegado a la conclusión siguiente (1991):

- El TPI es un carcinógeno potencial.
- La exposición al TPI debe reducirse a la concentración mínima posible.
- Las empresas deben reducir al mínimo la exposición laboral al TPI utilizando todas las medidas de control posibles.
- El control más eficaz y completo de la exposición de los trabajadores al TPI se consigue eliminando el tabaco de los lugares de trabajo.
- Las empresas deben prohibir el consumo de tabaco en los lugares de trabajo y no dar incentivos a quienes no cumplan las normas.

Excepto en los casos en que la legislación prohíbe el tabaco en el lugar de trabajo, la protección de los no fumadores frente a los riesgos para su salud que se asocian a la exposición al TPI sigue siendo un serio problema para muchos trabajadores de los sectores público y privado. Los fumadores, incitados por la industria del tabaco, afirman que fumar es un derecho personal, pese a que la eliminación del humo de los lugares de trabajo exige mejorar los servicios de ventilación, con el consiguiente gasto. Los precedentes legales han establecido la obligación de estas últimas de ofrecer lugares de trabajo libres de riesgos tales como el TPI y los tribunales de algunos países han considerado que las empresas son responsables de los efectos desfavorables para la salud del TPI durante el trabajo.

Las encuestas sobre conocimientos y actitudes de la población en relación con los riesgos del TPI y la conveniencia de restringir el consumo de tabaco en los lugares de trabajo revelan que tanto los fumadores como los no fumadores demuestran una preocupación creciente por este tipo de exposición y un mayor apoyo a las medidas restrictivas (American Lung Association 1992). Se han adoptado un número cada vez mayor de ordenanzas y disposiciones limitando el consumo de tabaco en los lugares de trabajo públicos y privados (Corporate Health Policies Group 1993).

### Efecto del consumo de tabaco en los costes de las empresas

Históricamente, las actividades de las empresas para reducir el consumo de tabaco en el lugar de trabajo se han debido a problemas relacionados con los costes y la pérdida de productividad asociados a dicho consumo. Distintos estudios han comparado los costes asociados con los trabajadores fumadores y no fumadores. Por ejemplo, en una investigación sobre los trabajadores de un plan de seguro sanitario a gran escala, los fumadores presentaban, como promedio, mayores gastos de atención médica ambulatoria (122 frente a 75 dólares), unos costes médicos asegurados más altos (1.145 frente a 762 dólares), un mayor número de ingresos hospitalarios por 1.000 trabajadores (174 frente a 76), un mayor número de días de hospitalización por 1.000 trabajadores (800 frente a 381) y una mayor duración media de la hospitalización (6,74 frente a 5,03 días) (Penner y Penner 1990).

Otro estudio, efectuado durante un período de tres años y medio por Dow Chemical Company en un total de 1.400 trabajadores (Fishbeck 1979), demostró que los fumadores faltaban al trabajo 5,5 días más al año que los no fumadores y costaban a la empresa 650.000 dólares anuales per capita sólo en exceso de salarios. Esta cifra no comprendía los costes sanitarios adicionales. A ello debe añadirse que los fumadores tenían 17,4 días de baja por enfermedad al año, en comparación con los 9,7 días de los no fumadores. Asimismo, la frecuencia de los trastornos

circulatorios era doble en los primeros y la de neumonía, triple; tenían un 41 % más de bronquitis y enfisema y un 76 % más de enfermedades respiratorias de todos los tipos. Por cada dos no fumadores que fallecieron durante el período de estudio, murieron siete fumadores.

Un estudio de United States Steel Corporation demostró que los trabajadores que fumaban perdían más días de trabajo que los que nunca habían fumado. También reveló que, en todos los grupos de edad y a medida que aumentaba el número de cigarrillos consumidos por los fumadores confirmados, ascendía asimismo el número de ausencias por enfermedad. Además, los varones fumadores de más de dos paquetes al día tenían casi dos veces más absentismo que sus compañeros no fumadores. En un estudio sobre la magnitud en que los factores de riesgo individuales contribuyen a los costes por discapacidad total y atención sanitaria de una empresa industrial con varios centros de trabajo, los fumadores tenían un 32 % más de absentismo y un exceso de costes anuales por enfermedad de 960 dólares per capita (Bertera 1991).

El informe anual de la Comisión sobre la Atención Sanitaria a los Trabajadores del estado de Kansas señaló que los fumadores tenían un 33 % más de hospitalizaciones que los no fumadores (106,5 frente a 71,06 hospitalizaciones por 1.000 personas). Los pagos totales por indemnizaciones per capita ascendieron a 282,62 dólares más en el caso de los fumadores, en comparación con los no fumadores.

Estos y otros resultados similares han llevado a algunas empresas de Estados Unidos a aplicar a sus empleados fumadores un "recargo" de las pólizas de los seguros de enfermedad a fin de cubrir los mayores gastos asociados. Resinoid Engineering Corporation dejó de contratar a trabajadores fumadores en su planta de Ohio porque sus indemnizaciones por enfermedad eran 6.000 dólares más altas por empleado y año que las de los no fumadores. En Chicago, se impidió una maniobra similar porque la legislación estatal prohíbe la discriminación laboral por razón del estilo de vida.

Otras empresas, usando la "zanahoria" más que el "palo", han ofrecido incentivos económicos o de otro tipo a los trabajadores que consigan dejar de fumar. Un enfoque muy extendido consiste en refinanciar la matrícula exigida para participar en un programa de abandono del tabaco a los que lo hayan completado con éxito o, más estrictamente, a los que sigan sin fumar durante un período definido de tiempo después de haber completado el curso.

Además de los mayores costes de atención sanitaria y de los costes relacionados con la pérdida de productividad por enfermedad de los fumadores, existen otros costes asociados al consumo de tabaco que dependen de la productividad perdida durante los descansos para fumar, los mayores costes del seguro contra incendios y de los mayores costes generales de limpieza. Por ejemplo, Air Canada comprobó un ahorro de unos 700.000 dólares anuales al no tener que limpiar los ceniceros y poder reducir la frecuencia de limpieza general de sus aviones de seis a nueve meses después de poner en práctica su política de prohibición del tabaco (OMS 1992).

Un estudio de Kristein (1983) diseñado para tomar en consideración el incremento total de costes relacionados con el tabaco obtuvo un total de 1.300 dólares por fumador y año (ajustado a dólares de 1993). El autor comentó también la existencia de otras áreas de exceso de costes, en especial las correspondientes a un mayor nivel de mantenimiento de ordenadores y otros equipos sensibles y a la instalación y mantenimiento de los sistemas de ventilación. A ello añadió otros costes debidos a la "ineficacia y los errores, de acuerdo con la bibliografía reconocida, en relación con los efectos del aumento de las concentraciones de monóxido de carbono de los fumadores, la irritación ocular, el

menor nivel medido de atención, de capacidad cognitiva y de capacidad de esfuerzo".

### Políticas y reglamentos sobre el consumo de tabaco

En el decenio de 1980 se produjo un notable aumento del número de disposiciones legales y políticas privadas destinadas a reducir el consumo de tabaco en el lugar de trabajo. Algunas corresponden sólo a los centros oficiales que, junto a los centros de trabajo en los que hay niños, suelen tomar la delantera en este campo. Otras afectan tanto a los centros oficiales como a los privados. Se caracterizan por la prohibición total del tabaco, la limitación del consumo en las zonas comunes, como los comedores y las salas de reunión, la posibilidad de fumar sólo en áreas especialmente destinadas a este fin, y la exigencia de modificaciones para respetar los intereses de fumadores y no fumadores, aunque dando primacía a estos últimos.

Algunos programas regulan el consumo de tabaco en los lugares de trabajo en los que existen materiales peligrosos. Por ejemplo, en 1976, Noruega prohibió destinar fumadores a zonas en las que pudieran verse expuestos al amianto. En 1988, España prohibió fumar en cualquier lugar en que la combinación del tabaco y los riesgos laborales pudiera producir mayores riesgos para la salud de los trabajadores. En este país también está prohibido fumar en cualquier lugar en que se hallen presentes mujeres embarazadas. Otros países que han tomado medidas legales para restringir el consumo de tabaco en los lugares de trabajo son Costa Rica, Cuba, Dinamarca, Islandia e Israel (OMS 1992).

Con frecuencia cada vez mayor, las disposiciones relativas al consumo de tabaco en los centros de trabajo se encuadran en una normativa más amplia que afecta a los lugares públicos. Así ocurre en Nueva Zelanda, Noruega y Suecia, mientras que Bélgica, Países Bajos e Irlanda prohíben fumar en casi todos los lugares públicos. La legislación francesa de 1991 prohíbe fumar en cualquier zona de uso colectivo, particularmente en las escuelas y en el transporte público (OMS 1992).

En Estados Unidos y Canadá, aunque los organismos federales han adoptado políticas de control del tabaco, han sido los estados, provincias y municipios los que han promulgado disposiciones al respecto. En 1989, 45 estados de EE.UU. habían adoptado normas limitando el consumo de tabaco en los lugares públicos, mientras que otros 19 estados y el distrito de Columbia habían prohibido también fumar en los lugares de trabajo privados (Bureau of National Affairs 1989). En el estado de California se ha presentado un proyecto de ley que prohíbe fumar en todas las zonas de trabajo cubiertas y obliga a las empresas a tomar medidas razonables para impedir que fumen los visitantes (Maskin, Connelly y Noonan 1993). Desde hace algún tiempo, la Administración de Salud y Seguridad en el Trabajo del Departamento de Trabajo de EE.UU. está valorando la normativa sobre el TPI en los centros de trabajo, como tóxico independiente y como componente del aire ambiental (Corporate Health Policies Group 1993).

Otro incentivo para que las empresas reduzcan el consumo de tabaco en el lugar de trabajo procede de las sentencias sobre discapacidad secundaria a la exposición al TPI. En 1982, un tribunal federal de apelación reconoció a una trabajadora el derecho a la jubilación por incapacidad por haberse visto obligada a trabajar en un ambiente cargado de humo (Parodi contra Veterans Administration 1982). De igual modo, se ha reconocido a algunos trabajadores el derecho a indemnización por sufrir reacciones adversas al humo de tabaco durante sus horas de trabajo. De hecho, William Reilly, antiguo administrador de la Agencia de Protección del Medio Ambiente de Estados Unidos (EPA), ha manifestado su esperanza de que la amenaza

de responsabilidad empresarial planteada por el reciente reconocimiento del TPI como importante riesgo para la salud por la EPA evite al gobierno la necesidad de seguir adoptando reglamentos federales (Noah 1993).

Otro factor que favorece la creación de políticas limitativas del consumo de tabaco en los lugares de trabajo es el cambio de las actitudes de la población, que refleja: (1) el reconocimiento de la progresiva acumulación de pruebas científicas sobre los riesgos del humo de los cigarrillos tanto para los fumadores como para los no fumadores, (2) el descenso de la prevalencia del consumo de tabaco, (3) el descenso de la aceptación social del tabaco y (4) la mayor conciencia de los derechos de los no fumadores. La American Lung Association (1992) ha registrado un incremento constante del porcentaje global de adultos favorables a la limitación del consumo de tabaco en los lugares de trabajo, que ha pasado del 81 % de 1983 al 94 % de 1992, en tanto que los que defienden la prohibición total han aumentado del 17 % al 30 % y los que rechazan cualquier prohibición han descendido del 15 % al 5 %.

Los sindicatos apoyan cada vez más las políticas de control del tabaco en sus negociaciones con las empresas (Corporate Health Policies Group 1993).

Las encuestas más recientes efectuadas en EE.UU. demuestran una clara tendencia no sólo a la adopción de limitaciones al consumo de tabaco, sino también su carácter progresivamente restrictivo (Bureau of National Affairs 1986, 1991). El porcentaje de empresas que han adoptado políticas de este tipo ha aumentado del 36 % de 1986 al 85 % de 1991 y, durante el mismo período, se ha producido un incremento de 16 veces en el porcentaje de prohibiciones totales (Bureau of National Affairs 1991; Coalition on Smoking and Health 1992).

### Programas de abandono del tabaco

Los lugares de trabajo son entornos cada vez más habituales de las actividades de educación y promoción de la salud. Una encuesta tomada de uno de varios estudios citados (Coalition on Smoking and Health 1992) indica que el 35,6 % de las empresas ofrecen algún tipo de ayuda para dejar de fumar. Otro estudio revela que las políticas antitabaco tienden también a prestar apoyo a las personas que lo intentan. Por tanto, la política antitabaco también debe ser considerada como un elemento importante de los programas de abandono del tabaco.

Los métodos para abandonar el consumo de tabaco se dividen en dos categorías:

- Métodos no asistidos, que no utilizan técnica especial alguna: reducir poco a poco el número de cigarrillos diarios, consumir cigarrillos bajos en alquitrán o nicotina, dejar de fumar junto a otros amigos, parientes o conocidos, usar filtros o boquillas especiales, usar otros productos de venta libre o sustituir los cigarrillos por otros derivados del tabaco (rapé, tabaco de mascar, pipa o cigarro puro).
- Métodos asistidos, que implican la asistencia a un programa o curso pagado o gratuito o la consulta a un profesional de la salud mental, la hipnosis, la acupuntura o el uso de parches de nicotina.

La eficacia de estos distintos métodos es objeto de gran controversia, debida en gran parte a las dificultades y costes asociados con el seguimiento a largo plazo y al evidente interés de sus promotores por defender sus programas y productos. Otra limitación importante se refiere a la posibilidad de comprobar el estado de los participantes en los programas con respecto al tabaco (Elixhauser 1990). Los análisis de saliva para medir la cotinina, un metabolito de la nicotina, son un indicador objetivo eficaz de si el individuo ha fumado recientemente, pero resultan moderadamente laboriosos y costosos y, por tanto, no se usan con

carácter habitual. En consecuencia, hay que depender de la fiabilidad, cuestionable, de los informes del propio sujeto acerca del éxito o el fracaso del abandono o reducción del tabaco. Estos problemas hacen que resulte sumamente difícil comparar los distintos métodos entre sí o incluso utilizar correctamente los grupos de control.

Pese a todos estos problemas, pueden extraerse dos conclusiones generales. En primer lugar, las personas que consiguen dejar de fumar son, en gran parte, las que lo hacen por sí solas, a menudo tras numerosos intentos anteriores. En segundo lugar, si dejamos aparte el enfoque "duro" individual, parece que son las actuaciones múltiples combinadas las que mayor éxito consiguen, particularmente cuando van acompañadas de una ayuda en el mantenimiento de la abstinencia y de un refuerzo del mensaje para abandonar el tabaco (Bureau of National Affairs 1991). La importancia de este último factor ha sido confirmada en un estudio (Sorenson, Lando y Pechacek 1993) en el que se demostró que la tasa global de abandonos más elevada correspondía a los fumadores que trabajaban junto a una gran proporción de no fumadores y a los que se pedía a menudo que dejaran de fumar. Aun así, la tasa de abandono a los seis meses era sólo del 12 %, en comparación con el 9 % en el grupo de control. Evidentemente, no debe esperarse que los programas de abandono del tabaco en general produzcan resultados positivos espectaculares, sino que, por el contrario, han de ser considerados como programas que requieren un esfuerzo persistente y paciente dirigido hacia ese objetivo.

Algunos programas de abandono del tabaco en los lugares de trabajo parten de planteamientos demasiado simples o ingenuos, mientras que otros carecen de un compromiso y determinación a largo plazo. Las empresas lo han intentado todo, desde la mera restricción del consumo de tabaco a zonas definidas hasta el anuncio repentino y autócrata de la prohibición total del tabaco, o la oferta de programas costosos e intensivos (aunque, a menudo, de corta duración) contratados con terceros. El problema y el reto consisten en lograr un centro de trabajo en el que no se fume sin sacrificar el estado de ánimo y la productividad de los trabajadores.

En la sección siguiente se presenta un enfoque que incluye nuestros conocimientos actuales sobre las dificultades a las que se enfrentan las personas que desean dejar de fumar y la actitud empresarial que sería necesario adoptar para lograr de la mejor manera posible el objetivo de lograr un centro de trabajo sin tabaco.

### Un enfoque alternativo a la prohibición del tabaco en el lugar de trabajo

La experiencia demuestra que la simple oferta de programas para dejar de fumar no basta para conseguir el objetivo de un centro de trabajo sin tabaco, porque la mayoría de los trabajadores no participarán en ellos. En un momento dado, sólo un 20 % de los fumadores están dispuestos a dejar de fumar y únicamente una minoría de entre ellos se apuntará a un programa de abandono. El 80 % restante que no quieren dejar de fumar o que no creen que puedan hacerlo cuando la empresa establezca la prohibición se limitarán a fumar "al aire libre", en las zonas designadas o en algún lugar fuera del edificio durante sus horas de trabajo. Este "problema del 80 %" (el 80 % de los fumadores no van a recibir ayuda y ni siquiera van a considerar su participación en el programa si éste es lo único que se les ofrece) tiene múltiples efectos negativos en las relaciones con la empresa, la productividad, los costes de explotación y los costes relacionados con la salud.

Addiction Management Systems, organización domiciliada en Toronto, Canadá, ha diseñado un enfoque alternativo que ha resultado eficaz y que se basa en el conocimiento de que el

cambio y la modificación del comportamiento son un proceso que puede planificarse y gestionarse utilizando técnicas organizativas y conductistas. Consiste en considerar el control del consumo del tabaco en los centros de trabajo de la misma forma que los otros grandes cambios de procedimiento o de política de la empresa, en los que la gerencia toma sus decisiones tras recibir la información oportuna de los representantes de los trabajadores. El cambio controlado se consigue respaldando a los directivos responsables de supervisar el cambio y transformando a los fumadores en participantes positivos en ese cambio, proporcionándoles las "herramientas" necesarias para adaptarse al nuevo entorno sin tabaco, aunque sin exigirles que dejen de fumar. El aspecto central es la participación y la educación de todos los afectados por la política de cambio, mediante un proceso de comunicación y de construcción de equipos.

El proceso real de transición al establecimiento de un lugar de trabajo en el que esté prohibido el consumo de tabaco comienza con el anuncio de cambio de política y el inicio de un período de transición de varios meses de duración. En términos del comportamiento, la política prevista actúa como "estímulo para el cambio" y crea un nuevo ambiente en el que el mayor interés de los fumadores será adaptarse a ese nuevo entorno.

El anuncio del cambio de política va seguido de un programa de comunicación destinado a todos los trabajadores, pero centrado en dos grupos principales: los supervisores, que deben ejecutar y vigilar la nueva política antitabaco, y los fumadores, que deben aprender a adaptarse al nuevo entorno. Una parte importante del programa de comunicación consiste en hacer conscientes a los fumadores de que, si bien no se les va a exigir que dejen de fumar si no lo desean, deberán cumplir las nuevas normas que prohíben fumar en el lugar de trabajo durante la jornada laboral. Todos los trabajadores deben recibir la información sobre la nueva política y los futuros cambios.

Durante el período de transición, los supervisores reciben materiales informativos y siguen un programa de formación que les permita entender los cambios de política y prever las preguntas, problemas e inconvenientes a los que deberán enfrentarse durante la fase de cambio o después. Como grupo más directamente afectado cuando la política se establezca, se consulta a los fumadores acerca de sus necesidades específicas y se les imparte su propio programa de formación. Este va destinado a familiarizarlos con un programa voluntario de autoayuda para "control del tabaco" que contiene distintas opciones y elecciones que permiten entender el programa y aprender a modificar el hábito a fin de abstenerse de fumar durante la jornada laboral, como exigirá la nueva política cuando se aplique. De este modo, cada trabajador puede personalizar el programa y definir el "éxito" en sus propios términos, tanto si deja de fumar como si aprende a no hacerlo durante las horas de trabajo. En consecuencia, el resentimiento queda neutralizado y la transición al establecimiento de un lugar de trabajo libre de tabaco se convierte en un factor motivador positivo para el individuo.

El resultado final de este enfoque es que, cuando llega la fecha efectiva de implantar la nueva política, la transición se consigue sin traumatismos, es simple y tiene éxito, porque se han construido los cimientos, se ha realizado la comunicación y todos los afectados entienden lo que va a suceder y poseen los medios para efectuar el cambio.

Lo más importante, desde un punto de vista organizativo, es que el cambio se haga de forma que pueda mantenerse con una aportación mínima de la gerencia. También es importante que el efecto del aprendizaje de los fumadores del "grupo del 80 %" a "gestionar" su problema tienda a multiplicarse y les lleve a abandonar por completo el tabaco. Por último, además de los efectos beneficiosos sobre el bienestar y la moral de los trabajadores que participan activamente en la transición al

establecimiento de un entorno sin tabaco, la organización consigue beneficios a largo plazo en términos de aumento de la productividad y disminución de los costes relacionados con la atención sanitaria.

### Evaluación de la eficacia

Al evaluar la eficacia del programa, es preciso tener en cuenta dos criterios distintos. El primero es si el lugar de trabajo se ha convertido realmente en un entorno sin tabaco. El éxito con respecto a este objetivo es relativamente fácil de medir: se basa en los informes periódicos de los supervisores sobre las infracciones de la política general durante las horas de trabajo, el seguimiento de las quejas de otros trabajadores y los resultados de las inspecciones imprevistas para comprobar la presencia o ausencia de colillas, cenizas o humo de tabaco.

La segunda medida del éxito, y la más difícil de determinar, es el número de trabajadores que dejan de fumar realmente y que mantienen esta abstinencia. Aunque la postura más práctica quizá sea la que se refiere tan sólo al consumo de tabaco en el lugar de trabajo, este éxito limitado implica mejores beneficios a largo plazo, particularmente en lo que concierne a la reducción de las enfermedades y de los costes de asistencia sanitaria. Aunque los análisis periódicos del contenido en cotinina de la saliva destinados a identificar a los fumadores serían la forma más eficaz y objetiva de evaluar el éxito a largo plazo del programa, esta medida no sólo es compleja y costosa, sino que, además, plantea numerosas cuestiones éticas y legales relacionadas con la intimidad de los trabajadores. Un compromiso puede consistir en usar cuestionarios anónimos anuales o semestrales en los que se pregunte si los hábitos del individuo con respecto al tabaco han sufrido alguna modificación y durante cuánto tiempo han mantenido su abstinencia del tabaco, sondeando al mismo tiempo los posibles cambios de la actitud ante la política y el programa. Estos cuestionarios tienen la ventaja añadida de ser un medio para reforzar el mensaje antitabaco y mantener las puertas abiertas para que los todavía fumadores puedan plantearse abandonar el hábito.

La evaluación final a largo plazo valora el absentismo, las enfermedades y los costes de asistencia sanitaria de los trabajadores. Cualquier cambio que se produzca será inicialmente sutil, pero a lo largo de los años debe adquirir una significación acumulativa. Otro reflejo a largo plazo del éxito del programa podría ser el total de indemnizaciones por muerte pagadas antes de la edad normal de jubilación. Como es natural, todos estos datos deben ajustarse a ciertos factores, como los cambios en la plantilla, las características de los trabajadores, tales como su edad y su sexo, y otros elementos que influyen en la organización. El análisis de estos datos está, desde luego, sujeto a las reglas de la estadística y probablemente sólo sea válido en organizaciones que disponen de plantillas grandes y estables y de una capacidad suficiente de obtención, almacenamiento y estudio de los datos.

### Control del consumo de tabaco en todo el mundo

Cada vez está más extendida en todo el mundo la opinión reacia a soportar la carga del consumo de cigarrillos y de la adicción a la nicotina, debido a sus efectos en el bienestar y la productividad del hombre, en la salud y en los costes de atención sanitaria y en la salud económica de las poblaciones activas y las naciones. Así lo demuestra la creciente participación de los países en el Día Mundial sin Tabaco patrocinado cada mes de mayo por la Organización Mundial de la Salud desde 1987 (OMS 1992).

El objetivo de este acontecimiento no es sólo pedir a la gente que deje de fumar durante un día, sino también despertar el interés por el control del consumo de tabaco en las organizaciones públicas y privadas y promover las medidas de presión

Tabla 15.3 • Temas del "Día mundial sin tabaco".

1992	Lugares de trabajo sin tabaco: más seguros y saludables
1993	Servicios de salud: nuestra ventana a un mundo sin tabaco
1994	Los medios de comunicación y el tabaco: difundir el mensaje de salud
1995	La economía del tabaco: el tabaco cuesta más de lo que usted piensa
1996	Deporte y arte
1997	Las Naciones Unidas y los organismos especializados contra el tabaco

para la adopción de leyes, normas o reglamentos a favor de las sociedades sin tabaco. Se confía asimismo en que los organismos pertinentes se decidan a investigar determinados temas, publicar información o iniciar actividades. Para ello, cada Día Mundial sin Tabaco tiene un lema específico (Tabla 15.3); de interés especial para los lectores de este artículo es el lema de 1992: "Lugares de trabajo sin tabaco: más seguros y más saludables".

Un problema que empieza a ser reconocido es el del aumento del consumo de cigarrillos en los países en vías de desarrollo, en los que, a través de las técnicas de comercialización utilizadas por la industria del tabaco, se incita a la población a considerar este consumo como un signo de progreso y de status social.

### Conclusión

Cada vez son reconocidos y aceptados en mayor grado (excepto por la industria tabaquera) los efectos desfavorables del consumo de cigarrillos en las personas y las sociedades. Las políticas y programas ejecutados en los centros de trabajo pueden ejercer una influencia muy positiva en el comportamiento de los trabajadores que fuman, respaldada por la presión de los compañeros que no lo hacen. Sin embargo, el consumo de tabaco continúa disfrutando de difusión y aceptación social. Un problema especial es que muchos jóvenes se hacen adictos a la nicotina muchos años antes de alcanzar su edad laboral.

El lugar de trabajo es un campo excepcionalmente útil para combatir este peligro para la salud. Las políticas y programas ejecutados en los centros de trabajo pueden ejercer una influencia muy positiva en el comportamiento de los trabajadores que fuman, respaldada por la presión de los compañeros que no lo hacen. Una organización prudente no sólo comprenderá que el control del consumo de tabaco en el lugar de trabajo sirve a sus propios intereses en lo que se refiere a la responsabilidad legal, el absentismo, la producción y los costes relacionados con la salud, sino que también reconocerá que puede ser un asunto de vida o muerte para sus trabajadores.

## ● LOS PROGRAMAS DE CONTROL DEL TABACO EN MERRILL LYNCH AND COMPANY, INC.: ESTUDIO DE CASO

*Kristan D. Goldfein*

En 1990, el gobierno de Estados Unidos demostró su enérgico respaldo de los programas de promoción de la salud en los centros de trabajo con la publicación de *Healthy People 2000*, en el que se establecían los *Objetivos Nacionales para la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad para el Año 2000* (US Public Health Service 1991). Uno de estos objetivos consiste en aumentar el porcentaje de centros de trabajo que ofrezcan

actividades de promoción de la salud a sus trabajadores para el año 2000, "preferiblemente en el marco de un programa global de promoción de la salud de los empleados" (objetivo 8.6). Además, otros dos objetivos señalan, específicamente, la necesidad de prohibir o limitar en gran medida el consumo de tabaco en los puestos de trabajo, elevando el porcentaje de centros que dispongan de una política propia al efecto (objetivo 3.11) y promulgando leyes estatales generales sobre pureza del aire en los recintos cerrados (objetivo 3.12).

En respuesta a estos objetivos y al interés de sus trabajadores, Merrill Lynch and Company, Inc. (en adelante, Merrill Lynch) diseñó su programa "El bienestar y usted" para los empleados de sus oficinas en la ciudad de Nueva York y en el estado de Nueva Jersey. Merrill Lynch es una compañía dedicada al asesoramiento y gestión de recursos financieros que ocupa una posición destacada en este campo, y que tiene como clientes tanto personas físicas como empresas. Sus 42.000 trabajadores en más de 30 países prestan servicios que abarcan la suscripción, contratación e intermediación en valores, la banca de inversión, la contratación en divisas, mercancías y derivados, el negocio bancario y de préstamos, y la venta de seguros y servicios de reaseguros. Su plantilla presenta grandes diferencias desde el punto de vista de la raza, la nacionalidad y los niveles educativos y salarial. Casi la mitad de sus trabajadores trabajan en las oficinas centrales del área metropolitana de Nueva York (que incluye parte de Nueva Jersey) y en dos centros de Florida y Colorado.

### Programa "El bienestar y usted" de Merrill Lynch

El programa "El bienestar y usted" está adscrito al departamento de Servicios de Atención a la Salud y su gestión se ha encomendado a un educador sanitario con título de doctorado que depende del director médico. Su plantilla básica está compuesta por el gerente y un ayudante a tiempo completo, y se completa con médicos, enfermeras y asesores de asistencia al personal y con consultores externos según las necesidades.

En 1993, su primer año de funcionamiento, más de 9.000 trabajadores, equivalentes al 25% aproximadamente de la plantilla, participaron en las distintas actividades del programa, entre ellas las siguientes:

- Programas de autoayuda y de información escrita, que comprendieron la distribución de folletos sobre numerosos temas relacionados con la salud y asimismo de una guía de salud personal de Merrill Lynch diseñada para alentar a los trabajadores a someterse a las pruebas, vacunas y orientaciones que necesiten para conservar la salud.
- Seminarios y talleres educativos, sobre temas de interés general, tales como el abandono del tabaco, la gestión del estrés, el SIDA y la enfermedad de Lyme.
- Programas generales de detección sistemática, destinados a identificar a los trabajadores con riesgo de enfermedad cardiovascular, cáncer de piel y cáncer de mama. Estos programas fueron aplicados por personal contratado en las propias instalaciones de la empresa, bien en las consultas de atención sanitaria, bien en unidades móviles.
- Programas continuos, como los de ejercicios aeróbicos en el corredor de la empresa y los de control del peso corporal en las salas de conferencias de la misma.
- Atención sanitaria, manifestada en la vacunación contra la gripe, los servicios de dermatología, las exploraciones clínicas periódicas y el consejo dietético en las consultas de atención sanitaria a los trabajadores.

En 1994, el programa se amplió para incluir un programa de detección sistemática ginecológica en los centros de trabajo, que

comprendería citología vaginal y exploración pélvica y mamaria, un programa mundial de atención médica de urgencia para ayudar a los trabajadores a encontrar médicos que hablen inglés en cualquier parte del mundo. En 1995, los programas de bienestar se ampliarán a las oficinas de Florida y Colorado y cubrirán aproximadamente a la mitad de toda la plantilla. Casi todos los servicios son gratuitos o se ofrecen a un coste nominal.

### Programas de abandono del tabaco en Merrill Lynch

Durante los últimos años, los programas antitabaco han conseguido un lugar preeminente en el campo del bienestar laboral. En 1964, el Departamento de Sanidad de Estados Unidos definió el tabaco como la causa singular de la mayor parte de las enfermedades prevenibles y de la mortalidad prematura (Departamento de Salud, Educación y Bienestar de EE.UU. 1964). Desde entonces, la investigación ha demostrado que el riesgo para la salud implícito en la aspiración del humo de tabaco no afecta sólo al fumador, sino también a los que respiran en la vecindad de éste (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. 1991). En consecuencia, muchas empresas han iniciado la adopción de medidas para limitar o restringir el consumo de tabaco por sus trabajadores, tanto en beneficio de la salud de éstos como de sus propios resultados empresariales. En Merrill Lynch, el programa "El bienestar y usted" ha incluido tres tipos de actividades para dejar de fumar: (1) distribución de material impreso, (2) programas para el abandono del tabaco y (3) políticas internas para restringir el consumo de tabaco.

#### Materiales impresos

El programa de bienestar mantiene una amplia gama de materiales educativos de gran calidad para informar, ayudar y estimular a sus trabajadores a mejorar su propia salud. En las salas de espera de las consultas de atención sanitaria existe abundante documentación de este tipo, en forma de folletos y cintas de audio, para educar a los empleados acerca de los efectos nocivos del tabaco y sobre las ventajas de dejar de fumar, que también pueden solicitarse por correo interno.

El material impreso se distribuye también en las ferias de salud. Estas suelen celebrarse coincidiendo con las iniciativas nacionales, a fin de aprovechar la atención de los medios de comunicación. Por ejemplo, el tercer jueves de noviembre, la American Cancer Society patrocina el Gran Día Americano sin Tabaco. Esta campaña nacional, destinada a incitar a los fumadores a dejar de fumar durante 24 horas, recibe una cobertura en la televisión, la radio y los periódicos del país. Se parte de la idea de que, si los fumadores pueden demostrarse a sí mismos que son capaces de abandonar el tabaco durante un día, podrán abandonarlo por completo. En 1993, el 20,5% de los fumadores de Estados Unidos (9,4 millones) dejaron de fumar o redujeron el número de cigarrillos consumidos al día; 8 millones de ellos seguían sin fumar o habían reducido su consumo de uno a 10 días más tarde.

Todos los años, al llegar el tercer jueves de noviembre, los miembros del departamento médico de Merrill Lynch levantan stands para el abandono del tabaco en las oficinas de la empresa. Estos stands se sitúan en los lugares de mayor tráfico de empleados (vestíbulos y comedores) y ofrecen información escrita, "equipos de supervivencia" (chicle, barritas de canela y materiales de autoayuda) y tarjetas en las que consta el compromiso sobre del abandono del tabaco, para alentar a los trabajadores a dejar de fumar al menos durante ese día.

#### Programas de abandono del tabaco

Puesto que no hay ningún programa para dejar de fumar que sea universalmente útil, se ofrecen a los trabajadores de Merrill

Lynch distintas opciones: materiales escritos de autoayuda ("equipos para dejar de fumar"), programas de grupo, cintas de audio, asesoramiento individual e intervenciones médicas. Estas últimas oscilan desde la educación y la modificación clásica del comportamiento hasta la hipnosis, el tratamiento sustitutivo de la nicotina (p. ej., los "parches" y los chicles de nicotina) o distintas combinaciones de los mismos. Casi todas estas opciones son gratuitas y algunas, como las intervenciones de grupo, son patrocinados por el departamento de prestaciones de la empresa.

#### Políticas antitabaco

Además de las actividades específicamente individuales, es cada vez más frecuente encontrar restricciones al consumo de tabaco en los centros de trabajo. En Estados Unidos, muchos estados, como los de Nueva York y Nueva Jersey, han promulgado leyes muy estrictas que, en su mayor parte, limitan el consumo a los despachos privados. En las áreas comunes y las salas de conferencias se puede fumar, pero sólo si todos los presentes lo aceptan. Estas normas obligan, pues, a respetar las preferencias de los no fumadores, hasta el punto de prohibir absolutamente el consumo de tabaco. La Figura 15.15 resume las disposiciones de la ciudad y del estado que se aplican en Nueva York.

En muchas de sus oficinas, Merrill Lynch ha puesto en práctica políticas que van más allá de los requisitos establecidos legalmente. Está prohibido fumar en casi todos los comedores de las oficinas centrales de Nueva York y Nueva Jersey. Además, se ha dictado una prohibición total del consumo de tabaco en algunos edificios de la empresa en Nueva Jersey y Florida y en ciertas áreas de trabajo de la ciudad de Nueva York.

Los efectos del tabaco desfavorables para la salud parecen ser objeto de poca controversia. Sin embargo, al elaborar una política de empresa sobre el tabaco es preciso tomar en consideración otros factores. La Figura 15.16 destaca diversas razones que pueden inducir a una compañía a no limitar el consumo de tabaco más allá de las exigencias legales.

### Evaluación de los programas y actividades de abandono del tabaco

Dada la relativa juventud del programa "El bienestar y usted", no se ha realizado todavía ninguna evaluación formal para determinar sus efectos en el estado de ánimo o en el hábito de fumar de los trabajadores. Sin embargo, algunos estudios revelan que la mayor parte de los empleados están a favor de las restricciones al consumo de tabaco en sus centros de trabajo (Stave y Jackson 1991), que estas medidas implican un descenso del consumo (Brigham y cols. 1994; Baile y cols. 1991; Woodruff y cols. 1993) y que son eficaces para incrementar las tasas de abandono del tabaco (Sorensen y cols. 1991).

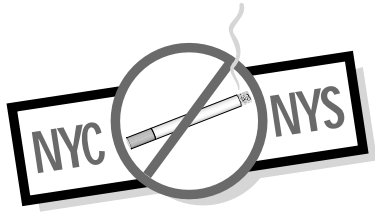
## PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER

*Peter Greenwald y Leon J. Warshaw*

Es previsible que en la próxima década el cáncer se convierta en la principal causa de muerte en muchos países desarrollados, debido no tanto a un incremento de su incidencia sino a una disminución de la mortalidad por causas cardiovasculares, que ocupan actualmente la cabeza de la lista. Además de su elevada tasa de mortalidad, el cáncer es una enfermedad "temible" debido a su carácter incapacitante más o menos rápido y al



Figura 15.15 • Resumen de las restricciones al tabaco vigentes en la ciudad y el estado de Nueva York.



Las empresas están legalmente autorizadas a restringir más o prohibir totalmente el consumo de tabaco en sus edificios e instalaciones. El siguiente reglamento es el mínimo absoluto permitido por la ley. Es aconsejable que la empresa favorezca la salud y el bienestar de la mayoría de sus trabajadores (no fumadores) sobre la voluntad de la minoría (fumadores).

- Está prohibido fumar en áreas de trabajo comunes y salas de conferencias, salvo que todos y cada uno de los presentes en esos lugares acuerden permitirlo. Se entiende por área de trabajo común cualquier espacio ocupado por dos o más personas en el cual los individuos no están separados por tabiques que lleguen desde el suelo hasta el techo. La empresa tiene la responsabilidad de determinar si los trabajadores quieren trabajar y hablar en una zona sin tabaco.
- También está prohibido fumar en auditorios, zonas de recepción, lavabos, salas de espera, salas cerradas y áreas con equipos comunes (salas en las que hay copiadoras, archivos, impresoras y otros aparatos compartidos).
- Puede permitirse fumar en oficinas ocupadas por una sola persona, pero la puerta debe estar cerrada mientras el ocupante fuma. La empresa puede habilitar una sala cerrada para uso exclusivo de fumadores, pero la puerta debe también permanecer cerrada. Además, se puede permitir fumar en una zona que cubra como máximo el 50 % de los asientos o el espacio en el comedor de trabajadores, aunque la zona de no fumadores debe ampliarse hasta el 70 % si éstos lo demandan.

Fuente: Título 17 del capítulo 5 del Código Administrativo de la ciudad de Nueva York y artículo 13-E de la Ley de salud pública del estado de Nueva York.

Figura 15.16 • Razones a favor y en contra de la restricción del tabaco en los lugares de trabajo.

#### RAZONES PARA RESTRINGIR EL CONSUMO DE TABACO

- Demanda de los trabajadores
- Absentismo y pérdida de productividad por enfermedad y consumo de tabaco
- Deseo de demostrar el interés de la empresa por el bienestar de los trabajadores
- Oportunidad de que la empresa tome la iniciativa antes de que sea obligatorio según la ley
- Puede animar a los fumadores a abandonar su hábito
- Encaja en el objetivo de crear un medio ambiente de trabajo seguro y saludable
- Puede reducir ineficiencias y errores vinculados con factores como la irritación ocular y las enfermedades contraídas en el trabajo
- Puede ser una fuente de ahorro en prestaciones sanitarias
- Combate la sensación de que hay una "clase privilegiada" derivada de la autorización legal de fumar sólo en los despachos privados
- Ahorra los costes de limpieza y reparación de muebles dañados por las quemaduras y el humo

#### RAZONES PARA NO RESTRINGIR EL CONSUMO DE TABACO

- La población cada vez menor de fumadores deja un núcleo de fumadores empedernidos que pueden sufrir síntomas de privación graves
- Los trabajadores que fuman pueden sentirse marginados por la empresa
- Reducción de la productividad a consecuencia del tiempo perdido por los trabajadores que deben salir de la oficina para fumar
- Repercusión negativa en las relaciones con los clientes a consecuencia de los conflictos de intereses económicos (ingresos de empresas tabaqueras)
- Reacción adversa de los clientes que quieren fumar mientras se encuentran en las instalaciones de la empresa
- Dificultad de aplicar y supervisar el cumplimiento de la política de prohibición del tabaco
- La movilidad y la rotación elevadas de la plantilla pueden impedir la realización de las ventajas de esta política
- El tiempo relativamente largo necesario para que el abandono del tabaco tenga consecuencias económicas apreciables en forma de disminución de las enfermedades crónicas retrasa el efecto beneficioso sobre los "resultados"

elevado índice de sufrimiento que provoca. Por lo demás, esta descripción, un tanto amenazadora, se está suavizando debido a la mejora de los conocimientos actuales sobre el modo de reducir el riesgo mediante técnicas de detección precoz y a los nuevos e importantes avances en el campo del tratamiento. En todo caso, las preocupaciones más recientes hacen referencia a los costes de tipo físico, emocional y económico que implica este proceso, tanto para los pacientes como para las personas que se ocupan de ellos. Según el National Cancer Institute (NCI) de Estados Unidos, es posible conseguir una reducción significativa en las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer si se aplican eficazmente las recomendaciones actuales sobre tabaquismo, cambios dietéticos, control de factores ambientales, cribado y tratamientos modernos.

Para las empresas, el cáncer constituye un problema importante, prescindiendo incluso de la posible responsabilidad por los casos de cáncer profesional. Los trabajadores con cáncer tienen una productividad alterada e incurrir en absentismo de repetición, debido tanto a la enfermedad en sí misma como a los efectos secundarios del tratamiento. Se pierden empleados competentes debido a los prolongados periodos de incapacidad y a su fallecimiento prematuro, con el consiguiente aumento de los costes de contratación y formación del nuevo personal.

También la aparición de cáncer en el cónyuge u otro familiar de un empleado sano supone un coste para la empresa. El cuidado de estos familiares puede provocar distracción, cansancio y absentismo; todos estos factores originan una gran tensión en el trabajador que repercute en su productividad, y los gastos médicos derivados, a menudo de magnitud considerable, incrementan el coste del seguro de enfermedad patrocinado por la empresa. Por consiguiente, la prevención del cáncer debe ser un objetivo principal de los programas de bienestar en los lugares de trabajo.

### Prevención primaria

La prevención primaria implica la evitación del tabaco y la modificación de otros factores individuales que pueden influir sobre el desarrollo del cáncer, así como la identificación de cancerígenos potenciales en el ambiente laboral y la eliminación, o al menos reducción, de la exposición de los trabajadores a los mismos.

#### Control de la exposición

Los cancerígenos, tanto potenciales como demostrados, se identifican mediante la investigación científica básica y a través de estudios epidemiológicos de poblaciones expuestas. Esto último implica la realización de mediciones de la frecuencia, magnitud y duración de la exposición, junto con una vigilancia médica global de los trabajadores expuestos, incluido el análisis de las causas de incapacidad y de fallecimiento. El control de la exposición supone la eliminación de estos cancerígenos potenciales del lugar de trabajo o, cuando no sea posible, la disminución al mínimo de la exposición a los mismos. Implica asimismo el etiquetado correcto de los materiales peligrosos y la educación continua de los trabajadores con respecto a su manejo, contención y eliminación.

#### Tabaquismo y riesgo de cáncer

En Estados Unidos, una tercera parte aproximadamente de todos los fallecimientos por cáncer y un 87 % de todos los cánceres de pulmón son atribuibles al consumo de tabaco. El tabaquismo es también la principal causa de cáncer de laringe, cavidad oral y esófago, y contribuye al desarrollo de cáncer de vejiga, páncreas, riñón y cuello del útero. Existe una clara relación dosis-respuesta entre el riesgo de cáncer de pulmón y el consumo diario de

cigarrillos: los que fuman más de 25 cigarrillos al día tienen un riesgo alrededor de 20 veces superior al de los no fumadores.

Según los expertos, el consumo involuntario del humo del tabaco emitido por los fumadores ("tabaquismo ambiental") constituye un factor de riesgo significativo de cáncer de pulmón en los no fumadores. En enero de 1993, la Environmental Protection Agency (EPA) de Estados Unidos clasificó el humo ambiental de tabaco como un cancerígeno humano conocido que, según sus estimaciones, es responsable de unas 3.000 muertes anuales por cáncer de pulmón entre los no fumadores de Estados Unidos.

El informe de 1990 del Departamento de Sanidad sobre los efectos beneficiosos del abandono del tabaco para la salud aporta pruebas evidentes de esos beneficios a cualquier edad. Así, cinco años después de abandonar el consumo, los ex-fumadores presentan una disminución del riesgo de cáncer de pulmón; no obstante, el riesgo sigue siendo superior al de los no fumadores durante 25 años.

El abandono del tabaquismo mediante la aplicación de programas promovidos por la empresa o por los sindicatos y la prohibición del tabaco representan un elemento fundamental en la mayoría de los programas de bienestar de los centros de trabajo.

### **Modificación de los factores individuales**

El cáncer es una aberración del proceso normal de división y crecimiento celular, en virtud de la cual algunas células presentan unos índices de división y crecimiento patológicos, emigrando en ocasiones a otras áreas del organismo y afectando la forma y funcionamiento de los órganos implicados, hasta producir, en último lugar, la muerte del organismo. Los continuos avances durante los últimos años en el campo de la biomedicina han aumentado cada vez más los conocimientos sobre el proceso de la carcinogénesis y gracias a ellos se empiezan a identificar los factores genéticos, humorales, hormonales, dietéticos y de otro tipo que pueden acelerar o inhibir este proceso, con la posibilidad consiguiente de investigar la forma de detectar procesos precancerosos y contribuir así al restablecimiento de los patrones de crecimiento celular normal.

### **Factores genéticos**

Los epidemiólogos continúan recopilando datos sobre variaciones familiares en la frecuencia de determinados tipos de cáncer. Estos datos han sido confirmados por los resultados de los estudios de biología molecular en los que se ha conseguido identificar genes que parecen controlar distintas fases de la división y crecimiento celular. Cuando estos genes "supresores de tumores" se alteran por mutaciones de origen natural o por los efectos de un cancerígeno ambiental, el proceso puede quedar sin control e iniciarse el desarrollo del cáncer.

Se han encontrado genes hereditarios en pacientes con cáncer y en los miembros de sus familias, habiéndose establecido una asociación entre un determinado gen y un riesgo elevado de cáncer de colon y cáncer de endometrio u ovario en mujeres; entre otro gen y un riesgo elevado de cáncer de mama y ovario, y entre un tercer gen y una forma determinada de melanoma maligno. Estos hallazgos han suscitado cierto debate sobre los problemas éticos y sociológicos derivados de los estudios del ADN encaminados a identificar a los individuos portadores de dichos genes, dada la posibilidad de que sean excluidos de puestos de trabajo que implican una posible exposición a cancerígenos potenciales o reales. Tras estudiar esta cuestión, el National Advisory Council for Human Genome Research de Estados Unidos (1994), teniendo en cuenta la fiabilidad de las pruebas aportadas, la eficacia actual de las posibles

intervenciones terapéuticas y la probabilidad de establecer una discriminación genética frente a los individuos en situación de alto riesgo, concluyó que "es prematuro realizar estudios del ADN o exploraciones selectivas de la predisposición a padecer cáncer fuera de un ámbito de investigación cuidadosamente controlado".

### **Factores humorales**

En un ensayo clínico, no quedó demostrado el valor del antígeno prostático específico (APE) como parámetro para la exploración selectiva del cáncer de próstata en varones ancianos. Sin embargo, en algunos casos se ofrece este tipo de estudio a los trabajadores varones, a veces como muestra de la igualdad de sexos para equilibrar los estudios de mamografía y frotis cervicales realizados a las mujeres. Las clínicas que realizan exploraciones periódicas de rutina ofrecen la prueba del APE como estudio complementario y, en algunos casos, incluso como sustitutivo del tacto rectal tradicional además de la exploración rectal ecográfica recientemente introducida. Aunque el empleo de esta técnica parece ser válido en varones con alteraciones o síntomas prostáticos, los resultados de una reciente revisión multinacional indican que la determinación del APE no debe ser considerada un procedimiento de rutina en la exploración selectiva de poblaciones de varones sanos (Adami, Baron y Rothman 1994).

### **Factores hormonales**

En distintos estudios de investigación se ha expuesto la hipótesis de la influencia de las hormonas en la génesis de algunos cánceres, habiéndose utilizado las mismas como tratamiento de otros procesos neoplásicos malignos. Sin embargo, las hormonas no parecen recibir gran atención en los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo. La única excepción estaría constituida por las advertencias sobre los posibles riesgos cancerígenos en determinados casos cuando se recomienda el empleo de hormonas para el tratamiento de los síntomas menopáusicos y la prevención de la osteoporosis.

### **Factores dietéticos**

Los investigadores han estimado que un 35 %, aproximadamente, de la mortalidad total por cáncer en Estados Unidos puede estar relacionada con la dieta. En 1988, el Informe sobre nutrición y salud del Departamento de Sanidad indicó que puede haber una asociación entre los cánceres de pulmón, colon-recto, mama, próstata, estómago, ovario y vejiga y la dieta. Los resultados de distintos estudios de investigación indican que algunos factores dietéticos —grasa, fibra y micronutrientes como beta-caroteno, vitamina A, vitamina C, vitamina E y selenio— pueden influir en el riesgo de cáncer. Los datos epidemiológicos y experimentales indican que la modulación de estos factores en la dieta puede reducir la aparición de algunos tipos de cáncer.

### **Grasa dietética**

La existencia de una asociación entre la ingesta excesiva de grasa en la dieta y el riesgo de distintos cánceres, particularmente de mama, colon y próstata, ha sido demostrada tanto en estudios epidemiológicos como de laboratorio. Los resultados de estudios de correlación internacional han demostrado una fuerte asociación entre la incidencia de cáncer en esos órganos y la ingesta total de grasa dietética, incluso después de haber realizado un ajuste en función de la ingesta calórica total.

Además de la cantidad de grasa consumida, también el tipo de ésta puede ser un factor de riesgo importante en el desarrollo del cáncer. Diferentes ácidos grasos pueden tener distintas propiedades promotoras o inhibidoras de tumores en órganos específicos. La ingesta de grasa total y de grasas saturadas ha sido asociada de forma evidente y positiva con el cáncer de

colon, próstata y mama en mujeres posmenopáusicas; la ingesta de aceite vegetal poliinsaturado ha sido asociada positivamente con el cáncer de mama posmenopáusicos y el cáncer de próstata, pero no con el de colon. Por el contrario, el consumo de ácidos grasos poliinsaturados omega-3, que se encuentran en algunos aceites de pescado, puede no afectar o incluso disminuir el riesgo de cáncer de mama y de colon.

#### Fibra dietética

Los datos epidemiológicos señalan la posible disminución del riesgo de algunos cánceres, especialmente de colon y de mama, si se aumenta la ingesta de fibra dietética y de otros constituyentes de la dieta, asociada con una ingesta elevada de verduras, frutas y cereales integrales.

#### Micronutrientes

En general, los resultados de los estudios epidemiológicos han demostrado la existencia de una relación inversa entre la incidencia de cáncer y la ingesta de alimentos ricos en distintos nutrientes con propiedades antioxidantes, como beta-caroteno, vitamina C (ácido ascórbico) y vitamina E (alfa-tocoferol). Los resultados de una serie de estudios han demostrado que la ingesta baja de frutas y verduras se asocia con un riesgo elevado de cáncer de pulmón. Las deficiencias de selenio y de zinc también parecen desempeñar un papel en el aumento del riesgo de cáncer.

En una serie de estudios en los que se demostró que el empleo de suplementos de antioxidantes reducía el número esperado de crisis cardíacas e ictus graves, los datos relativos al cáncer no eran tan claros. Sin embargo, los resultados del ensayo clínico sobre Prevención del cáncer de pulmón con alfa-tocoferol, beta-caroteno (ATBC), dirigido por el NCI en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública de Finlandia, indicaron que los suplementos de vitamina E y beta-caroteno no tenían ningún efecto preventivo. La administración de suplementos de vitamina E dio lugar asimismo a una disminución del 34 % del número de cáncer de próstata y a una disminución del cáncer colorrectal del 16 %, pero los individuos tratados con beta-caroteno tuvieron una incidencia de cáncer de pulmón 16 % mayor, cifra estadísticamente significativa, que los que tomaron vitamina E o placebo, así como un número algo superior de otros tipos de cáncer. No se observaron indicios en el sentido de que la combinación de vitamina E y beta-caroteno diera resultados superiores o inferiores a la administración aislada de cada suplemento. Los investigadores no han determinado todavía la causa de la mayor incidencia de cáncer de pulmón observada en los individuos tratados con beta-caroteno. Estos resultados sugieren la posibilidad de que uno o varios compuestos presentes en los alimentos con elevado contenido en beta-caroteno o vitamina E puedan ser responsables del efecto protector observado en los estudios epidemiológicos. Los investigadores también han especulado con la posibilidad de que la duración de la administración de los suplementos haya sido demasiado breve para inhibir el desarrollo de cáncer en los fumadores de larga evolución. El análisis adicional de los resultados del estudio ATBC, así como de otros ensayos en curso, nos ayudará a resolver algunas de las cuestiones derivadas de este ensayo, especialmente la relativa a si las dosis elevadas de beta-caroteno pueden ser peligrosas para los fumadores.

#### Alcohol

La ingesta excesiva de bebidas alcohólicas ha sido asociada con el cáncer de recto, páncreas, mama e hígado. Existen pruebas sólidas que apoyan la existencia de una asociación sinérgica entre el consumo de alcohol y de tabaco y el incremento del riesgo de cáncer de boca, faringe, esófago y laringe.

#### Recomendaciones dietéticas

En función de las pruebas convincentes disponibles sobre la relación entre dieta y riesgo de cáncer, el NCI ha establecido una serie de pautas dietéticas, entre las que hay que incluir las siguientes recomendaciones:

- Reducir la ingesta de grasas a un 30 % o menos de las calorías.
- Aumentar la ingesta de fibra a 20-30 g al día, con un límite superior de 35 g.
- Introducir en la dieta diaria verduras y frutas variadas.
- Evitar la obesidad.
- Evitar el consumo de bebidas alcohólicas o, al menos, disminuir su cantidad.
- Disminuir al mínimo el consumo de alimentos curados en salazón, en salmuera o ahumados (alimentos que se asocian con un aumento de la incidencia de cáncer de estómago y esófago).

El objetivo de estas pautas es incorporarlas a un régimen dietético general que puede ser recomendable para toda la población.

#### Enfermedades infecciosas

Cada vez existen más datos sobre la asociación entre ciertos agentes infecciosos y distintos tipos de cáncer: por ejemplo, el virus de la hepatitis B y el cáncer de hígado; el virus del papiloma humano y el cáncer cervical, o el virus de Epstein-Barr y el linfoma de Burkitt. (La frecuencia de cáncer entre los pacientes con SIDA es atribuible al estado de inmunodeficiencia y no a un efecto cancerígeno directo del VIH). En el momento actual se dispone de una vacuna para la hepatitis B que, administrada a los niños, conseguirá reducir el riesgo de cáncer de hígado.

#### Prevención del cáncer en el lugar de trabajo

Con objeto de estudiar las posibilidades que ofrece el lugar de trabajo para la promoción de un amplio grupo de comportamientos sobre control y prevención del cáncer, el NCI está patrocinando el proyecto Trabajar bien. Con él se pretende determinar si las intervenciones realizadas en el lugar de trabajo dirigidas a reducir el consumo de tabaco, conseguir modificaciones dietéticas de prevención del cáncer, aumentar la prevalencia de las exploraciones selectivas y disminuir la exposición profesional pueden prepararse y ejecutarse con eficacia en función del coste. El proyecto, concretamente, se inició en septiembre de 1989 en cuatro centros de investigación de los Estados Unidos.

- Centro Oncológico M.D. Anderson, Houston, Texas
- Universidad de Florida, Gainesville, Florida
- Instituto Oncológico Dana Farber, Boston, Massachusetts
- Hospital Miriam/Universidad Brown, Providence, Rhode Island

En él participan unos 21.000 empleados de 114 centros de trabajo de Estados Unidos, que abarcan desde procesos de fabricación hasta parques de bomberos o imprentas de periódicos. La reducción del consumo de tabaco y las modificaciones dietéticas se han examinado en todos los centros, si bien en cada uno de éstos se han fomentado en mayor o menor medida determinados programas de intervención o bien se han incluido aspectos adicionales para adaptarse a las condiciones climáticas y socioeconómicas propias de la zona. Por ejemplo, en los centros de Florida y de Texas se ha hecho hincapié en la exploración selectiva del cáncer de piel y en el empleo de filtros solares, debido a la mayor exposición solar; en los de Boston y Texas se han ofrecido programas que subrayan la relación entre cáncer y consumo de tabaco; en el centro de Florida se ha intensificado la intervención sobre la modificación dietética fomentando el consumo de cítricos frescos, que se producen abundantemente en este Estado;

se han establecido en los centros de trabajo de Florida unos comités paritarios (empresario-trabajadores) para colaborar en el servicio de comidas y asegurar el suministro de verduras y frutas frescas. En algunos de los lugares de trabajo que participan en el proyecto se han ofrecido pequeños premios —vales de regalo o comidas del comedor— por la participación o por la consecución de alguno de los objetivos deseados, como el abandono del tabaco. La reducción de la exposición a riesgos laborales ha presentado especial interés en los lugares de trabajo en que se producían escapes de gasoil o se utilizaban disolventes o equipos de radiación. Los programas basados en el lugar de trabajo han incluido los aspectos siguientes:

- actividades de grupo para promover el interés, tales como pruebas de degustación de distintos alimentos;
- actividades de grupo dirigidas, tales como la lucha por el abandono del tabaco;
- demostraciones con base médica/científica, tales como las pruebas de CO<sub>2</sub> para verificar el efecto producido por el tabaco sobre el sistema respiratorio;
- seminarios sobre prácticas empresariales y desarrollo de actitudes dirigidas a reducir de forma significativa o a eliminar la exposición profesional a materiales potencial o realmente peligrosos o tóxicos;
- programas de autoayuda y autovaloración informatizados sobre riesgo y prevención del cáncer;
- manuales y clases de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de tabaco, conseguir las modificaciones dietéticas y aumentar la realización de exploraciones selectivas del cáncer.

#### Educación sobre el cáncer

En los programas de educación sanitaria de los lugares de trabajo se debe incluir información sobre los síntomas sugestivos de cáncer en estadio precoz —por ejemplo, aparición de bultos, hemorragias por el recto u otros orificios, lesiones cutáneas que no curan,— junto con el consejo de solicitar asistencia médica rápidamente. En estos programas se deben enseñar también, preferiblemente mediante ejercicios prácticos supervisados, las técnicas de autoexploración de la mama.

#### Cribado del cáncer

El cribado de lesiones precancerosas o de cáncer en estadio precoz va encaminada a la detección y eliminación lo más precoz posible de este proceso. La educación de las personas para que soliciten asistencia médica ante los primeros signos y síntomas del cáncer constituye una parte importante de la prevención.

En toda exploración médica rutinaria o periódica se debe investigar la existencia de un cáncer en estadio precoz. Además, siempre es posible el cribado en masa de determinados tipos de cáncer, bien en el lugar de trabajo, bien en un servicio comunitario cercano al mismo. Toda prueba de cribado del cáncer, aceptable y justificada, en una población asintomática debe cumplir los siguientes criterios:

- La enfermedad en cuestión debe tener una importante repercusión en el ámbito de la salud pública y ha de presentar una fase prevalente asintomática y no metastásica.
- La fase asintomática y no metastásica debe ser reconocible.
- El procedimiento de cribado debe presentar una especificidad, sensibilidad y valor predictivo razonables; ha de caracterizarse por el bajo riesgo y el bajo coste económico y ser aceptable tanto para la persona que lo realiza como para el individuo estudiado.
- La detección precoz seguida por el tratamiento adecuado debe ofrecer un potencial de curación sustancialmente mayor que el existente en los casos diagnosticados en fases más avanzadas.

- El tratamiento de las lesiones detectadas mediante la prueba debe ofrecer una mejoría del pronóstico determinada por la morbilidad y mortalidad de causas específicas.

En el lugar de trabajo son particularmente importantes los siguientes criterios adicionales:

- Los trabajadores (y sus familiares, en caso de que estén incluidos en el programa) deben recibir información sobre el objetivo, naturaleza y posibles resultados de la exploración selectiva y ha de obtenerse un “consentimiento informado” formal.
- El programa de cribado debe llevarse a cabo con la debida consideración a la comodidad, dignidad e intimidad de los individuos que dan su consentimiento, y ha de causar la mínima interferencia con los planes de trabajo y los horarios de producción.
- Los resultados de la prueba deben ser comunicados de forma rápida y privada, remitiéndose copia a los médicos particulares designados por los trabajadores. Quienes deseen más información sobre el resultado deben disponer de asesoramiento a cargo de profesionales sanitarios expertos.
- Debe informarse a los individuos sometidos a la prueba de la posibilidad de falsos negativos y aconsejarles que consulten con un médico si aparece cualquier tipo de síntoma poco después de la misma.
- Debe establecerse una red de consultas predeterminada a la que pueda enviarse a quienes presenten resultados positivos y no puedan o no quieran consultar con médicos particulares.
- Los costes de las exploraciones necesarias para confirmar el proceso, así como los derivados del tratamiento, deben estar cubiertos por el seguro de enfermedad o, por lo menos, ser razonables.
- Debe establecerse un sistema de seguimiento predeterminado para garantizar una confirmación rápida de los informes con resultados positivos, así como la instauración de las medidas terapéuticas adecuadas.

Existe un último criterio, dotado de gran importancia: el procedimiento de exploración selectiva debe encomendarse a profesionales sanitarios acreditados y suficientemente preparados que dispongan de equipos modernos, y la interpretación y análisis de los resultados debe ser de la mayor calidad y exactitud posible

En 1989, la Preventive Services Task Force de Estados Unidos, formada por 20 expertos en medicina y otros ámbitos relacionados, valoró la eficacia de unas 169 medidas preventivas valiéndose de centenares de “asesores” y otros profesionales de Estados Unidos, Canadá y Reino Unido. En la Tabla 15.4 se resumen sus recomendaciones con respecto al cribado del cáncer. Teniendo en cuenta la actitud algo conservadora de dicha Task Force y los criterios aplicados de forma rigurosa, estas recomendaciones pueden ser diferentes de las establecidas por otros grupos.

#### Exploración selectiva del cáncer de mama

Existe un acuerdo general en el sentido de que la exploración selectiva con mamografía, junto con el examen clínico anual o bienal de la mama, puede ahorrar muchas vidas de mujeres entre los 50 y los 69 años, reduciendo las muertes por cáncer de mama en este grupo de edad en hasta un 30 %. En cambio, no existe acuerdo entre los expertos sobre el valor de la exploración selectiva del cáncer de mama mediante mamografía en mujeres asintomáticas de 40 a 49 años de edad. El NCI recomienda que las mujeres de este grupo de edad se sometan a exploración selectiva todos los años o una vez cada dos años, y que las que estén sujetas

Tabla 15.4 • Cribado de enfermedades neoplásicas.

Tipos de cáncer	Recomendaciones del Preventive Services Task Force de EE.UU.*
Mama	Todas las mujeres de más de 40 años deben someterse a exploración anual de las mamas. Entre los 50 y los 75 años se recomienda a todas las mujeres que se hagan una mamografía cada año o cada dos años, salvo que se detecte algún signo patológico. En mujeres con riesgo elevado de cáncer de mama, puede ser prudente iniciar la exploración mamográfica antes de esa edad. Aunque por el momento no se recomienda de forma específica enseñar a realizar una exploración personal de la mama, no hay datos suficientes para recomendar ningún cambio en la práctica actual (esto significa que quienes ya están enseñando esta técnica deben continuar haciéndolo).
Colorrectal	No hay datos suficientes para recomendar ni para desaconsejar los análisis de sangre en heces o la sigmoidoscopia.
Cervical	Se recomienda a todas las mujeres que son o han sido activas sexualmente que se hagan pruebas de citología. La citología o prueba de Papanicolaou debe realizarse al principio de la actividad sexual y repetirse cada dos o tres años.
Próstata	No hay pruebas suficientes para recomendar o desaconsejar el examen rectal digital periódico como prueba eficaz de detección selectiva del cáncer de próstata en varones asintomáticos. Las ecografías transrectales y los marcadores séricos de tumores no son recomendables para el examen rutinario de varones asintomáticos.
Pulmón	No se recomienda realizar de forma periódica radiografías torácicas ni citología del esputo para la detección selectiva de sujetos asintomáticos.
Piel	Se recomiendan las pruebas de cribado en sujetos expuestos a un riesgo elevado. Los médicos deberían aconsejar a todos los pacientes que pasen mucho tiempo al aire libre que utilicen preparados con filtros solares y adopten otras medidas para protegerse de los rayos ultravioletas. Actualmente no hay pruebas a favor ni en contra de que los pacientes se examinen personalmente la piel.
Testículos	Se recomiendan las pruebas de cribado del cáncer testicular en varones con antecedentes de criptorquidia, orquiepia o atrofia testicular. No hay pruebas de que el cribado sistemático de este tipo de cáncer en otros sujetos sea beneficiosa ni nociva desde el punto de vista clínico. En este momento no hay datos suficientes para aconsejar ni desaconsejar a los pacientes la realización de autoexploraciones periódicas de los testículos.
Ovarios	No están recomendadas las pruebas de cribado de cáncer de ovarios. Es prudente examinar los órganos anejos en el momento de realizar reconocimientos ginecológicos por otros motivos.
Páncreas	No se recomienda la realización de pruebas de cribado de cáncer de páncreas en sujetos asintomáticos.
Oral	No se recomienda la realización de pruebas de cribado de cáncer de boca por parte de los médicos de atención primaria. Debe aconsejarse a todos los pacientes que se sometan a reconocimientos odontológicos regulares, que interrumpan el consumo de cualquier clase de tabaco y que limiten el de alcohol.

Fuente: Preventive Services Task Force 1989.

a un riesgo más elevado de cáncer consulten con un médico la conveniencia de iniciar estas exploraciones antes de los 40 años.

La población femenina de la mayoría de las empresas es demasiado pequeña para justificar la instalación in situ de un equipo de mamografía. Por consiguiente, la mayoría de los programas promovidos por las empresas o los sindicatos (o por ambos) otorgan contratos con entidades que llevan al lugar de trabajo unidades móviles o con servicios comunitarios a los que se remite a las trabajadoras bien durante sus horas de trabajo o bien en su tiempo libre. Al realizar este tipo de acuerdos, es esencial asegurarse de que el equipo cumple las normas sobre exposición a rayos X y seguridad establecidos por el American College of Radiology, y de que la calidad de las imágenes y su interpretación es satisfactoria. Por otra parte, es obligatorio establecer previamente un centro de referencia al que poder enviar a las mujeres en las que sea necesario realizar una aspiración con aguja fina u otros procedimientos diagnósticos de confirmación.

#### Cribado del cáncer cervical

Los datos científicos dan a entender que el estudio periódico del frotis reduce significativamente la mortalidad por cáncer cervical en mujeres sexualmente activas o mayores de 18 años. La supervivencia parece estar directamente relacionada con el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico. La detección precoz, mediante citología cervical, constituye en el momento actual el único método práctico para detectar un cáncer cervical en estadio localizado o premaligno. El riesgo de desarrollar cáncer cervical invasivo es de tres a diez veces mayor en mujeres que nunca han sido sometidas a exploración selectiva en comparación con las que han sido sometidas a un frotis cada dos o tres años.

En lo que respecta a los costes de los programas de cribado en los lugares de trabajo, es especialmente importante recordar que los frotis para citología cervical pueden ser realizados eficazmente por enfermeras preparadas, no siendo precisa la participación de un médico. Otro aspecto quizá incluso más importante es la calidad del laboratorio al que se envíen las muestras para su análisis.

#### Cribado del cáncer colorrectal

Existe un acuerdo general en el sentido de que la detección precoz de pólipos colorrectales precancerosos, así como de cáncer de colon y recto, mediante análisis periódicos de sangre en heces, tacto rectal y exploración sigmoidoscópica, junto con su extirpación oportuna, reduce la mortalidad por cáncer colorrectal en los individuos de 50 años o más. La sustitución del sigmoidoscopio rígido por un instrumento de fibra óptica, flexible y de mayor longitud ha permitido hacer la exploración menos desagradable y más fiable. Sin embargo, todavía no existe acuerdo sobre el tipo de pruebas que son fiables ni sobre la frecuencia con la que deben realizarse.

#### Puntos a favor y en contra del cribado

Existe acuerdo general sobre el valor de la exploración selectiva del cáncer en individuos en situación de riesgo debido a antecedentes familiares, aparición previa de cáncer o exposición conocida a cancerígenos potenciales. En cambio, parece haber una preocupación justificada por la realización de exploraciones selectivas en masa de poblaciones sanas.

Los partidarios del cribado en masa para la detección del cáncer se basan en la premisa de que la detección precoz se acompañará de una mejoría de la morbilidad y mortalidad. Es cierto que ha podido demostrarse en algunos casos, pero no siempre. Por ejemplo, aunque el cáncer de pulmón se detecta antes con la utilización de radiografías de tórax y citología de

esputo, estos métodos no han conseguido mejorar el resultado del tratamiento. Análogamente, se ha expresado cierta preocupación por la posibilidad de que el alargamiento del tiempo de tratamiento del cáncer de próstata en estadio precoz no sólo no produzca resultados beneficiosos, sino que de hecho sea contraproducente, debido al prolongado período de bienestar que presentan los pacientes en los que el tratamiento se instaura en fases más avanzadas.

Al planificar los programas de cribado en masa, se deben tener en cuenta los efectos sobre el sentimiento de bienestar y sobre los recursos de los pacientes con falsos positivos. Por ejemplo, en distintas series de casos, del 3 al 8 % de las mujeres con resultados positivos en la exploración selectiva de mama fueron sometidas a biopsias innecesarias por tratarse de tumores benignos; y en un estudio del cáncer colorrectal mediante determinación de sangre en heces, cerca de una tercera parte de los individuos estudiados fueron remitidos para colonoscopia diagnóstica que demostró resultados negativos en la mayoría de ellos.

Es evidente que se requieren estudios de investigación adicionales. Con objeto de valorar la eficacia de la exploración selectiva, el NCI ha emprendido un estudio principal. Ensayos de cribado para el cáncer de próstata, pulmón, colorrectal y ovárico (PLCO), para valorar las técnicas de detección precoz de estos cánceres. La inclusión en el ensayo PLCO comenzó en noviembre de 1993 y en él participarán 148.000 varones y mujeres de 60 a 74 años de edad distribuidos de forma aleatoria a grupos de tratamiento o de control. En el grupo de tratamiento se realizará una prueba selectiva de cáncer de pulmón, colorrectal y de próstata en los varones, y de pulmón, colorrectal y ovárico en las mujeres; los individuos asignados al grupo control recibirán la asistencia médica habitual. En el caso del cáncer de pulmón se estudiará el valor de una única imagen de la radiografía de tórax anual; para el cáncer colorrectal se realizará sigmoidoscopia con fibra óptica anual; en el cáncer de próstata se llevará a cabo tacto rectal y determinación sanguínea del APE; y para el cáncer de ovario se procederá a exploración física y ecografía transvaginal, complementadas con determinación sanguínea anual del marcador tumoral CA-125. Al cabo de 16 años, y después de gastar 87,8 millones de dólares de EE.UU., se esperan obtener datos sólidos sobre la forma de utilizar los métodos de cribado para obtener diagnósticos precoces que puedan aumentar la vida y reducir la mortalidad.

### Tratamiento y atención continua

En el apartado del tratamiento y la atención continua hay que incluir distintas medidas destinadas a aumentar la calidad de vida tanto de los pacientes con cáncer como de las personas en las que esta enfermedad tiene algún tipo de repercusión. Los servicios de salud en el trabajo y los programas de asistencia a los empleados patrocinados por las empresas y sindicatos pueden ofrecer asesoramiento y apoyo a los trabajadores que están recibiendo tratamiento para el cáncer o que tienen un familiar en esa situación. Este apoyo puede incluir explicaciones sobre la situación actual y futura, información que a veces no es suministrada por los oncólogos y cirujanos, pautas sobre la posibilidad de enviar al paciente a otro médico con el fin de obtener una segunda opinión, e indicaciones sobre el posible acceso a centros de elevada especialización.

Los permisos y la modificación de los horarios de trabajo pueden permitir que los trabajadores sigan siendo productivos aunque estén en tratamiento y retornen a su trabajo lo antes posible una vez conseguida la remisión. En algunos lugares de trabajo se han formado grupos de apoyo paralelos para ofrecer un intercambio de experiencias y apoyo mutuo a los trabajadores que se enfrentan a problemas similares.

### Conclusión

Los programas para la prevención y detección del cáncer pueden contribuir de forma importante al sentimiento de bienestar de los trabajadores afectados y sus familiares, lo que repercutirá positivamente en las empresas y sindicatos que los promueven. Lo mismo que en otras medidas preventivas, estos programas han de ser diseñados de forma adecuada y ejecutados cuidadosamente, y han de llevarse a cabo según un patrón de regularidad, ya que sus efectos beneficiosos solo serán visibles al cabo de muchos años.

## LA SALUD DE LA MUJER

*Patricia A. Last*

Es común el error de que, dejando aparte las diferencias en la reproducción, las mujeres y los hombres son igualmente sensibles a los riesgos para la salud existentes en el lugar de trabajo y están sujetos a los mismos procedimientos de control. Aunque unas y otros pueden padecer muchos trastornos similares, son diferentes desde el punto de vista físico, metabólico, hormonal, fisiológico y psicológico. Por ejemplo, el menor tamaño y masa muscular promedio de las mujeres obliga a prestar una atención especial a las medidas de las prendas y equipos de protección y a la disponibilidad de instrumentos de funcionamiento manual diseñados de forma adecuada, mientras que la menor masa corporal las hace también más sensibles, por término medio, a los efectos del abuso de alcohol sobre el hígado y sobre el sistema nervioso central.

Existen asimismo diferencias en los tipos de puestos de trabajo y en las circunstancias sociales y económicas que determinan el estilo de vida, así como en la participación y respuesta a las actividades de promoción de la salud. Aunque recientemente se han producido algunos cambios, sigue siendo muy frecuente que las mujeres ocupen puestos de trabajo muy rutinarios en los que están expuestas a lesiones por esfuerzo repetitivo. Las mujeres padecen desigualdades retributivas y, con mucha más frecuencia que los hombres, están sobrecargadas por responsabilidades domésticas y por el cuidado de los hijos y de familiares ancianos.

En los países industrializados, su esperanza de vida es mayor que entre los hombres; esto es aplicable a todos los grupos de edad. A los 45 años, las mujeres japonesas tienen una esperanza de vida de otros 37,5 años y es probable que una mujer escocesa de 45 años viva otros 32,8 años; la mayoría de las mujeres de otros países del mundo desarrollado presentan una esperanza de vida situada entre estos límites. Estos datos nos llevan a la conclusión de que las mujeres son, por lo tanto, personas sanas. Sin embargo, hay que tener en cuenta que durante estos años "extra" es muy común que padezcan enfermedades crónicas y distintos tipos de incapacidad que pueden evitarse en muchos casos. Muchas mujeres tienen un gran desconocimiento de los riesgos para la salud a los que se enfrentan y, por consiguiente, no saben qué tipo de medidas deben adoptar para controlarlos y para protegerse de lesiones o enfermedades graves. Por ejemplo, es muy habitual que muestren una gran preocupación, y con razón, por el cáncer de mama, pero ignoren que las cardiopatías constituyen la principal causa de muerte entre ellas, o que debido fundamentalmente al aumento del tabaquismo, que también es factor de riesgo importante de cardiopatía coronaria, ha aumentado la incidencia de cáncer de pulmón en mujeres.

En 1993 se realizó una encuesta nacional en los Estados Unidos (Harris y cols. 1993) con entrevistas a más de 2.500 mujeres y 1.000 varones adultos, y sus resultados confirmaron que las mujeres padecen graves problemas de salud y muchas de ellas quizá no reciben la atención que necesitan. Entre tres y cuatro mujeres de cada diez están en situación de riesgo en

relación con enfermedades no detectadas debido a la falta de prestación de los servicios de medicina preventiva adecuados, en gran parte por inexistencia de un seguro o porque su médico nunca les ha comentado que existen este tipo de pruebas y que deben utilizarse. Es más, un número importante de ellas no se sienten satisfechas con su médico: cuatro de cada diez (doble proporción que entre los varones) señalaron que éste no les hablaba claro y el 17 % (frente a un 10 % de los varones) comentaron que su médico insistía en que los síntomas solo existían "en su cabeza".

Aun cuando la incidencia global de enfermedades mentales es más o menos la misma en varones que en mujeres, las pautas son diferentes: en las mujeres son más frecuentes la depresión y la ansiedad, mientras que en los hombres son más comunes el abuso de alcohol y drogas y los trastornos de la personalidad de tipo antisocial (Glied y Kofman 1995). La probabilidad de recibir asistencia médica especializada es mucho mayor en los varones, mientras que las mujeres son tratadas con mucha mayor frecuencia por médicos de atención primaria que en muchos casos carecen de interés, si no de experiencia, en el tratamiento de problemas de salud mental. En las mujeres, especialmente de edad avanzada, se prescribe una cantidad desproporcionada de fármacos psicotrópicos, lo que favorece una utilización excesiva de los mismos. Con demasiada frecuencia, las dificultades que aparecen como consecuencia de un estrés excesivo o de problemas evitables y susceptibles de tratamiento son justificadas por los profesionales sanitarios, miembros de la familia, supervisores y compañeros de trabajo e incluso por las propias mujeres como reflejo del "ciclo menstrual" o de un "cambio de vida" y, por consiguiente, se dejan sin tratamiento.

Estas circunstancias son tanto más graves cuanto que las mujeres —jóvenes y ancianas, en igual medida— creen conocer perfectamente su cuerpo y su funcionamiento. Nada más lejos de la realidad. Existe una gran ignorancia y una desinformación que se acepta sin sentido crítico. Muchas mujeres se avergüenzan al revelar su falta de conocimientos y se sienten innecesariamente preocupadas por síntomas que, de hecho, son "normales" o fácilmente explicables.

Considerando que las mujeres constituyen un 50 % de la plantilla en muchos ámbitos laborales y una cifra bastante mayor en el sector de servicios, las consecuencias de sus problemas de salud que se pueden prevenir y corregir implican pérdidas importantes y evitables tanto en su propio sentimiento de bienestar como en la productividad y organización de la empresa. Estas pérdidas pueden reducirse considerablemente con un programa específico de promoción de la salud en el lugar de trabajo.

### Promoción de la salud de la mujer en el lugar de trabajo

Los periódicos, las revistas y la televisión ofrecen bastante información sanitaria, pero ésta es en muchos casos incompleta o sensacionalista, o está dirigida a la promoción de productos o servicios determinados. Es muy habitual que, al informar sobre avances médicos o científicos actuales, los medios de comunicación planteen más incógnitas que respuestas e incluso produzcan ansiedad innecesaria. Dado que los profesionales sanitarios de los hospitales, clínicas y consultas privadas desconocen, con demasiada frecuencia, si sus pacientes tienen información adecuada sobre los trastornos que padecen, es fácil entender que dediquen aún menos tiempo a explicarles diferentes problemas de salud que no están relacionados con sus síntomas.

Un programa de promoción de la salud en el lugar de trabajo diseñado y ejecutado de forma adecuada debe ofrecer información exacta y completa, posibilidad de plantear preguntas en grupo o en sesiones individuales, servicios de medicina

preventiva, acceso a diferentes actividades de promoción de la salud y asesoramiento sobre las modificaciones pertinentes para evitar o disminuir al mínimo las molestias y la incapacidad. El lugar de trabajo representa un punto de reunión ideal para compartir experiencias e información sanitaria, especialmente cuando éstas son importantes para las circunstancias particulares de cada puesto de trabajo. Permite además aprovechar la presión de los compañeros de trabajo, que refuerza la motivación para participar y para perseverar en las actividades de promoción de la salud y en el mantenimiento de una forma de vida más sana.

Los programas de promoción de la salud para mujeres pueden adoptar distintas modalidades. La empresa de consultoría Ernst & Young ofreció a sus trabajadores de Londres una serie de seminarios sobre "salud para las mujeres" dirigidos por un consultor externo. Asistieron a ellos empleados de todos los niveles, quienes mostraron su buena acogida. Al ser impartidos por un consultor externo, éste no representaba ninguna amenaza para ellas, por lo cual pudieron esclarecerse de forma conjunta muchas cuestiones confusas sobre la salud de las mujeres.

Marks and Spencer, importante cadena minorista del Reino Unido, aplica un programa a través de su departamento médico, utilizando personal externo para la prestación de servicios a los empleados de sus múltiples centros de trabajo regionales. Este programa ofrece pruebas de cribado y asesoramiento individual a todo el personal, junto con una amplia bibliografía y cintas de vídeo sobre aspectos sanitarios, muchas de ellas de producción propia.

Muchas empresas utilizan asesores sanitarios externos. En el Reino Unido pueden citarse los servicios prestados por los centros médicos BUPA (British United Provident Association), que en número de 35, distribuidos geográficamente y completados con unidades móviles, atienden a miles de mujeres. La mayoría de éstas proceden de los programas de promoción de la salud de sus respectivas empresas; el resto acude de forma independiente.

BUPA fue probablemente la primera entidad, al menos en el Reino Unido, en establecer un centro de salud dedicado a servicios de medicina preventiva para las mujeres. Cada vez son más los centros de este tipo, de origen hospitalario o independientes, que atienden a mujeres descontentas con la atención sanitaria general. Además de asistencia prenatal y obstétrica, estos centros prestan un amplio espectro de servicios de atención primaria, principalmente de carácter preventivo.

La encuesta nacional sobre Centros de Salud para Mujeres, realizada en 1994 por investigadores de la Escuela de Higiene y Salud Pública Johns Hopkins con financiación de la Commonwealth Foundation (Weisman 1995), estimó que en los Estados Unidos existen unas 3.600 unidades de este tipo. Un 71 % están dedicadas fundamentalmente a la asistencia ginecológica y realizan exploraciones ginecológicas ambulatorias y pruebas citológicas, además de prestar servicios de planificación familiar. Otros servicios son los siguientes: pruebas de embarazo, asesoramiento sobre el aborto (82 %) y abortos (50 %), cribados y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, exploraciones de mama y determinación de la presión arterial.

El 12 % son centros de atención primaria (incluidos los específicos para mujeres universitarias) que ofrecen fundamentalmente asistencia a mujeres sanas y servicios de medicina preventiva: exploraciones físicas periódicas, exploraciones ginecológicas de rutina y pruebas citológicas, diagnóstico y tratamiento de problemas menstruales, asesoramiento sobre la menopausia y sobre el tratamiento de sustitución hormonal y servicios de salud mental, que incluyen asesoramiento y/o tratamiento sobre el abuso de sustancias.

Los centros dedicados a la mama constituyen un 6 % del total (véase a continuación), mientras que el resto ofrecen distintas combinaciones de servicios. La mayoría han mostrado interés en ofrecer sus servicios a las mujeres trabajadoras de empresas cercanas, en el marco de sus programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo.

Independientemente del lugar, el éxito de un programa de promoción de salud para las mujeres en el centro de trabajo radica no solo en la fiabilidad de la información y servicios ofrecidos, sino, lo que es más importante, en la forma en que se presentan. Los programas deben ser sensibles a las actitudes y aspiraciones de las mujeres, así como a sus preocupaciones, y, aunque cumplan una función de apoyo, deben carecer del aire "protector" con el que se enfocan frecuentemente este tipo de problemas.

En lo que resta del artículo nos centraremos en tres procesos considerados como problemas especialmente importantes para la salud de la mujer: los trastornos menstruales, el cáncer cervical y de mama y la osteoporosis. Por lo demás, el programa de promoción de la salud para las mujeres en el lugar de trabajo no debe subestimar ningún problema particularmente importante, aunque no encaje en esta clasificación.

### Trastornos menstruales

Para la inmensa mayoría de las mujeres, la menstruación constituye un proceso "natural" que causa pocos problemas. No obstante, el ciclo menstrual puede alterarse por distintos procesos que, en el caso de la mujer trabajadora, provocan en ocasiones molestias o cierta preocupación, dando lugar incluso a absentismo que sigue un patrón regular y que se justifica a menudo como un "resfriado" o un "dolor de garganta", especialmente cuando el parte de baja debe enviarse a un directivo varón. En todo caso, el patrón de absentismo es evidente y la consulta con un profesional sanitario cualificado permite resolver el problema rápidamente. Los posibles trastornos menstruales que se manifiestan en el lugar de trabajo son amenorrea, menorragia, dismenorrea, síndrome premenstrual (SPM) y menopausia.

#### Amenorrea

Aunque la amenorrea puede inducir cierta preocupación en la mujer, habitualmente no afecta su actuación profesional. La causa más común de amenorrea en mujeres jóvenes es el embarazo y en las de mayor edad la menopausia o una histerectomía. Sin embargo, también puede atribuirse a las siguientes circunstancias:

- *Alimentación deficiente o bajo peso.* La alimentación deficiente puede tener una causa socioeconómica o ser el resultado de un programa de auto-inanición relacionado con trastornos de la alimentación del tipo de la anorexia nerviosa o la bulimia.
- *Exceso de ejercicio.* En muchos países desarrollados, las mujeres realizan programas de entrenamiento físico o deportivo excesivos. Aunque su ingesta de alimentos sea adecuada, puede presentarse amenorrea.
- *Trastornos médicos.* El hipotiroidismo, otras enfermedades endocrinas, la tuberculosis, la anemia de cualquier causa y algunas enfermedades graves que amenazan la vida pueden producir asimismo amenorrea.
- *Medidas anticonceptivas.* Los medicamentos que contienen sólo progesterona dan lugar con mucha frecuencia a amenorrea. Se debe indicar que la esterilización sin ooforectomía no es causa de interrupción de los periodos menstruales de la mujer.

#### Menorragia

En ausencia de cualquier determinación objetiva del flujo menstrual, se acepta en general que cualquier pérdida suficientemente

importante para interferir con las actividades diarias de una mujer, o que ocasione anemia, es excesiva. Cuando el flujo es lo bastante importante para anular al factor de anticoagulación plasmático, la mujer con "períodos abundantes" puede presentar coágulos de forma pasajera. La incapacidad para controlar el flujo sanguíneo por los medios sanitarios normales puede ser fuente de considerables problemas en el lugar de trabajo y dar lugar a un patrón de absentismo regular de uno o dos días mensuales.

La menorragia puede estar producida por fibromas o pólipos uterinos, o por un dispositivo intrauterino (DIU) y, en raras ocasiones, es el primer indicio de una anemia intensa o de otros trastornos hematológicos graves, como la leucemia.

#### Dismenorrea

Aunque la gran mayoría de las mujeres que tienen la menstruación experimentan algún tipo de molestia, sólo algunas presentan dolor de suficiente intensidad para interferir con su actividad normal y, por consiguiente, precisan consulta médica. También aquí puede ser indicativa la presencia de un patrón regular de ausencias mensuales. Estas alteraciones asociadas con la menstruación pueden clasificarse a efectos prácticos como sigue:

1. *Dismenorrea primaria.* Las mujeres jóvenes sin indicios de enfermedad pueden experimentar, el día anterior o el primer día de su menstruación, dolor lo bastante intenso para abandonar el trabajo durante algún tiempo. Aunque no se han encontrado causas, se sabe que ese dolor está asociado con la ovulación y, por lo tanto, puede evitarse con la píldora anticonceptiva o con otra medicación anovulatoria.
2. *Dismenorrea secundaria.* El inicio de menstruaciones dolorosas hacia la mitad de la tercera década de la vida o posteriormente es sugestivo de patología pélvica y requiere el examen por un ginecólogo.

Algunos analgésicos, comprados con o sin receta, para la dismenorrea producen somnolencia que puede constituir un problema para las mujeres que trabajan en puestos que requieren una actitud vigilante.

#### Síndrome premenstrual

El síndrome premenstrual (SPM), una combinación de síntomas físicos y psicológicos que se da en un porcentaje relativamente escaso de mujeres durante los siete o diez días previos a la menstruación, ha desarrollado su propia mitología. Se le ha considerado, falsamente, como causa del sentimentalismo y del "carácter caprichoso" de las mujeres. En opinión de algunos hombres, todas las mujeres lo padecen, y según las feministas vehementes ninguna mujer lo presenta. En los lugares de trabajo ha sido aducido indebidamente para denegar el acceso de las mujeres a puestos que requieran la toma de decisiones y la emisión de dictámenes, y ha servido como excusa adecuada para negar a éstas la posibilidad de promoción a puestos directivos y ejecutivos. Se le ha responsabilizado de los problemas de relación interpersonal de las mujeres y, de hecho, en Inglaterra se utilizó para obtener una declaración de desequilibrio temporal que permitió a dos mujeres escapar de la acusación de asesinato.

Entre los síntomas físicos del SPM figuran distensión abdominal, sensibilidad de la mama, estreñimiento, insomnio, aumento de peso debido a un incremento del apetito o a retención de sodio y líquidos, torpeza en los movimientos finos e inseguridad de criterios. Los síntomas emocionales son llanto excesivo, crisis de mal genio, depresión, dificultad en la toma de decisiones, incapacidad general para hacer frente a distintas situaciones y falta de confianza. Los síntomas aparecen siempre en los días premenstruales y se alivian al empezar la



menstruación. El SPM es muy raro en mujeres que toman la píldora anticonceptiva combinada y en las que han sido sometidas a ooforectomía.

El diagnóstico de SPM se basa en su relación temporal con los períodos menstruales; en ausencia de causas concretas, no existen pruebas diagnósticas. La intensidad del tratamiento, que es fundamentalmente empírico, depende de la gravedad de los síntomas y de su efecto sobre las actividades normales de la mujer. La mayoría de los casos responden a pautas sencillas de autoayuda, entre las que hay que citar la evitación de la cafeína de la dieta (té, café, chocolate y la mayoría de las bebidas de cola sin alcohol que contienen cantidades importantes de cafeína), la ingestión frecuente de pequeñas cantidades de alimento para disminuir al mínimo la tendencia a la hipoglucemia, la restricción de la ingesta de sodio para evitar la retención de líquidos y el aumento de peso, y la realización de ejercicio regular moderado. Cuando estas medidas no consiguen controlar los síntomas, en ocasiones se prescriben diuréticos suaves (sólo durante dos o tres días) para disminuir la retención de sodio y líquidos y hormonas por vía oral para modificar la ovulación y el ciclo menstrual. En general, el SPM es un trastorno susceptible de tratamiento y no debe constituir un problema importante para las mujeres en el lugar de trabajo.

### **Menopausia**

La menopausia refleja una insuficiencia ovárica que puede aparecer en la tercera década de la vida o bien retrasarse hasta después de los 50 años; hacia los 48 años se presenta en la mitad de las mujeres. El momento real de aparición de la menopausia depende de la situación general de salud y de factores nutricionales y familiares.

Los síntomas principales son la reducción de la frecuencia de los períodos menstruales habitualmente asociada con flujo escaso, los sofocos con o sin sudoración nocturna y la disminución de las secreciones vaginales, con la posibilidad consiguiente de dolor durante las relaciones sexuales. Otros síntomas atribuidos asimismo con mucha frecuencia a la menopausia son depresión, ansiedad, tendencia al llanto, falta de seguridad, cefaleas, cambios en la textura de la piel, pérdida del interés sexual, alteraciones urinarias e insomnio. Son muy interesantes los resultados de un estudio controlado en el que se administró un cuestionario sobre diferentes síntomas tanto a varones como a mujeres, observándose que una parte importante de este tipo de molestias eran compartidas por los varones de la misma edad (Bungay, Vessey y McPherson 1980).

La menopausia, cuando aparece hacia los 50 años, puede coincidir con lo que se ha denominado "transición de la etapa media de la vida" o "crisis de los cuarenta", término acuñado para indicar de forma colectiva las experiencias que parecen compartir tanto varones como mujeres en la época central de la vida (si acaso, parece ser más frecuente en los varones). Esta crisis se manifiesta en pérdida de objetivos, insatisfacción con el trabajo y con la vida en general, depresión, disminución del interés por la actividad sexual y tendencia al retraimiento social. Puede estar precipitada por la pérdida del cónyuge o compañero a causa de separación o fallecimiento, por la imposibilidad de lograr una promoción laboral esperada o por el abandono del trabajo a causa de jubilación, forzosa o voluntaria. A diferencia de la menopausia, no se conoce una base hormonal responsable.

Especialmente en las mujeres, este período puede asociarse al "síndrome del nido vacío", pérdida de objetivos que tiene lugar cuando todos los hijos han abandonado el hogar y se siente como pérdida de la propia razón de ser. En estos casos, el trabajo y los contactos sociales en el lugar de trabajo a menudo ejercen una influencia estabilizadora y terapéutica.

Al igual que sucede con muchos otros "problemas femeninos", la menopausia ha desarrollado su propia mitología. La educación preparatoria para erradicar estos mitos, junto con un asesoramiento sensible y de apoyo, evitará la aparición de alteraciones importantes. Continuar trabajando y manteniendo una actuación laboral satisfactoria puede ser decisivo para fomentar el sentimiento de bienestar de la mujer en esta fase de su vida.

Este es el momento de referirse al tratamiento de sustitución hormonal (TSH). El TSH, que suscita actualmente cierta controversia, se prescribía en un principio para controlar síntomas menopáusicos excesivamente intensos. Aunque habitualmente es eficaz, las hormonas utilizadas pueden precipitar la aparición de hemorragias vaginales y, lo que es aún más importante, plantean problemas sobre su posible efecto cancerígeno. Como consecuencia, suele prescribirse durante períodos limitados, sólo lo suficiente para controlar los síntomas menopáusicos molestos.

El TSH no tiene efecto sobre los síntomas asociados con la crisis de la edad media de la vida. Sin embargo, si consigue controlar los sofocos y permitir a la mujer dormir bien, al evitar los sudores nocturnos o si aumenta el deseo de actividad sexual al eliminar el carácter doloroso de ésta entonces sí que actúa sobre otros problemas de las mujeres.

En el momento actual se reconoce cada vez más claramente el valor del TSH a largo plazo para mantener la integridad del hueso en mujeres con osteoporosis (ver a continuación) y para disminuir el riesgo de cardiopatía coronaria, principal causa de mortalidad en las mujeres de los países industrializados. Las combinaciones hormonales más modernas y las pautas de administración secuencial evitan, en general, la aparición de hemorragias vaginales y parecen no tener riesgos, o muy escasos, de carcinogénesis incluso en mujeres con antecedentes de cáncer. Sin embargo, dada la existencia en muchos médicos de una clara actitud a favor o en contra del TSH, es necesario conseguir que las mujeres dispongan de información sobre sus efectos beneficiosos y desventajas, a fin de que puedan tomar parte en la decisión de si deben utilizarlo o no.

Recientemente, el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), teniendo en cuenta los millones de mujeres nacidas en los años del boom de la natalidad (después de la Segunda Guerra Mundial) que llegarán a la edad de la menopausia en la próxima década, ha advertido sobre la posibilidad de un incremento gradual de la incidencia de osteoporosis y cardiopatías a menos que se mejore la educación de las mujeres sobre la menopausia y se implanten medidas para evitar procesos patológicos e incapacitantes y para prolongar la vida después de la menopausia (Voelker 1995). El Dr. William C. Andrews, presidente del ACOG, ha propuesto un programa basado en el lanzamiento de una campaña masiva para educar a los médicos sobre la menopausia, en la realización de una "consulta premenopausia" en todas las mujeres mayores de 45 años para realizar una valoración personal del riesgo, y en la prestación de asesoramiento exhaustivo y la participación de los medios de comunicación en la educación de las mujeres y de sus familias sobre los síntomas de la menopausia y los efectos beneficiosos y riesgos que conlleva el empleo de tratamientos como el TSH. El programa de promoción de la salud en el lugar de trabajo puede contribuir de forma importante a un esfuerzo educacional de esta magnitud.

### **Cribado del cáncer cervical y de mama**

En relación con las necesidades de las mujeres, un programa de promoción de la salud debe incluir la posibilidad, o al menos la recomendación, de realizar el cribado del cáncer cervical y de mama.

### Patología cervical

El cribado periódico para la detección de cambios cervicales precancerosos mediante la prueba citológica está bien establecida. En muchas empresas se practica en el propio lugar de trabajo o en una unidad móvil, reduciéndose así el tiempo necesario para desplazarse a un servicio comunitario o para consultar al médico personal. No es necesaria la presencia de un médico para realizar esta prueba; una enfermera o un técnico bien preparado puede obtener frotis adecuados. Lo más importante es la calidad de la lectura del frotis y la integridad de los procedimientos necesarios para el registro de los datos y el informe de los resultados.

### Cáncer de mama

Aunque el cribado del cáncer de mama mediante mamografía es una práctica muy extendida en casi todos los países desarrollados, sólo se ha establecido con carácter nacional en el Reino Unido. En el momento actual, más de un millón de mujeres del Reino Unido son exploradas cada año, realizándose una mamografía cada tres años en las que tienen de 50 a 64 años de edad. Todas las exploraciones, incluidos los posibles estudios diagnósticos adicionales necesarios para esclarecer las alteraciones observadas en las placas iniciales, son gratuitas para las pacientes. La respuesta a la invitación para este ciclo de mamografías cada tres años ha sido superior al 70 %. Los informes relativos al período 1993-1994 (Patnick 1995) demuestran que hubo que remitir para valoración adicional a un 5,5 % de los casos. De estas mujeres, 5,5 de cada 1.000 fueron diagnosticadas de cáncer de mama. En este programa, la biopsia quirúrgica presentó un valor predictivo positivo del 70 %, frente a un 10 % observado en programas publicados en distintas partes del mundo.

Lo más importante en una mamografía es lo relativo a la calidad del método, en especial la disminución de la exposición a la radiación y la exactitud de la interpretación de las imágenes. En los Estados Unidos, la Food and Drug Administration (FDA) ha adoptado un conjunto de normas de calidad propuestas por el American College of Radiology, que se aplican desde el 1 de octubre de 1994 en más de 10.000 servicios médicos que realizan o interpretan mamografías por todo el país (Charafin 1994). Según la Mammography Standards Act (que entró en vigor en 1992), todas las instalaciones de mamografía de Estados Unidos (salvo las gestionadas por el Department of Veterans Affairs, que está elaborando sus propias normas) deben obtener el certificado de la FDA a partir de esa fecha. Estas normas se resumen en la Figura 17.17).

Recientemente se ha observado en los Estados Unidos un incremento del número de centros de salud para la mama, un 76 % de los cuales han aparecido a partir de 1985 (Weisman 1995). La mayoría dependen de algún hospital (82 %); el resto han sido establecidos por grupos de médicos que obtienen los correspondientes beneficios económicos. Una quinta parte poseen unidades móviles. Ofrecen exploraciones selectivas ambulatorias y servicios diagnósticos, entre los que se incluyen la exploración física de la mama, la mamografía de cribado y diagnóstica, la ecografía de la mama, la biopsia con aguja fina y el asesoramiento sobre la técnica de autoexploración. Algo más de una tercera parte de los mismos ofrecen también tratamiento del cáncer de mama. Aunque se nutren fundamentalmente de mujeres que acuden de forma voluntaria o enviadas por médicos del servicio nacional de salud, muchos tratan de llegar a acuerdos con los programas de promoción de la salud patrocinados por empresas o sindicatos para ofrecer sus servicios de exploración selectiva de la mama.

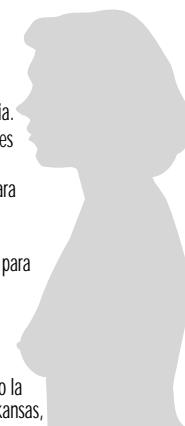
La introducción de este tipo de programas en el lugar de trabajo puede causar ansiedad en algunas mujeres, sobre todo

Figura 15.17 • Criterios de calidad de la mamografía en los Estados Unidos.

#### LEY DE CRITERIOS SOBRE MAMOGRAFIA DE EE.UU., 1992

Las normas de la Food and Drug Administration (FDA) exigen que:

- El personal que realice la mamografía y los médicos que la interpreten posean niveles adecuados de formación y experiencia.
- Las instalaciones sean inspeccionadas anualmente por inspectores formados por la FDA.
- Los servicios de mamografía sean controlados estrechamente para garantizar que los niveles de radiación y el procedimiento en su conjunto sean seguros.
- Las instalaciones establezcan programas de garantía de calidad para asegurar la calidad y seguimiento adecuados de los casos con resultados positivos.
- Las instalaciones expongan, en un lugar perfectamente visible, un certificado en el que se indique que la FDA ha aprobado su acreditación por cumplir estas normas (en 1995 habían recibido la aprobación el American College of Radiology y tres estados: Arkansas, California y Iowa).



Fuente: FDA 1995.

las que poseen antecedentes personales o familiares de cáncer y las que han dado resultados "patológicos" (o no concluyentes). Esta última posibilidad de obtener resultados no negativos debe ser cuidadosamente explicada al presentar el programa, junto con la garantía de que se adoptarán todas las medidas necesarias en los casos que precisen exploraciones adicionales para el diagnóstico y tratamiento. Debe educarse a los supervisores para que tengan en cuenta las ausencias al trabajo motivadas por las consultas de seguimiento concertadas fuera de las horas de trabajo.

### Osteoporosis

La osteoporosis es un trastorno metabólico del hueso, mucho más prevalente en mujeres que en varones, caracterizado por una disminución gradual de la masa ósea y el consiguiente aumento de la susceptibilidad a las fracturas, las cuales pueden producirse ante movimientos y accidentes aparentemente inocuos. Representa un importante problema de salud pública en la mayoría de los países desarrollados.

Las localizaciones más frecuentes de fracturas son las vértebras, la zona distal del radio y la porción superior del fémur. Todas las fracturas en estas localizaciones en individuos mayores deben plantear la sospecha de osteoporosis como factor contribuyente.

Aunque las fracturas suelen aparecer en edades más avanzadas, una vez que el individuo ya ha abandonado la empresa, la osteoporosis es un objetivo adecuado en los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo, por distintas razones: (1) las fracturas pueden implicar jubilaciones y contribuir de forma importante a los costes derivados de la asistencia médica de los que la empresa sea responsable; (2) las fracturas pueden afectar a los padres o familiares ancianos de los trabajadores, obligando a éstos a asumir una carga que puede comprometer su asistencia y actuación laboral, y (3) el lugar de trabajo representa una gran oportunidad para educar a los individuos más jóvenes sobre el peligro potencial de la osteoporosis y para recomendarles que implanten los cambios necesarios en su estilo de vida para detener la progresión de este proceso.

Existen dos tipos de osteoporosis primaria:

- *Postmenopáusica*: se relaciona con la pérdida de estrógenos y, por lo tanto, es más prevalente en mujeres que en varones (proporción 6:1). Se observa frecuentemente en los grupos con edades

entre 50 y 70 años y se asocia con fracturas vertebrales y de Colles (fractura de la muñeca).

- *Senil*: ocurre principalmente en individuos mayores de 70 años y es dos veces más frecuente en mujeres que en varones. Se cree debida a cambios en la síntesis de vitamina D relacionados con la edad y se asocia principalmente con fracturas vertebrales y femorales.

Ambos tipos de osteoporosis pueden presentarse simultáneamente en mujeres. Además, en un pequeño porcentaje de casos la osteoporosis ha sido atribuida a distintas causas secundarias, como el hiperparatiroidismo, la utilización de corticosteroides, L-tiroxina, antiácidos u otros fármacos que contienen aluminio, el reposo en cama prolongado, la diabetes mellitus, el consumo de alcohol y de tabaco y la artritis reumatoide.

La osteoporosis puede estar presente durante años e incluso décadas antes de que aparezcan las fracturas. Su detección es posible mediante determinaciones radiológicas bien estandarizadas de la densidad ósea, calibradas en función de la edad y el sexo y complementadas con la evaluación analítica del metabolismo del calcio y del fósforo. La existencia de una transparencia ósea inusual en las radiografías convencionales puede ser sugestiva, si bien la osteopenia no se detecta habitualmente de forma fiable hasta que se ha perdido más de un 30 % del hueso.

En general, no debe utilizarse el cribado de osteoporosis en individuos asintomáticos como procedimiento de rutina, especialmente en los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo. Se trata de un método con un coste económico elevado, no muy fiable excepto en servicios bien dotados de personal, implica exposición a la radiación y, lo que es aún más importante, no identifica a las mujeres con osteoporosis que tienen mayor probabilidad de presentar fracturas.

Por consiguiente, aunque todos los individuos sufren algún grado de pérdida ósea, el programa de prevención de la osteoporosis se centra en los que presentan mayor riesgo debido a una progresión más rápida y, por lo tanto, más sensibles a las fracturas. Ciertamente, cuanto antes se instauren las medidas de prevención mayor es la eficacia de éstas, pero es difícil motivar a la gente joven para que adopte en su estilo de vida los cambios necesarios para reducir el riesgo de problemas que muchos consideran propios de edades avanzadas. Un factor favorable que se debe tener en cuenta es que muchos de los cambios recomendados también son útiles en la prevención de otros problemas, así como para la promoción general de la salud y del sentimiento de bienestar.

En todo caso, hay factores de riesgo de osteoporosis que no pueden modificarse. Son los siguientes:

- *Raza*. Los individuos de raza blanca y los orientales tienen, por término medio, menor densidad ósea que los de raza negra cuando se equiparan por edades y, por lo tanto, presentan un riesgo más elevado.
- *Sexo*. Las mujeres presentan huesos menos densos que los varones cuando se equiparan en función de la edad y la raza, y por consiguiente, tienen un riesgo más elevado.
- *Edad*. Todas las personas experimentan una pérdida de masa ósea con la edad. Cuanto más fuertes sean los huesos en el individuo joven, menor será la probabilidad de que la pérdida de masa ósea alcance niveles potencialmente peligrosos en edades avanzadas.
- *Historia familiar*. Existen algunos indicios de la existencia de un factor genético en la consecución de un máximo de masa ósea y en la velocidad de la subsiguiente pérdida de hueso; por tanto, una historia familiar de fracturas sugestivas en distintos miembros de la familia puede representar un factor de riesgo importante.

La imposibilidad de actuar sobre estos factores de riesgo refuerza la importancia de la actuación sobre los que sí pueden modificarse. Entre las medidas que pueden adoptarse para retrasar el inicio de la osteoporosis o para reducir su gravedad están las siguientes:

- *Dieta*. Si la dieta no contiene cantidades adecuadas de calcio y vitamina D, se recomienda utilizar suplementos, sobre todo en los individuos con intolerancia a la lactosa, que tienden a evitar la ingesta de leche y derivados lácteos, principales fuentes del calcio dietético, y de forma mantenida desde la infancia hasta la tercera década, debido a que es entonces cuando se alcanza la densidad ósea máxima. El carbonato de calcio, suplemento utilizado con más frecuencia, origina efectos secundarios como estreñimiento, hiperacidez de rebote, distensión abdominal y otros síntomas gastrointestinales. En función de esto, muchas personas lo sustituyen por preparaciones de citrato de calcio que, a pesar de poseer un contenido de calcio elemental significativamente menor, presenta una mejor absorción y produce menos efectos secundarios. Las cantidades de vitamina D presentes en la preparación multivitamínica habitual son suficientes para retrasar la pérdida de hueso de la osteoporosis. Las mujeres deben tener precaución frente a las dosis excesivas, que pueden originar una hipervitaminosis D, síndrome con posible insuficiencia renal aguda y aumento de la resorción ósea.
- *Ejercicio*. Es aconsejable realizar ejercicio moderado en función del peso y de forma regular: por ejemplo, caminar 45 a 60 minutos al menos tres veces por semana.
- *Tabaquismo*. Las mujeres fumadoras tienen la menopausia unos dos años antes que las no fumadoras. Sin un tratamiento de sustitución hormonal, la menopausia más precoz acelerará la pérdida ósea posmenopáusica. Es ésta otra razón para oponerse a la tendencia actual al incremento del consumo de tabaco entre las mujeres.
- *Tratamiento de sustitución hormonal*. Si se instaure un tratamiento de sustitución con estrógenos, se debe iniciar en la fase precoz de la menopausia, puesto que la velocidad de pérdida ósea es más elevada en los primeros años siguientes a aquélla. Puesto que la pérdida ósea vuelve a acelerarse al interrumpir el tratamiento estrogénico, éste se debe mantener de forma indefinida.

Una vez diagnosticada la osteoporosis, su tratamiento se centra en tratar de evitar una mayor pérdida de hueso mediante el seguimiento de todas las recomendaciones expuestas. Algunos autores son partidarios del empleo de calcitonina, fármaco que ha demostrado incrementar el contenido de calcio total del organismo. Sin embargo, la administración ha de hacerse por vía parenteral; su coste económico es elevado y todavía no existen pruebas de que retrase o invierta la pérdida de calcio en el hueso o de que disminuya la incidencia de fracturas. Los bisfosfonatos se utilizan cada vez más como agentes contra la resorción ósea.

Se debe recordar que la osteoporosis favorece la aparición de fracturas, pero no las causa. Estas se deben a caídas o a movimientos imprudentes realizados de forma brusca. Aunque la prevención de las caídas debe constituir una parte importante de todos los programas de seguridad en el lugar de trabajo, es especialmente importante para los individuos con osteoporosis. Por consiguiente, deben incluirse en ellos tareas de educación sobre la protección ambiental tanto en el lugar de trabajo como en el domicilio (p. ej. eliminar o sujetar a las partes bajas de la pared los cables eléctricos, pintar los extremos de las escaleras o las irregularidades del piso, sujetar con tachuelas las alfombras resbaladizas, secar rápidamente las superficies húmedas) y hay que sensibilizar a los individuos respecto a los peligros que implica el empleo de calzado y de asientos inseguros de los que

sea difícil levantarse por ser demasiado bajos o demasiado blandos.

### La salud de las mujeres y su trabajo

Las mujeres constituyen una parte importante de la plantilla de las empresas. De hecho, son el pilar principal de muchas industrias. Deben recibir el mismo tratamiento que los varones en todos los aspectos; sólo algunos aspectos de su situación sanitaria son diferentes. El programa de promoción de la salud debe informarles sobre estas diferencias y permitirles que busquen el tipo y calidad de asistencia sanitaria que necesitan y merecen. Las empresas y sus directivos han de entender que la mayoría de las mujeres no padecen los problemas descritos en este artículo y que, además, éstos pueden evitarse y controlarse en la escasa proporción de mujeres que los presentan. Excepto en casos muy raros, y en cualquier supuesto no más frecuentes que entre varones con problemas de salud similares, tales problemas no constituyen ningún impedimento para que la mujer asista al trabajo de forma adecuada y mantenga una actuación laboral eficaz.

Muchas mujeres consiguen alcanzar una elevada posición no sólo porque realizan un trabajo de gran calidad, sino también porque no presentan ninguno de los problemas de salud femenina comentados. De ahí la posibilidad de que algunas de ellas se vuelvan intolerantes con las que tienen ese tipo de dificultades. Un foco de resistencia muy importante en la lucha por mejorar la situación laboral de las mujeres pueden ser las propias mujeres.

Un programa de promoción de la salud que englobe los problemas de salud de las mujeres y los aborde con la sensibilidad e integridad adecuadas puede tener un impacto positivo e importante no sólo para las mujeres en el lugar de trabajo, sino también para sus familias, para la comunidad y, lo que es más importante, para la empresa.

## ● ESTUDIO DE CASO: EL PROGRAMA DE MAMOGRAFÍAS DE MARKS AND SPENCER

*Jillian Haslehurst*

Este estudio de caso describe el programa de mamografías de Marks and Spencer, el primero que ofrece una empresa a escala nacional. Marks and Spencer es una empresa minorista internacional con 612 tiendas por todo el mundo, la mayoría de las cuales se encuentran en el Reino Unido, el continente europeo y Canadá. Además de diversas empresas en régimen de franquicia, la compañía posee en Estados Unidos a Brooks Brothers y Kings Super Markets, y D'Allaird's en Canadá, y realiza numerosas actividades financieras.

La compañía emplea a 62.000 personas, la mayoría de las cuales trabajan en 285 tiendas en el Reino Unido y la República de Irlanda. Es legendaria la reputación de la compañía como buena empresa y su política de relaciones humanas con el personal implica la ejecución de programas sanitarios y de bienestar globales y de alta calidad.

Aunque en algunos lugares de trabajo se presta un servicio de tratamiento, esta necesidad es ampliamente satisfecha por los médicos de atención primaria comunitaria. La política sanitaria de la compañía hace hincapié en la detección precoz y prevención de la enfermedad. Por tanto, durante los últimos 20 años se han desarrollado una serie de programas innovadores de cribado, muchos de los cuales tienen proyectos previos en el

National Health Service (NHS). Más del 80 % de la plantilla son mujeres y este hecho ha influido en la selección de los programas de cribado que incluyen la citología cervical, el cribado del cáncer de ovario y la mamografía.

### Cribado del cáncer de mama

Mediado el decenio de 1970 el estudio New York HIP (Shapiro 1977) probó que la mamografía era capaz de detectar cánceres de mama no palpables, con la esperanza de que la detección precoz reduciría la mortalidad. Como empresa con un número elevado de mujeres de mediana edad, resultaba obvio el atractivo de la mamografía y se inició un programa de exploración selectiva en 1976 (Hutchinson y Tucker 1984; Haslehurst 1986). En aquel momento prácticamente no se tenía acceso en el sector público a una mamografía fidedigna de alta calidad y la que existía en las organizaciones sanitarias privadas era costosa y de calidad variable. La primera tarea por tanto consistía en asegurar el acceso a una calidad elevada uniforme, afrontando este reto mediante unidades móviles de detección equipadas con una sala de espera, una cabina de exploración y un equipo de mamografía.

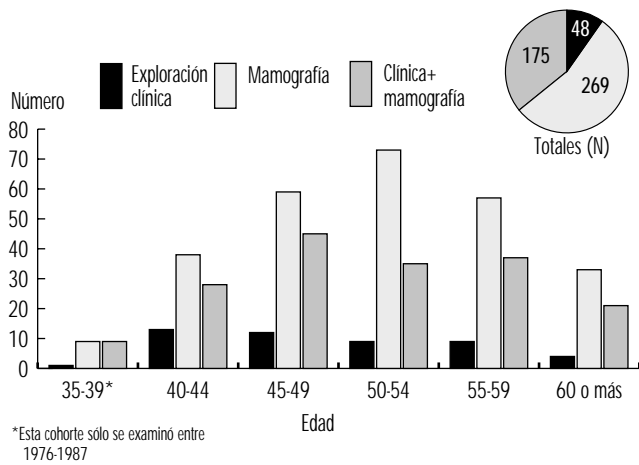
La centralización de la administración y del procesamiento de la película permitía efectuar continuas comprobaciones de todos los aspectos de la calidad, permitiendo que un experimentado grupo de especialistas realizaran la interpretación de las imágenes. Sin embargo esto tenía una desventaja, que consistía en que el radiólogo no podía examinar inmediatamente la película revelada para comprobar la ausencia de errores técnicos, y si los había, se tenía que citar de nuevo al trabajador o realizar las gestiones oportunas para repetir la exploración.

El cumplimiento del programa ha sido siempre excepcionalmente elevado y ha estado por encima del 80 % en todos los grupos de edad. Sin duda esto se debe a la presión de los compañeros de grupo, a la accesibilidad del servicio en o cerca del centro de trabajo y, hasta hace poco, a la ausencia de centros dotados de mamografía en el NHS.

Las mujeres son invitadas a incorporarse al programa de cribado y la participación es completamente voluntaria. Antes de la exploración, el médico o el personal de enfermería de la compañía imparten varias sesiones educativas breves, prestándose a responder las preguntas y explicar las dudas que surjan. Las inquietudes habituales son la preocupación por la dosis de radiación y el temor a que la compresión de la mama produzca dolor. Las mujeres que son citadas por segunda vez para realizar pruebas adicionales son atendidas durante el horario de trabajo y se les reembolsa totalmente sus gastos de viaje y los de un acompañante.

Durante los cinco primeros años del programa se utilizaron tres modalidades: exploración física por un médico-enfermera altamente cualificado, termografía y mamografía. La termografía era una exploración que requería mucho tiempo, con una tasa elevada de falsos positivos y que no mejoraba la tasa de detección de cáncer; por estas razones fue suspendida en 1981. La exploración física, que incluye una revisión detallada de los antecedentes personales y familiares, aunque posee un valor limitado en la detección del cáncer, aporta al radiólogo una información de valor incalculable y proporciona al paciente tiempo para comentar sus temores y otros aspectos sanitarios con un profesional sanitario comprensivo. La mamografía es la más sensible de las tres pruebas —en la exploración inicial se toman proyecciones cráneo-caudal y oblicua lateral, con proyecciones únicas en la revisión intermedia—. La norma es realizar una lectura única de la placa, aunque en los casos difíciles y como control aleatorio de calidad se realiza una lectura doble. La Figura 15.18 muestra la contribución de la exploración física y de la mamografía a la tasa de detección total del cáncer. De los

Figura 15.18 • Cribado del cáncer de mama. Contribución de la exploración clínica y de la mamografía a la detección del cáncer, por grupos de edad.

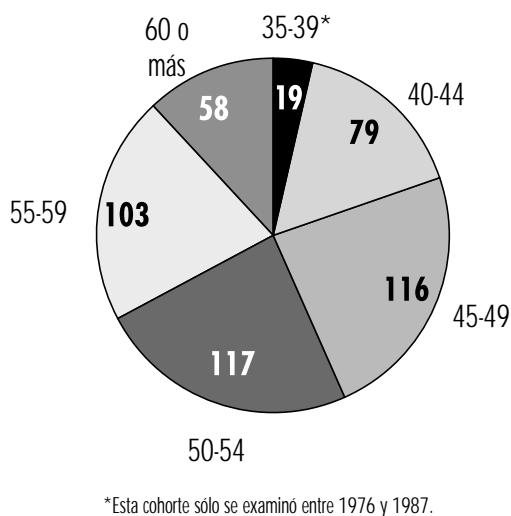


492 cánceres hallados, el 10 % fue detectado por la exploración clínica aislada, el 54 % por la mamografía aislada, y el 36 % por la exploración clínica y la mamografía.

Se ofreció la exploración selectiva a las mujeres con edades comprendidas entre 35 y 70 años al principio del programa, pero la tasa reducida de detección de cáncer y la elevada incidencia de procesos mamarios benignos en las mujeres del grupo de edad de 35 a 39 años condujo a la retirada del servicio a este grupo más joven en 1987. La Figura 15.19 muestra el porcentaje de cánceres detectados por grupos de edad.

De la misma forma se ha modificado el intervalo entre exploraciones, desde una revisión anual (reflejo del entusiasmo inicial) a un intervalo bianual. La Figura 15.20 muestra el número de cánceres detectados por grupos de edad con las cifras correspondientes a los tumores detectados durante el intervalo y a los no detectados. Los casos detectados durante los intervalos se

Figura 15.19 • Distribución por edades de los cánceres detectados mediante cribado.



definen como aquellos que aparecen después de una exploración realmente negativa durante el período de tiempo transcurrido entre las pruebas de rutina. Los casos no detectados se definen como aquellos tumores malignos que se pueden observar retrospectivamente en las placas pero no fueron identificados en el momento de la realización de la exploración selectiva.

El 76 % de los cánceres de mama de la población estudiada se detectaron en la exploración inicial, con un 14 % adicional de casos que aparecieron durante el intervalo entre exploraciones. Se debe monitorizar cuidadosamente la tasa de tumores durante el intervalo para asegurarse de que no se eleva hasta niveles inaceptables.

No se han podido demostrar los efectos beneficiosos en términos de supervivencia de realizar exploraciones a mujeres menores de 50 años, aunque se acepta que se detectan tumores más pequeños y esto permite a algunas mujeres elegir entre mastectomía o tratamiento conservador de la mama, una posibilidad muy valorada por muchas. La Figura 15.21 muestra las dimensiones de los cánceres detectados en la primera exploración, la mayoría de los cuales son menores de 2 cm y sin adenopatías.

### El impacto del Informe Forrest

A finales de la década de los 80, el profesor Sir Patrick Forrest recomendó que se pusiera a disposición de las mujeres mayores de 50 años una exploración selectiva regular de mama a través del NHS (es decir, sin coste en el momento de la prestación del servicio) (Forrest 1987). Su recomendación más importante fue que el servicio no debería empezar hasta que se hubiera formado adecuadamente al personal especializado en el enfoque interdisciplinario del diagnóstico del cáncer de mama. Este personal está constituido por radiólogos, asesores de enfermería y médicos especialistas en la mama. Desde 1990, el Reino Unido, dispone de un servicio de evaluación y exploración selectiva gratuita de la mama para las mujeres mayores de 50 años

Coincidiendo con este desarrollo en el ámbito público, Marks and Spencer revisó sus datos y se detectó que el programa tenía una grave deficiencia. La tasa de segunda cita tras la exploración de rutina superaba el 8 % entre las mujeres mayores de 50 años y el 12 % entre las mujeres más jóvenes. El análisis de los datos mostró que las razones habituales que dieron lugar a una segunda cita fueron problemas técnicos, como una posición

Figura 15.20 • Número de cánceres detectados en la exploración inicial, en el intervalo y de los no detectados, por grupos de edad.

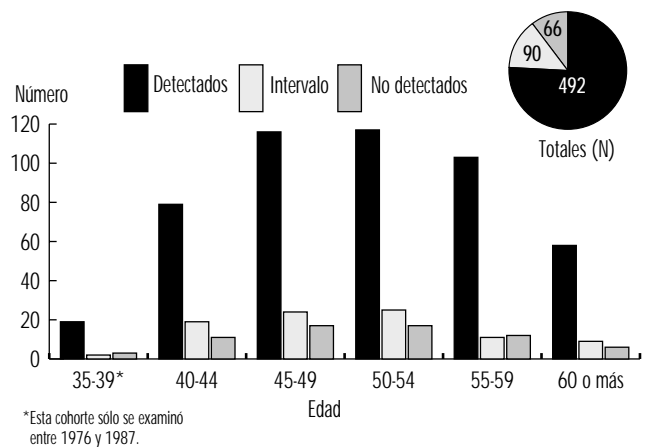
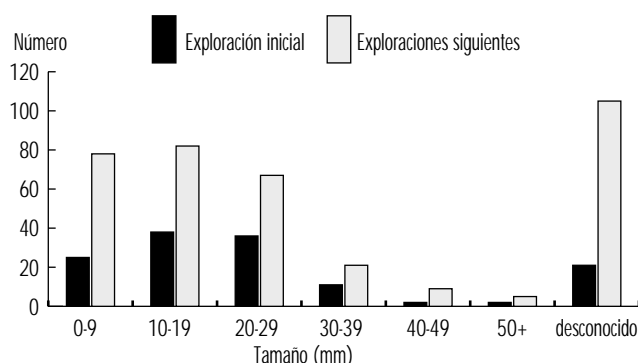


Figura 15.21 • Tamaño de los cánceres detectados en las pruebas de cribado.



inadecuada, errores de procesamiento, presencia de la cuadrícula o la necesidad de nuevas proyecciones. Además quedó claro que el uso de la ecografía, mamografía especializada y de la citología por aspiración con aguja fina podían disminuir aún más las tasas de segunda cita y de derivación al especialista. Un estudio inicial confirmó estas impresiones y se decidió redefinir el protocolo del programa de exploración de modo que las pacientes que requerían más pruebas no eran remitidas de nuevo a sus médicos de familia, sino que permanecían dentro del programa hasta que se realizara un diagnóstico definitivo. La mayoría de las mujeres volvieron a las citas de rutina después de la realización de las pruebas adicionales, con lo que se redujo al mínimo la tasa oficial de remisión al cirujano.

En vez de duplicar el servicio ofrecido por el National Health Service, se desarrolló una política de cooperación que permitió a Marks and Spencer aprovechar la experiencia del sector público mientras los fondos de la compañía se emplean en mejorar el servicio de forma global. En la actualidad, ofrecen el programa de cribado de la mama una serie de entidades: aproximadamente la mitad de la demanda se atiende con el servicio móvil original, aunque el personal de las tiendas de las grandes ciudades acude a realizar la exploración selectiva a centros especializados, que pueden pertenecer al sector privado o al público. Esta cooperación con el National Health Service constituye un proceso estimulante a la vez que un reto, y ha permitido mejorar las normas generales de diagnóstico de los procesos de mama y de atención a la población en general. Complementando los programas laborales privados y los programas del sector público es posible prestar un servicio de una calidad extraordinariamente elevada a una población muy amplia.

## ● ESTRATEGIAS EN EL LUGAR DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA SALUD MATERNA E INFANTIL: EXPERIENCIAS DE LOS TRABAJADORES EN ESTADOS UNIDOS

*Maureen P. Corry y Ellen Cutler*

En Estados Unidos, tanto las empresas públicas como las privadas son cada vez más conscientes de que existe una relación entre los partos sanos, la productividad y la situación económica

de la empresa. Como consecuencia ha aumentado la preocupación con respecto a los peligros profesionales para la salud reproductora. Nunca habían tenido las empresas razones más válidas para mejorar la salud maternal e infantil de los trabajadores y de sus familias. El incremento de los costes de la asistencia sanitaria, la evolución demográfica de la población activa y la constatación de que unos trabajadores sanos dan lugar a aumentos en la productividad son razones convincentes para que las empresas incluyan la salud maternal e infantil en sus programas de promoción y educación sanitaria.

Estrategia para la salud maternal e infantil es un término utilizado en sentido amplio para definir toda iniciativa cuidadosamente planeada y patrocinada por las empresas o por los sindicatos, con objeto de promover la salud y el bienestar de la mujer, antes, durante y después de la gestación y de apoyar la salud de los niños durante su primer año de vida. No existen una solución o un enfoque únicos para la mejora de la salud maternal e infantil. Para la mayoría de las empresas, el esfuerzo consiste más bien en una serie de actividades combinadas, que se describen a continuación, diseñadas a medida a las características específicas de los distintos lugares de trabajo.

### Prestaciones de asistencia sanitaria

Resulta útil considerar las prestaciones de asistencia sanitaria maternal e infantil como un continuo asistencial que fomenta la sensibilización con respecto a la salud reproductora, facilita consejo en materia de planificación familiar y presta servicios a lo largo del período reproductor. Las prestaciones enumeradas en la Tabla 15.5 son las que un plan de seguros de enfermedad debe cubrir debido a su importancia para la mejora de la salud maternal e infantil.

### Diseño de las prestaciones

Si bien muchos planes de asistencia sanitaria norteamericanos cubren la asistencia prenatal y preconceptiva, existen diversas razones que dificultan el que algunas mujeres tengan acceso a una asistencia de buena calidad y asequible. Por ejemplo, algunos proveedores exigen el pago por adelantado de los servicios relacionados con el parto y la asistencia prenatal, aunque la mayoría de las compañías aseguradoras no hacen efectivo el pago hasta después del parto. Entre otras barreras que dificultan el acceso a una asistencia adecuada figuran la fijación de primas de franquicia muy altas de pagos de coaseguro, la incompatibilidad de horarios, la falta de cobertura para las personas a cargo del trabajador y la inaccesibilidad geográfica. Las empresas no pueden eliminar todas estas barreras, pero sería un excelente comienzo ayudar a eliminar las cargas de los pagos directos y de las elevadas primas de franquicia y prestar apoyo al trabajador para que sea aceptado por un proveedor de asistencia prenatal adecuado.

En Texas Instruments (TI), el objetivo es hacer la asistencia prenatal asequible independientemente de cuál sea el nivel de ingresos del trabajador o el proveedor de asistencia sanitaria. Las madres que solicitan asistencia prenatal dentro de la red de TI pagan sólo el 10 % de una prima de franquicia directa negociada, una carga única que cubre los servicios de asistencia prenatal, así como los partos sin complicaciones y los que requieran cesárea.

Haggar Apparel Company se hace cargo del 100 % del coste del pago directo de la asistencia prenatal si un trabajador o una persona a su cargo se acoge a la asistencia prenatal durante el primer trimestre de gestación. The Home Depot (un detallista de materiales de construcción y de mercancías relacionadas con este sector) renuncia a la franquicia por la atención hospitalaria si las visitas de asistencia prenatal comienzan durante el primer trimestre.

Tabla 15.5 • Prestaciones del seguro de enfermedad.

Pregestación	Gestación	Postgestación	Lactancia
Visita anual antes de la concepción o entre concepciones (incluidos los servicios de planificación familiar)	Asesoramiento genético y pruebas	Atención postparto	Atención normal de guardería para el recién nacido
Asesoramiento genético y pruebas	Atención prenatal; debería ofrecerse sin pagos deducibles ni copagos	Prescripción de medicamentos	Cuidados intensivos para el recién nacido
Prescripción de medicamentos	El parto en un hospital o una maternidad debería ofrecerse sin pagos deducibles ni copagos	Servicios de atención médica a domicilio	Prescripción de medicamentos
Tratamiento de las toxicomanías	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso en un hospital o maternidad</li> <li>• Servicio de autopsia</li> <li>• Prescripción de medicamentos (incluida la administración prenatal de vitaminas)</li> <li>• Servicios de atención médica a domicilio</li> <li>• Tratamiento de las toxicomanías</li> </ul>	Tratamiento de las toxicomanías	Servicios de atención médica a domicilio

Fuente: March of Dimes Birth Defects Foundation 1994.

Si bien muchos planes ofrecen asistencia adecuada durante los primeros días de vida del recién nacido, la cobertura para la asistencia preventiva del niño tras abandonar el hospital, frecuentemente denominada asistencia para el bienestar del niño, a menudo es inadecuada o no existe.

En el First National Bank de Chicago, las mujeres gestantes que están inscritas en el plan de seguridad y completan un programa de educación prenatal antes de finalizar el cuarto mes de gestación están exentas del pago de 400 dólares deducible de la cobertura del seguro de enfermedad del primer año del recién nacido. The Monfort Company, una planta empaquetadora de carne de buey con sede en Greeley, Colorado, cubre en su totalidad la asistencia para el bienestar del niño hasta la edad de tres años.

### Servicios relacionados con las prestaciones y programas para los empleados

En la Tabla 15.6 se ofrece una lista de los servicios relacionados con las prestaciones y de los programas que se consideran instrumentos de apoyo importantes de una estrategia para la salud maternal e infantil. Estos servicios y programas puede ofrecerlos directamente la empresa, bien sea en el lugar de trabajo o en un lugar cercano, o mediante un contrato con una agencia o proveedor externo, dependiendo de la estructura, emplazamiento y tamaño de la organización y pueden estar administrados por los departamentos de prestaciones, de salud de los empleados, de promoción de la salud o de asistencia a los empleados, por ejemplo.

Pocas compañías pueden ofrecer todos estos elementos; sin embargo, cuanto más completa y global sea la estrategia, mayores serán las posibilidades de mejorar la salud de las madres y de los niños.

### Período pregestacional y gestacional

Los programas de gestión de la maternidad están ganando popularidad debido a los aspectos atractivos que ofrecen tanto a los futuros padres como a la empresa. Si bien no están diseñados con el objeto de reemplazar la asistencia prenatal que ofrecen los profesionales de la asistencia sanitaria, la gestión de la

maternidad es un servicio relacionado con las prestaciones que ofrece consejo y asistencia personalizadas conforme a las necesidades y a los niveles de riesgo de las madres.

La empresa Levi Strauss & Company, uno de los mayores productores de prendas de vestir y confección del país, ofrece un programa de gestión de la maternidad administrado por una compañía de seguros. Se anima a las trabajadoras a acogerse al programa tan pronto como quedan embarazadas y reciben 100 dólares en metálico por efectuar una llamada gratuita al número de teléfono del programa de gestión de la maternidad. En 1992, los gastos correspondientes a recién nacidos cuyas madres habían participado en el programa fueron casi la mitad que los correspondientes a aquellos cuyas madres no lo habían hecho.

El First National Bank de Chicago ofrece el programa de promoción de la salud prenatal *Babies and You* de March of Dimes, como parte de su estrategia para la salud maternal e infantil. Este programa se describe a continuación y en el estudio de caso de la página 15.23.

### *Babies and You: Un programa de promoción de la salud prenatal*

El programa de promoción de la salud prenatal *Babies and You* de March of Dimes se desarrolló en 1982, en colaboración con especialistas en materia de salud maternal e infantil de todo el país. El programa probado directa y exhaustivamente en los lugares de trabajo de March of Dimes, se actualiza y perfecciona constantemente.

*Babies and You* educa a los adultos acerca de cómo practicar comportamientos ligados a una forma de vida sana antes de la gestación y durante ella, motiva a las mujeres para que soliciten asistencia prenatal desde el principio y de forma regular e influye en las empresas para que apliquen estrategias que favorezcan una gestación y parto sanos.

Las actividades de promoción de la salud prenatal deben contar con la participación de los trabajadores de ambos sexos, de sus parejas y de otros familiares y amigos. *Babies and You* se adapta a las necesidades específicas de la plantilla. Se tienen en cuenta el nivel de educación, la cultura y la lengua de los futuros

Tabla 15.6 • Otras prestaciones ofrecidas por la empresa.

SERVICIOS			
Pregestación	Gestación	Posgestación	Lactancia
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de tratamiento de la maternidad</li> <li>Servicios de tratamiento por casos de embarazo de riesgo elevado (pueden formar parte de un programa de tratamiento de la maternidad)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prestaciones compensatorias de la discapacidad por maternidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de tratamiento para recién nacidos de alto riesgo</li> <li>Reembolso de gastos causados por el cuidado de personas a cargo</li> </ul>
PROGRAMAS			
Pregestación	Gestación	Posgestación	Lactancia
<ul style="list-style-type: none"> <li>Promoción de la salud antes de la concepción</li> <li>Programas de abandono del tabaco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promoción de la salud prenatal</li> <li>Formación de la sensibilidad para directivos</li> <li>Clases de atención y desarrollo del lactante dirigidas a los padres</li> <li>Programas de abandono del tabaco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de lactancia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centro de atención infantil en la empresa</li> <li>Remisión a servicios pediátricos</li> </ul>

Fuente: March of Dimes Birth Defects Foundation 1994.

participantes así como cualquier limitación que presente el lugar de trabajo y los recursos disponibles de la empresa.

Debido a que en las distintas empresas las actividades de promoción de la salud se encuentran en fases diferentes, Babies and You ofrece tres modalidades de ejecución: campaña de información, seminarios educativos y formación de profesionales de la salud (véase recuadro). Los principales temas más populares del material informativo y de los seminarios educativos son la asistencia preconcepcional y prenatal, el desarrollo fetal, la genética, el papel del hombre durante la gestación, la nutrición durante la gestación y el ejercicio de la paternidad. Los temas tratados en los programas prenatales de 31 empresas encuestadas por el New York Business Group on Health sobre programas prenatales son la comprensión del proceso de la gestación y el parto; la asistencia oportuna por parte de profesionales de la salud cualificados; la práctica de comportamientos sanos relacionados con la gestación y la prevención de peligros que puedan afectar a la madre o al feto; el cuidado del recién nacido; y el mantenimiento de unas relaciones familiares y laborales satisfactorias (Duncan, Barr y Warshaw 1992).

### **Período posgestacional y de la primera infancia**

Además de la ejecución de programas de promoción de la salud y de otros servicios cuya atención se centra en la salud de la madre antes de la gestación y durante la misma, muchas empresas también ofrecen programas de apoyo a los padres y a los niños después de la gestación, tanto durante los decisivos doce primeros meses como posteriormente. El permiso de maternidad, los programas de lactancia, las cuentas de indemnización de asistencia a personas a cargo (por ejemplo, retenciones del salario antes de impuestos que los trabajadores pueden utilizar para hacer frente a los gastos originados por la asistencia a personas a su cargo), clases de paternidad y asistencia infantil en el lugar de trabajo son sólo algunas de las prestaciones y programas que se ofrecen en la actualidad.

Por ejemplo, con el fin de mantener buenas relaciones con sus trabajadores, Lancaster Laboratories, con sede en Lancaster, Pennsylvania, empresa de investigación de laboratorio bajo

contrato y de consultoría para las industrias del medio ambiente, alimentaria y farmacéutica, continúa ofreciendo las prestaciones del seguro de enfermedad durante el permiso de maternidad y durante el permiso parental no retribuido, tanto si la trabajadora tiene o no intención de incorporarse a su puesto de trabajo después de dar a luz. Este enfoque de la gestión de apoyo a la familia ha dado resultados: en una industria en la que la tasa característica de rotación es del 27 %, la tasa de Lancaster es de tan sólo el 8 % (March of Dimes 1994).

La ejecución de programas de lactancia también resulta fácil y beneficiosa para las empresas. Los beneficios de la lactancia materna para la salud no se limitan tan sólo al niño. Un estudio reciente muestra que la mejora de la salud del niño mediante la lactancia materna tiene un efecto directo sobre la productividad del trabajador. Cuando los niños están más sanos, el número de días de trabajo que los padres pierden por tener que atender las enfermedades de sus hijos es significativamente menor (Ryan y Martínez 1989). Para ofrecer un programa de lactancia sólo es necesario disponer de un espacio en el lugar de trabajo y del equipo para la extracción y el almacenaje de la leche materna.

Los Angeles Department of Water and Power calculó algunos beneficios de su programa de lactancia: por ejemplo, el 86 % de los participantes afirman que el programa facilitó su reincorporación al trabajo; el 71 % dijo que se ausentaba menos del trabajo desde que participaba en el programa; y la tasa de rotación de los participantes en el programa es del 2 % (March of Dimes 1994).

### **Políticas de las empresas**

Las empresas pueden poner en marcha muchas políticas en el lugar de trabajo para crear una cultura de apoyo a la salud maternal e infantil. El establecimiento de nuevas políticas y la modificación de las antiguas pueden ser de gran utilidad para que los trabajadores comprendan la cultura corporativa de la empresa.

Algunas políticas se refieren a la salud de todos los trabajadores, como sucede con la creación de un entorno de prohibición del consumo de tabaco. Otras atienden a grupos especiales,



## BABIES AND YOU: Etapas de ejecución

*Nivel I: Campaña de información.* Tiene por objeto crear en el lugar de trabajo conciencia de la importancia de la atención prenatal precoz y regular. March of Dimes aplica esta modalidad por medio de materiales impresos y audiovisuales.

*Nivel II: Seminarios educativos.* Se organizan en el lugar de trabajo y los imparten profesionales de la salud voluntarios de March of Dimes. Hay catorce temas distintos para elegir, entre ellos cuidados previos a la concepción, atención prenatal, nutrición, ejercicio físico y embarazo, gestación después de los 35 años, estrés y embarazo, complicaciones del embarazo, cuidado del bebé, función del varón durante el embarazo y lactancia.

*Nivel III: Formación de profesionales de la salud.* Permite a la organización instaurar *Babies and You* como elemento constante de las actividades de bienestar. March of Dimes proporciona un día de formación sobre la forma de impartir y aplicar el programa a los profesionales de la salud de la empresa, como ATS de empresas, gestores de prestaciones, directores médicos y especialistas en promoción de la salud.

Sea cual sea la modalidad de *Babies and You* que una empresa decida aplicar, son ocho los objetivos de promoción de la salud prenatal que este programa intenta alcanzar:

- Compromiso de la dirección
- Planificación interdepartamental del programa
- Participación de los trabajadores
- Oferta de incentivos
- Políticas y prestaciones de apoyo
- Establecimiento de canales de comunicación
- Acceso a los recursos comunitarios
- Evaluación

como las que se centran en los peligros profesionales para la salud reproductora y están dirigidas a atender las necesidades de los hombres y mujeres que tienen intención de ser padres. La aplicación de políticas de flexibilidad en el trabajo, de apoyo a las mujeres gestantes en la organización de las visitas prenatales y el alivio de la carga de los padres que tienen niños recién nacidos y de corta edad aún hacen más en este sentido. Por último, las políticas relativas a la modificación de las tareas laborales en caso de que sea necesario durante la gestación y a las cuestiones relacionadas con el permiso y con la duración del mismo ayudan a proteger la salud de la trabajadora gestante al tiempo que reducen la interferencia con el desarrollo de su actividad laboral.

Cuando la Warner-Lambert Company, empresa líder del sector farmacéutico, de asistencia sanitaria al consumidor y de productos de confitería, puso en marcha sus programas de educación prenatal y de gestión de la maternidad, introdujo también unas directrices globales para la gestión de la salud reproductora. Conforme a estas directrices, se anima a los trabajadores a que cumplimenten unos cuestionarios de evaluación de los peligros potenciales para la salud reproductora ligados a sus puestos o lugares de trabajo. En caso necesario, un técnico de seguridad de la Warner-Lambert llevará a cabo una evaluación para determinar cuáles son, en su caso, las medidas de control de los peligros en el lugar de trabajo o las restricciones laborales que puedan ser necesarias.

Junto con las políticas sobre peligros para la salud reproductora, varias empresas ofrecen políticas flexibles de permisos familiares. Por ejemplo, en AT&T, el gigante de las comunicaciones, los trabajadores pueden tomarse hasta 12 meses de

permiso no retribuido para atender a un niño recién nacido o adoptado. Más del 50 % de los trabajadores que han hecho uso de esta política de permisos desde 1990 volvieron a ocupar su puesto de trabajo en el plazo de tres meses. Al cabo de seis meses, el 82 % de los trabajadores ya se habían reincorporado al trabajo (March of Dimes 1994).

Y en PepsiCo Inc., el gran conglomerado de bebidas y alimentos con sede en Purchase, Nueva York, los padres de recién nacidos pueden tomarse hasta ocho semanas de permiso remunerado y otras ocho semanas sin remunerar, con la garantía de volver a ocupar el mismo puesto de trabajo u otro equivalente (March of Dimes 1994).

## Diseño de una estrategia para la salud maternal e infantil que se ajuste a las necesidades de las empresas

Cualquier estrategia para la salud maternal e infantil aplicada en las empresas, además de resultar aceptable para los trabajadores, debe ajustarse a determinados objetivos empresariales razonables. En función de cuáles sean los objetivos de la empresa, pueden ser prioritarias diferentes prestaciones, programas para los trabajadores o políticas. Los pasos siguientes son útiles para el desarrollo de una estrategia preliminar:

1. Documentar las prestaciones, programas y políticas existentes que promuevan la salud maternal e infantil, para sentar las bases de una estrategia formal.
2. Averiguar de qué recursos dispone la comunidad para contribuir al esfuerzo de la empresa.
3. Redactar una lista con las prioridades en cuanto a iniciativas preliminares para la salud maternal e infantil, en la que se incluyan modificaciones y novedades respecto a prestaciones, programas o políticas.
4. Obtener el apoyo preliminar de la dirección antes de seguir adelante.
5. Evaluar las necesidades observadas y probar con los trabajadores las estrategias propuestas para validar las recomendaciones preliminares.
6. Desarrollar una estrategia formal para la salud maternal e infantil, mediante la definición de una misión, la fijación de objetivos, la distribución de los recursos necesarios, la identificación de los posibles obstáculos y de los factores clave, la elaboración de un calendario de ejecución y la obtención del apoyo necesario en todos los niveles de la empresa.

### **Ejecución de iniciativas para la salud maternal e infantil**

El siguiente paso consiste en ejecutar las prestaciones, los programas y las políticas que integran la estrategia. Habitualmente, el proceso de ejecución incluye los pasos siguientes:

1. Distribuir las tareas de ejecución.
2. Seleccionar baremos de calidad conforme a los cuales gestionar el programa.
3. Evaluar y seleccionar a los proveedores.
4. Estudiar incentivos y otros métodos para fomentar la participación de los trabajadores.
5. Comunicar las iniciativas a los trabajadores y a sus familiares.

### **Gestión del éxito de una estrategia para la salud maternal e infantil.**

Una vez ejecutada, la estrategia para la salud maternal e infantil de una empresa debe revisarse para evaluar su eficacia al ajustarse a los objetivos originales y a las necesidades de la empresa. La evaluación y la retroinformación son esenciales y ayudan a garantizar que las iniciativas para la salud maternal e infantil

## Maternidad y salud infantil en Francia

Poco después de la segunda Guerra Mundial, Francia instituyó el programa *Protection maternelle et infantile* (PMI), un sistema de cobertura nacional mediante el cual profesionales de Salud pública y privada, en colaboración con los servicios sociales, prestan servicios preventivos básicos de orden sanitario, médico, social y educativo dirigidos a mujeres embarazadas, lactantes y niños de hasta seis años.

En la mayor parte de los casos, las familias y los médicos particulares organizan individualmente el asesoramiento previo a la concepción, la planificación familiar, la atención prenatal precoz y regular y los reconocimientos médicos preventivos y las vacunaciones para niños de hasta seis años. Se estimula la participación en el programa mediante la devolución de la totalidad de los gastos con cargo a la seguridad social nacional (para tener derecho a esta cobertura, las mujeres deben inscribirse en el programa a las quince semanas de gestación), el pago mensual de subsidios (familiares) a partir del cuarto mes de gestación y hasta el tercer mes de vida del niño, como incentivo para que se cumplan las normas nacionales de atención preventiva, y un programa continuo de información y formación.

Las mujeres que no pueden incorporarse al programa por medio del sector privado están cubiertas por 96 centros PMI controlados por la administración local, uno por cada *département* de Francia. Además de proporcionar clínicas de salud gratuitas en la zona, estos centros se encargan de identificar y localizar a las mujeres y niños expuestos a algún riesgo y que requieran intervención, realizar visitas domiciliarias y supervisar la evolución de todas las mujeres y lactantes para comprobar que se reciben los servicios preventivos que contemplan las normas nacionales.

La función de las empresas en este sistema está regulada por la ley. Proporcionan a las mujeres embarazadas:

- Cambios en el puesto de trabajo, horario flexible para aliviar el esfuerzo del desplazamiento diario y períodos de descanso para reducir el estrés y la fatiga, que podrían inducir un parto prematuro.
- Baja por maternidad con mantenimiento del puesto de trabajo para madres que tienen o adoptan niños con el fin de favorecer la unión y el desarrollo saludable del niño (la seguridad social paga una prestación por maternidad que asciende hasta el 84 % del sueldo, con un tope máximo).
- Trabajo a tiempo parcial y permiso de paternidad no remunerado con mantenimiento del puesto de trabajo, para que los padres puedan compartir el cuidado del niño y las responsabilidades del trabajo (una prestación nacional por paternidad ayuda a compensar el coste de la baja no remunerada) (Richardson 1994).

atienden tanto a las necesidades de las empresas como las de los trabajadores.

## Conclusión

La necesidad de ocuparse de la salud maternal e infantil en el lugar de trabajo será mayor a medida que aumente el número de mujeres que se incorporan a la población activa y los asuntos que conciernen a la familia y al lugar de trabajo no puedan separarse. Las empresas con proyección de futuro ya han reconocido esta situación y están desarrollando enfoques innovadores. Las empresas reúnen las características y el poder necesarios para ejercer una influencia en favor de la evolución y marcar la pauta en la promoción de la salud de madres y niños.

## EDUCACION SOBRE EL VIH/SIDA

*B.J. Stiles*

A medida que se extiende y se agrava la epidemia de la infección por el VIH, cada vez más centros de trabajo, sindicatos, empresas y trabajadores se ven afectados por la amenaza de la infección por el VIH y el SIDA (denominada en conjunto VIH/SIDA). Los efectos son con frecuencia plenamente visibles, pero otras veces son insidiosos y, en cierta manera, ocultos. En la vida relativamente corta de la epidemia VIH, las consecuencias directas e indirectas del SIDA para el sector de la economía y para los entornos laborales (distintos en cuanto a los aspectos sanitarios) siguen siendo por lo general un componente poco reconocido de la gravedad y magnitud del problema del SIDA.

Las actitudes y opiniones de los trabajadores acerca del SIDA son decisivas y deben ser evaluadas si se desea planificar y gestionar de modo eficaz un programa a nivel de trabajo. La ignorancia y falta de información de los trabajadores pueden representar un obstáculo muy importante para un programa educativo y, si se las juzga o gestiona erróneamente, pueden conducir a la desconfianza y a la ruptura, y agravar los malentendidos y temores ya existentes sobre el SIDA.

En Estados Unidos, "el SIDA ha generado más litigios individuales en relación con una amplia gama de cuestiones sanitarias que ninguna otra enfermedad a lo largo de la historia", dice Lawrence Goskin, del HIV Litigation Project. Una encuesta nacional de 1993 sobre las actitudes de los trabajadores ante el SIDA realizada por la National Leadership Coalition on AIDS revela que muchos trabajadores siguen teniendo actitudes negativas y potencialmente discriminatorias ante los compañeros infectados con el VIH, y pone de manifiesto que la mayoría de ellos o no saben cómo reaccionaría su empresa en situaciones relacionadas con el VIH (o el SIDA) en su lugar de trabajo, o creen que se despediría directamente a un empleado con infección por el VIH a los primeros síntomas de la enfermedad. La discriminación contra los trabajadores basada únicamente en la discapacidad está expresamente prohibida en los Estados Unidos por la Ley sobre ciudadanos con discapacidad, que incluye bajo su protección a las personas con infección por el VIH y SIDA. Esta ley exige a las empresas con más de 15 empleados que "adopten medidas de reorganización razonables" o realicen ajustes en el puesto de trabajo en atención a sus empleados con discapacidad, incluidos los afectados por el VIH o el SIDA.

En este sentido, el 32 % de los trabajadores encuestados creían que un trabajador con infección por el VIH sería despedido o dado de baja al primer síntoma de enfermedad. Si así fuere, esa empresa estaría vulnerando la ley. Esa extendida ignorancia de los trabajadores acerca de las obligaciones legales de las empresas hace claramente vulnerables a éstas —y por extensión a sus directivos y trabajadores— ante litigios por discriminación potencialmente costosos, así como ante posibles desórdenes en el trabajo y problemas de estado de ánimo y de productividad de los trabajadores.

Una mala percepción acerca de la epidemia puede alimentar asimismo actitudes y comportamientos discriminatorios entre los directivos y trabajadores y situar a la empresa en una situación de riesgo. Por ejemplo, el 67 % de los trabajadores encuestados pensaban que sus compañeros se sentirían incómodos trabajando junto a alguien con infección por el VIH. Si no se corrigen, estas actitudes y los tipos de comportamiento relacionados con ellas pueden suponer considerables riesgos para las empresas. Los directivos podrían creer erróneamente que es aceptable un trato discriminatorio de quienes tengan infección por el VIH o SIDA o de quienes se crea que padecen estas enfermedades.

## Problemas de la gestión del VIH/SIDA

Los aspectos médicos, legales, financieros y laborales relacionados con la epidemia plantean un conjunto de problemas para las personas con infección por el VIH y SIDA, sus familias, sus sindicatos y sus empresas. Los dirigentes sindicales, los directivos de las empresas, los profesionales de recursos humanos y los supervisores se enfrentan a tareas cada vez más complicadas, como las relativas al control de costes, la protección de la confidencialidad de la información médica de los trabajadores y la realización de un cambio de puesto razonable para sus trabajadores con infección por el VIH y SIDA, además de proteger a éstos de cualquier discriminación en la contratación y promoción. En la actualidad, los infectados por el VIH permanecen en el puesto de trabajo durante más tiempo, por lo que las empresas tienen que planificar la mejor forma de gestionar de manera justa y eficaz su situación durante un periodo de tiempo más largo y a menudo con poca o ninguna formación o asesoramiento. Una gestión eficaz de los trabajadores con SIDA requiere estar al día en lo que respecta a las opciones de asistencia sanitaria disponibles, los costes de los seguros de enfermedad y de la asistencia sanitaria, y las obligaciones legales y reglamentarias existentes. Requiere también un cambio de puesto razonable, así como la gestión de los aspectos relacionados con la confidencialidad e intimidad, la discriminación, los temores de los trabajadores, la persecución de los trabajadores infectados, las inquietudes de los clientes, las interrupciones del trabajo, los litigios y el empeoramiento del estado de ánimo y de la productividad de los trabajadores, al mismo tiempo que se mantiene un centro de trabajo productivo y rentable y se cumplen los objetivos de la empresa.

Todo ello constituye un conjunto importante y en cierta medida complejo de expectativas, y acentúa una necesidad esencial: la de establecer un programa educativo en el propio lugar de trabajo, empezando a formar y motivar a los directivos para que consideren el SIDA en el lugar de trabajo como parte de las estrategias y objetivos a largo plazo.

Entre el cúmulo de interrogantes y preocupaciones acerca de la epidemia y de la forma de gestionar su repercusión en el lugar de trabajo, las empresas pueden adoptar medidas eficaces en función del coste para minimizar los riesgos, recortar los costes de la asistencia sanitaria, proteger su propio futuro y, lo que es más importante, salvar vidas.

### **Primera etapa: establecer una política sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo**

El primer paso para gestionar de manera eficaz las cuestiones laborales derivadas de la epidemia del VIH es la puesta en práctica de una política sólida en el lugar de trabajo. Dicha política debe establecer de manera clara las formas en las que una empresa deberá manejar los problemas generados por el VIH/SIDA. ("Una política sólida en el lugar de trabajo, que tenga en cuenta las responsabilidades de una empresa hacia los trabajadores infectados y afectados, contribuirá a evitar que dicha empresa se convierta en un banco de pruebas", según Peter Petesch, abogado laboralista de Washington, D.C. interesado en el tema del SIDA y en sus repercusiones laborales.)

Desde luego, una política laboral en sí misma no eliminará las dificultades inherentes a tratar con un trabajador que padezca una enfermedad terminal y a menudo estigmatizada. Sin embargo, una política laboral formal contribuye en gran medida a preparar a la empresa en sus esfuerzos para gestionar el SIDA, minimizando los riesgos y protegiendo a su plantilla. Una política eficaz formalizada por escrito debe incluir entre sus objetivos la necesidad de:

- establecer unos baremos internos para un programa completo de la empresa respecto al VIH/SIDA;

- normalizar la postura y la comunicación de la empresa respecto al VIH/SIDA;
- establecer un precedente y unas normas para el comportamiento de los trabajadores;
- informar a todos los trabajadores de dónde pueden solicitar información y ayuda;
- enseñar a los mandos intermedios a gestionar el SIDA en sus grupos de trabajo.

Las políticas eficaces sobre el VIH/SIDA deben proporcionar cobertura y orientación con respeto a la ley, la no discriminación, la confidencialidad e intimidad, la seguridad, los niveles de rendimiento, el cambio de puesto razonable, los intereses de los compañeros y la formación de los trabajadores.

Para ser eficaz, una política debe transmitirse a los trabajadores a todos los niveles de la empresa. Es más, es fundamental tener al apoyo franco y visible de la alta dirección y de los ejecutivos, incluso del presidente, para reforzar la urgencia e importancia de los mensajes indicados anteriormente. Sin ese grado de compromiso, una política que exista sólo sobre el papel corre el peligro de convertirse en papel mojado.

Existen dos enfoques generales para desarrollar políticas sobre el SIDA:

1. *El enfoque de la enfermedad con riesgo de muerte.* Algunas empresas optan por llevar a cabo su política sobre el VIH/SIDA como una más de todas las enfermedades o incapacidades que encierran un peligro de muerte. Estas políticas suelen establecer que el VIH/SIDA debe tratarse como las demás enfermedades de larga duración: humanamente, con sensibilidad y sin discriminación.
2. *El enfoque específico VIH/SIDA.* Este enfoque del desarrollo de la política reconoce y trata el VIH/SIDA como una cuestión sanitaria fundamental, con posibles repercusiones laborales. Además del establecimiento propiamente dicho de la política, este enfoque incluye con frecuencia un componente educativo que manifiesta que el VIH/SIDA no se transmite por contactos casuales en el trabajo, y los trabajadores con infección por el VIH o con SIDA no suponen un peligro para la salud de los compañeros o de los clientes.

### **Segunda etapa: formar a directivos y mandos intermedios**

Los directivos y mandos intermedios deben estar completamente familiarizados con la política de la empresa sobre el VIH/SIDA. Hay que asegurarse de que cada nivel de dirección dispone de información clara y coherente sobre las realidades médicas y los mínimos riesgos de transmisión en el lugar de trabajo. En los países con leyes contra la discriminación, los directivos tienen que estar profundamente familiarizados con sus obligaciones (por ejemplo, el cumplimiento de la Ley de norteamericanos con discapacidades y lo que establece acerca del cambio de puesto razonable, la no discriminación, la confidencialidad e intimidad, la seguridad en el trabajo y el establecimiento de niveles de rendimiento de los trabajadores en Estados Unidos).

Además, todos los directivos deben estar preparados para afrontar preguntas o inquietudes de los trabajadores sobre el VIH/SIDA y el lugar de trabajo.

Con frecuencia, los mandos intermedios son los primeros a los que se solicita información o remisión a otras fuentes, y deben ofrecer respuestas detalladas a preguntas de los trabajadores sobre los motivos de preocupación en relación con la infección por el VIH y el SIDA y sobre cómo se supone que deben comportarse. Los directivos deben recibir formación y preparación antes de que se establezcan programas educativos para los trabajadores.

**Tercera etapa: educar a los trabajadores**

Los programas educativos en el propio lugar de trabajo constituyen una forma económica y eficaz en función del coste de minimizar los riesgos, proteger las vidas de los trabajadores, ahorrar dinero en costes sanitarios y salvar vidas. MacAllister Booth, presidente de la Polaroid Corporation, dijo recientemente que la educación y formación sobre el SIDA para todos los trabajadores de la Polaroid cuesta menos que el tratamiento de un solo caso de SIDA.

Los programas de bienestar y la promoción de la salud en los centros de trabajo son ya una parte consolidada del mundo laboral para una proporción cada vez mayor de trabajadores, especialmente entre organizaciones laborales y grandes empresas. Las campañas para reducir los costes sanitarios y los días perdidos a causa de enfermedades evitables se han concentrado en la importancia de dejar de fumar, hacer ejercicio y adoptar una dieta alimentaria más sana. En un esfuerzo por aumentar la seguridad de los lugares de trabajo y la salud de la plantilla, los programas de bienestar de los lugares de trabajo son ya considerados como medios adecuados y eficaces en función del coste de proporcionar información sanitaria a los trabajadores. Los programas de educación sobre el VIH/SIDA pueden considerarse integrados en estos esfuerzos de promoción de la salud que se están llevando a cabo.

Además, algunos estudios han demostrado que muchos trabajadores confían en sus empresas en lo referente a proporcionarles información veraz sobre una amplia gama de cuestiones, incluida la formación sanitaria. Las personas que trabajan están preocupadas por el SIDA, y muchas no comprenden los aspectos médicos y legales de la epidemia y desean saber más al respecto.

Conforme a un estudio del New York Business Group on Health (Barr, Waring and Warshaw 1991), los trabajadores suelen tener una opinión positiva de las empresas que ofrecen información sobre el SIDA y, dependiendo del tipo de programa ofrecido, creen que la empresa es una fuente de información más fiable que los medios de comunicación o la Administración. Por otra parte, de acuerdo con la encuesta de la National Leadership Coalition on AIDS sobre las actitudes de los trabajadores norteamericanos ante el SIDA, el 96 % de los trabajadores que recibieron formación en el trabajo sobre el SIDA apoyaron la conveniencia de dicha iniciativa.

Sería ideal que la asistencia a las sesiones de formación de los trabajadores fuese obligatoria, y el programa debería durar al menos hora y media. La sesión debería estar dirigida por un formador experto, y debería presentar la información de manera objetiva y sin prejuicios. El programa habría de permitir también un turno de preguntas y respuestas y la posibilidad de consultas confidenciales. Las iniciativas adoptadas respecto al SIDA en el lugar de trabajo deben ser continuas, no un hecho aislado, y son más eficaces si están ligadas a ciertos reconocimientos públicos de la importancia del problema, tales como la observancia del Día Mundial del SIDA. Por último, uno de los métodos más eficaces de tratar el SIDA con los trabajadores es invitar a una persona infectada por el VIH o el SIDA para que se dirija a un auditorio. Escuchar de primera mano cómo alguien vive y trabaja infectado por el VIH o con SIDA ha demostrado tener un efecto muy positivo en la eficacia de las sesiones de formación.

Un programa exhaustivo de educación sobre el SIDA en el lugar de trabajo debe incluir la presentación de las siguientes materias:

- los aspectos médicos: cómo se transmite y cómo no se transmite el VIH, insistiendo en que no se puede contagiar mediante contactos casuales y en que es prácticamente imposible contraerlo en el lugar de trabajo;

- los aspectos jurídicos, incluidas las responsabilidades de la empresa, especialmente la importancia de la confidencialidad y el derecho a la intimidad y de proporcionar cambios de puesto razonables;
- los aspectos psicosociales, incluidas las formas de comportarse con un compañero infectado por el VIH/SIDA y cómo es el vivir y trabajar con la mencionada enfermedad;
- orientaciones sobre las políticas, prestaciones e información de la empresa;
- información para que los trabajadores la transmitan a sus familias con objeto de enseñarles a protegerse;
- información sobre los recursos de la comunidad y los lugares a los que se puede acudir para someterse a pruebas preservando el anonimato.

Los estudios advierten que las actitudes ante el SIDA pueden ser reforzadas negativamente si una sesión educativa o de formación es demasiado breve y no lo suficientemente profunda e interactiva. De modo similar, el limitarse a entregar un folleto se ha demostrado que aumenta la ansiedad sobre el SIDA. En una sesión breve y precipitada, se ha demostrado que los asistentes captan algunas de las realidades, pero que abandonan la sesión con ansiedades sin resolver sobre la transmisión del VIH, ansiedades que han sido despertadas, de hecho, por la forma de presentar la cuestión. Por ello, es importante dejar tiempo suficiente en una sesión de formación para un debate profundo, para preguntas y respuestas, y remitir a otras fuentes de información confidencial. Desde un punto de vista ideal, una sesión de formación debería ser obligatoria, dado que el estigma aún asociado con la infección por el VIH y con el SIDA puede hacer que muchos no asistan a una sesión voluntaria.

**Algunas respuestas sindicales sobre el VIH/SIDA**

Entre algunos ejemplos importantes de iniciativas sindicales de educación y políticas sobre el SIDA, se incluyen los siguientes:

1. El Sindicato Internacional de Marineros estableció un programa educativo sobre el VIH/SIDA como un componente obligatorio de las asignaturas para los estudiantes de la marina mercante en su Escuela de Marina Lundeberg en Piney Point, Maryland. Las personas que desean ingresar en la profesión pueden asistir a un curso de formación de 14 semanas en la Escuela, y quienes ya trabajen en el sector asisten a clases gratuitas para mejorar su formación y para obtener diplomas equivalentes al bachillerato o a una titulación similar. Los seminarios educativos de los Marineros sobre el VIH/SIDA duran dos horas, y su enfoque global se basa en el reconocimiento de que es precisa una profunda formación para responder a las necesidades de unos trabajadores que viajan al extranjero y trabajan en un entorno aislado. El curso de prevención del SIDA forma parte de un programa que incluye prácticas laborales, seguridad e higiene en el trabajo, y la contención de los costes sanitarios. La educación se complementa con una variedad de cintas de vídeo sobre el SIDA en el sistema de televisión en circuito cerrado de la Escuela Lundeberg, la publicación de artículos en el periódico de la Escuela y la distribución de folletos en los locales del Sindicato en cada puerto. Se proporcionan también preservativos gratuitos.
2. El Sindicato Internacional de Empleados de Servicios (SEIU) participa en actividades relacionadas con el SIDA desde 1984, cuando empezó a aparecer el temor de transmisión del SIDA entre sus miembros en el Hospital General de San Francisco. Para garantizar que los trabajadores del sector sanitario pudieran seguir proporcionando cuidados humanitarios a sus pacientes, era de la mayor importancia combatir

el miedo irracional con una información realista, y al mismo tiempo adoptar las precauciones necesarias. Esta coyuntura llevó a la implantación del programa del SIDA del SEIU, un modelo de actuaciones entre compañeros en el que los miembros colaboran entre sí para resolver necesidades de formación y apoyo emocional. El programa incluye realizar un seguimiento del control de la infección en hospitales, responder a las solicitudes individuales de miembros del sindicato para diseñar y llevar a cabo programas de formación sobre el SIDA, así como fomentar la coordinación de los hospitales con el SEIU para asuntos relacionados con el SIDA.

- Un importante resultado del enfoque del SEIU sobre el VIH/SIDA ha sido el desarrollo de políticas científicas y de programas de educación para sus miembros, que demuestran una genuina preocupación por todas las personas relacionadas con la epidemia, incluidos los trabajadores sanitarios, los pacientes y el público. El sindicato promueve activamente la toma de conciencia sobre el SIDA a escala nacional e internacional en conferencias y congresos, postura que ha situado al SEIU a la cabeza de la educación de los trabajadores inmigrantes recién llegados, sobre la prevención del VIH y sobre la seguridad en el lugar de trabajo respecto a todos los agentes patógenos presentes en la sangre. Este esfuerzo educativo tiene en cuenta la lengua materna o la de uso preferente, así como las diferencias culturales entre las poblaciones objetivo.

### Conclusión

Aunque los sindicatos y las empresas que responden de forma constructiva a los desafíos cotidianos que plantea el VIH constituyen aún una minoría, muchos han ayudado a establecer las pautas y un conjunto cada vez mayor de conocimientos para ayudar a otros a enfrentarse con el VIH como un problema laboral. El conocimiento y la experiencia adquiridos en los 10 últimos años demuestran que las políticas bien planificadas sobre el SIDA, las normas y prácticas en el lugar de trabajo, las iniciativas y los esfuerzos continuados, así como la educación que se está impartiendo a los trabajadores, empleados y directivos, constituyen medios eficaces para enfrentarse a los problemas.

A medida que los sindicalistas, los grupos industriales y las asociaciones empresariales reconocen las consecuencias cada vez mayores del SIDA para sus respectivos sectores, están apareciendo otros grupos para combatir la incidencia específica del SIDA para sus intereses. La Coalición Empresarial Tailandesa sobre el SIDA fue creada en 1993, y probablemente servirá de ejemplo para desarrollos similares en otros países del Pacífico. Algunas empresas del África central y meridional están tomando la iniciativa de impartir formación en los lugares de trabajo, y se observan realizaciones similares en Brasil y en los países del Caribe.

El *Informe Mundial del Desarrollo* (1993) se dedicó a "Invertir en Salud", y examinó las relaciones entre la salud humana, la política sanitaria y el desarrollo económico. El informe incluía varios ejemplos de la amenaza que plantea el SIDA para las estrategias y logros de desarrollo. Este informe indica que cada día se abren más posibilidades para utilizar las capacidades y recursos globales financieros y de desarrollo, trabajando en mayor armonía con los líderes de la sanidad pública en todo el mundo, para establecer planes más eficaces y superar los desafíos económicos y empresariales derivados del SIDA (Hammer 1994).

Los sindicatos y las empresas creen que el hecho de poner en marcha políticas sobre el SIDA y programas de educación de los trabajadores antes de encontrarse con un caso de VIH ayuda a

reducir problemas en el lugar de trabajo, ahorra dinero al proteger la salud de los trabajadores, evita costosos litigios y prepara a los directivos y trabajadores para responder de forma constructiva a los desafíos del SIDA en el lugar de trabajo. Las herramientas necesarias para gestionar las múltiples y complejas cuestiones relacionadas con la enfermedad son poco costosas y fáciles de adquirir. Por último, pueden salvar vidas y ahorrar dinero.

## PROTECCION Y PROMOCION DE LA SALUD: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

*William J. Schneider*

La prevención y el control de las enfermedades infecciosas es una responsabilidad fundamental del servicio de salud de la empresa en las áreas en que aquéllas son endémicas, en que el trabajo implica la exposición a ciertos agentes infecciosos ante los que la población puede ser especialmente sensible, y en que los servicios de salud comunitarios sean deficientes. En todas estas circunstancias, el director médico debe actuar como el responsable de salud pública de la plantilla, tarea que requiere atención a la higiene, al agua potable y a los alimentos, a los posibles vectores de las infecciones, a las vacunaciones adecuadas cuando sea posible, así como a la detección precoz y al tratamiento rápido de las infecciones cuando ocurran.

En las áreas urbanas bien desarrolladas en que los trabajadores estén relativamente sanos, la inquietud por las enfermedades infecciosas suele estar eclipsada por otros problemas, pero la prevención y el control de las mismas siguen siendo una responsabilidad importante del servicio de salud de la empresa. Debido a su prevalencia en todos los grupos de edad (obviamente incluyendo los que tienen más probabilidad de trabajar) y como consecuencia de su capacidad fundamental de expansión a través de los contactos próximos, característicos del ámbito laboral típico, las enfermedades infecciosas son un objetivo adecuado para cualquier programa de promoción de la salud laboral. Sin embargo, los esfuerzos de las unidades de salud laboral para responder al problema que plantean, con frecuencia no son motivo de discusión. En parte, esta falta de atención se puede atribuir al hecho de que estos esfuerzos se consideren una cuestión de rutina, del estilo, dicen, de los programas estacionales de vacunación antigripal. Además, se pueden pasar por alto porque no son actividades necesariamente asociadas a iniciativas extensas de promoción de la salud sino que forman parte del programa global de salud laboral. Por ejemplo, el asesoramiento y tratamiento individual de los trabajadores sometidos a revisiones periódicas de su estado de salud contiene a menudo intervenciones específicas de promoción de salud dirigidas a las enfermedades infecciosas. Sin embargo, todas esas son actividades significativas, con o sin una denominación formal de "programa", que se pueden combinar en una estrategia coherente para la prevención y control de las enfermedades infecciosas.

Estas actividades se pueden dividir en una serie de componentes: difusión de la información y educación del trabajador, vacunaciones, respuesta a un brote de una infección, protección de la salud de los viajeros, establecimiento de contactos con los miembros de la familia y mantenimiento hasta la jubilación. Este artículo describe el programa de J. P. Morgan & Company, Inc., situada en Nueva York, que ilustra cómo se pueden integrar todas estas medidas en un programa de salud laboral global dirigido a una gran población laboral administrativa urbana.

Aunque tiene características únicas, no es distinto de los que se realizan en muchas grandes empresas.

### J. P. Morgan & Company

J. P. Morgan & Company, Inc., es una empresa de servicios financieros que actúa en todo el mundo. Con su sede en la ciudad de Nueva York, donde están presentes aproximadamente 7.500 de sus 16.500 trabajadores, mantiene oficinas de diversa magnitud en otras partes de Estados Unidos y Canadá y en grandes ciudades de Europa, Asia, América Latina y Australia.

En cada una de sus empresas matrices existen departamentos médicos propios desde el principio de este siglo y después de la fusión de J. P. Morgan con Guaranty Trust Company, la unidad de salud laboral ha evolucionado para ofrecer no solo actividades estándar propias de la medicina ocupacional sino una extensa gama de servicios gratuitos para los trabajadores, como evaluaciones periódicas del estado de salud, vacunaciones, atención primaria ambulatoria, educación sanitaria y promoción de la salud así como un programa de asistencia al trabajador. La eficacia del departamento médico, con sede en la ciudad de Nueva York, está potenciada por la concentración del grueso de la plantilla de Morgan en un número limitado de centros situados céntricamente.

### Difusión de la información

Generalmente, la difusión de la información de interés es la piedra angular de un programa de promoción de la salud y es probablemente el enfoque más sencillo tanto si los recursos son limitados como abundantes. Proporcionar información precisa, significativa y comprensible, modificada en función de la edad, lengua, etnia y nivel de educación del trabajador, sirve no sólo para educar sino también para corregir concepciones equivocadas, inculcar estrategias eficaces de prevención y dirigir a los trabajadores los recursos apropiados tanto dentro como fuera del lugar de trabajo.

Esta información puede adoptar varias formas. Se pueden dirigir comunicados escritos a los trabajadores a sus centros de trabajo o a sus domicilios, o se pueden distribuir en las sedes centrales de trabajo. Pueden consistir en boletines o publicaciones obtenidas del gobierno o de instituciones sanitarias, compañías farmacéuticas o fuentes comerciales, entre otros, o, si los recursos lo permiten, se pueden desarrollar en la propia empresa.

Puede que las conferencias y seminarios sean incluso más eficaces sobre todo cuando se permite a los trabajadores plantear preguntas sobre sus inquietudes particulares. Por otra parte, presentan el inconveniente de la accesibilidad y un mayor compromiso temporal por parte tanto de la empresa como del personal; también violan el anonimato, lo que a veces puede ser un problema.

### VIH/SIDA

Un ejemplo de esta actividad puede ser nuestra propia experiencia en J. P. Morgan con la difusión de la información sanitaria sobre la infección por el VIH. Los primeros casos de la enfermedad se comunicaron en 1981, siendo conscientes de casos entre nuestros trabajadores en 1985. En 1986, en gran medida por la atención de los medios de comunicación locales al problema, los trabajadores de una de nuestras oficinas en Europa (donde no había aflorado todavía ningún caso de la enfermedad) solicitaron un programa sobre el SIDA. Los conferenciantes fueron el director médico de la compañía y un experto en enfermedades infecciosas de un hospital universitario local. La audiencia estuvo constituida por casi el 10 % de toda la plantilla

de aquella unidad, en la que el 80 % eran mujeres. En esa presentación y en las siguientes se hizo mucho énfasis en la transmisión del virus y en las estrategias dirigidas a su prevención. Como se puede deducir de la composición de la audiencia, existía una considerable preocupación sobre la transmisión heterosexual.

El éxito de esa presentación facilitó el desarrollo de un programa mucho más ambicioso en la sede central de Nueva York al año siguiente. Un boletín y un folleto anticiparon los actos con un breve comentario sobre la enfermedad, se utilizaron posters y otros anuncios para recordar a los trabajadores los lugares y las fechas de las presentaciones y los directivos animaron encarecidamente a la participación. Como consecuencia del compromiso de la administración así como por la preocupación social que suscita el tema, fue posible lograr que el 25-30 % del personal local acudiera a las múltiples presentaciones.

Esas sesiones incluyeron un comentario por parte del director médico de la compañía, que reconocía la presencia de la enfermedad entre los trabajadores y constató que la compañía se comprometía a mantenerlos como empleados todo el tiempo que se encontraran lo suficientemente bien como para seguir trabajando eficazmente. Revisó la política de la compañía sobre las enfermedades potencialmente mortales e informó de que el departamento médico ponía a disposición de los trabajadores pruebas confidenciales del VIH. Se mostró un vídeo educativo sobre la enfermedad, seguido de una conferencia por parte de un experto del departamento local de sanidad municipal. Siguió un período de preguntas y respuestas, y al final de la sesión, se repartió a todo el mundo un lote de material informativo sobre la infección por el VIH y las estrategias de prevención.

La respuesta a estas sesiones fue muy positiva. Mientras otras empresas estaban teniendo problemas laborales con los trabajadores infectados por el VIH, Morgan no tuvo ninguno. Una encuesta independiente de los trabajadores (y de otras compañías con programas similares) halló que los participantes en el programa apreciaban profundamente la oportunidad de participar en estas sesiones y consideraban que la información proporcionada era más útil que la que les ofrecían otras fuentes (Barr, Waring y Warshaw 1991).

Mantuvimos sesiones similares sobre la infección por el VIH en 1989 y 1991, aunque encontramos que la participación disminuía con el tiempo. Atribuimos este hecho, en parte, a la saturación percibida sobre el tema y, en parte, a que la enfermedad estaba modificando su impacto sobre los desempleados de larga duración (en nuestra zona); además, el número de trabajadores infectados recientemente por el VIH que solicitaron atención en nuestro servicio disminuyó bruscamente después de 1991.

### Enfermedad de Lyme

Mientras tanto, la enfermedad de Lyme, una enfermedad bacteriana transmitida por la picadura de la garrapata del ciervo en los ámbitos suburbanos y locales de vacaciones, se ha ido haciendo cada vez más prevalente entre nuestros trabajadores. Una conferencia sobre este tema suplementada con información impresa atrajo una atención considerable cuando fue impartida en 1993. Los puntos que se subrayaban en esta presentación eran la identificación de la enfermedad, las pruebas, el tratamiento, y, lo más importante, la prevención.

En general, los programas diseñados para difundir información escrita o en forma de conferencia deben ser verosímiles, fácilmente comprensibles, prácticos y oportunos. Deberían servir para aumentar la mentalización, especialmente en lo que respecta a la prevención personal y establecer cuándo y cómo obtener atención profesional. Al mismo tiempo, deberían servir para disipar miedos infundados.

## Programas de vacunación

Las vacunaciones en el lugar de trabajo constituyen una importante necesidad de la salud pública y probablemente aportan ventajas palpables no sólo a los individuos que las reciben sino también a la organización. Muchas empresas del mundo desarrollado que no tienen su propio servicio médico contratan a personal ajeno para suministrar un programa de vacunación masivo.

**Gripe.** Mientras la mayoría de las vacunaciones proporciona protección durante muchos años, la vacuna de la gripe se debe administrar anualmente como consecuencia de la modificación constante del virus, y en menor grado, por la disminución de la inmunidad del paciente. Dado que la gripe es una enfermedad estacional cuya capacidad infectiva se extiende típicamente en los meses de invierno, la vacuna se debe administrar en otoño. El personal más necesitado de la vacunación son los empleados de mayor edad y los que tienen enfermedades subyacentes o inmunodeficiencias, como la diabetes y los problemas crónicos pulmonares, cardíacos y renales. Se debe animar a los trabajadores de las instituciones sanitarias a vacunarse no solo porque probablemente estén más expuestos a las personas que padecen la infección, sino también porque es esencial que puedan trabajar de forma continuada en caso de que se produzca un brote grave de la enfermedad. Un estudio reciente ha demostrado que la vacunación contra la gripe ofrece ventajas considerables, tanto médicas como económicas, también para los adultos sanos que trabajan. Como la morbilidad asociada a la enfermedad puede generar característicamente una semana o más de discapacidad que a menudo afecta a numerosos trabajadores en la misma unidad al mismo tiempo, hay incentivo suficiente para que las empresas prevengan el impacto resultante sobre la productividad ofreciendo esta forma de inmunización relativamente barata e inocua. Esto adquiere una importancia especial cuando las autoridades sanitarias prevén modificaciones importantes en el virus y predicen una epidemia importante en una estación determinada.

Probablemente, la principal barrera contra el éxito de los programas de vacunación contra la gripe (o contra cualquier otra infección) es la aversión de los individuos a participar. Para reducir al mínimo su vacilación, es importante informar a los trabajadores sobre la necesidad y la disponibilidad de la vacuna, facilitando realmente el acceso a la vacunación. Se debe aportar información por todos los medios disponibles, identificando genéricamente a todos los que necesitan especialmente la vacunación, subrayando la relativa seguridad de la vacuna y explicando el procedimiento por el que se puede conseguir.

El tiempo y los inconvenientes de desplazarse para visitar al médico son frenos poderosos para muchos individuos; los programas más eficaces serán los que suministren las vacunas en el lugar de trabajo durante el horario laboral con el mínimo retraso. Por último, el coste, un obstáculo importante, se debería reducir al mínimo o ser enteramente asumido por la empresa o por el programa de seguro sanitario colectivo.

Factores adicionales que contribuyen a la aceptación de las vacunaciones por parte del trabajador son la publicidad en la comunidad y programas de incentivos. Hemos encontrado que los reportajes de los medios de comunicación sobre una epidemia amenazadora de gripe aumenta regularmente la aceptación de la vacuna por parte de los trabajadores. En 1993, con el objetivo de animar a todos los trabajadores a revisar su estado de vacunaciones y a recibir las que necesitaran, el departamento médico de Morgan ofreció a los que aceptaran esos servicios la participación en una rifa en la que el premio eran acciones de la compañía. El número de trabajadores que solicitaron la vacuna ese año aumentó en un 50 % respecto al número que fue visto durante el mismo período del año anterior.

**Difteria y tétanos.** Otras vacunaciones aconsejables en adultos sanos en la edad típica de trabajar son la de la difteria-tétanos y posiblemente sarampión, parotiditis y rubéola. La vacuna de difteria-tétanos (DT) se recomienda cada diez años durante toda la vida, asumiendo que se ha recibido la primera serie de vacunación. Con este intervalo, encontramos que el estado vacunal se confirma más fácilmente y que la vacuna se administra con más facilidad durante las evaluaciones periódicas del estado de salud de nuestros trabajadores (véase más adelante), aunque también se puede lograr mediante una campaña de vacunación a nivel de toda la compañía, como la empleada en el programa de incentivación mencionado anteriormente.

**Sarampión.** Las autoridades de Salud Pública recomiendan la vacuna contra el sarampión a todos los nacidos después de 1956 que no tengan constancia documental de dos dosis de vacuna contra el sarampión en o después de su primer cumpleaños, un antecedente de sarampión confirmado por un médico o pruebas de laboratorio de inmunidad contra el sarampión. Esta vacunación se puede administrar fácilmente durante el reconocimiento médico previo a la contratación o incorporación a la empresa o en una campaña de vacunación realizada a nivel de toda la compañía.

**Rubéola.** Las autoridades de Salud Pública recomiendan que todos los individuos tengan documentación médica de haber recibido la vacuna contra la rubéola o pruebas de laboratorio de inmunidad frente a esta enfermedad. La inmunización adecuada contra la rubéola es especialmente importante entre los trabajadores del medio sanitario, para los que probablemente sea obligatorio.

De nuevo, se debe determinar la inmunización adecuada frente a la rubéola en el momento de la contratación, o si no fuera posible, mediante campañas periódicas de vacunación o durante los reconocimientos médicos periódicos. Se puede conferir una inmunidad eficaz a las personas que precisen la vacuna frente a la rubéola mediante la administración de la vacuna triple vírica (sarampión- rubéola- parotiditis). Se pueden realizar pruebas serológicas para identificar el estado inmunitario de un individuo antes de la vacunación, aunque probablemente no sea rentable.

**Hepatitis B.** En la medida en que la hepatitis B se transmite a través de contacto sexual y por contacto directo con sangre y otros fluidos corporales, los esfuerzos iniciales de vacunaciones se dirigieron a poblaciones de alto riesgo, como los profesionales sanitarios y los que tenían múltiples parejas sexuales. Además, la elevada prevalencia de la enfermedad y del estado de portador en ciertas áreas geográficas, como Extremo Oriente y el África subsahariana, ha dado prioridad a la vacunación de todos los recién nacidos en esas regiones y de los que viajan a las mismas con frecuencia o permanecen en ellas durante largos períodos de tiempo. Más recientemente, se ha propuesto la inmunización universal de todos los recién nacidos en Estados Unidos y en otros países como una estrategia más eficaz para llegar hasta los individuos vulnerables.

En el entorno laboral, el objetivo de la vacunación frente a la hepatitis B han sido los profesionales sanitarios debido al riesgo de exposición a la sangre. De hecho, en Estados Unidos, la normativa gubernamental exige informar a este personal y probablemente a otros profesionales involucrados en la atención de emergencias sanitarias de lo aconsejable que resulta ser vacunado contra la hepatitis B en el contexto de un comentario general sobre las precauciones universales; después se debe suministrar la vacunación.

Así, en nuestro servicio de Morgan, la información sobre la vacunación frente a la hepatitis B se distribuye en tres contextos: en comentarios sobre las enfermedades de transmisión sexual como el SIDA, en presentaciones para el personal sanitario y de servicios de emergencias sobre los riesgos y precauciones importantes en su trabajo sanitario y en intervenciones con trabajadores individuales y sus familias con prioridad a los que desarrollan su actividad en regiones del mundo en las que la hepatitis B es más prevalente. La vacuna se suministra junto con estos programas.

**Hepatitis A.** Esta enfermedad, transmitida típicamente por agua o alimentos contaminados, es mucho más prevalente en las naciones en vías de desarrollo que en los países industrializados. Así, los esfuerzos de protección se han dirigido hacia las personas que van a viajar a regiones de riesgo o a los que tienen contactos en su domicilio u otros contactos muy íntimos con enfermos recientemente diagnosticados de la enfermedad.

Como ya se ha desarrollado una vacuna que protege frente a la hepatitis A, se administra a las personas que van a viajar a los países en vías de desarrollo y a los contactos íntimos de los casos documentados de hepatitis A de reciente diagnóstico. Si no hay tiempo suficiente para que se desarrollen las concentraciones de anticuerpos antes de la fecha de partida de los viajeros, puede administrarse simultáneamente inmunoglobulina sérica.

Ahora que disponemos de una vacuna segura y eficaz contra la hepatitis A, los esfuerzos de vacunación se suelen dirigir a un grupo diana de mayores dimensiones. Como mínimo, deberían recibir esta vacuna el personal que viaja con frecuencia a las regiones endémicas y los residentes en ellas, y también se debería considerar la vacunación en los manipuladores de alimentos por el riesgo de que transmitan la enfermedad a un número importante de personas.

Antes de realizar cualquier vacunación se debe prestar una atención especial a las posibles contraindicaciones, como la hipersensibilidad a algún componente de la vacuna o, en el caso de las vacunas de virus vivos como los del sarampión, parotiditis y rubéola, a la presencia de una inmunodeficiencia o de embarazo, presente o previsto en un plazo breve de tiempo. Se debería distribuir a los trabajadores información adecuada sobre los posibles riesgos de las vacunas y obtener formularios de consentimiento firmado. En todos los programas se deben prever las escasas probabilidades de reacciones vacunales.

Las organizaciones que poseen personal médico pueden utilizar obviamente su propio personal para ejecutar un programa de vacunación. Las que carezcan de este personal pueden conseguir las vacunas a través del personal médico o de enfermería de la comunidad, los hospitales o los centros sanitarios y de los servicios sanitarios gubernamentales.

### Respuesta a las epidemias

Pocos acontecimientos suscitan tanto interés y preocupación entre los trabajadores de una unidad laboral concreta o de toda una organización como la conciencia de que un compañero de trabajo tiene una enfermedad contagiosa. La respuesta básica del servicio sanitario de la empresa ante este tipo de noticias es la de identificar y aislar adecuadamente a los que estén enfermos, tanto el caso original como cualquier caso secundario, mientras se difunde información sobre la enfermedad que reduzca la angustia de los que creen que pueden haber estado expuestos. Algunas organizaciones, con la esperanza de aminorar la angustia potencial, pueden limitar esta información a los posibles contactos. Otras, siendo consciente de que los "rumores" (comunicación informal entre trabajadores) no solo extienden las noticias sino que probablemente transportan una información

errónea que puede dar rienda suelta a la angustia latente, toman el suceso como una oportunidad única para educar a todo el personal sobre la capacidad de diseminación de la enfermedad y el modo de prevenirla. En Morgan se han producido varios episodios de este tipo en los que han estado involucradas tres enfermedades distintas: tuberculosis, rubéola y gastroenteritis de origen alimentario.

**Tuberculosis.** El miedo a la tuberculosis está justificado por la morbilidad potencialmente significativa de la enfermedad, especialmente con la prevalencia creciente de las bacterias resistentes a múltiples fármacos. En nuestra experiencia, la enfermedad ha suscitado nuestra atención por las noticias sobre la hospitalización y diagnóstico definitivo del caso original; afortunadamente, en Morgan los casos secundarios han sido escasos y se han limitado únicamente a conversión de las pruebas cutáneas.

Típicamente, en estos casos se notifica la enfermedad a las autoridades sanitarias y después se insta a los contactos a que se sometan a una prueba cutánea basal de tuberculina o una radiografía; las pruebas cutáneas se repiten diez o doce semanas más tarde. A los que presentan una conversión de la prueba cutánea de negativa a positiva durante el periodo de seguimiento, se les realiza una radiografía de tórax. Si la radiografía es positiva, se deriva al trabajador para recibir el tratamiento definitivo; si es negativa, se prescribe la profilaxis con isoniazida.

Durante cada fase del proceso, se realizan sesiones informativas en grupo e individuales. La ansiedad es característicamente desproporcionada al riesgo, y el primer objetivo del asesoramiento es el restablecimiento de la confianza así como la necesidad de realizar un seguimiento prudente.

**Rubéola.** Los casos de rubéola en Morgan se han identificado en las visitas a la unidad de salud laboral. Para evitar contactos posteriores, los trabajadores son enviados a su domicilio incluso si únicamente existe una sospecha clínica de la enfermedad. Después de la confirmación serológica, generalmente en 48 horas, se realiza una supervisión epidemiológica para identificar otros casos mientras se difunde información sobre el acontecimiento. Aunque los objetivos principales de estos programas son las trabajadoras que puedan estar embarazadas y que pudieran haber estado expuestas, las epidemias han servido como oportunidad para verificar el estado de inmunización de todos los trabajadores y para ofrecer la vacuna a todos los que pudieran necesitarla. De nuevo, se avisa del hecho a las autoridades sanitarias y se utiliza su experiencia y asistencia para diseñar las necesidades organizativas.

**Infecciones transmitidas por los alimentos.** Hace varios años ocurrió en la sede de Morgan una única experiencia de un brote de una enfermedad transmitida por los alimentos. Fue debida a una intoxicación alimentaria por estafilococo que condujo a un manipulador de alimentos que presentaba una lesión cutánea en una de sus manos. Más de cincuenta trabajadores que utilizaron las instalaciones para cenar desarrollaron una enfermedad autolimitada, caracterizada por náuseas, vómitos y diarrea, que apareció aproximadamente seis horas después de la ingesta de la ensalada fría de pato contaminada y que se resolvió en 24 horas.

En este caso, el ánimo de nuestros esfuerzos de educación sanitaria se centró en sensibilizar a los propios manipuladores de alimentos sobre los signos y síntomas de la enfermedad que deberían inducirles a abandonar el trabajo y solicitar atención médica. Se efectuaron asimismo diversos cambios en los procedimientos y en la gestión:



- concienciar a los supervisores de su responsabilidad para garantizar que los trabajadores con signos de enfermedad acudan a una revisión médica;
- celebrar sesiones periódicas de formación para todos los trabajadores del servicio de alimentación, con el fin de recordarles las precauciones que deben adoptar;
- garantizar la utilización de guantes desechables.

Recientemente, dos organizaciones vecinas también han sufrido brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos. En una de ellas, un manipulador de alimentos del comedor de la compañía transmitió la hepatitis A un número elevado de trabajadores; en la otra, muchos trabajadores desarrollaron una toxiiñfección alimentaria por salmonella tras consumir un postre preparado con huevos crudos en un restaurante ajeno a la organización. En el primer caso, la organización dirigió sus esfuerzos educativos a los propios manipuladores de alimentos; en el segundo, se compartió la información con toda la plantilla sobre varios alimentos preparados con huevos crudos y el riesgo potencial que esto entraña.

### Intervenciones individuales

Mientras las tres experiencias descritas anteriormente siguen el típico esquema de promoción sanitaria de llegar a toda la población laboral o, al menos, a un sector importante, muchas de las actividades de promoción de salud de organizaciones como Morgan se realizan, en lo que respecta a las enfermedades infecciosas, a nivel individual. Esto comprende actuaciones que resultan factibles por las evaluaciones de salud periódicas, previas a la incorporación o a la jubilación, encuestas sobre viajes internacionales y visitas ocasionales al servicio de salud de la empresa.

### Reconocimientos médicos previos a la contratación.

Los individuos examinados en el momento de su contratación son normalmente jóvenes y sanos, y no es probable que hayan precisado recientemente atención médica. Con frecuencia necesitan vacunas como las del sarampión, rubéola o difteria-tétanos. Además, aquellos que van a ser ubicados en áreas de transmisión potencial de enfermedades, como los servicios sanitarios o de alimentación, deberían recibir información adecuada sobre las precauciones que deben observar.

**Reconocimientos médicos periódicos.** Asimismo, los controles periódicos de salud proporcionan la ocasión de revisar el estado vacunal y de comentar los riesgos asociados potencialmente a ciertas enfermedades crónicas así como las precauciones que se deberían tomar. Son ejemplos de esto último la necesidad de la vacunación anual contra la gripe en los individuos con diabetes o asma y las instrucciones a los diabéticos sobre los cuidados adecuados de sus pies para evitar infecciones locales.

Se deberían comentar las noticias recientes sobre enfermedades infecciosas, particularmente con los que presentan problemas de salud conocidos. Por ejemplo, pueden ser importantes para todos las noticias sobre los brotes de infecciones por *E. coli* atribuidas a la ingestión de carne picada mal cocinada, mientras que el peligro de contraer una criptosporidiosis por bañarse en piscinas públicas puede tener una importancia especial para los enfermos con el VIH o con otras inmunodeficiencias.

**Reconocimientos médicos prejubilación.** Se debe proponer a los trabajadores que son explorados como consecuencia de su jubilación que se vacunen contra el neumococo y se les debe aconsejar sobre la vacunación anual contra la gripe.

**Protección previa a los viajes.** La progresiva globalización de las tareas laborales junto con el interés creciente por los viajes internacionales de placer han contribuido a un incremento continuo de la población que precisa protección contra enfermedades infecciosas que probablemente no se iban a encontrar en su medio. Una visita previa a un viaje debe incluir una historia clínica que ponga de manifiesto cualquier vulnerabilidad de la salud del individuo que pueda suponer un aumento del riesgo asociado a la tarea o viaje previstos. Un buen ejemplo de lo anterior, y no infrecuente, es la trabajadora embarazada que está considerando un viaje a una región con malaria resistente a la cloroquina, dado que las pautas alternativas de profilaxis frente a la malaria pueden estar contraindicadas en el embarazo.

Se debería proporcionar información global sobre las enfermedades infecciosas prevalentes en las regiones que se van a visitar. Debería incluir los métodos de transmisión de las enfermedades implicadas, las técnicas de prevención y profilaxis y los síntomas típicos y las estrategias para acceder a los cuidados médicos si finalmente aquéllas se desarrollan. Y, por supuesto, se deben suministrar las vacunaciones indicadas.

**Consultas al servicio de salud laboral.** En la mayoría de las unidades de medicina laboral, los empleados pueden recibir los primeros auxilios y el tratamiento para los síntomas de su enfermedad; algunos de ellos, como el de Morgan, disponen de muchos servicios de atención primaria. Cada visita ofrece una oportunidad para aconsejar y efectuar actuaciones de prevención. Esto incluye proporcionar las vacunas en los plazos adecuados y alertar a los pacientes trabajadores sobre las precauciones sanitarias relativas a cualquier enfermedad subyacente o posible exposición. Una ventaja particular de esta situación es el hecho de que el trabajador haya buscado esa atención médica, lo que hace pensar que serán más receptivos a los consejos ofrecidos de lo que lo serían si esa misma información la hubieran obtenido en una campaña educativa general. El profesional de la salud debe aprovechar la ocasión para asegurarse de que ofrece una información adecuada y las vacunas o las medicaciones preventivas necesarias.

**Establecimiento de contactos con los miembros de la familia.** Aunque el objetivo primordial de la salud laboral es asegurar la salud y el bienestar del trabajador, existen muchas razones para pensar que también se realizan esfuerzos eficaces de promoción de la salud dirigidos a la familia del trabajador. Obviamente, la mayoría de los objetivos citados anteriormente son aplicables en la misma medida a los miembros adultos de la casa, y aunque los miembros de la familia generalmente no tienen acceso directo a los servicios de la unidad de salud laboral, se puede hacer llegar la información al hogar a través de boletines y folletos así como por transmisión verbal directa.

Consideración aparte merecen los niños, especialmente a la vista de la importancia de las vacunaciones infantiles precoces. Es bien sabido que a menudo se descuidan estas vacunaciones, al menos en parte, no solamente por los desfavorecidos desde el punto de vista económico, sino incluso en los hijos de los trabajadores más acomodados de las empresas de EE.UU. Para reducir al mínimo esta deficiencia pueden resultar útiles los seminarios sobre la atención correcta de los lactantes y la información impresa sobre este tema, suministrados por la empresa o por los responsables del seguro sanitario de la empresa. Además, la modificación de la cobertura del seguro sanitario para incluir dichas medidas "preventivas" así como las vacunaciones podría servir a su vez para prestar una atención adecuada a este tema.

### Mantenerse al día

Aunque la introducción de los antibióticos a mediados del siglo veinte hizo que algunos pensaran que las enfermedades

infecciosas pronto serían erradicadas, la experiencia actual ha sido bien distinta. No solo han aparecido nuevas enfermedades infecciosas (p. ej., la infección por el VIH o la enfermedad de Lyme), sino que cada vez más agentes infecciosos han desarrollado resistencias a fármacos eficaces en otro tiempo (p. ej., malaria y tuberculosis). Por lo tanto, es imperativo que los profesionales de la salud laboral actualicen sus conocimientos en el campo de las enfermedades infecciosas y su prevención. Aunque existen muchos modos de hacerlo, son particularmente útiles los informes periódicos y los boletines de la Organización Mundial de la Salud y de los agentes nacionales de la salud como los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (US Centers for Disease Control and Prevention).

### Conclusión

Una de las responsabilidades más importantes de las empresas en cuanto a la salud de su personal es la prevención y control de las enfermedades infecciosas entre los trabajadores. Esto incluye la identificación, el aislamiento y tratamiento adecuado de los individuos que padecen infecciones, junto con la prevención de su diseminación a los compañeros y subordinados y el apaciguamiento de las angustias de los afectados por un posible contacto. Esto también implica la educación y protección adecuada de los trabajadores que puedan entrar en contacto con enfermedades infecciosas durante su trabajo o en la comunidad. El servicio de salud laboral, tal como ha quedado ilustrado en la descripción de las actividades del departamento médico de J. P. Morgan and Company, Inc., de la ciudad de Nueva York, puede tener un papel trascendental en el cumplimiento de dicha responsabilidad, con un resultado beneficioso para los trabajadores, para la organización en su totalidad y para la comunidad.

## ● PROTECCION DE LA SALUD EN LOS VIAJES

*Craig Karpilow*

En esta era de organizaciones multinacionales y comercio internacional cada vez más intenso, los trabajadores deben realizar cada vez más viajes de negocios. Además, con frecuencia ellos mismos y sus familias pasan las vacaciones en países lejanos de cualquier parte del mundo. Aunque para la mayoría de las personas estos viajes son causa de disfrute, en ocasiones se convierten en experiencias duras y desagradables que, sobre todo para quienes no se han preparado de forma adecuada, pueden ser peligrosas. En todo caso, aunque a veces se producen situaciones de riesgo mortal, la mayoría de los trastornos asociados a los viajes no son graves, si bien provocan ansiedad, molestias e inconvenientes, junto con la frustración y los costes adicionales que suponen acortar el viaje o reorganizarlo. Para quien hace un viaje de negocios, estos trastornos pueden tener además una influencia considerable en la organización, debido al efecto negativo en las negociaciones y en los otros tipos de gestiones encomendadas, por no decir nada del coste que supondría anular la misión y enviar a otra persona para que la complete.

En este artículo se presenta un programa completo de protección al viajero dirigido a las personas que realizan viajes de negocios de corta duración y se describen de forma resumida las medidas necesarias para evitar los peligros asociados más habituales (se remite al lector a otras fuentes, p. ej., Karpilow 1991, que informan sobre los programas para personas con destinos a largo plazo en el extranjero y sobre los programas para unidades completas o grupos de trabajadores destinados en centros de trabajo lejanos).

### Un programa completo de protección en los viajes

Los programas de promoción de la salud en el puesto de trabajo suelen incluir de forma ocasional la organización de seminarios sobre las medidas adecuadas para prevenir los peligros asociados a los viajes. Estos seminarios suelen celebrarse sobre todo en las organizaciones en las que una parte importante de los trabajadores viaja con frecuencia. En ellas suele existir un departamento interno de viajes que se ocupa de las sesiones y de la distribución de folletos y de otro tipo de publicaciones. En la mayoría de los casos, sin embargo, la educación del futuro viajero y la oferta de cualquier servicio que sea necesario han de realizarse de forma individualizada, no en grupo.

En la situación ideal, esta tarea corresponde al departamento médico o al servicio de salud de los empleados que, como es lógico, contarán con un director médico u otro profesional sanitario con los conocimientos adecuados. Aparte de la comodidad que suponen, los servicios médicos internos ofrecen la ventaja de que conocen la organización, sus líneas de actuación y las personas que trabajan en ella, y pueden establecer una estrecha colaboración con otros departamentos implicados (como los de viajes y de personal, por ejemplo); además, permiten disponer de una historia clínica con los antecedentes médicos de cada persona y la información sobre cualquier otro trastorno sufrido en un viaje anterior y los datos, como mínimo generales, relativos al tipo y a la intensidad del trabajo que deberá realizarse durante el viaje.

Si no se dispone de un servicio interno de este tipo, debe remitirse a quien vaya a salir de viaje a alguna de las "travel clinics" o clínicas de consejos a los viajeros que dependen de muchos hospitales o de grupos médicos privados en la comunidad. Estas clínicas disponen de personal médico especializado en la prevención y el tratamiento de las enfermedades de los viajeros, prestan información actualizada sobre la situación en las zonas que se van a visitar y suministran las vacunas que estén indicadas.

Para que cualquier programa de prevención sea completo, debe presentar una serie de características que se examinan en los apartados siguientes.

#### **Una política establecida**

Con demasiada frecuencia, pese a que el viaje esté programado desde hace tiempo, las medidas de protección del viajero se toman de forma puntual, en el último minuto o, a veces, se omiten por completo. Por tanto, la existencia de una política establecida por escrito es un elemento clave en los programas de protección en el viaje. Como una gran parte de los viajeros son ejecutivos de alto nivel, esta política debe ser adoptada y apoyada por el primer ejecutivo de la organización, de forma que sus disposiciones puedan ser aplicadas por todos los departamentos implicados en la asignación de los viajes y en los preparativos que deban dirigir los directivos de rango inferior. En algunas organizaciones se sigue la política de prohibir de forma expresa cualquier viaje de negocios si el viajero no ha recibido "información médica" adecuada. Algunas políticas son tan detalladas que establecen los criterios mínimos de altura y de peso para autorizar la reserva de pasajes más caros en la clase *business*, en lugar de en la clase económica o turista de los aviones comerciales, donde los asientos son mucho más pequeños e incómodos, y especifican las circunstancias en las que el cónyuge u otros miembros de la familia pueden acompañar al viajero.

#### **Planificación del viaje**

El director médico o el profesional sanitario responsable deben participar en la planificación del itinerario junto con la agencia de viajes y la persona que va a viajar. Hay que considerar los

siguientes aspectos: (1) la importancia de la misión y de sus ramificaciones (incluida la asistencia obligatoria a actividades sociales); (2) las exigencias del viaje y las características de la parte del mundo que se va a visitar, y (3) el estado físico y mental del viajero, junto con su capacidad para soportar las dificultades de la experiencia sin que disminuya su rendimiento. Lo mejor sería que el viajero participara en decisiones tales como si el viaje debe posponerse o cancelarse; si el itinerario debe acortarse o modificarse; si la misión (es decir, el número de personas visitadas, el número o la duración de las reuniones, etc.) debe modificarse; si ha de llevar un asistente, y si en el itinerario deben incluirse períodos de descanso y relajación.

### **Consulta médica previa al viaje**

Si no se ha realizado recientemente un reconocimiento médico periódico, será necesario practicar una exploración física general y realizar pruebas de laboratorio habituales, incluido un electrocardiograma, para garantizar que las dificultades del viaje y las circunstancias que deban afrontarse durante éste no afectarán de forma negativa a la salud del viajero. Debe conocerse la situación actual de cualquier enfermedad crónica y, en su caso, deben adoptarse las medidas pertinentes en caso de diabetes, enfermedades autoinmunitarias o embarazo. Se ha de entregar un informe por escrito con los hallazgos y las recomendaciones para que pueda ser consultado por cualquier médico que atienda al paciente durante el viaje. Esta exploración inicial también sirve para conocer la situación inicial del viajero y evaluar cualquier posible enfermedad a la vuelta.

En la consulta debe estudiarse la pertinencia de las vacunaciones y sus posible efectos secundarios, distinguiendo claramente entre las vacunas necesarias y las que sólo son recomendables. Se ha de trazar un plan individualizado de vacunaciones adaptado a las necesidades del viajero y a la fecha de salida y, por último, se han de administrar las vacunas necesarias.

Debe revisarse cualquier tipo de medicamento que reciba el paciente de forma habitual y deben extenderse las recetas necesarias para que disponga de un suministro adecuado a sus necesidades, incluso algunas de más para el caso de pérdida o deterioro. Asimismo, es necesario adaptar la posología de los medicamentos en los viajeros que atraviesan varias zonas horarias (p. ej., en los pacientes con diabetes insulino-dependiente). Según el tipo de trabajo y el modo de transporte, será necesario prescribir ciertos medicamentos para prevenir enfermedades específicas, como la malaria, la diarrea del viajero, el *jet-lag* y el mal de altura, entre otras. Además, hay que proporcionar o recetar medicamentos para el tratamiento sobre la marcha de algunos trastornos leves, como las infecciones de las vías respiratorias superiores (sobre todo, la congestión nasal y la sinusitis), la bronquitis, el mareo, las dermatitis, y otras afecciones razonablemente previsibles.

### **Botiquín**

Para el viajero que no desea gastar su valioso tiempo buscando una farmacia que esté abierta, un botiquín con medicamentos y otros productos médicos puede tener un valor incalculable. Aunque encontrase la farmacia, puede que el farmacéutico no conozca el medicamento, por no hablar de las dificultades idiomáticas. Además, en algunos casos los medicamentos no son eficaces ni seguros. En un gran número de países no existen leyes estrictas sobre el etiquetado de los fármacos y aun faltan todo tipo de disposiciones legales para garantizar la calidad. En las farmacias pequeñas suelen ignorarse las fechas de caducidad de los medicamentos y, en los países tropicales, las altas temperaturas pueden inactivar algunos medicamentos que se almacenan en estanterías a elevadas temperaturas.

Aunque es posible comprar botiquines con medicamentos de uso común, el contenido debe adaptarse a las necesidades específicas del viajero. Entre los productos más necesarios, además de los medicamentos prescritos para problemas médicos concretos, se encuentran los fármacos para el mareo por movimiento, la congestión nasal, las alergias, el insomnio y la ansiedad, los analgésicos, antiácidos y laxantes, así como la medicación para las hemorroides, los trastornos menstruales y los calambres musculares nocturnos. Pueden incluirse además antisépticos, vendas y algún otro tipo de material de uso quirúrgico.

El viajero debe llevar una carta firmada por un médico que incluya una lista de los medicamentos que lleva y en la que se especifiquen los trastornos para los que se han prescrito. Esta medida puede evitar al viajero situaciones embarazosas y retrasos, a veces considerables, en las puertas de entrada internacionales en las que los agentes de aduanas ponen especial cuidado en la búsqueda de drogas ilegales.

El viajero debe llevar además un par de gafas o de lentes de contacto de repuesto y un suministro adecuado de productos como las soluciones de limpieza (se recomendará a los viajeros que visiten zonas demasiado sucias o polvorientas que lleven gafas en vez de lentes de contacto). Es aconsejable llevar una copia de la prescripción de las gafas para facilitar la reposición de éstas en caso de rotura o de pérdida.

Es necesario revisar antes de cada viaje el botiquín de quienes viajan con frecuencia para comprobar que el contenido se ajusta al itinerario particular y no hay productos caducados.

### **Historias clínicas**

Además de la documentación en la que se indica que los medicamentos que lleva el viajero son adecuados, es necesario entregar una carta o informe en el que se resuman cualquier dato significativo de su historia clínica, los resultados de la evaluación médica previa al viaje y copia de un electrocardiograma reciente y de cualquier dato relevante de las pruebas de laboratorio. Un documento en el que se indiquen las vacunaciones más recientes evitará en algunos casos la vacunación obligatoria en las puertas de entrada internacionales. En ese documento deben incluirse también el nombre, la dirección y los números de teléfono y de fax de un médico que pueda suministrar información adicional sobre el viajero en caso necesario (con este fin pueden resultar útiles una tarjeta del tipo Alerta-Médica o un brazalete).

Existen tarjetas de historia clínica con chips de microfilm para incluir la historia clínica completa del paciente. Aunque suelen ser útiles, es posible que el médico extranjero no disponga de un visualizador de microfilms ni de una lupa con aumentos suficientes para leer la tarjeta. Otro problema adicional es la actualización de la información.

### **Vacunaciones**

Algunos países exigen que todos los viajeros que llegan a ellos estén vacunados contra ciertas enfermedades, como el cólera, la fiebre amarilla o la peste. Aunque la Organización Mundial de la Salud recomienda que únicamente se declare obligatoria la vacuna de la fiebre amarilla, algunos países continúan exigiendo la vacunación contra el cólera. Con ello se pretende proteger no sólo a los viajeros, sino también a los propios ciudadanos contra las enfermedades que aquéllos puedan portar.

Con las vacunas recomendadas se intenta proteger al viajero de contraer enfermedades endémicas. Esta lista es mucho más larga que la lista de vacunas "necesarias" y aumenta todos los años al desarrollarse nuevas vacunas para combatir enfermedades nuevas que se propagan con rapidez. Las recomendaciones sobre una vacuna concreta suelen variar según la

prevalencia y virulencia de la enfermedad en la zona a la que se viaja. Por este motivo, es esencial disponer de información actualizada. Esta puede obtenerse a través de la Organización Mundial de la Salud y de entidades públicas como los Centers for Disease Control and Prevention de Estados Unidos, el Departamento de Salud y Bienestar de Canadá, y el Departamento de Salud de la Commonwealth en Sidney, Australia. Información similar, en general procedente de estas fuentes, puede obtenerse a través de organizaciones comerciales y de voluntariado locales; también es posible conseguirla en soportes electrónicos que se actualizan de forma periódica.

Las vacunas que se recomiendan a todos los viajeros son las correspondientes a la difteria /tétanos, la polio, el sarampión (en los nacidos después de 1956 que no han sufrido un episodio de sarampión documentado por un médico), la gripe y la hepatitis B (sobre todo si por el tipo de trabajo se corre el riesgo de una exposición).

El tiempo disponible antes de la partida puede influir en el plan de vacunación y en las dosis administradas. Por ejemplo, en las personas que nunca han sido vacunadas contra la fiebre tifoidea, el mayor título de anticuerpos se consigue administrando dos inyecciones con cuatro semanas de intervalo. Si no hay tiempo suficiente, quienes no hayan sido previamente vacunados pueden recibir cuatro comprimidos de la vacuna oral recientemente desarrollada, lo que es considerablemente más eficaz que la administración de una dosis única de la vacuna inyectable. La pauta de vacunación oral puede emplearse también como dosis de recuerdo en quienes han recibido antes las inyecciones.

### Seguro de enfermedad y de repatriación

Numerosos programas de seguros de enfermedad nacionales y privados no cubren los servicios sanitarios que se prestan fuera de la zona especificada. Existe, por tanto, la posibilidad de que se produzcan trastornos y retrasos en la atención y se generen gastos fuera del alcance del bolsillo en caso de accidente o de enfermedad aguda durante un viaje. Es prudente, por tanto, comprobar si el seguro de enfermedad cubre toda la zona por la que se va a viajar. En caso contrario, se aconseja contratar un seguro de enfermedad temporal que cubra todo el viaje.

En ciertas circunstancias, sobre todo en las áreas subdesarrolladas, la falta de instalaciones modernas adecuadas y la dudosa calidad de la atención médica disponible pueden obligar a una evacuación. Esta puede hacerse a la ciudad de origen o, si la distancia es excesiva, a un centro médico urbano de calidad aceptable situado en la ruta de regreso. Diversas empresas prestan servicios de evacuación de urgencia en todo el mundo; algunas, sin embargo, reducen su cobertura a zonas más limitadas. Como estas situaciones suelen ser muy urgentes y causan gran estrés en la mayoría de las personas implicadas, se aconseja ponerse en contacto con una empresa que ofrezca sus servicios en las áreas que se van a visitar y, como estos servicios pueden ser muy caros, confirmar que se incluyen en el programa de seguro de enfermedad del viajero.

### Información posterior al viaje

Es recomendable consultar al médico al poco tiempo de volver del viaje. De esta forma podrá determinarse cualquier posible problema sanitario e instaurarse el tratamiento adecuado de los trastornos que todavía no hayan desaparecido por completo. Así se obtendrá además información sobre las condiciones y circunstancias de la ruta, la cual podrá emplearse para mejorar las recomendaciones y la organización en viajes futuros de las mismas u otras personas.

### Prevención de los peligros de los viajes

Los viajes se acompañan casi siempre de peligros sanitarios que, como mínimo, producen inconvenientes y molestias y, en el peor de los casos, pueden provocar enfermedades graves y discapacitantes. En la mayoría de los supuestos pueden controlarse o evitarse, pero esto requiere un esfuerzo especial por parte del viajero. El principal objetivo del programa de protección al viajero consiste en sensibilizarle sobre los peligros sanitarios de los viajes y en suministrarle la información y el entrenamiento necesario para evitarlos. A continuación se presentan algunos de los peligros más habituales en los viajes.

**Jet lag.** El paso rápido a través de las zonas horarias puede trastornar los ritmos fisiológicos y psicológicos (los ritmos circadianos) que regulan las funciones corporales. Este trastorno se conoce como "jet-lag" porque se presenta de forma casi exclusiva en los viajes en avión y puede provocar alteraciones del sueño, malestar, irritabilidad, disminución del rendimiento mental y físico, apatía, depresión, fatiga, pérdida de apetito, molestias gástricas y alteración del ritmo intestinal. En general, se necesitan varios días hasta que estos ritmos se adaptan otra vez a la nueva situación. En consecuencia, se recomienda a los viajeros que reserven los vuelos de larga distancia días antes del comienzo de compromisos sociales o de negocios importantes, para que dispongan de un período suficiente para recuperar sus energías, el estado de alerta y sus capacidades laborales (lo mismo se recomienda para los viajes de vuelta). Esto es de particular importancia en los viajeros de más edad, ya que los efectos del "jet lag" parecen aumentar con la edad.

Se han utilizado diversas medidas para reducir al mínimo los efectos producidos. Algunos autores recomiendan la "dieta de jet lag", en la que durante los tres días previos al viaje se alterna el consumo y el ayuno de alimentos muy ricos en carbohidratos o en proteínas. Otros proponen realizar una cena muy rica en carbohidratos antes de partir de viaje y limitar la alimentación durante éste a ensaladas, fruta y otros platos ligeros, además de beber una gran cantidad de líquido antes y durante el viaje (lo suficiente para necesitar ir al servicio cada hora) y evitar el consumo de bebidas alcohólicas. Otros recomiendan utilizar una fuente de luz montada sobre la cabeza que suprima la secreción de melatonina en la glándula pineal, ya que algunos de los síntomas del "jet lag" se han asociado al exceso de esta hormona. Recientemente se ha observado que pequeñas dosis de melatonina en comprimidos (1 mg o menos; las dosis mayores, que se administran frecuentemente con otros fines, producen somnolencia) administradas de acuerdo con una prescripción durante varios días antes y después del viaje minimizan el "jet lag". Aunque todas estas medidas pueden ser útiles, lo mejor es descansar y relajarse de forma adecuada hasta que el organismo se haya adaptado por completo a la nueva situación.

**Viaje aéreo.** Además del "jet lag", el viaje en avión puede presentar otro tipo de problemas. El camino hasta el aeropuerto y su recorrido pueden provocar ansiedad e irritación, sobre todo si hay atascos de tráfico o se lleva un equipaje pesado o voluminoso, se retrasan o se cancelan los vuelos y hay que cruzar las terminales para tomar los vuelos de enlace. Los períodos prolongados de confinamiento en asientos estrechos con espacio insuficiente para las piernas no sólo son incómodos, sino que pueden provocar ataques de flebitis en las piernas. La mayoría de los pasajeros en los aviones modernos bien revisados no tendrán ningún problema para respirar, ya que las cabinas están presurizadas para mantener una altitud inferior a 8.000 pies por encima del nivel del mar. El humo del tabaco puede molestar a los pasajeros sentados en la sección de fumadores o cerca de ella en los aviones en que se permite fumar.

Figura 15.22 • Ejercicios que pueden realizarse en viajes en avión prolongados.



Para reducir al mínimo estos problemas, pueden adoptarse diversas medidas: preparar con antelación el transporte a los aeropuertos y desde éstos, así como la asistencia con el equipaje; proporcionar carritos eléctricos o sillas con ruedas a quien pueda tener dificultades para recorrer a pie distancias largas entre la entrada de la terminal y las puertas de acceso; realizar comidas ligeras y evitar las bebidas alcohólicas durante el vuelo; beber mucho líquido para prevenir la tendencia a la deshidratación; levantarse del sitio y caminar por la cabina con frecuencia. Si esto no es posible, es muy importante realizar ejercicios de estiramiento y relajación como los que se muestran en la Figura 15.22. Una pieza que cubra los ojos puede resultar útil para intentar dormir durante el vuelo, y se ha demostrado que el uso de tapones de oídos durante éste reduce el estrés y la fatiga.

En unos 25 países, entre ellos Argentina, Australia, la India, Kenia, México, Mozambique y Nueva Zelanda, en las cabinas de los aviones que aterrizan se nebulizan insecticidas antes de que los pasajeros abandonen el avión. Con esta medida se pretende impedir la introducción en el país de insectos portadores de enfermedades.

A veces, la nebulización es superficial, pero con frecuencia se realiza por toda la cabina, incluidos los pasajeros y la tripulación. Los viajeros a los que irriten o molesten los carbohidratos que contienen los productos nebulizados deberán cubrirse la

cara con un paño mojado y practicar ejercicios respiratorios de relajación.

Estados Unidos se opone a esta práctica. El secretario de Transportes, Federico F. Peña, ha propuesto que se obligue a todas las compañías aéreas y agencias de viajes a comunicarlo a los viajeros cuando van a realizar la nebulización y el Departamento de Transportes prevé plantear este controvertido tema a la Asociación Internacional de Aviación Civil y copatrocinar un simposio de la Organización Mundial de la Salud sobre la cuestión (Fiorino 1994).

**Mosquitos y otros insectos que pican.** La malaria y otras enfermedades transmitidas por artrópodos (p. ej., fiebre amarilla, encefalitis vírica, fiebre del dengue, filariasis, leishmaniasis, oncoscrosis, tripanosomiasis y enfermedad de Lyme) son endémicas en muchas regiones del mundo. La primera línea de defensa contra ellas consiste en evitar las picaduras de insectos.

Pueden aplicarse sobre la piel y/o los vestidos repelentes de insectos que contengan "DEET" (N,N-dietil-meta-toluamida). Como éste puede absorberse a través de la piel y causar síntomas neurológicos, no se recomienda utilizar preparados con una concentración superior al 35 %, sobre todo en los niños. El hexanediol es una alternativa muy útil para las personas sensibles al DEET. El producto comercial humidificante Skin-So-Soft® debe aplicarse cada veinte minutos más o menos para que sea eficaz como repelente.

Todas las personas que viajen por zonas en las que las enfermedades transmitidas por artrópodos sean endémicas deben vestir camisas de manga larga y pantalones largos, sobre todo después del anochecer. En los países cálidos, las prendas sueltas de lino o de algodón son más frescas que llevar la piel expuesta. Deben evitarse los perfumes y los productos cosméticos perfumados, los jabones y las lociones que puedan atraer a los insectos. En las zonas muy infestadas, pueden ser útiles las chaquetas ligeras de malla, las capuchas y los protectores de cara. También es importante el uso de mosquiteras y de mallas protectoras en las ventanas (antes de acostarse, conviene nebulizar un insecticida en el interior para asegurarse de que no han quedado atrapados insectos indeseables.)

Los vestidos protectores y las mallas pueden tratarse con un repelente que contenga DEET o con permetrina, un insecticida disponible en nebulizadores y en formulaciones líquidas.

**Malaria.** A pesar de los esfuerzos realizados durante décadas para erradicar los mosquitos, la malaria continúa siendo endémica en la mayoría de las regiones tropicales y subtropicales del mundo. Como se trata de una enfermedad peligrosa y debilitante, además de las medidas ya descritas para prevenir las picaduras de los mosquitos es necesario tomar, como profilaxis, uno o más fármacos antipalúdicos. Aunque se han desarrollado numerosos fármacos antipalúdicos eficaces, algunas cepas del parásito de la malaria se han hecho muy resistentes a algunos o incluso a todos los fármacos que se utilizan en la actualidad. Por ejemplo, la cloroquina, el fármaco tradicionalmente más difundido, continúa siendo eficaz frente a las cepas de malaria en algunas partes del mundo, pero es prácticamente inútil en muchas otras. Para las cepas del parásito resistentes a ella se utiliza en general proguanil, mefloquina y doxiciclina. En ciertas áreas se emplea también maloprim, fansidar y sulfisoxazol. La pauta profiláctica se inicia antes de entrar en la zona palúdica y se continúa durante algún tiempo después de salir de ella.

La elección del fármaco debe basarse en recomendaciones "de última hora" para las zonas concretas a las que se dirija el viajero. Deberán considerarse también sus efectos secundarios: por ejemplo, el fansidar está contraindicado durante el embarazo y la lactancia; la mefloquina no debe utilizarse en los

pilotos de avión ni en las personas en las que los efectos secundarios sobre el sistema nervioso central puedan afectar su rendimiento o poner en peligro la seguridad de otras personas, ni en los viajeros en tratamiento con bloqueadores beta o de los canales del calcio o con otros fármacos que alteren la conducción cardíaca.

**Agua contaminada.** La contaminación del agua puede ser un problema en todo el mundo. Incluso en los centros urbanos modernos, los defectos en las tuberías y en las conexiones de los edificios antiguos o en mal estado de conservación pueden permitir la diseminación de las infecciones. El agua embotellada no siempre es segura, sobre todo si no está intacto el sellado del tapón. Las bebidas carbonatadas son seguras en general siempre que no hayan perdido la fuerza.

El agua puede desinfectarse calentándola a 62 °C durante 10 minutos o añadiendo yodo o cloro después de filtrarla para eliminar los parásitos y las larvas de gusanos y dejarla reposar durante 30 minutos.

Las unidades de filtración que se venden para las excursiones de camping no son apropiadas en general para las zonas en las que el agua puede estar contaminada, ya que no inactivan los virus ni las bacterias. Los filtros llamados "Katadyn" se presentan en unidades individuales y permiten filtrar microorganismos de tamaño superior a 0,2 micras, pero después hay que tratar el agua con yodo/cloro para eliminar los virus. Los filtros "PUR" que se han desarrollado más recientemente combinan filtros de 1,0 micras con la exposición a una matriz de resina triyódica que elimina las bacterias, los parásitos y los virus en un solo proceso.

En las zonas en las que el agua pueda estar contaminada, debe aconsejarse al viajero que no tome hielo ni bebidas granizadas y que no se cepille los dientes con agua no purificada.

Otra precaución importante es no bañarse ni sumergir los brazos ni las piernas en lagos ni en cursos de agua dulce en los que existan los caracoles portadores de los parásitos de la esquistosomiasis (bilharzia).

**Comida contaminada.** La comida puede contaminarse en el origen por el uso de residuos humanos como fertilizante, durante el transporte por la falta de refrigeración y la exposición a moscas y otros tipos de insectos, y durante la preparación por la escasa higiene de cocineros y de otros manipuladores de alimentos. Respecto a esto último, la comida servida por un vendedor callejero a quien se ve cocinarla y prepararla puede ser más segura que la de un restaurante de cinco tenedores en el que el ambiente elegante y los limpios uniformes que viste el personal no garantizan que la conservación, la preparación ni la forma de servirla sean las adecuadas. Probablemente, el mejor consejo que pueda darse al viajero es el viejo: "No comas lo que no puedas hervir ni pelar personalmente".

**Diarrea del viajero.** La diarrea del viajero se produce en todo el mundo, tanto en los centros urbanos modernos como en las áreas subdesarrolladas. Aunque la mayoría de los casos se atribuyen a la presencia de microorganismos en la comida y la bebida, en numerosas ocasiones se trata tan sólo del resultado de la ingestión de productos extraños o de comidas elaboradas con procedimientos también extraños, de excesos dietéticos y de la fatiga. Algunos casos se producen después de bañarse o de ducharse con agua contaminada o de bañarse en lagos, ríos y estanques contaminados.

La mayoría de los casos son autolimitados y responden con rapidez a medidas simples como tomar una cantidad suficiente de líquidos, una dieta blanda y ligera y el descanso.

Medicamentos sencillos como la attapulgita (un producto con arcilla que actúa como absorbente), el subsalicilato de bismuto y los agentes anti-motilidad, como la loperamida o reglan, pueden ayudar a controlar la diarrea. Sin embargo, si ésta es grave, dura más de tres días o se acompaña de vómitos repetidos o de fiebre, se aconseja consultar a un médico y utilizar los antibióticos adecuados. La selección del antibiótico debe guiarse por la identificación en el laboratorio del microorganismo causante de la diarrea o, si esto no es posible, del análisis de los síntomas y de la información epidemiológica sobre la prevalencia de las distintas infecciones en el área que se visita. Debe facilitarse al viajero un folleto como el que ha elaborado la Organización Mundial de la Salud (Figura 15.23), en el que se expliquen de forma clara las medidas que deben tomarse, en un lenguaje sencillo que no provoque alarma.

Se ha propuesto la utilización profiláctica de antibióticos antes de entrar en las áreas en las que se sospecha la contaminación del agua y de la comida, pero esta medida no es aconsejable porque los antibióticos pueden provocar síntomas de diarrea y este tipo de profilaxis favorece que el viajero se relaje e ignore las precauciones que se le han aconsejado.

En algunos casos, la diarrea no se produce hasta la vuelta del viaje. En tal caso puede entenderse que se trata de una enfermedad parasitaria y habrá que realizar las pruebas de laboratorio adecuadas para identificar el microorganismo o descartar este tipo de infección.

**Mal de altura.** Las personas que viajan a regiones montañosas como Aspen (Colorado), Ciudad de México o La Paz (Bolivia) pueden sufrir problemas relacionados con la altura, sobre todo si padecen cardiopatías coronarias, insuficiencia cardíaca congestiva o enfermedades pulmonares, como enfisema, bronquitis crónica o asma. En los casos leves, el mal de altura puede causar fatiga, cefaleas, disnea de esfuerzo, insomnio o náuseas. Estos síntomas desaparecen en general al cabo de algunos días de disminución de la actividad física y de descanso.

En los casos más graves, los síntomas pueden progresar hasta producir dificultades respiratorias, vómitos y visión borrosa. Si esto sucede, el viajero debe buscar atención médica y descender a menor altura tan rápido como sea posible e incluso inhalar oxígeno suplementario hasta ese momento.

**Delincuencia e inestabilidad social.** La mayor parte de los viajeros tienen el sentido común suficiente para evitar las zonas de guerra y de inestabilidad social. No obstante, en ciudades que desconocen pueden adentrarse inadvertidamente en barrios violentos donde los turistas son víctimas habituales. Para evitar situaciones desagradables son útiles las instrucciones sobre la forma segura de guardar joyas y otros objetos valiosos y los mapas con indicación de las rutas seguras para ir desde el aeropuerto al centro y las zonas que deben evitarse.

**Fatiga.** La fatiga simple suele producir malestar y alterar el rendimiento. Una gran parte de los trastornos que se atribuyen al "jet lag" suelen ser el resultado de las incomodidades que se sufren cuando se viaja en avión, autobús y automóvil, de lo mal que se duerme en camas y en entornos extraños, del consumo excesivo de comida y de alcohol y de una agenda de entrevistas y de compromisos sociales demasiado apretada.

El viajero de negocios suele tener que resolver gran cantidad de trabajo y realizar los preparativos antes de comenzar el viaje, sin contar con el esfuerzo que necesita para ponerse al día a la vuelta. Un elemento clave de los programas de protección en los

Figura 15.23 • Ejemplo de un prospecto informativo de la Organización Mundial de la Salud sobre la diarrea del viajero.

### ANTES DE COMENZAR EL VIAJE

- Consulte a su médico para saber a qué enfermedades puede verse expuesto y si necesita vacunas u otras medidas de prevención.
- Asegúrese de que su botiquín contenga sales de rehidratación oral (SRO) y agentes desinfectantes para el agua.

### COMER CON CUIDADO

Las siguientes recomendaciones se aplican en todos los casos, desde los vendedores de alimentos callejeros a los costosos restaurantes de los hoteles:

- La comida cocinada que se ha mantenido a la temperatura ambiente durante varias horas representa uno de los mayores riesgos de contraer una enfermedad de origen alimentario. Asegúrese de que la comida está perfectamente cocida y aún caliente cuando se la sirvan.
- Evite los alimentos crudos, salvo las frutas y verduras que pueden pelarse. Evite las frutas con la piel estropeada. Recuerde el dicho "Cocínelo, pélelo o déjelo".
- Los huevos crudos o insuficientemente cocidos, o las preparaciones caseras que los contienen, como la mayonesa, algunas salsas (p. ej. la holandesa) y ciertos postres (p. ej. las cremas batidas) pueden ser peligrosos.
- Los helados de procedencia dudosa están frecuentemente contaminados y pueden producir enfermedades. En caso de duda, evítelos.
- En algunos países, los pescados y mariscos de ciertas especies pueden contener toxinas, incluso cuando están bien cocidos. Pida consejo a los habitantes del lugar.
- La leche no pasteurizada debe ser hervida antes de consumirla.
- Cuando la salubridad del agua de bebida sea dudosa, hiérvala, o si esto no es posible, trátela con agentes desinfectantes de liberación lenta que sean fiables. Por lo general, estos agentes pueden adquirirse en farmacia.
- Evite consumir hielo, a menos que esté seguro de que está hecho con agua potable.
- Las bebidas como el té o el café caliente, el vino, la cerveza y las gaseosas, y los zumos de fruta embotellados o envasados, son por lo común inocuos.

### QUE HACER EN CASO DE DIARREA

- La mayor parte de los ataques de diarrea remiten espontáneamente en unos días. Lo importante es evitar la deshidratación.
- Tan pronto como comience la diarrea, **beba más líquidos**, por ejemplo agua embotellada, hervida o tratada, o té claro. También podrá tomar zumos de frutas (diluidos con agua potable) o sopa. Si la diarrea dura más de un día, prepare y beba una solución de SRO<sup>1</sup> y siga comiendo normalmente.

*Cantidades de líquido o de SRO que deben beberse:*

Niños menores de 2 años:	1/4 – 1/2 taza (50–100 ml) después de cada deposición suelta
De 2 a 10 años:	1/2 – 1 taza (100–200 ml) después de cada deposición suelta
Niños de más edad y adultos:	cantidades ilimitadas

*Vaya al médico si:*

- La diarrea dura más de 3 días y/o tiene deposiciones acuosas muy frecuentes, sangre en las heces, vómitos repetidos o fiebre.
- Cuando sea imposible ir al médico y haya sangre en las heces, se puede tomar cotrimoxazol durante 5 días.<sup>2</sup>
- No se recomienda el uso profiláctico de antibióticos. Aunque no se recomiendan los antidiarreicos (como la loperamida), pueden ser tomados, además de líquidos, pero sólo por adultos, para aliviar los síntomas. Nunca deben administrarse a los niños.
- Si hay otros síntomas, vaya al médico.

<sup>1</sup> Si no puede obtener SRO, mezcle el contenido de una cucharita (de té) rasa de azúcar y una cucharita rasa de sal en 1 litro de agua potable. Beba esa mezcla en las dosis indicadas para las SRO.  
<sup>2</sup> Dosis de cotrimoxazol (trimetoprima, sulfametoxazol):  
 Adultos: 160 mg de trimetoprima y 800 mg de sulfametoxazol, dos veces al día, durante 5 días.  
 Niños: 5 mg de trimetoprima y 25 mg de sulfametoxazol por kg de peso corporal, dos veces al día, durante 5 días.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 1994.

viajes es la educación del viajero para prevenir la acumulación de fatiga indebida, así como el adoctrinamiento del superior a quien aquél deba presentar sus informes, para que tenga en cuenta este frecuente peligro al asignar las tareas.

### Conclusión

Al aumentar los viajes a lugares exóticos y lejanos por motivos de ocio o de negocios, la protección del viajero se ha convertido en un elemento importante en los programas de promoción de salud en el puesto de trabajo. A tal fin, hay que sensibilizarle sobre los peligros que puede encontrar y suministrarle la información y los medios necesarios para evitarlos. Estos medios son la consulta previa al viaje, las vacunaciones y el suministro de los medicamentos que pueda necesitar durante el viaje. La participación de la dirección también es importante para que las expectativas de la misión sean razonables y para que puedan realizarse los preparativos adecuados para el viaje y el alojamiento. El objetivo es completar con éxito la misión y que el trabajador vuelva sin ningún problema sanitario.

## PROGRAMAS DE GESTION DEL ESTRES ●

*Leon J. Warshaw*

La misión principal de la salud y seguridad en el trabajo es proteger y mejorar la salud, bienestar y productividad de los trabajadores, tanto individual como colectivamente. Para poder cumplir esta misión es imprescindible comprender el estrés y el mecanismo por el cual afecta a las personas y a las organizaciones, y elaborar un programa bien planificado que disminuya y, lo que es más importante, evite, los perniciosos efectos del estrés.

El estrés es un ingrediente inevitable de la vida de todas las personas en cualquier lugar. Mantiene una relación de causa y efecto con la sensación interna de bienestar de las personas, con sus relaciones con la familia, los amigos, los compañeros de trabajo y los desconocidos, y con la capacidad de desenvolverse en el hogar, en el lugar de trabajo y en la vida social. Cuando es excesivo, produce síntomas físicos y psicológicos, si se prolonga demasiado, puede provocar enfermedad e incapacidad.

Modifica las percepciones de los individuos, así como sus sentimientos, actitudes y comportamientos, y afecta a las organizaciones cuyas actividades dirigen o realizan. El estrés se trata con detenimiento en otros apartados de esta *Enciclopedia*.

### Diseño de un programa de gestión del estrés

Un programa eficaz de gestión del estrés en el lugar de trabajo debe contener ciertos elementos que se solapan y que operan de forma concurrente. Algunos se sitúan formalmente dentro de los programas de gestión del estrés, mientras que otros son simplemente partes de la gestión organizativa general aun cuando se dirijan de forma explícita al control del estrés. En algunos casos, estos elementos van destinados a los trabajadores de forma individual y en grupos; en otros, se orientan a los factores de estrés que aparecen en el lugar de trabajo, y un tercer tipo de elementos abordan los factores de estrés que influyen negativamente en la organización como entidad en sí misma y que, de forma inevitable, se filtran hasta afectar a algunos o a todos los trabajadores. A continuación se verán los elementos que forman un programa de gestión del estrés en el lugar de trabajo.

1. *Gestionar los síntomas relativos al estrés.* Este elemento se refiere a individuos que ya padecen los efectos del estrés. Denominado "modelo médico", trata de identificar a individuos que presentan síntomas, y convencerlos de que acepten voluntariamente acudir a profesionales que puedan evaluar sus problemas, diagnosticar las causas y ofrecer el tratamiento adecuado. Puede basarse en el servicio de salud de los empleados, el programa de asistencia a éstos, o cualquier otro servicio de asesoramiento prestado por la organización. Los servicios pueden ser diversos, desde entrevistas y exámenes individuales hasta líneas telefónicas para situaciones de emergencia o centros bien equipados con equipos multidisciplinares de profesionales cualificados. Pueden ser atendidos por profesionales a tiempo completo o parcial, por acuerdos contractuales o caso por caso con profesionales que se desplacen al lugar de trabajo o estén ubicados en instalaciones cercanas de la misma localidad. Algunos servicios se ocupan de todos los problemas, mientras que otros pueden centrarse más o menos en los síndromes específicos relacionados con el estrés, como hipertensión, dolores de espalda, alcoholismo, consumo de drogas o problemas familiares. Las contribuciones de estos elementos de servicio al programa de gestión del estrés se basan en las capacidades siguientes:
  - Tomar conciencia de que muchos problemas somáticos recurrentes o persistentes, como dolores musculares, molestias gastrointestinales, etc., se pueden atribuir al estrés. En lugar de limitarse a proporcionar medicaciones y consejos paliativos, el profesional o asesor experto reconocerá los síntomas y concentrará su atención en los factores de estrés, que son los verdaderos responsables.
  - Reconocer que cuando varios trabajadores de un mismo departamento o sección presentan tales molestias, se debe emprender una investigación para identificar en el ambiente laboral un factor causante e intentar controlarlo para reducir el estrés.
  - Localizar a los individuos que hayan padecido un hecho catastrófico o hayan sido testigos de él, como un accidente grave o un episodio de violencia.
    - Aprovechar la oportunidad para detener una medida disciplinaria aplicada a un trabajador a causa de un rendimiento inadecuado o de un comportamiento anormal, hasta que se pueda rebajar el nivel de estrés y devolverle su ecuanimidad y capacidad de trabajo normales.
2. *Reducir la vulnerabilidad de cada persona.* Los elementos más comunes en los programas de gestión del estrés son los que ayudan a las personas a combatirlo reduciendo su vulnerabilidad. Estos elementos pueden consistir en series de seminarios y talleres, complementados con cintas de video y audio y folletos u otras publicaciones que enseñen a los trabajadores a luchar contra el estrés de un modo eficaz. Sus denominadores comunes son:
  - Formación en autoconciencia y análisis de problemas para detectar los síntomas de estrés e identificar los factores responsables.
  - Formación en positivo para hacer más dinámica la lucha contra tales factores.
  - Técnicas para reducir el estrés a niveles más tolerables.

Algunas de las herramientas que se emplean se relacionan en la Figura 15.24. Para quienes no estén familiarizados con la terminología, sesiones de "rap" son reuniones de grupos de trabajadores, con o sin la presencia de supervisores, en las que se discuten experiencias y problemas y donde se expresan libremente las quejas. Son análogas a las "reuniones de taller" auspiciadas por los sindicatos.
3. *Relaciones interpersonales en el lugar de trabajo.* Las organizaciones están cada vez más sensibilizadas respecto a los factores de estrés que emanan de la heterogeneidad de la plantilla y los problemas interpersonales que se producen. Los prejuicios y la intolerancia no se detienen a las puertas del lugar de trabajo y se combinan a menudo con un comportamiento insensible o discriminatorio por parte de la dirección y los mandos intermedios. El sexo o la cuestión racial puede materializarse en acoso e incluso producir actos de violencia. Cuando estas actitudes son intensas requieren una corrección rápida mediante la formulación de una política explícita que incluya sanciones disciplinarias contra los culpables y proteja a las víctimas de posibles represalias por denunciar las infracciones.
4. *Gestión de los factores laborales de estrés.* Es responsabilidad de la organización reducir al mínimo los factores laborales de estrés que puedan influir negativamente en la capacidad de los trabajadores para desempeñar eficazmente sus funciones. Es de importancia capital garantizar que los supervisores y mandos de todos los niveles reciben formación adecuada para reconocer y tratar correctamente los problemas personales que aparecen de forma inevitable en el lugar de trabajo.
5. *Gestión del estrés de la organización.* La organización como entidad está expuesta a factores de estrés que, si no se tratan adecuadamente, se filtran hacia abajo a través de la plantilla de forma inevitable y acaban afectando negativamente a los trabajadores de todos los niveles. Esta situación exige el establecimiento de objetivos ambiciosos pero realistas, la identificación y evaluación precoz de factores de estrés potenciales que puedan obstaculizar dichos planes, la coordinación de las capacidades de la organización para enfrentarse a ellos, y la comunicación de los resultados de tales esfuerzos al resto de los trabajadores. Esto último es especialmente importante en tiempos de austeridad económica, cuando la colaboración de los trabajadores y una productividad óptima son esenciales para afrontar posibles crisis, como cambios en la alta dirección, amenazas de fusiones y absorciones, cierres de factorías o reubicaciones y reducciones de plantilla.
6. *Ayudar a gestionar los factores personales de estrés.* Aunque la gestión de los factores de estrés que aparecen en el hogar y en la comunidad corresponde principalmente a los individuos, las empresas están descubriendo que el estrés que generan esos factores se traslada de forma inevitable al lugar de trabajo donde, en sí mismos o en combinación con factores de estrés



Figura 15.24 • Algunas orientaciones para reducir la vulnerabilidad individual.



laborales, suelen afectar al bienestar de los trabajadores e influyen negativamente en su rendimiento laboral. En consecuencia, las empresas empiezan a considerar conveniente, y en algunos casos necesario, establecer programas diseñados para ayudar a los trabajadores a combatir dichos factores. En la Figura 15.25 se incluye una lista de los factores personales de estrés más comunes, así como de los programas para combatirlos en el lugar de trabajo.

### Principios básicos del programa

Al establecer un programa de gestión del estrés en el lugar de trabajo, es preciso insistir en algunos principios básicos.

En primer lugar, debe recordarse que no existen diferencias entre el estrés que aparece en el trabajo, en el hogar y en la comunidad. Cada individuo presenta una combinación propia de todos los factores, que traslada consigo a cualquier parte que vaya. Esto significa que mientras el programa se debe concentrar en los problemas que aparecen en el centro de trabajo, debe tener en cuenta que éstos continúan afectando a la vida fuera de él, y tampoco puede ignorar los que se producen fuera del trabajo. Se ha demostrado que el trabajo en sí mismo y el apoyo de los compañeros y de la organización puede tener un valor terapéutico en la lucha contra los problemas personales y familiares. De hecho, la pérdida de ese apoyo es posible que contribuya en gran medida a la incapacidad asociada a la jubilación, incluso cuando ésta es voluntaria.

En segundo lugar, el estrés es muy "contagioso". No sólo afecta a ciertos individuos, sino también a quienes se relacionan y colaboran con ellos. Por tanto, la lucha contra el estrés es al mismo tiempo terapéutica y preventiva.

En tercer lugar, la lucha contra el estrés es una responsabilidad individual. Es posible identificar a los trabajadores con problemas y ofrecerles consejo y orientación. Se les puede ayudar y animar, enseñándoles a mejorar sus habilidades para enfrentarse a determinadas situaciones. Cuando sea necesario, se les puede remitir a profesionales sanitarios cualificados de la localidad para una terapia más intensa o prolongada. Pero, en último término, son imprescindibles el consentimiento y la participación activa de la persona, lo que, a su vez, dependerá de la estructura del programa, la importancia que se conceda a estos aspectos, la profesionalidad y reputación de su personal y la

Figura 15.25 • Factores de estrés que afectan a los trabajadores y programas que ayudan a neutralizarlos.

#### A. FACTORES PERSONALES DE ESTRÉS

- Problemas emocionales y del comportamiento
  - Enfermedad mental
  - Depresión
  - Ansiedad
  - Abuso de alcohol y de drogas
  - Ludopatía
- Problemas familiares
  - Vivienda inadecuada o demasiado lejana del trabajo
  - Obligaciones domésticas
  - Asistencia a familiares a su cargo
  - Problemas de pareja
  - Problemas con los hijos
- Problemas de la comunidad
  - Desplazamientos al trabajo y desde el mismo
  - Disponibilidad de recursos educativos y de formación
  - Acceso a atención médica



#### B. PROGRAMAS EN EL LUGAR DE TRABAJO

- Modificación de las jornadas laborales
  - Horario flexible
  - Permisos y períodos sabáticos
- Educación y asesoramiento
  - Información y remisión a especialistas
  - Programas de asistencia a los empleados
  - Grupos de ayuda a compañeros del mismo nivel
  - Programas de pre jubilación
  - Programas de recolocación
- Programas sociales y recreativos
  - Programas de entrenamiento físico y actividades deportivas
  - Clubes sociales, grupos corales y de teatro, etc.
- Servicios de salud de los empleados
- Ayudas económicas
  - Fondos de préstamos
  - Cuentas de gasto libres de impuestos



accesibilidad del mismo. Quizá la clave del éxito del programa sea el establecimiento y cumplimiento estricto de una política de respeto a la confidencialidad de la información de carácter personal.

En cuarto lugar, el control del estrés constituye esencialmente una responsabilidad de la dirección. El programa debe basarse en una política organizativa explícita que conceda una gran importancia a la salud y bienestar de los trabajadores. Y esta política debe reflejarse en el trabajo cotidiano, en las actitudes y en el comportamiento de los directivos de todos los niveles.

En quinto lugar, la participación de los trabajadores en el diseño y funcionamiento del programa y, en especial, en la identificación de factores de estrés y el establecimiento de formas de controlarlos constituye un ingrediente fundamental para el éxito del programa. Resulta más fácil en muchos centros de trabajo en los que hay comités conjuntos de salud y seguridad laboral o en los que se fomenta la participación de los trabajadores en el proceso de toma de decisiones empresariales.

Finalmente, para tener éxito un programa de gestión del estrés necesita un conocimiento profundo de los trabajadores y del entorno en que desarrollan su labor. El éxito es mayor

cuando se pueden identificar y resolver los problemas relacionados con el estrés antes de que se produzca algún perjuicio.

### Conclusión

La misión principal de la salud y seguridad en el trabajo es proteger y mejorar la salud, bienestar y productividad de los trabajadores, tanto individual como colectivamente. Para poder cumplir esta misión es imprescindible comprender el estrés y el mecanismo por el cual afecta a las personas y a las organizaciones, y elaborar un programa bien planificado que minimice y, lo que es más importante, evite, los perniciosos efectos del estrés.

## ● ABUSO DE ALCOHOL Y DE DROGAS

*Sheila B. Blume*

### Introducción

A lo largo de la historia, los seres humanos han intentado alterar sus pensamientos, sentimientos y percepciones de la realidad. En muchas culturas se han empleado técnicas de alteración de la mente, como la reducción de los estímulos sensoriales, baile repetitivo, privación de sueño, ayuno y meditación prolongada. Sin embargo, el método más popular para producir cambios en el estado de humor y en la percepción ha sido la utilización de drogas que alteraran la mente. De las 800.000 especies de plantas que existen en nuestro planeta, se conocen alrededor de 4.000 que producen sustancias psicoactivas. Aproximadamente 60 de ellas se han empleado de forma continuada como estimulantes o intoxicantes (Malcom 1971). Algunos ejemplos son el café, el té, la amapola del opio, la hoja de coca, el tabaco y el yute indio, al igual que las plantas a partir de las que se fermentan bebidas alcohólicas. Además de las sustancias de origen natural, la investigación farmacéutica moderna ha producido diversos sedantes, opiáceos y tranquilizantes sintéticos. Con frecuencia se emplean drogas derivadas de las plantas y fármacos psicoactivos sintéticos con fines médicos. También se emplean distintas sustancias tradicionales en ritos religiosos y como parte de actos sociales y recreativos. Además, ciertas culturas han incorporado el uso de drogas a prácticas habituales en el lugar de trabajo. Algunos ejemplos son el mascar hojas de coca por los indios peruanos en los Andes y la práctica de fumar cannabis por los trabajadores jamaicanos de la caña de azúcar. El uso de cantidades moderadas de alcohol durante el trabajo agrícola era una práctica aceptada en el pasado en algunas sociedades occidentales, por ejemplo en Estados Unidos en el siglo XVIII, y a comienzos del XIX. Más recientemente, era una costumbre (e incluso una exigencia de algunos sindicatos) entre los trabajadores dedicados a la quema de baterías (trabajadores que quemaban baterías almacenadas descargadas para recuperar su contenido en plomo) y por los pintores domésticos que empleaban pinturas con base de plomo proporcionar a cada trabajador una botella diaria de whisky para mojarse los labios durante la jornada de trabajo con la creencia -errónea- de que prevenía la intoxicación por plomo. Además, la bebida ha sido un elemento tradicional de algunas ocupaciones como, por ejemplo, los vendedores de licores y destilerías. Se espera de estos representantes de ventas que acepten la hospitalidad del dueño de la taberna al completar su pedido.

Persisten costumbres que relacionan el consumo de alcohol con otros trabajos, como la comida de negocios de "tres martinis" y la suposición de que los grupos de trabajadores deben parar en el bar o taberna de barrio para tomar varias rondas de copas al finalizar la jornada laboral. Esta última

práctica supone un riesgo especial para los que regresan conduciendo hasta sus domicilios.

En los centros industriales contemporáneos se siguen usando estimulantes suaves, institucionalizados en los descansos para el café o el té. Sin embargo, se han combinado distintos factores históricos para hacer que el uso de sustancias psicoactivas en el lugar de trabajo se convierta en un problema social y económico grave en el mundo contemporáneo. El primero de ellos es la tendencia a la utilización de una tecnología cada vez más sofisticada en el lugar de trabajo. La industria moderna requiere un estado de alerta, unos reflejos inalterados y una percepción exacta por parte de los trabajadores. Los defectos en estos campos pueden producir accidentes graves y pueden interferir con la precisión y eficacia del trabajo. La segunda tendencia importante es el desarrollo de drogas psicoactivas más potentes y medios más rápidos de administración. Algunos ejemplos son la administración intranasal o intravenosa de cocaína y el uso de cocaína purificada fumada ("base libre" o "crack"). Estos métodos, que proporcionan unos efectos mucho más potentes de la cocaína que el método tradicional de mascado de hojas de coca, han aumentado en gran medida los peligros del uso de cocaína a nivel laboral.

### Efectos del uso de alcohol y otras drogas en el lugar de trabajo

La Figura 15.26 resume las distintas formas en las que el uso de sustancias psicoactivas puede influir en la actividad de los trabajadores en el puesto de trabajo. El estado de ebriedad (efectos agudos de la ingestión del alcohol) es el riesgo más evidente, siendo responsable de numerosos accidentes laborales, por ejemplo accidentes de tráfico por conducción bajo los efectos del alcohol. Además, la alteración del juicio, la falta de atención y la disminución de los reflejos producidos por el alcohol y otras drogas también interfieren en la productividad a todos los niveles, desde la sala de juntas a la línea de producción. Más aún, los trastornos en el lugar de trabajo debidos al uso de drogas y alcohol con frecuencia se extienden más allá del período agudo. La resaca relacionada con el alcohol puede producir cefalea, náuseas y fotofobia (sensibilidad a la luz) 24-48 horas después de la última bebida. Los trabajadores que padecen dependencia del alcohol también pueden presentar síntomas de abstinencia al alcohol en el trabajo, con agitación, sudoración y trastornos gastrointestinales. El uso de grandes cantidades de cocaína se acompaña de forma característica de un período de abstinencia con estado depresivo, astenia y apatía, todos los cuales interfieren con el trabajo. Tanto la intoxicación como los efectos posteriores del uso de drogas y de alcohol conducen de forma característica al absentismo y a la impuntualidad. Asimismo, el uso crónico de sustancias psicoactivas está implicado en numerosos problemas de salud que aumentan los costes médicos de la industria de una sociedad y pérdida de tiempo de trabajo. Algunos ejemplos de estos problemas son la cirrosis hepática, la hepatitis, *el SIDA y la depresión clínica*.

Los trabajadores que se convierten en usuarios de alcohol u otras drogas (o ambos) con frecuencia y en gran número pueden desarrollar un síndrome de dependencia que incluye, de forma característica, la preocupación por obtener la droga o el dinero necesario para comprarla. Incluso antes de que otros síntomas inducidos por las drogas o por el alcohol comiencen a interferir con el trabajo, esta preocupación puede comenzar con alterar la productividad. Más aún, como consecuencia de la necesidad de dinero, el trabajador puede recurrir a robar objetos en el lugar de trabajo o a vender drogas en el trabajo, creando otro grupo de problemas graves. Por último, los amigos íntimos y los familiares de las personas que usan drogas y alcohol (con frecuencia denominadas "allegadas") también ven modificada su capacidad

Figura 15.26 • Problemas que el consumo de alcohol o drogas puede causar en el trabajo.



para trabajar como consecuencia de la ansiedad, depresión y distintos síntomas relacionados con el estrés. Estos efectos pueden trasladarse incluso a generaciones posteriores en forma de problemas laborales residuales en los adultos cuyos padres fueron alcohólicos (Woodside 1992). Los gastos sanitarios en trabajadores con problemas graves con el alcohol tienen un valor aproximadamente del doble del de los costes sanitarios de los demás trabajadores (Institute for Health Policy 1993). Asimismo, aumentan los costes sanitarios de los miembros de sus familias (Children of Alcoholics Foundation 1990).

### Costes para la sociedad

Por las razones anteriores y por otras, el uso y abuso de drogas y de alcohol han generado una carga económica importante en muchas sociedades. En los Estados Unidos, el coste calculado para la sociedad en el año 1985 fue de 70.300 millones de dólares norteamericanos para el alcohol y de 44.000 millones de dólares norteamericanos para las demás drogas. Del total de costes relacionados con el alcohol, 27.400 millones de dólares (aproximadamente el 39 % del total) fue atribuido a la pérdida de productividad. La cifra correspondiente a las demás drogas fue de 6.000 millones de dólares norteamericanos (aproximadamente el 14 % del total) (US Department of Health and Human Services 1990). El resto de los costes añadidos a la sociedad como consecuencia del abuso de drogas y de alcohol son los costes del tratamiento de los problemas médicos (como SIDA y defectos congénitos relacionados con el alcohol), accidentes de tráfico y otros accidentes, crímenes, destrucción de la propiedad, encarcelamiento y los costes sociales de apoyo a la familia. Aunque algunos de estos costes se pueden atribuir al uso socialmente aceptado de sustancias psicoactivas, la inmensa mayoría se asocian al abuso y dependencia de drogas y de alcohol.

### Uso, abuso y dependencia de drogas y de alcohol

Una forma sencilla de clasificar los patrones de uso de sustancias psicoactivas es distinguir entre uso sin riesgo (uso con modelos aceptados socialmente que no produce daño ni implica un riesgo elevado de daño), abuso de drogas y de alcohol (uso con riesgo elevado o con producción de daño) y dependencia de drogas y de

alcohol (uso mediante un modelo caracterizado por signos y síntomas del síndrome de dependencia).

Tanto la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, 10ª edición ("CIE-10") como el *Manual diagnóstico estadístico* de la American Psychiatric Association, 4ª edición ("DSM-IV") especifican criterios diagnósticos para los trastornos relacionados con las drogas y el alcohol. El DSM-IV emplea el término abuso para describir patrones de uso de drogas y de alcohol que producen alteraciones o trastornos, como interferencia con el trabajo, la escuela, el hogar o las actividades recreativas. Esta definición del término también incluye el uso repetido en situaciones de riesgo físico, como conducir en numerosas ocasiones estando bajo la influencia de drogas o alcohol, incluso aunque no haya sufrido todavía ningún accidente. La CIE-10 emplea el término uso nocivo en vez de abuso y lo define como cualquier patrón de uso de drogas o de alcohol que haya causado daño físico o psicológico real en un individuo que no cumpla los criterios diagnósticos de dependencia de drogas o de alcohol. En algunos casos, el abuso de drogas y de alcohol es una fase precoz o prodrómica de la dependencia. En otros, constituye un modelo independiente de conducta patológica.

Tanto la CIE-10 como el DSM-IV emplean el término dependencia de sustancia psicoactiva para describir un grupo de trastornos en los que existe interferencia con el funcionamiento (en el ámbito laboral, familiar y social) y un deterioro de la capacidad del individuo para controlar el uso de la droga. Algunas sustancias desarrollan una dependencia fisiológica, con un incremento de la tolerancia a la droga (se requieren dosis presumiblemente mayores para obtener los mismos efectos) y un síndrome de abstinencia característico cuando cesa de forma brusca el uso de la droga.

Una definición propuesta recientemente por la American Society of Addiction Medicine y el National Council on Alcoholism and Drug Dependence de Estados Unidos describe las características del alcoholismo (un término empleado habitualmente como sinónimo de dependencia del alcohol) como sigue:

El alcoholismo es una enfermedad crónica primaria con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen su desarrollo y manifestaciones. Con frecuencia la enfermedad es progresiva y mortal. Se caracteriza por una alteración del control sobre la bebida, preocupación por el alcohol, uso de alcohol a pesar de las consecuencias adversas y trastornos del pensamiento, principalmente, negación. Cada uno de estos síntomas puede ser continuo o periódico. (Morse y Flavin 1992)

La definición continúa explicando los términos empleados, por ejemplo, que la calificación de primaria implica que el alcoholismo es una enfermedad concreta, más que un síntoma de otro trastorno, y que alteración del control significa que la persona afectada no puede limitar de una manera consecuente la duración de un episodio de bebida, la cantidad consumida o la conducta resultante. La "negación" se describe como un conjunto de maniobras fisiológicas, psicológicas y de base cultural que disminuyen la capacidad de identificación de los problemas relacionados con el alcohol por parte del individuo afectado. Por lo tanto, es frecuente que las personas que padecen alcoholismo valoren el alcohol como una solución para sus problemas más que como una causa.

Las drogas capaces de producir dependencia se dividen habitualmente en varias categorías, que aparecen enumeradas en la Tabla 15.7. Cada categoría corresponde a un síndrome específico de intoxicación aguda y a una combinación característica de efectos destructivos relacionados con el uso intenso y prolongado. Aunque los individuos por lo general padecen un

Tabla 15.7 • Sustancias que pueden producir dependencia.

Tipo de droga	Ejemplos de efectos generales	Comentarios
Alcohol (cerveza, vino, licores)	Deterioro del juicio, reflejos más lentos, deterioro de la función motriz, somnolencia, coma (la sobredosis puede ser mortal)	La abstinencia puede ser difícil; riesgo para el feto si se consume en exceso durante el embarazo
Depresores (somniaferos, sedantes, algunos tranquilizantes)	Falta de atención, lentitud de reflejos, depresión, alteraciones del equilibrio, somnolencia, coma (la sobredosis puede ser mortal)	La abstinencia puede ser difícil
Opiáceos ( morfina, heroína, codeína, algunos analgésicos con receta)	Pérdida de interés, "pasotismo", (la sobredosis puede ser mortal). La administración subcutánea o intravenosa puede difundir la hepatitis B y C y el VIH/SIDA por el uso en común de agujas	
Estimulantes (cocaína, anfetaminas)	Animo exaltado, hiperactividad, tensión y ansiedad, frecuencia cardíaca elevada, constricción de los vasos sanguíneos	El abuso crónico puede inducir psicosis paranoide. La administración subcutánea o intravenosa puede difundir la hepatitis B y C y el VIH/SIDA por el uso en común de agujas
<i>Cannabis</i> (marihuana, hachis)	Alteración del sentido del tiempo, deterioro de la memoria, deterioro de la coordinación	
Alucinógenos [LSD (dietilamida del ácido lisérgico), PCP (feniclidina, mescalina)]	Pérdida de atención, ilusiones sensoriales, alucinaciones, desorientación, psicosis	No causan síntomas de abstinencia, pero los consumidores pueden experimentar "recuerdos"
Inhalantes (hidrocarburos, disolventes, gasolina)	Intoxicación similar a la del alcohol, vahidos, cefaleas	Pueden provocar lesiones orgánicas a largo plazo (cerebro, hígado, riñón)
Nicotina (cigarrillos, tabaco de mascar, rapé)	Estimulación inicial seguida de efectos depresivos	Pueden causar síntomas de abstinencia. Provoca varios tipos de cáncer y patologías cardíacas y pulmonares

síndrome de dependencia relacionado con una única sustancia (p. ej., heroína), también son frecuentes patrones de abuso y dependencia de múltiples drogas.

Los trastornos relacionados con las drogas y el alcohol afectan a menudo las relaciones familiares del trabajador, a las relaciones interpersonales y a la salud antes de que se pongan de manifiesto los trastornos en el trabajo. Por lo tanto, los programas eficaces en el lugar de trabajo no se pueden limitar a esfuerzos por lograr la prevención del abuso de drogas y de alcohol en el trabajo. Estos programas deben combinar educación sanitaria en los trabajadores y prevención con medios adecuados para la intervención, diagnóstico y rehabilitación así como para el seguimiento a largo plazo de los trabajadores afectados después de su reintegración al medio laboral.

### Aproximación a los problemas relacionados con las drogas y el alcohol en el puesto de trabajo

La preocupación por las importantes pérdidas de productividad causadas por el abuso y dependencia de las drogas y del alcohol ha generado distintos enfoques por parte de gobiernos e industrias. Estos enfoques son las denominadas "políticas de puesto de trabajo libre de drogas" (como pruebas analíticas para la detección de drogas) y programas de asistencia a los trabajadores.

Un ejemplo es el enfoque adoptado por los United States Military Services. A principios de la década de los ochenta, se establecieron políticas contra las drogas y programas de detección de drogas con éxito en cada rama del ejército de EE.UU. Como resultado de su programa, la Marina comunicó un descenso significativo en el porcentaje de pruebas aleatorias de orina realizadas a su personal y que fueron positivas para drogas de abuso. Las tasas de pruebas positivas en menores de 25 años disminuyeron del 47 % en 1982 al 22 % en 1984 y al 4 % en 1986 (DeCresce y cols. 1989). En 1986, el Presidente de Estados Unidos firmó una orden ejecutiva requiriendo que todos los

trabajadores del gobierno federal se abstuvieran del uso de drogas de abuso, en el trabajo o fuera de él. Como mayor empleador de Estados Unidos, con más de dos millones de trabajadores civiles, el gobierno federal asumió el liderazgo en el desarrollo de un movimiento nacional de puestos de trabajo libres de drogas.

En 1987, después de un accidente ferroviario mortal asociado al abuso de marihuana, el Departamento de Transportes de los EE.UU. ordenó la realización de un programa de detección de drogas y alcohol a todos los trabajadores del transporte, incluyendo a los del medio privado. Posteriormente se han establecido programas en otros ámbitos laborales, con una combinación de supervisión, análisis, rehabilitación y seguimiento en el puesto de trabajo que ha demostrado constantemente resultados positivos.

El componente de identificación de casos y el de seguimiento de esta combinación, el programa de asistencia al empleado (PAE), se ha convertido en una figura cada vez más frecuente de los programas de salud de los trabajadores. Desde el punto de vista histórico, los PAE proceden de programas más concretos de alcoholismo de trabajadores, pioneros en Estados Unidos durante la década de los años veinte, que se expandieron rápidamente en la década de los cuarenta durante y después de la segunda Guerra Mundial. Los PAE actuales se basan habitualmente en una política de empresa perfectamente delimitada, desarrollada habitualmente de forma conjunta entre la dirección y los trabajadores. Esta política incluye normas de comportamiento aceptable en el puesto de trabajo (p. ej., sin alcohol ni drogas de abuso) y el enunciado de que el alcoholismo, otras drogas y la dependencia de alcohol se consideran enfermedades tratables. Igualmente incluye un compromiso de confidencialidad, garantizando la privacidad de la información personal sensible de los trabajadores. El programa también incluye educación preventiva para todos los trabajadores y una

formación especial para el personal de supervisión para la identificación de los problemas de cumplimiento del trabajo. No se pretende que los supervisores aprendan a diagnosticar los problemas relacionados con las drogas y el alcohol. En cambio, reciben formación para que remitan a los trabajadores con un cumplimiento problemático del trabajo al PAE, donde se realiza una evaluación y se formula un plan de tratamiento y seguimiento, en función de las necesidades. El tratamiento habitualmente corre a cargo de los recursos de la comunidad fuera del puesto de trabajo. Los informes del PAE mantienen la confidencialidad como una característica de la política de la compañía, informando a la dirección únicamente del grado de cooperación del sujeto y el progreso general que realiza, excepto en casos de peligro inminente. Habitualmente se suspenden las medidas disciplinarias mientras el trabajador coopere en el tratamiento. Igualmente se anima a que los trabajadores acudan espontáneamente al PAE. Los PAE que ayudan a los trabajadores con un amplio rango de problemas sociales, de salud mental y relacionados con drogas y alcohol se conocen como programas de "brocha gorda" para distinguirlos de los programas que se centran únicamente en el abuso de drogas y alcohol.

No hay duda de que la prohibición de uso de alcohol y otras drogas en el horario de trabajo o en el lugar de trabajo es una medida apropiada. Sin embargo, el derecho de la empresa a prohibir el uso de dichas sustancias fuera del puesto de trabajo durante las horas fuera del trabajo es un tema discutido. Algunas empresas dicen que "no me importa lo que los trabajadores hagan fuera del trabajo, mientras que sean puntuales y sean capaces de realizar el trabajo correctamente", y algunos representantes de los trabajadores se han opuesto a dicha prohibición por considerarla una intromisión en la privacidad de los trabajadores. Sin embargo, como comenté previamente, el uso excesivo de drogas o alcohol durante horas fuera del trabajo puede afectar al cumplimiento del trabajo. Se trata de un hecho reconocido por las líneas aéreas cuando prohíben el uso de alcohol por las tripulaciones durante un número específico de horas antes de la hora del vuelo. Aunque por lo general se aceptan las prohibiciones de uso de alcohol por parte del trabajador antes de volar o de conducir un vehículo, las prohibiciones globales del uso de tabaco, alcohol o de otras drogas fuera del lugar de trabajo es un tema más controvertido.

### **Programas de detección de drogas en el lugar de trabajo**

Junto con los PAE, un número creciente de empresas también han instituido programas de determinación de drogas en el puesto de trabajo. Algunos de estos programas determinan únicamente drogas ilegales, mientras que otros realizan determinaciones de alcohol en el aliento o en la orina. Los programas de determinación pueden incluir cualquiera de los siguientes componentes:

- determinaciones previas al ingreso en la empresa;
- determinación aleatoria en trabajadores localizados en puestos especiales (p. ej., operadores de reactores nucleares, pilotos, conductores, operadores de maquinaria pesada);
- determinaciones "con causa" (p. ej., después de un accidente o si un supervisor tiene razones fundadas para sospechar que el trabajador está intoxicado);
- determinación como parte de un plan de seguimiento de un trabajador que vuelve al trabajo después de haber realizado tratamiento por abuso o dependencia de drogas o alcohol.

Los programas de determinación de drogas generan responsabilidades especiales en las empresas que los realizan (New York Academy of Medicine 1989). Este asunto se aborda con más detenimiento en el capítulo sobre cuestiones éticas de esta *Enciclopedia*. Si las empresas se basan en determinaciones en orina

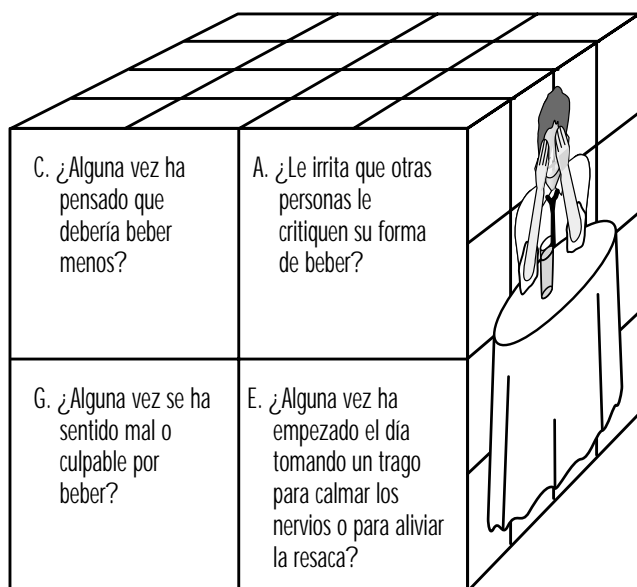
para tomar decisiones disciplinarias en casos relacionados con drogas, los derechos legales tanto de las empresas como de los trabajadores deben ser protegidos mediante una atención meticulosa a los procedimientos de recogida y análisis, así como a la interpretación de los resultados de laboratorio. Las muestras se deben recoger meticulosamente, y etiquetarlas inmediatamente. Dado que los usuarios de drogas pueden intentar evitar la detección sustituyendo una muestra de orina libre de drogas por la suya o diluyendo su orina con agua, la empresa puede requerir que la muestra se recoja bajo observación directa. Dado que esta medida añade tiempo y costes al procedimiento, puede requerirse únicamente en circunstancias especiales más que de forma generalizada. Una vez recogida la muestra, se inicia un procedimiento de custodia en cadena, documentando cada movimiento de la muestra para evitar su pérdida o identificación errónea. Los procedimientos de laboratorio deben garantizar la integridad de la muestra, con un programa eficaz de control de calidad in situ y contando con profesionales que posean la formación y experiencia adecuadas. La prueba utilizada debe emplear un nivel de corte para la determinación de un resultado positivo que reduzca al mínimo la posibilidad de un resultado falso positivo. Por último, los resultados positivos hallados con métodos de detección selectiva (p. ej., cromatografía de capa fina o técnicas inmunológicas) deben ser confirmadas para eliminar los resultados falsos, preferiblemente mediante las técnicas de cromatografía de gases o de espectrometría de masas, o ambos (DeCresce y cols 1989). Una vez que se registra un resultado positivo, un médico del trabajo entrenado (conocido en los Estados Unidos como medical review officer) es el responsable de su interpretación, por ejemplo, descartando que la prescripción de algún medicamento sea la causa de los resultados de la prueba. Realizados e interpretados correctamente, los análisis de orina son precisos y pueden ser útiles. Sin embargo, las empresas deben calcular las ventajas de dichas pruebas en relación con su coste. Las consideraciones a valorar son la prevalencia del abuso y dependencia de drogas y alcohol en la plantilla a investigar, que influirá en el valor de la determinación previa a la incorporación al trabajo, y la proporción de accidentes laborales, las pérdidas de productividad y los costes de los efectos beneficiosos médicos en relación con el abuso de sustancias psicoactivas.

### **Otros métodos de detección de problemas relacionados con las drogas y el alcohol**

Aunque la determinación en orina es un método de detección selectiva establecido para la detección de drogas de abuso, existen otros métodos a disposición de los PAE, los médicos del trabajo y otros profesionales de la salud. Los niveles de alcohol en sangre se pueden calcular mediante su determinación en el aliento. Sin embargo, una prueba analítica negativa de cualquier clase no descarta un problema de drogas y alcohol. El alcohol y algunas drogas se metabolizan rápidamente y sus efectos posteriores pueden seguir afectando al cumplimiento en el trabajo incluso cuando las drogas ya no se pueden detectar con una prueba. Por otro lado, los metabolitos producidos por el cuerpo humano tras la ingestión de ciertas drogas pueden permanecer en la sangre y en la orina muchas horas después de que los efectos agudos y efectos diferidos de las drogas hayan cesado. Una determinación en orina positiva para metabolitos de una droga no demuestra necesariamente que el trabajo del empleado esté alterado por las drogas.

Al realizar una evaluación de los problemas de los trabajadores relacionados con las drogas y el alcohol se pueden utilizar distintos instrumentos clínicos de detección selectiva (Tramm y Warshaw 1989), como pruebas escritas, como el Michigan Alcohol Screening Test (MAST) (Selzer 1971), el Alcohol Use

Figura 15.27 • Cuestionario CAGE.



Disorders Identification Test (AUDIT) desarrollado para su uso internacional por la Organización Mundial de la Salud (Saunders y cols 1993) y el Drug Abuse Screening Test (DAST) (Skinner 1982). Además, existen un conjunto de preguntas sencillas que se pueden incorporar a la recopilación de la anamnesis, por ejemplo, las cuatro preguntas CAGE (Ewing 1984), representadas en la Figura 15.27. Los PAE emplean todos estos métodos para evaluar a los trabajadores que les son remitidos. Los trabajadores remitidos por problemas de cumplimiento de su trabajo, como ausencias, impuntualidad y disminución de la productividad en el trabajo, deben ser evaluados en busca de otros problemas de salud mental, como depresión o ludopatía, que también pueden producir trastornos en el cumplimiento del trabajo y que con frecuencia se asocian a trastornos relacionados con las drogas y el alcohol (Lesieur, Blume y Zoppa 1986). Con respecto a la ludopatía, existe una prueba escrita de detección selectiva, el South Oaks Gambling Screen (SOGS) (Lesieur y Blume 1987).

### Tratamiento de los trastornos relacionados con el uso de drogas y de alcohol

Aunque cada trabajador presenta una combinación única de problemas al profesional encargado del tratamiento de la adicción, el tratamiento de los trastornos relacionados con el uso de drogas y alcohol consiste habitualmente en cuatro fases que se solapan: 1) identificación del problema y (si es necesario) intervención, 2) desintoxicación y evaluación del estado general de salud, 3) rehabilitación y 4) seguimiento a largo plazo.

#### Identificación e intervención

La primera fase del tratamiento consiste en confirmar la presencia de un problema causado por el uso de drogas o de alcohol (o ambos), que motiva al individuo afectado a solicitar tratamiento. El programa de salud de los empleados o el PAE de la compañía tiene la ventaja de utilizar la preocupación de los trabajadores por la salud y la seguridad en el trabajo como

factores de motivación. Es probable que los programas del puesto de trabajo entiendan el ambiente de los trabajadores y sus puntos fuertes y débiles, y que por ello puedan elegir la institución terapéutica más adecuada para su derivación. Una consideración importante al remitir a un trabajador para su tratamiento es la naturaleza y extensión de la cobertura del seguro de salud del lugar de trabajo para el tratamiento de los trastornos inducidos por el alcohol y las drogas. Las políticas con cobertura total de los tratamientos hospitalarios ambulatorios ofrecen las fórmulas más flexibles y eficaces. Además, con frecuencia resulta útil involucrar a la familia del trabajador en esta fase de la intervención.

#### Desintoxicación y evaluación del estado general de salud

La segunda fase combina el tratamiento adecuado necesario para ayudar al trabajador a lograr un estado libre de drogas y alcohol con una evaluación completa de los problemas físicos, psicológicos, familiares, interpersonales y relacionados con el trabajo del paciente. La desintoxicación requiere un período breve (varios días o varias semanas) de observación y tratamiento para la eliminación del abuso de drogas, la recuperación de sus efectos agudos y el control de cualquier síntoma de abstinencia. Durante el período de desintoxicación y evaluación de actividades, el paciente y sus "allegados" reciben información sobre la naturaleza de la dependencia y la recuperación de las drogas y del alcohol. Se les introduce a ellos y al paciente en los principios de los grupos de autoayuda, cuando se pueda utilizar esa modalidad, y se motiva al paciente a continuar el tratamiento. La desintoxicación se puede realizar de forma ambulatoria u hospitalaria, dependiendo de las necesidades del individuo. Las técnicas terapéuticas que han resultado ser útiles abarcan distintos fármacos, suplementados con asesoramiento, entrenamiento en técnicas de relajación y otras técnicas de comportamiento. Los agentes farmacológicos empleados en la desintoxicación son fármacos que pueden sustituir a la droga de abuso para aliviar los síntomas de abstinencia, reduciendo gradualmente la dosis hasta que el paciente esté libre de la droga. El fenobarbital y las benzodiazepinas de acción prolongada se utilizan con frecuencia de esta forma para conseguir la desintoxicación en el caso de uso de alcohol y de drogas sedantes. Se emplean otros fármacos para aliviar los síntomas de abstinencia sin sustituir la droga de abuso que ejerce un efecto similar. Por ejemplo, en ocasiones se emplea la clonidina para el tratamiento de los síntomas de abstinencia a opiáceos. También se ha empleado la acupuntura como ayuda para la desintoxicación, con algunos resultados positivos (Margolin y cols. 1993).

#### Rehabilitación

La tercera fase del tratamiento combina la ayuda al paciente para crear una situación estable o estado permanente de abstinencia continuada de todas las sustancias de abuso (incluidos los fármacos recetados que pueden causar dependencia) y el tratamiento de cualquier problema físico o psicológico asociado a trastorno relacionado con las drogas. El tratamiento se puede iniciar ingresando al paciente o realizando una terapia ambulatoria intensiva, aunque lo más característico es que continúe de forma ambulatoria durante varios meses. Se puede combinar el asesoramiento de grupo, individual o familiar con técnicas conductuales junto con el tratamiento psiquiátrico, que puede incluir medicación. Los objetivos son ayudar a los pacientes a entender sus patrones de uso de drogas o alcohol, identificar los desencadenantes de la recidiva después de los esfuerzos realizados durante la recuperación, ayudarles a desarrollar patrones de afrontamiento libres de drogas para enfrentarse a los problemas en la vida y ayudarles a integrarse en una red de apoyo social limpia y sobria en la comunidad. En algunos casos de dependencia de opiáceos, el tratamiento de elección es la administración a largo

plazo de opiáceos sintéticos de larga acción (metadona) o de un fármaco bloqueante de los receptores opiáceos (naltrexona). Algunos médicos recomiendan el mantenimiento de una dosis diaria de metadona, un opiáceo de larga acción, en los individuos con adicción crónica a opiáceos que no desean o son incapaces de conseguir un estado libre de drogas. Los pacientes mantenidos de forma estable con metadona durante períodos prolongados son capaces de actuar correctamente a nivel laboral. En muchos casos, estos pacientes pueden llegar a desintoxicarse y a permanecer libres de drogas. En dichos casos, el mantenimiento se combina con el asesoramiento, los servicios sociales y otros tratamientos rehabilitadores. La recuperación se define en términos de abstinencia estable de todas las drogas, aparte de la de mantenimiento.

### **Seguimiento a largo plazo**

La fase final del tratamiento continúa de forma ambulatoria durante un año o más después de que se obtiene una remisión estable. El objetivo del seguimiento a largo plazo es prevenir la recidiva, y ayudar al paciente a internalizar los nuevos patrones de afrontamiento de los problemas de la vida. EL PAE o el servicio de salud laboral pueden ser de gran ayuda durante las fases de rehabilitación y de seguimiento vigilando la cooperación con el tratamiento, animando al empleado recuperado a mantener la abstinencia y ayudándoles a readaptarse al puesto de trabajo. Allí donde existan los grupos de soporte al grupo (por ejemplo, Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos) proporcionan un programa de apoyo a lo largo de toda la vida para conservar la recuperación. Dado que la dependencia de las drogas o el alcohol es un trastorno crónico en el que pueden aparecer recidivas, la política de las empresas a menudo exige seguimiento y vigilancia por parte del PAE durante un año o más después de que se establece la abstinencia. Si un trabajador recidiva, el PAE habitualmente reevalúa la situación y realiza alguna modificación en el plan de tratamiento. Dichas recidivas, si son breves y se siguen con una vuelta a la abstinencia, habitualmente no representan un fracaso global del tratamiento. Los trabajadores que no cooperan con el tratamiento, que niegan sus recidivas a pesar de la evidencia o que no pueden mantener una abstinencia estable seguirán mostrando un cumplimiento inadecuado en el trabajo y pueden ser despedidos del trabajo sobre dicha base.

### **Eficacia de los programas basados en el puesto de trabajo**

En muchas empresas, la inversión en programas basados en el puesto de trabajo para enfrentarse con los problemas relacionados con las drogas y el alcohol ha producido beneficios. Un ejemplo de lo anterior es un estudio de 227 trabajadores de una gran empresa de EE.UU. que fueron enviados por el PAE de la empresa para el tratamiento de alcoholismo. Los empleados fueron aleatoriamente asignados a tres modelos de tratamiento: (1) atención hospitalaria obligatoria; (2) asistencia obligatoria a Alcohólicos Anónimos (AA); o (3) elección entre atención hospitalaria, ambulatoria o AA. El seguimiento al cabo de dos años reveló que solamente el 13 % de los trabajadores habían sido despedidos. Del resto, menos del 15 % presentaba problemas en el trabajo y el 76 % fueron considerados "buenos" o "excelentes" por sus supervisores. El tiempo de ausencia del trabajo disminuyó en más de la tercera parte. Aunque se encontraron ciertas diferencias entre los enfoques terapéuticos, los resultados de trabajo a los dos años fueron similares en los tres modelos (Walsh y cols. 1991).

### **El abuso de sustancias entre las mujeres**

Aunque los cambios sociales han reducido las diferencias entre hombres y mujeres en algunos aspectos, el abuso de sustancias se ha considerado tradicionalmente un problema masculino, pues se percibía como incompatible con la función social de la mujer. Por tanto, mientras que el abuso de sustancias por parte del hombre podía excusarse y hasta perdonarse, como parte aceptable de la naturaleza del varón, era estigmatizado cuando afectaba a las mujeres. Puede afirmarse que esta actitud ha evitado que muchas mujeres consuman drogas, pero en muchas sociedades también ha dificultado extraordinariamente a las toxicómanas la búsqueda de ayuda.

Las actitudes negativas frente al consumo de drogas por parte de las mujeres, combinadas con la dificultad de éstas a admitir su consumo y dependencia, explican la escasez de datos referidos específicamente a las mujeres. Incluso en países con mucha información sobre consumo de drogas y las toxicomanías suele ser difícil encontrar datos relativos a las mujeres. En los estudios que han analizado la función de las mujeres en el consumo de drogas, el enfoque no es específico a características concretas de este sexo; esto enturbia las conclusiones, pues se contempla el problema de la mujer desde el punto de vista del varón.

Otro factor vinculado con la idea del abuso de sustancias como problema masculino es la falta de servicios para las mujeres consumidoras (...). Los servicios de tratamiento y rehabilitación, cuando los hay, suelen basarse en los modelos masculinos de dependencia. Si se crean servicios dirigidos a las mujeres, es evidente que han de ser accesibles, y esto no siempre es fácil cuando el consumo entre las mujeres se estigmatiza y cuando el coste del tratamiento está fuera del alcance de la mayor parte de ellas.

Citado de: Organización Mundial de la Salud 1993.

La Marina de los EE.UU. ha calculado que sus programas de rehabilitación hospitalaria de drogas y alcohol han obtenido una relación global de beneficio económico frente al coste de 12,9 a 1. Esta cifra fue calculada comparando el coste del programa con los costes que habría supuesto la sustitución de los participantes rehabilitados en el programa con personal nuevo (Caliber Associates 1989). La Marina encontró que la relación beneficio-coste fue más elevado en los mayores de 26 años de edad (17,8 a 1) en comparación con personal más joven (8,2 a 1) y halló que el mayor beneficio se centraba en el tratamiento del alcoholismo (13,8 a 1) frente a otras drogas (10,3 a 1) o al tratamiento de la dependencia de múltiples drogas (6,8 a 1). No obstante, el programa generó ahorros económicos en todas las categorías.

En general, se ha demostrado que los programas basados en el puesto de trabajo para la identificación y rehabilitación de trabajadores que padecen problemas relacionados con el alcohol y otras drogas benefician tanto a las empresas como a los trabajadores. Se han adoptado versiones modificadas de los programas de PAE por parte de organizaciones profesionales como sociedades médicas, asociaciones de enfermería y asociaciones de juristas (asociaciones de abogados). Dichos programas reciben informes confidenciales sobre posibles signos de deterioro de un profesional procedente de sus compañeros, familiares, clientes o trabajadores. La intervención directa (cara a cara) la llevan a cabo compañeros de grupo y si se requiere tratamiento, el programa realiza la derivación adecuada.

Posteriormente, vigila la recuperación del individuo y ayuda al profesional responsable de la recuperación a enfrentarse con los problemas prácticos y de concesión de permisos (Meck 1992).

### Conclusión

El alcohol y las demás drogas psicoactivas son causas importantes de problemas en el puesto de trabajo en muchos lugares del mundo. Aunque el tipo de droga empleada y la vía de administración pueden variar de un lugar a otro, y en función del tipo de industria, el abuso de drogas y alcohol genera riesgos sanitarios y de seguridad a los usuarios, a sus familias, a los demás trabajadores y, en muchas ocasiones, al público. La comprensión de los tipos de problemas relacionados con el alcohol y las drogas que existen en una empresa dada y de los recursos de intervención y tratamiento presentes en la comunidad permitirá el desarrollo de programas de rehabilitación. Estos programas proporcionan efectos beneficiosos a los trabajadores, empresas, familias y al conjunto de la sociedad en la que surgen dichos problemas.

## ● PROGRAMAS DE ASISTENCIA A LOS EMPLEADOS

*Sheila H. Akabas*

### Introducción

Las empresas contratan trabajadores y los sindicatos aceptan miembros, pero ambos reciben a seres humanos, que trasladan al lugar de trabajo todas las preocupaciones, problemas y sueños característicos de la condición humana. Como el mundo laboral es cada vez más consciente de que la ventaja competitiva en una economía global depende de la productividad de la plantilla, los agentes fundamentales del lugar de trabajo —las empresas y los sindicatos— han prestado especial atención a satisfacer las necesidades de esos seres humanos. En los lugares de trabajo de todo el mundo han aparecido Programas de Asistencia a los Empleados (PAE) y su equivalente en el campo sindical, los Programas de Asistencia a los Miembros (PAM); a partir de ahora designaremos a ambos, de forma conjunta, como PAE. Estos programas constituyen una respuesta estratégica para satisfacer las diversas necesidades de una plantilla y, en fechas más recientes, para cumplir con la vertiente humanista de las organizaciones a las que pertenecen. En este artículo se describen los orígenes, funciones y organización de los PAE; está escrito desde el punto de vista profesional del trabajador social, que es la principal profesión que impulsa esta evolución en Estados Unidos y la que, por sus conexiones a nivel mundial, desempeña un papel fundamental en el establecimiento de estos programas en todo el mundo.

Los programas de asistencia a los empleados han alcanzado un desarrollo distinto según los países, lo cual refleja, como ha señalado David Bargal (Bargal 1993), las diferencias del nivel de industrialización, el estado de la formación profesional a la que tiene acceso el personal correspondiente, el grado de afiliación sindical de los trabajadores y el compromiso de la sociedad con los problemas sociales, entre otras variables. Comparando la evolución de los PAE en Australia, los Países Bajos, Alemania e Israel, llega a la conclusión de que, si bien es posible que la industrialización sea una condición necesaria para alcanzar un nivel elevado de PAE y PAM en los puestos de trabajo de un país, puede que no sea suficiente. Además, estos programas son característicos de sociedades con un alto grado de afiliación sindical, una intensa cooperación paritaria en las relaciones laborales y un sector de servicios muy desarrollado, en las que la Administración pública desempeña un papel decisivo. Existe además la necesidad de una cultura profesional, apoyada por

una especialización académica que promueva y difunda los servicios sociales en el lugar de trabajo. Por último, Bargal afirma que, cuanto mayor sea la suma de estas características en un país determinado, más probabilidades habrá de que exista una amplia oferta de PAE en sus centros de trabajo.

La misma diversidad se observa comparando programas de un mismo país desde el punto de vista de su estructura, dotación de personal, enfoque y alcance. No obstante, todos los PAE tienen un tema común. Las partes que están presentes en el lugar de trabajo pretenden prestar servicios que solucionen los problemas de los trabajadores, que a menudo no guardan una relación causal con su trabajo pero interfieren con su productividad laboral y aun con su bienestar general. Algunos observadores han notado una evolución en las actividades de los PAE que, si bien al principio se dedicaban quizás a controlar el abuso de alcohol y drogas entre los trabajadores, con el tiempo han extendido su interés a todos ellos como individuos, y los propios trabajadores se han convertido en uno de los elementos, en un enfoque doble que abarca también la organización.

Este enfoque organizativo refleja el reconocimiento de que numerosos trabajadores están en "situación de riesgo" de no poder mantener su papel en el trabajo y de que este "riesgo" depende tanto de la forma en que está organizado el mundo laboral como de las características individuales de cada trabajador. Por ejemplo, los trabajadores de más edad están en situación de riesgo si cambia la tecnología relacionada con su puesto de trabajo y, por su edad, se les impide el acceso a la reconversión profesional. Los padres solos y quienes han de cuidar de ancianos "están en situación de riesgo" si su entorno laboral es tan rígido que no admite ninguna flexibilidad de horario en caso de enfermedad de las personas que tienen a su cargo. Una persona discapacitada "está en situación de riesgo" cuando cambia su trabajo y no se le ofrece la posibilidad de adaptarse para actuar de acuerdo con los nuevos requisitos. Al lector se le ocurrirán muchos ejemplos más. Lo significativo es que, ante la posibilidad de cambiar al individuo, el entorno o alguna combinación de ambos, es cada vez más evidente que no se puede lograr una organización laboral productiva y rentable sin tener en cuenta la interacción entre la organización y el individuo.

El trabajo social se apoya en un modelo del individuo en su entorno. La correspondiente definición de la situación de "riesgo" destaca la posible aportación de los profesionales. Tal como indican Googins y Davidson, el PAE aporta una serie de problemas y cuestiones que afectan no sólo a los individuos, sino también a las familias, las empresas y las comunidades respectivas (Googins y Davidson 1993). Cuando un trabajador social con una perspectiva organizativa y ambiental trabaja en un PAE, se encuentra en una posición única para conceptualizar intervenciones que promuevan no sólo el papel del PAE en la prestación de servicios al individuo, sino también en el asesoramiento sobre políticas organizativas en el lugar de trabajo.

### Evolución de los PAE

La prestación de servicios sociales en el lugar de trabajo se remonta a la época de la industrialización. En los talleres de artesanos que caracterizaban el período anterior, los grupos de trabajo eran reducidos y se establecía una relación íntima entre el maestro artesano y sus oficiales y aprendices. En las primeras fábricas, los grupos ya eran más numerosos y las relaciones entre la empresa y los trabajadores se hicieron más impersonales. A medida que empezaron a aparecer problemas que afectaban el rendimiento de los trabajadores, la empresa comenzó a poner a su disposición personas (que solían recibir el nombre de asistentes sociales) que ayudaban a los trabajadores procedentes de entornos rurales y a veces a los inmigrantes recién llegados



durante el proceso de adaptación a un lugar de trabajo formalizado.

Esta tendencia al empleo de trabajadores sociales y de otros prestadores de servicios humanos para lograr la adaptación de los nuevos habitantes a las demandas del trabajo fabril prosigue en todo el mundo hasta nuestros días. En varios países, como Perú y la India, en todos los ámbitos laborales que superen un número determinado de empleados debe haber un trabajador social. Estos profesionales han de responder a las necesidades cotidianas de los trabajadores recién contratados, procedentes del medio rural, como las de vivienda y alimentación, además de todo lo relacionado con las enfermedades, accidentes de trabajo, muertes y entierros.

A medida que han ido evolucionado las dificultades inherentes al mantenimiento de una plantilla productiva, han aparecido distintos grupos de cuestiones que requieren un tratamiento algo diferente. Es probable que los PAE representen una ruptura con el antiguo modelo del asistente social, por cuanto es más evidente que son una solución programada a problemas como los del alcoholismo. Presionadas por la necesidad de maximizar la productividad durante la segunda Guerra Mundial para hacer frente a las pérdidas provocadas por el abuso de alcohol entre los trabajadores, las empresas establecieron programas profesionales contra el alcoholismo en los principales centros de producción de los aliados. Después de la guerra se reconocieron las enseñanzas de esos esfuerzos y el consiguiente aumento de la productividad de los trabajadores afectados. Desde entonces, ha habido en todo el mundo un incremento lento pero constante de los programas de prestación de servicios que aprovechan el lugar de empleo como centro de apoyo para solucionar problemas que inducen importantes descensos de la productividad.

Ha contribuido a esta tendencia el desarrollo de empresas multinacionales que tienden a reproducir en todas sus instalaciones los esfuerzos por la efectividad o los sistemas legalmente exigidos sin apenas considerar la importancia de los programas en sí, o su idoneidad cultural para el país concreto en que se asienta el centro. Por ejemplo, los PAE de Sudáfrica son parecidos a los de Estados Unidos; tal estado de cosas es atribuible en parte a que los primeros PAE se establecieron en los puestos de avanzada en empresas multinacionales cuya sede central se encontraba en Estados Unidos. Este cruce cultural ha sido positivo porque ha favorecido la imitación de lo mejor de cada país a escala mundial. Tenemos un ejemplo en el tipo de acción preventiva relacionada con las cuestiones de acoso sexual o de diversidad de las plantillas surgidas en Estados Unidos y que se ha convertido en la norma a la cual se supone que deben adherirse las instalaciones de las empresas estadounidenses en el mundo entero, las cuales, a su vez, sirven de modelo a las empresas locales para establecer iniciativas similares.

### La justificación de los PAE

Los PAE se diferencian por su grado de evolución, sus principios subyacentes o la definición de los problemas que han de atender y los servicios que se consideran aceptables como respuesta. Sin embargo, la mayoría de los observadores coinciden en que tales actuaciones en el trabajo tienen un alcance más amplio en los países en los que ya se han establecido estos servicios, mientras que son incipientes en los demás. Como ya hemos señalado, un motivo de la expansión puede ser el amplio reconocimiento de que el abuso de drogas y del alcohol en el lugar de trabajo constituye un problema significativo que ocasiona la pérdida de tiempo y cuantiosos gastos médicos y que afecta gravemente a la productividad.

En todo caso, los PAE han evolucionado en respuesta a una amplia variedad de condiciones cambiantes que van más allá de las fronteras nacionales. Obligados a ofrecer ventajas para

mantener la fidelidad de sus miembros, los sindicatos les han dado una acogida favorable. La legislación sobre discriminación positiva, permiso familiar, indemnización en caso de accidente de trabajo y reforma asistencial contempla el lugar de trabajo desde la perspectiva de los servicios humanos. La habilitación de la población activa y la búsqueda de la igualdad entre los sexos, que son necesarias para que los trabajadores actúen con eficacia en el ambiente colectivo de la máquina de producción moderna, son objetivos que quedan bien servidos mediante la oferta de sistemas de prestación de servicios sociales universales en el mundo laboral. Estos sistemas contribuyen además a la formación y retención de una plantilla de calidad. Asimismo los PAE han llenado el vacío que existe, y que parece ir en aumento, en los servicios comunitarios de muchos países. La difusión y el deseo de contener el SIDA, así como el creciente interés por la prevención, el bienestar y la seguridad en general, han apoyado el papel educativo de los PAE en los lugares de trabajo del mundo entero.

Los PAE han demostrado ser un recurso valioso para que los lugares de trabajo respondan a las presiones de las tendencias demográficas. Ha habido que prestar atención a ciertos cambios, como el aumento de los hogares monoparentales, a la expansión del trabajo de la mujer y al incremento del número de familias en que trabajan los dos padres. El envejecimiento de la población y el interés por reducir la dependencia de la beneficencia a través del trabajo de la madre, notorios en la mayoría de los países industrializados, han supuesto la asignación al lugar de trabajo de funciones que requieren la asistencia de entidades responsables de la prestación de servicios humanos. También el problema del abuso de drogas y alcohol, que ha alcanzado proporciones epidémicas en numerosos países, ha sido motivo de gran preocupación para las organizaciones de trabajo. Según una encuesta de opinión acerca de la crisis de las drogas en 1994 en comparación con el lustro anterior, el 50 % de los encuestados opinaba que había aumentado mucho, un 20 % que había aumentado un poco, apenas un 24 % consideraba que no había variado, y al 6 % restante le parecía que había disminuido. Si bien cada una de estas tendencias varía según el país, todas se dan en todos los países. La mayoría son características del mundo industrializado. Muchas se observan en países en vías de desarrollo en los que existe algún grado significativo de industrialización.

### Las funciones de los PAE

El establecimiento de un PAE es una decisión organizativa que representa un desafío para el sistema vigente. Da a entender que en el lugar de trabajo no se ha prestado suficiente atención a las necesidades de los individuos y confirma la obligación, por parte de la empresa y de los sindicatos, por su propio interés organizativo, de responder a las amplias fuerzas que actúan en la sociedad. Se trata de una oportunidad para llevar a cabo un cambio organizativo. Aunque es posible que encuentre resistencias, como ocurre en todas las situaciones que pretenden un cambio global, las tendencias antes descritas justifican la capacidad de los PAE para ofrecer tanto servicios de asesoramiento como de defensa para los individuos y de formular recomendaciones sobre política para las organizaciones.

Los tipos de funciones que brindan los PAE son un reflejo de las cuestiones que pretenden solucionar. Es probable que todos los programas existentes hagan referencia al abuso de drogas y al alcohol. En tal sentido, las intervenciones suelen incluir la evaluación, la remisión, la formación de supervisores y el funcionamiento de grupos de apoyo para mantener el empleo y estimular la abstinencia. No obstante, el temario de los servicios de la mayoría de los PAE es más amplio, y los programas ofrecen asesoramiento para las personas que tienen problemas

conyugales o dificultades con sus hijos, que necesitan ayuda para conseguir guarderías o canguros, o que han de tomar una decisión con respecto a la atención de un familiar de edad avanzada. Algunos PAE abordan también cuestiones relacionadas con el entorno laboral. En consecuencia, ayudan a las familias a adaptarse a un cambio de trabajo, a los empleados de bancos que han sido atracados y precisan ayuda para superar el trauma, a los equipos que trabajan en casos de catástrofes, o a los trabajadores de la salud que han estado expuestos accidentalmente al VIH. También ofrecen asistencia para hacer frente a la "reconversión", tanto respecto a los empleados que han sido despedidos como a los que han sobrevivido al despido. Asimismo se puede recurrir a los PAE para poner en práctica un cambio organizativo que satisfaga los objetivos de discriminación positiva o que sirva para resolver los casos en que hay que encontrar alojamiento y facilitar el regreso al trabajo de los empleados que sufren alguna discapacidad. Se han utilizado PAE también en actividades preventivas, como en la formación de hábitos de buena alimentación o el abandono del tabaco, la participación en programas de ejercicios u otro tipo de actividades de mejora de la salud, y la oferta de iniciativas educativas que abarcan desde programas sobre la paternidad hasta la preparación para la jubilación.

Si bien estas respuestas de los PAE son multifacéticas, encontramos características similares en programas tan distantes como algunos de Hong Kong y de Irlanda. Estudiando muestras no aleatorias de empresas, sindicatos y contratistas estadounidenses que brindan servicios de PAE sobre el abuso de drogas y de alcohol, por ejemplo, Akabas y Hanson (1991) comprobaron que, en diversas industrias, con distintos antecedentes y diversos auspicios, todos los planes presentan importantes coincidencias. Los investigadores esperaban hallar una amplia variedad de respuestas creativas para atender las necesidades de cada lugar de trabajo y, sin embargo, encontraron una uniformidad sorprendente en los programas y prácticas. En una conferencia internacional de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) celebrada en Washington D.C. con el fin de comparar las iniciativas nacionales, se confirmó un grado similar de uniformidad en toda Europa occidental (Akabas y Hanson 1991).

Los encuestados de empresas y sindicatos de Estados Unidos coincidieron en que la legislación influye significativamente en la determinación de los componentes de sus programas y en los derechos y las expectativas de las poblaciones correspondientes. La mayoría de los gestores de estos programas son profesionales, fundamentalmente trabajadores sociales. Colaboran con tipos de trabajadores muy variados y a menudo también con sus familiares, brindando servicios que ofrecen soluciones diversas a diferentes problemas, aparte de la cuestión fundamental de la rehabilitación de los adictos a las drogas o el alcohol. La mayoría de los programas superan la falta de atención de la alta dirección y la insuficiente preparación y colaboración de los supervisores, logrando una penetración de entre el 3 % y el 5 % del total de trabajadores en el lugar indicado. Los profesionales de los PAE y los PAM parecen coincidir en que la confidencialidad y la confianza son fundamentales para que el servicio resulte efectivo. Han sido eficaces, afirman, en relación con los problemas de abuso de drogas y de alcohol, aunque apenas pueden indicar unos pocos estudios de evaluación que confirmen la eficacia de su intervención en relación con cualquier aspecto de la prestación de servicios.

Ciertas estimaciones indican que en la actualidad funcionan unos 10.000 PAE sólo en Estados Unidos. Se distinguen dos sistemas principales de prestación de servicios: los que están dirigidos por personal interno y los que gestiona un servicio externo que ofrece servicios a numerosas organizaciones de trabajo (empresas y sindicatos). Los méritos respectivos son objeto de

vivos debates. Entre las ventajas de los programas externos cabe mencionar la mayor protección de la confidencialidad y la mayor diversidad de personal con funciones claramente definidas, que no se diluyen en otras actividades. Los defensores de los programas internos señalan la ventaja que les brinda su puesto para llevar a cabo una intervención efectiva a nivel global y la influencia adquirida con respecto a la formulación de políticas como consecuencia de su conocimiento y participación en la organización. Puesto que cada vez se valoran más las iniciativas que afectan a toda una organización, es probable que los programas internos sean mejores para las empresas que cuenten con demanda suficiente (como mínimo, un millar de trabajadores) para justificar un puesto de trabajo a tiempo completo. Como señalan Googins y Davidson (1993), este sistema facilita el acceso a los trabajadores, debido a la variedad de servicios que se pueden ofrecer y a la oportunidad de influir en los responsables de la formulación de políticas, y permite la colaboración e integración de la función del PAE con el resto de la organización; todas estas posibilidades refuerzan el valor y el papel de los PAE.

### Cuestiones laborales y familiares: relación con los PAE

La interacción de los PAE, a lo largo del tiempo, con cuestiones laborales y familiares brinda un ejemplo informativo de la evolución de estos programas y de su posible influencia a nivel individual y organizativo. En términos históricos, los PAE evolucionaron durante el período en que se produjo el acceso masivo al mercado de trabajo de las mujeres, sobre todo madres solteras y madres de niños de corta edad. Estas mujeres experimentaban a menudo una tensión entre las exigencias de cuidado de las personas a su cargo —ya fueran niños o personas de edad avanzada— y los requerimientos del trabajo en un entorno laboral en el que se consideraba que los roles laborales y familiares debían estar separados, y en el que la empresa se mostraba hostil frente a la necesidad de flexibilidad con respecto a las cuestiones laborales y familiares. El personal de los PAE observó que las mujeres que sufrían estrés se deprimían y a veces, para resolver la situación, recurrían al abuso de drogas o de alcohol. La primera reacción de los PAE fue el asesoramiento sobre este abuso, la educación sobre la organización del tiempo y la remisión a los servicios de cuidados de niños y ancianos.

A medida que aumentó el número de clientes con los mismos problemas, los PAE llevaron a cabo una evaluación de necesidades que aconsejó buscar soluciones colectivas en vez de individuales ofreciendo, por ejemplo, sesiones de grupo sobre la gestión del estrés. Sin embargo, tampoco este método sirvió para resolver los problemas. Teniendo en cuenta que las necesidades cambian durante el ciclo vital, los PAE comenzaron a considerar a sus clientes como grupos humanos con distintos requerimientos en función de su edad. Los padres jóvenes precisaban un horario flexible para ocuparse de sus hijos cuando estaban enfermos e información sobre los centros de cuidado de los hijos. Los de más edad, entre treinta y cinco y casi cincuenta años, se identificaban como la "generación intermedia", sujeta a la doble demanda de los hijos adolescentes y los familiares de edad avanzada, con lo cual aumentaba su necesidad de servicios de apoyo variados: educación, remisiones, permisos, asesoramiento familiar y asistencia sobre abstinencia, entre otros. Las crecientes presiones que experimentaban los trabajadores cuando envejecían y se enfrentaban al comienzo de su incapacidad, a la necesidad de adaptarse a un mundo laboral en el cual casi todos los compañeros de trabajo, e incluso los propios supervisores, eran más jóvenes que ellos, mientras se planteaban la jubilación y el cuidado de los familiares ancianos y débiles (y a

veces de los nietos), creaban otro conjunto de cargas. Como consecuencia del seguimiento de estas necesidades individuales, se llegó a la conclusión de que hacía falta un cambio en la cultura del lugar de trabajo que integrara la vida laboral y familiar de los trabajadores.

Esta evolución ha llevado directamente a la configuración del papel actual de los PAE con respecto al cambio organizativo. Durante el proceso de satisfacción de las necesidades individuales, es probable que el PAE haya adquirido credibilidad dentro del sistema y que se le reconozca como fuente de conocimientos sobre cuestiones laborales y familiares. Asimismo, habrá desempeñado un papel educativo e informativo en respuesta a las preguntas planteadas por los directivos en numerosos departamentos afectados por los problemas que surgen cuando estos dos aspectos de la vida humana entran en conflicto entre sí. Es probable que el PAE haya colaborado con muchos sectores, como los responsables de la discriminación positiva, los expertos en relaciones laborales, los representantes sindicales, los especialistas en formación, el personal sanitario y de seguridad, los gestores del riesgo y el resto del personal de recursos humanos, o los supervisores.

El análisis del campo de fuerzas, técnica propuesta por Kurt Lewin (1951) en el decenio de 1950, sirve de marco para definir las actividades que se requieren para suscitar un cambio organizativo. El profesional de la salud en el trabajo debe saber dónde encontrará apoyo para resolver de forma sistemática las cuestiones laborales y familiares, y dónde podría encontrar oposición. El análisis del campo de fuerzas identifica dentro de la empresa, el sindicato o el órgano público las figuras principales que influyen en el cambio y resume las fuerzas impulsoras y restrictivas que influyen sobre ellas en relación con la política laboral y familiar.

En una modalidad más compleja del enfoque organizativo de las cuestiones laborales y familiares, se asigna al PAE la participación en un comité responsable de fijar una política que ha de tener en cuenta el doble interés de los empleados por ser al mismo tiempo trabajadores productivos y participantes familiares efectivos. Esta política debe señalar el compromiso de la organización de establecer un clima y una cultura laboral flexibles para que ambos papeles coexistan en armonía. A continuación se pueden especificar una serie de beneficios y programas para cumplir tal compromiso que incluyan, entre otros, un horario laboral flexible, opciones de trabajo compartido y contratación a tiempo parcial, subsidios para guarderías o guarderías en el lugar de trabajo, y servicios de asesoramiento y remisión para atender otras necesidades de los niños y los ancianos, permisos familiares con y sin sueldo en caso de enfermedad de un familiar, becas para la educación de los hijos y para que los propios trabajadores continúen sus estudios, y sistemas de asesoramiento individual y apoyo grupal para los distintos problemas que afecten a los familiares. Estas múltiples iniciativas relacionadas con cuestiones laborales y familiares se combinan para proponer una respuesta total individual y ambiental a las necesidades de los trabajadores y sus organizaciones laborales.

## Conclusiones

Hay amplias pruebas empíricas de que estas prestaciones ayudan a los trabajadores a alcanzar la meta del empleo productivo. Sin embargo, tales ventajas corren el riesgo de convertirse en programas costosos y de no ofrecer ninguna garantía de que el trabajo se realice de forma eficaz y eficiente. Al igual que los PAE que las fomentan, las prestaciones laborales y familiares se deben

evaluar en función de su contribución a la eficacia de la organización, teniendo en cuenta también el bienestar de las numerosas partes que la componen. La evolución tan uniforme de la que ya hemos hablado se puede interpretar como un apoyo al valor fundamental de los servicios de los PAE en lugares de trabajo, empresas y países diferentes. A medida que el mundo laboral se hace cada vez más exigente, en una época de economía global competitiva, y cuando los conocimientos y las cualificaciones que los trabajadores aportan al puesto de trabajo adquieren mayor importancia que su mera presencia o fuerza física, cabe prever que cada vez se recurrirá más a los PAE para que orienten a las organizaciones hacia el cumplimiento de sus responsabilidades humanitarias respecto a sus empleados o miembros. Incluso con un enfoque individual y ambiental de este tipo para resolver los problemas es previsible que los trabajadores sociales desempeñen un papel fundamental en la prestación de servicios.

## LA SALUD EN LA TERCERA EDAD: PROGRAMAS DE PREJUBILACION

*H. Beric Wright*

Hoy se reconoce de manera creciente que el último tercio de la vida —la “tercera edad”— requiere tanto estudio y planificación como la educación y formación (la “primera edad”) y el desarrollo de la carrera y la reconversión profesional (la “segunda edad”). Cuando, hace unos treinta años, comenzó el movimiento dirigido a hacer frente a las necesidades de los jubilados, el trabajador masculino medio en los Estados Unidos y en muchos otros países desarrollados se jubilaba a los 65 años, rendido por el trabajo, con una esperanza de vida limitada y una pensión insuficiente, o sin pensión alguna, especialmente en el caso de los obreros o jornaleros agrícolas.

Este panorama ha cambiado profundamente. Muchas personas se jubilan más jóvenes, de manera voluntaria o al alcanzar edades distintas a las establecidas en las normas de jubilación obligatoria; algunas se ven forzadas a la jubilación anticipada por causa de enfermedad, incapacidad o despido. Al mismo tiempo, muchas otras deciden seguir trabajando bastante después de la edad “normal” de jubilación, ya sea en el mismo empleo o en otra carrera.

Los jubilados tienen hoy, en general, mejor salud y mayor esperanza de vida. En el Reino Unido, el grupo de los mayores de 80 años es el de más rápido crecimiento en la población y cada vez más gente pasa de los noventa. La presencia de la mujer en la población activa ha implicado la presencia de un número creciente de jubiladas, muchas de ellas solteras o viudas debido a su mayor esperanza de vida con respecto a sus parejas masculinas.

La mayor parte de los jubilados conservan durante un tiempo, dos décadas o más en algunos casos, la movilidad, el vigor y las capacidades funcionales perfeccionadas por la experiencia, y este período sigue ampliándose gracias a los mayores niveles de vida y las mejoras en la asistencia sanitaria. La vida de muchas personas se prolonga más allá del tiempo para el que están diseñadas sus estructuras biológicas (así, por ejemplo, algunas de sus funciones corporales dejan de funcionar, mientras que el resto se resiste a caer), dando lugar a una dependencia médica y social creciente, que se ve cada vez menos compensada por otras formas de disfrutar de la vida. El objetivo de la planificación de la jubilación es mejorar y prolongar el disfrute del período de bienestar y garantizar, en la medida de lo posible, los recursos y los sistemas de apoyo necesarios en el momento del declive final. Va, pues, más allá de la planificación del patrimonio y la

disposición de los bienes y activos, aunque éstos sean a menudo aspectos importantes.

La jubilación puede ofrecer hoy incontables compensaciones y ventajas. Las personas que se jubilen con buena salud pueden tener la esperanza de vivir otros 20 o 30 años, disfrutando de una actividad potencialmente plena durante al menos dos tercios de este período: demasiado tiempo para abandonarse a la inactividad o dejarse enmohecer en alguna soleada "Costa Geriátrica". También están engrosando estas filas las personas que se acogen a la jubilación anticipada por voluntad propia o, desgraciadamente, por despido, y las mujeres, que se jubilan en mayor número con pensiones suficientes y con el propósito de permanecer plenamente activas y no vivir a cargo de otras personas.

Hace cincuenta años, las pensiones eran insuficientes y el sostenimiento económico significaba una lucha por la supervivencia para la mayoría de las personas de edad avanzada. Hoy, las pensiones de empresa y las prestaciones asistenciales públicas, pese a ser aún insuficientes en muchos casos, permiten llevar una vida no demasiado mala. Las posibilidades de encontrar un trabajo a tiempo parcial están mejorando también para estas personas, gracias a la disminución de personal especializado en muchos sectores y al reconocimiento por la empresa de que los trabajadores de mayor edad son empleados productivos y, a menudo, de mayor confianza.

Los jubilados representan alrededor de un tercio de la población. Son personas sanas física y mentalmente, que constituyen un segmento importante y potencialmente contributivo de la sociedad y que podrán, a medida que tomen conciencia de su importancia y su potencial, organizarse para desempeñar un papel más importante. Un ejemplo en los Estados Unidos es la American Association of Retired Persons (AARP), que ofrece a sus 33 millones de miembros (no todos jubilados, ya que se permite la incorporación de cualquier persona de 50 o más años de edad) una amplia gama de ventajas y ejerce una influencia política considerable. Lord Houghton, presidente de la Pre-Retirement Association (PRA) del Reino Unido y miembro del Gobierno, dijo en la primera junta general anual, celebrada en 1964, que "si los pensionistas actuaran unidos, podrían dar la vuelta a unas elecciones". Esto no ha ocurrido aún, y no ocurrirá probablemente nunca en estos términos, pero hoy se reconoce ya en la mayoría de los países desarrollados la existencia de una "tercera edad" que representa un tercio de la población y que tiene expectativas y necesidades propias, a la vez que un enorme potencial para contribuir al beneficio de sus miembros y de la comunidad en su conjunto.

Junto con este reconocimiento, se ha tomado conciencia de la necesidad, vital para la estabilidad social, de dotar de servicios y oportunidades a este grupo. En las últimas décadas, los políticos y los gobiernos han comenzado a reaccionar, ampliando y mejorando la gama de programas de seguridad social y de bienestar, si bien limitados por exigencias fiscales y rigideces burocráticas.

Otro obstáculo importante ha sido la actitud de los propios pensionistas. En demasiados casos han aceptado la imagen personal y social estereotipada de la jubilación como el fin de la consideración de miembro útil de la sociedad, o incluso digno de atención, y la expectativa de ser relegado a un rincón y convenientemente olvidado. La superación de esta imagen negativa ha sido, y en buena medida sigue siendo, el principal objetivo de la preparación para la jubilación.

Al aumentar el número de jubilados que han realizado esta transformación y han tratado de satisfacer sus nuevas necesidades, se han hecho conscientes ellos mismos de las insuficiencias de los programas públicos y han empezado a dirigirse a las empresas para cubrir este vacío. Gracias a los ahorros acumulados y a los planes de pensiones, muchos de ellos configurados

mediante convenios colectivos, han sacado a la luz recursos financieros, a menudo importantes. Para reforzar el valor de sus planes de pensiones privados, las empresas y los sindicatos han empezado a gestionar, e incluso a ofrecer, programas de asesoramiento y a prestar apoyo a su realización.

En el Reino Unido, el mérito de este logro se debe principalmente a la Pre-Retirement Association, que, con el apoyo del Estado, a través del Departamento de Educación (inicialmente, los Departamentos de Sanidad, Empleo y Educación se estuvieron pasando la pelota con este programa), va siendo aceptado como la vía principal de preparación para la jubilación.

Con el crecimiento de esta demanda de orientación y apoyo ha surgido un importante sector de organizaciones voluntarias y mercantiles. Algunas operan de modo principalmente altruista, mientras que otras se mueven por propio interés. Entre éstas se incluyen las compañías de seguros, que buscan vender rentas vitalicias y otros seguros; las sociedades de inversión, que gestionan los ahorros acumulados y los ingresos por pensiones; los agentes inmobiliarios, que ofrecen residencias para jubilados; los gestores de comunidades de jubilación, que buscan la incorporación de nuevos miembros; las entidades benéficas, que prestan asesoramiento sobre las ventajas fiscales de legados y donaciones, etc. Como complemento, un ejército de editoriales ofrecen libros, revistas y cintas de audio y vídeo del tipo "Aprenda a ...", mientras que las universidades y entidades de educación para adultos imparten seminarios y cursos sobre temas de interés.

Muchas de estas entidades prestadoras de servicios se centran prioritariamente en los problemas financieros, sociales y familiares, pero la percepción de que el bienestar y la vida productiva dependen de la salud ha llevado a un incremento de los programas de educación sanitaria y de promoción de la salud, dirigidos a evitar, retrasar o minimizar la enfermedad y la incapacidad. Así ocurre especialmente en los Estados Unidos, donde los compromisos financieros de las empresas se han convertido, debido a los crecientes costes de la asistencia sanitaria a los jubilados y las personas a cargo de éstos, no sólo en una carga muy pesada, sino en un pasivo que debe reflejarse en el balance incluido en las cuentas anuales de la empresa.

Algunas de las organizaciones sanitarias voluntarias por especialidades, como, por ejemplo, las del corazón, cáncer, diabetes o artritis, elaboran material educativo diseñado específicamente para los trabajadores que se acercan a la edad de jubilación.

En resumen, ha llegado la tercera edad. Los programas de jubilación y prejubilación permiten maximizar el rendimiento y el bienestar social, personal y proporcionan la información, la preparación y el apoyo necesarios.

### El papel de la empresa

Aunque están lejos aún de ser universales, el apoyo y la financiación de los programas de prejubilación han procedido principalmente de las empresas, así como de la administración central y local y de las fuerzas armadas. En el Reino Unido, han sido decisivos los esfuerzos de la PRA, que desde tiempo atrás ha favorecido la incorporación de empresas ofreciéndoles apoyo, asesoramiento y cursos a domicilio. No ha sido difícil en la práctica convencer al sector privado de que su responsabilidad va mucho más allá de la mera prestación de pensiones. Además, la progresiva complicación de los planes de pensiones y de sus implicaciones fiscales ha dado mayor importancia a las explicaciones en detalle y al asesoramiento personalizado.

El lugar de trabajo ofrece un público muy localizado que favorece la eficacia y la reducción de los costes de presentación de los programas, a la vez que la mutua presencia de los compañeros estimula la participación de los trabajadores. De ello se derivan claras ventajas para los trabajadores y las personas a su

cargo. Para la empresa, las ventajas son también sustanciales, aunque más sutiles: mejora del estado de ánimo, reforzamiento de la imagen de la empresa como patrón apetecible, estímulo para conservar a trabajadores de mayor edad que poseen una valiosa experiencia y mantenimiento de la participación de los jubilados en el fondo de comercio de la empresa, muchos de los cuales son también accionistas gracias a la participación en beneficios y a los planes de inversión patrocinados por ésta. Cuando la empresa necesita reducir la plantilla, sus programas de prejubilación le permiten realzar el atractivo de la gratificación por fin de servicios, un conjunto de incentivos para los que aceptan la jubilación anticipada.

Los sindicatos obtienen ventajas similares cuando ofrecen estos programas como complemento de sus planes de pensiones, haciendo más atractiva la afiliación sindical y reforzando la buena voluntad y la conciencia de grupo entre sus afiliados. Debe resaltarse que, en el Reino Unido, los sindicatos apenas han empezado a interesarse por estos programas, especialmente los pequeños sindicatos profesionales, como los de pilotos de compañías aéreas.

Las empresas pueden contratar un programa completo preconfigurado o sólo alguna de las prestaciones puntuales contenidas en la lista que ofrecen organizaciones como la PRA, las diversas instituciones de educación para adultos y las numerosas compañías de seguros, de pensiones o de inversión que ofertan como actividad mercantil cursos de preparación para la jubilación. En cuanto a estas últimas, aunque prestan por lo general servicios de calidad, deben ser supervisadas para garantizar que la información que ofrecen sea leal y objetiva, y no se limite a promocionar sus propios productos y servicios.

En la empresa, los departamentos de personal, de pensiones y de educación (cuando lo hay) deben participar en la configuración y la presentación del programa, que puede prestarse en sus propias instalaciones o en algún local adecuado. Algunas empresas lo ofrecen durante la jornada de trabajo, pero lo más habitual es que tengan lugar en el descanso del almuerzo o al final del día, siendo esto último lo más frecuente, porque minimiza las interferencias con los planes de trabajo y permite la asistencia de los cónyuges.

Algunas empresas cubren la totalidad de los costes de participación, mientras que otras los comparten con el trabajador o se los reembolsan a éste total o parcialmente si completa con éxito el programa. Sin perjuicio de la debida competencia de los prestadores del servicio, en el caso de consultas personales individualizadas se suele remitir a los participantes al consejo de especialistas. Por lo general, los participantes se hacen cargo de este coste, si bien, en algunos casos, estos especialistas están adscritos a los programas y la empresa puede negociar con ellos tarifas reducidas.

## El curso de prejubilación

### *Planteamiento del curso*

La separación del trabajo es una experiencia desgarradora para muchas personas, especialmente para los "adictos al trabajo". El trabajo nos proporciona status, identidad y relaciones con otras personas. En muchas culturas tendemos a identificarnos socialmente, y a identificar a los demás, en función de nuestro trabajo respectivo. El contexto laboral en que nos movemos domina nuestra vida, especialmente a medida que nos hacemos mayores, y determina qué hacemos, dónde vamos y, sobre todo para los profesionales, nuestras prioridades cotidianas. La separación de los compañeros de trabajo y el grado de preocupación, a veces insano, por asuntos familiares y domésticos menores ponen de

manifiesto la necesidad de desarrollar una nueva pauta de referencia social.

Llegada la jubilación, el bienestar y la supervivencia dependen de la comprensión de estos cambios y de la disposición a aprovechar el mayor número posible de las oportunidades que conllevan. Para esta comprensión es esencial el concepto de mantenimiento de la salud en su sentido más amplio, tal como lo define la Organización Mundial de la Salud, y un enfoque global más moderno de los problemas médicos. La adopción de una forma de vida saludable debe complementarse con una gestión adecuada de las finanzas, la vivienda, las actividades y las relaciones sociales. Conservar recursos económicos para el momento en que una discapacidad cada vez más acusada exija atenciones y ayudas especializadas que pueden aumentar el coste de la vida suele ser más importante que planificar el patrimonio.

La piedra angular de la preparación para la prejubilación la constituyen los cursos organizados de información y orientación, cuyos responsables deberán tener en cuenta que su finalidad no es dar todas las respuestas, sino perfilar las áreas potencialmente problemáticas y apuntar las soluciones ideales para cada persona.

### *Áreas temáticas*

Los programas de prejubilación pueden comprender diversos aspectos. A continuación se describen brevemente los fundamentales, que deben tenerse siempre presentes en el desarrollo de cualquier programa:

**Estadísticas vitales y demografía.** Esperanza de vida en las edades consideradas —las mujeres viven más que los hombres— y tendencias en la composición de la familia, con sus implicaciones.

**Comprensión de la jubilación.** Cambios en la forma de vida, la motivación y las oportunidades que habrán de emprenderse en los próximos 20 ó 30 años.

**Mantenimiento de la salud.** Comprensión de los aspectos físicos y mentales del envejecimiento y de los factores del estilo de vida que favorecen un bienestar y una capacidad funcional óptimas (por ejemplo: la actividad física, la dieta y el control del peso, la adaptación a la pérdida progresiva de la vista y el oído, la acentuación de la sensibilidad al clima frío y cálido y el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas). Hay que hacer referencia a los médicos y al sistema de asistencia sanitaria, a las revisiones médicas periódicas, a las medidas preventivas y a las actitudes ante la enfermedad y la incapacidad.

**Planificación financiera.** Comprensión del plan de pensiones de la empresa, así como de las potenciales ventajas de la seguridad social y las políticas de bienestar público; gestión de inversiones, para conservar los recursos y maximizar los ingresos, incluyendo la inversión de cantidades percibidas a tanto alzado; gestión de la propiedad de la vivienda y otros bienes, de las hipotecas, etc.; prolongación de los seguros médicos, sean patrocinados por la empresa, los sindicatos u otros, incluyendo el estudio de los seguros de asistencia a largo plazo, si los hay; elección de asesor financiero.

**Planificación doméstica.** Planificación inmobiliaria y elaboración del testamento; otorgamiento de testamento vital (por ejemplo: establecimiento de directrices médicas o designación de un representante para la asistencia sanitaria) para consignar los deseos personales con relación los tratamientos médicos que deban o no ser administrados en caso de incapacidad para participar en la decisión ante una enfermedad terminal; las relaciones

con el cónyuge, los hijos y nietos; adaptación a la disminución de las relaciones sociales; inversión de papeles en los casos en que la mujer continúa desarrollando su carrera o sus actividades externas, asumiendo el hombre mayores tareas domésticas.

**Vivienda.** La casa y el jardín resultan demasiado grandes, laboriosos y costosos a medida que decaen las fuerzas físicas y los recursos económicos, o bien se quedan pequeños para el jubilado que instala una oficina o un puesto de trabajo en casa; cuando los dos cónyuges viven en casa, es aconsejable organizar el espacio de manera que cada uno disponga de su propio territorio privado donde realizar sus actividades o reflexionar; decisión de trasladarse a otra zona o país, o a una residencia de jubilados; disponibilidad de transporte público cuando no se puede, o es imprudente, conducir el vehículo propio; preparación para una posible mengua de la salud; asistencia doméstica en las tareas del hogar y en las relaciones sociales para los que viven solos.

**Posibles actividades.** Cómo encontrar oportunidades y formación para nuevos trabajos, aficiones y actividades de voluntariado; educación (por ejemplo: terminación de un curso o carrera interrumpida); viajes (en los Estados Unidos, una organización de voluntarios llamada Elderhostel ofrece un amplio catálogo de cursos anuales, semanales y bisemanales para adultos, impartidos en universidades y centros de vacaciones dentro y fuera del país).

**Organización del tiempo.** Elaboración de un plan de actividades que permitan dar sentido, disfrutar y equilibrar la participación individual y conjunta; aunque las nuevas oportunidades de vida en común constituyen una ventaja de la jubilación, es importante ser consciente del valor de las actividades independientes y evitar interferir en la vida del otro; actividades de grupo, entre ellas las de clubs, agrupaciones religiosas y organizaciones vecinales; reconocimiento del valor motivacional de la dedicación a tareas remuneradas o de voluntariado.

### **Organización del curso**

El patrocinador determina normalmente el tipo de curso, su contenido y duración a partir de los recursos disponibles y los costes previstos, así como del grado de dedicación y de los intereses de los trabajadores participantes. Serán pocos los cursos que puedan abarcar en detalle todas las áreas temáticas anteriormente mencionadas, pero deberán, en todo caso, incluir algún análisis de la mayoría de ellas (y, preferiblemente, de todas).

El curso ideal, en opinión de los educadores, es el del tipo "día liberado" (los trabajadores asisten al curso en horas de trabajo), con unas diez sesiones, en las que los participantes pueden llegar a conocerse y los instructores están en condiciones de analizar las necesidades e intereses individuales. Este lujo está al alcance de pocas empresas, pero las asociaciones dedicadas a la prejubilación (que en el Reino Unido están organizadas en una red) y los centros de educación para adultos los llevan a cabo con éxito. Si el curso se concentra en el tiempo, por ejemplo en dos días, permite más participación y deja tiempo para la orientación de actividades, mientras que los cursos de un solo día, por su condensación, exigen una presentación más didáctica que participativa, o se limitan a unas sesiones más o menos breves.

### **¿Quién asiste a los cursos?**

Es conveniente que los cursos estén abiertos a los cónyuges y compañeros de los participantes, lo que puede condicionar el tiempo y lugar de su celebración.

Todos los trabajadores camino de la jubilación deben tener la oportunidad de asistir. No obstante, hay una dificultad derivada

de la mezcla de distintos tipos de personas: los altos directivos tienen actitudes, aspiraciones, experiencias y recursos muy diferentes a los de los directivos intermedios y el personal de línea; la asistencia de personas con un entorno cultural y social muy distinto puede restar espontaneidad y fluidez a las relaciones entre los participantes, cuando éste es un aspecto muy valioso de los cursos, especialmente en lo que respecta a las finanzas y las actividades postjubilación; la organización en grupos muy numerosos impone un enfoque más didáctico, mientras que los grupos de diez a veinte personas favorecen intercambios productivos de intereses y experiencias.

Los trabajadores de grandes empresas que acentúan su identidad corporativa, como IBM en los Estados Unidos y Marks & Spencer en el Reino Unido, tienen a menudo dificultades para encontrar su sitio en el mundo fuera del entorno del "hermano mayor". Así se advierte, sobre todo, en los distintos servicios de las fuerzas armadas, al menos en el Reino Unido y en los Estados Unidos. Al mismo tiempo, en estos grupos tan cerrados los trabajadores tienen a veces dificultades para expresar intereses que pueden ser interpretados como deslealtad hacia la empresa, lo que no será muy problemático en el caso de cursos impartidos fuera de sus locales o dirigidos a trabajadores de varias empresas, como siempre ocurre con las organizaciones más pequeñas. Estos grupos "mixtos" suelen ser menos formales y más productivos.

### **¿Quién imparte los cursos?**

Es esencial que el instructor posea los conocimientos y la capacidad de comunicación necesaria para hacer del curso una experiencia útil y agradable. Pueden participar los departamentos médico, de personal y de educación de la empresa, pero a menudo se considera que los consultores especializados o los expertos externos son más objetivos. En algunos casos, pueden incorporarse instructores cualificados de entre los jubilados de la empresa, que combinan la mayor objetividad con el conocimiento del entorno y la cultura de aquella. La configuración ideal suele ser la de un director de curso apoyado por varios especialistas, ya que es poco frecuente que una sola persona sea experta en todos los aspectos a tratar.

### **Los materiales complementarios**

Las sesiones del curso se complementan habitualmente con manuales prácticos, cintas de vídeo y otras publicaciones. Muchos programas incluyen la suscripción a libros, periódicos y circulares de interés, que resultan más eficaces cuando se remiten al domicilio, donde pueden compartirse con el cónyuge y los demás miembros de la familia. La pertenencia a organizaciones de ámbito nacional, como PRA y AARP, o a sus ramas locales, permite acceder a reuniones y publicaciones interesantes.

### **¿Cuándo se imparte el curso?**

Los programas de prejubilación se inician generalmente unos cinco años antes de la fecha prevista de jubilación (recuérdese que se permite la incorporación a AARP a los cincuenta años). En algunas empresas, el curso se repite todos los años o cada dos años, invitándose a los trabajadores a participar tantas veces como deseen, mientras que en otras el programa se divide en segmentos, que se imparten en años sucesivos al mismo grupo de participantes, variando el contenido a medida que se aproxima la fecha de jubilación.

### **Evaluación del curso**

Los mejores indicadores de la utilidad del curso son el número de candidatos que se incorporan y la tasa de abandonos. Para que sirva de base a posibles modificaciones, debe introducirse algún mecanismo que permita a los participantes retroalimentar sus

impresiones acerca de los contenidos del curso y la calidad de los instructores.

### Algunas advertencias

Es improbable que un curso cargado de materiales irrelevantes llegue a tener éxito. Por este motivo, algunas empresas utilizan encuestas o grupos de prueba para garantizar que el curso tenga interés para los participantes potenciales.

Un aspecto importante en el proceso de toma de decisiones es el relativo al estado de las relaciones entre la empresa y el trabajador. Cuando hay una hostilidad abierta o subyacente, es probable que los trabajadores no concedan gran valor a ninguna oferta procedente de la empresa, especialmente si se presenta como algo a realizar "por su propio bien". En cambio, puede favorecerse la aceptación de los trabajadores permitiendo la participación de delegados de personal o representantes sindicales en el diseño y planificación del programa.

Por último, a medida que la jubilación se aproxima y se convierte en una forma de vida, las circunstancias cambian y surgen nuevos problemas, lo que aconseja repetir periódicamente el curso, tanto para los que desean asistir de nuevo como para los que comienzan a aproximarse a la "tercera edad".

### Actividades posteriores a la jubilación

Muchas empresas siguen en contacto con sus jubilados durante toda la vida de éstos, incluidos también sus cónyuges viudos, especialmente cuando se mantiene un seguro de enfermedad. La empresa proporciona revisiones médicas periódicas, programas de promoción y educación sanitaria diseñados para las personas de edad y, si es necesario, consultas individuales en temas sanitarios, financieros, domésticos y sociales. Hay un número creciente de grandes empresas que subvencionan clubs de pensionistas dotados de mayor o menor autonomía en su programación.

Algunas empresas dan mucha importancia a la contratación de jubilados, temporalmente o a tiempo parcial, en los momentos en que se necesita personal complementario. Otras, como la Equitable Life Assurance Society of the United States, de Nueva York, fomentan la participación voluntaria de los jubilados en organizaciones sin ánimo de lucro de la comunidad y en instituciones educativas, pagándoles una pequeña remuneración para compensar los gastos. El National Executive Service Corps gestiona la aportación de la experiencia acumulada por los directivos jubilados a empresas y organismos públicos de todo el mundo. La International Ladies Garment Workers Union (ILGWU) ha instituido el "programa de visitas de amistad", que prepara a los jubilados para prestar compañía y servicios de interés a aquellos de sus miembros afectados por problemas de la edad. Los clubs de pensionistas del Reino Unido patrocinan actividades similares.

La mayor parte de los programas de posjubilación, con excepción de los clubs de pensionistas de patrocinio sindical y empresarial, son ejecutados por las organizaciones de educación para adultos mediante su oferta de cursos formales. En el Reino Unido hay varios grupos de pensionistas de ámbito nacional, como PROBUS, que celebra reuniones locales periódicas para prestar información y relaciones sociales a sus miembros, y la PRA, que está abierta a la incorporación de personas y empresas que deseen información, cursos, tutoría y asesoría general.

Muchas empresas y sindicatos ofrecen información y asesoría a través de sus publicaciones internas ordinarias y de materiales específicamente dirigidos a los jubilados, ilustrados a menudo con anécdotas relativas a sus actividades y experiencias. La mayoría de los países desarrollados tienen al menos una o dos revistas de circulación general dirigidas a los jubilados: la

francesa *Notre Temps* tiene gran difusión entre las personas de la tercera edad; en los Estados Unidos, *Modern Maturity*, perteneciente a AARP, se distribuye a sus más de 33 millones de miembros. En el Reino Unido hay dos publicaciones mensuales para jubilados: *Choice* y *SAGA Magazine*. La Comisión Europea patrocina en la actualidad un manual práctico para la jubilación, en varias lenguas, titulado *Making the Most of Your Retirement*.

### Cuidado de personas de edad avanzada

En muchos países desarrollados, las empresas son cada vez más conscientes de la trascendencia de los problemas a que se enfrentan los trabajadores que tienen padres, suegros y abuelos ancianos o incapacitados. Algunos de éstos quizás sean pensionistas de otras empresas, pero su necesidad de ayuda, atención y servicios directos puede suponer una pesada carga para los trabajadores, que han de hacer frente además de a su propio trabajo, a sus asuntos personales. Para aligerar esta carga y reducir la fatiga, el absentismo y la pérdida de productividad resultantes, las empresas ofrecen a estos últimos "programas sobre el cuidado de personas de edad" (Barr, Johnson y Warshaw 1992; US General Accounting Office 1994), que combinan diversos aspectos de educación, información y consulta con otras medidas, como la modificación de los horarios de trabajo, los descansos, el apoyo social y la ayuda financiera.

### Conclusión

Las tendencias demográficas y sociales de la población activa en los países desarrollados están dando lugar de manera inequívoca a una progresiva conciencia de la necesidad de información, preparación y asesoramiento acerca de toda la gama de problemas de la tercera edad. Las empresas y sindicatos, y asimismo los políticos, participan de esta toma de conciencia, que se está plasmando en los programas de prejubilación y las actividades posjubilación y que ofrecen grandes ventajas potenciales a las personas de edad, sus empresas y sindicatos, y a la sociedad en su conjunto.

## RECOLOCACION

*Saul G. Gruner y Leon J. Warshaw*

La recolocación (outplacement) es un servicio profesional de consultoría que ayuda a las organizaciones a planificar y efectuar despidos aislados o reducciones de plantilla disminuyendo al máximo las interrupciones y evitando responsabilidades jurídicas, y que asesora a los trabajadores que han sido despedidos a fin de minimizar el trauma de la separación orientándoles, al mismo tiempo, hacia la búsqueda de empleos alternativos o de carreras nuevas.

La recesión económica que comenzó durante el decenio de 1980 y prosigue en el de 1990 se ha caracterizado por una auténtica pandemia de despidos como consecuencia del cierre de servicios, fábricas y empresas obsoletos o improductivos, la eliminación de excedentes originados por fusiones, absorciones, consolidaciones y reorganizaciones, y el recorte de personal excedentario destinado a reducir los costes de explotación y a obtener una plantilla escasa pero suficiente. Aunque menos notable que en el sector privado, gracias a la protección de la normativa sobre la función pública y a las presiones políticas, se ha podido apreciar un fenómeno similar en las organizaciones públicas que luchan por reducir su déficit presupuestario y por una filosofía de "adelgazamiento" de la Administración pública.

Para los trabajadores que han quedado sin empleo, esta pérdida constituye un factor importante de estrés y ocasiona

traumas, especialmente si el despido se ha producido de forma súbita y brutal; genera ira, angustia y depresión, e incluso puede descompensar a quienes se encuentran en los límites de una enfermedad mental crónica. En casos aislados, la ira se expresa en forma de sabotaje o violencia hacia los supervisores y los directores responsables del despido. Otras veces esa violencia se encauza hacia el propio cónyuge y otros miembros de la familia.

El trauma de la pérdida del empleo también se ha relacionado con dolencias físicas que van desde dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales y otras molestias hasta enfermedades relacionadas con el estrés, como ataques cardíacos, úlceras pépticas sangrantes y colitis.

Además del efecto financiero derivado de la falta de ingresos y, en Estados Unidos, de la pérdida del seguro de enfermedad patrocinado por la empresa, el desempleo altera la salud y el bienestar familiar.

Por lo demás, la situación afecta también a los trabajadores que conservan su puesto de trabajo. Por más que la empresa les dé seguridades, es normal que se preocupen por la posibilidad de nuevos despidos (está comprobado que el riesgo de perder el empleo es un factor de estrés incluso más fuerte que la pérdida en sí), a lo cual hay que sumar el estrés que origina la adaptación a las nuevas tareas y funciones, como consecuencia de los cambios en las relaciones con los compañeros. La reducción de plantilla puede resultar traumática incluso para la empresa, ya que a veces requiere tiempo y esfuerzo resolver los desajustes organizativos y alcanzar la eficiencia productiva deseada. Puede ocurrir que abandonen la empresa algunos empleados valiosos, cuyo despido no estaba previsto, en busca de puestos de trabajo más seguros y empresas mejor organizadas. También existe la posibilidad de que surjan responsabilidades jurídicas, cuando los trabajadores despedidos alegan incumplimiento de contrato o discriminación ilegal.

### Recolocación: Un método preventivo

La recolocación es un servicio profesional destinado a prevenir o, por lo menos, a minimizar el trauma de la reducción de personal para los trabajadores despedidos, para los que conservan su empleo y para la empresa.

Ciertamente, no todos los trabajadores que pierden su empleo necesitan asistencia. En el caso de algunos, el despido les brinda de repente la oportunidad de buscar otro trabajo, tras librarse de un puesto frustrante que les ofrecía pocas esperanzas de promoción. Para la gran mayoría, no obstante, el asesoramiento profesional para superar la ira y la desilusión casi inevitables entre los trabajadores despedidos, además del apoyo en la búsqueda de un nuevo puesto de trabajo, facilitan la recuperación del bienestar y la confianza en sí mismos. Incluso los que aceptan la tentación del despido con indemnización (paquete que incluye la cesación de empleo y unas prestaciones de jubilación ventajosas) y dejan de trabajar voluntariamente pueden beneficiarse de esa asistencia mientras realizan los reajustes necesarios.

Por lo general, se considera que los servicios de recolocación resultan más económicos cuando son ofrecidos por el personal de la misma empresa. Sin embargo, incluso en grandes organizaciones que dispongan de personal competente y eficaz, es posible que éste no haya tenido mucha experiencia en la delicada labor del acoplamiento y esté demasiado ocupado planificando la reestructuración de la empresa después del éxodo para ocuparse de los detalles. Hasta los ejecutivos más agresivos se suelen sentir incómodos cuando tienen que tratar con sus antiguos compañeros. Asimismo, es probable que los trabajadores que dejan la empresa se fíen más de los consejos procedentes de alguien "neutral".

Por lo tanto, resulta más práctico para la mayoría de las organizaciones contratar un consultor o una empresa de consultoría. A fin de destacar esta neutralidad, todos los contactos posibles tienen lugar fuera del edificio de la organización, en las oficinas de los consultores, aunque éstos sólo las ocupen transitoriamente.

### El proceso de recolocación

Es necesario individualizar el proceso de recolocación en función de la actitud, la capacidad y las circunstancias de cada uno de los empleados despedidos y las características del mercado laboral tanto a nivel local como en otras regiones. Para trabajadores de producción no exentos y mandos intermedios, esta tarea suele ser sencilla, aunque a veces las circunstancias externas la complican bastante. Consiste en confeccionar una lista de las cualificaciones de cada trabajador y, si existe un mercado para ellas, ayudarle a colocarse. A falta de puestos de trabajo del mismo tipo, hay que evaluar las posibilidades de reconversión profesional, remitirle a ésta y colaborar en la "venta" de las nuevas cualificaciones. Surge una complicación desafortunada y difícil de superar cuando la escala retributiva de los nuevos puestos de trabajo disponibles no está a la altura de los ingresos del empleo anterior.

En el caso de personas que ocupaban puestos directivos y "creativos", el proceso abarca por lo general una serie de fases que se suelen solapar y que se describen a continuación.

**Abandono de la empresa.** El objetivo es ayudar al candidato a superar las etapas de reacción para llegar al conocimiento y la aceptación de su situación. En ocasiones hace falta la intervención de un profesional experto en salud mental.

Para ello, a veces conviene llevar a cabo un análisis del despido. A fin de ganarse la confianza del candidato y establecer una relación adecuada, por lo general el consultor examina las circunstancias del despido y comprueba si el candidato las comprende y, además, si ha recibido todas las prestaciones monetarias o de otro tipo que le correspondan.

Esta fase concluye cuando el candidato es capaz de abordar de forma constructiva sus problemas y responsabilidades inmediatos y está dispuesto a prepararse para el futuro adoptando una actitud positiva. Es conveniente establecer algún tipo de reconciliación con la antigua empresa y conseguir que el candidato no tenga reparos en aceptar el apoyo que ésta le ofrezca, por ejemplo en forma de permiso de uso transitorio de un despacho con un domicilio comercial y una línea telefónica, además de los servicios de una secretaria que colabore en tareas de mecanografía y en hacer fotocopias, recibir mensajes y confirmar entrevistas. La mayoría de los candidatos trabajan con mayor eficacia desde un entorno cuasi-empresarial que en su propio domicilio. Además el consultor colabora en la formulación de un motivo del despido y en la preparación de las respuestas a las solicitudes de referencia de las posibles empresas contratantes de forma satisfactoria y aceptable para ambas partes.

**Preparación para un nuevo empleo.** El objetivo de esta fase es establecer el enfoque y la estructura de un modo nuevo de pensar y de actuar. Implica la recuperación de la autoconfianza (que prosigue a lo largo de todo el proceso) mediante la elaboración de una base de datos personal que incluya las cualificaciones, capacidades, conocimientos y experiencia del candidato, y el aprendizaje del modo de comunicar toda esta información en términos claros y funcionales. Al mismo tiempo, el candidato debe empezar a reconocer y confirmar objetivos laborales adecuados y a considerar el tipo de empleo para el cual sus antecedentes podrían resultar más adecuados. Durante todo este



proceso, aprende a reunir y organizar la información que mejor destaque la magnitud de su experiencia y su nivel de aptitud.

**Currículum vitae.** El candidato aprende a elaborar un "instrumento" flexible para presentar sus objetivos, cualificaciones y antecedentes, llamar la atención de las posibles empresas contratantes, ayudarlo a conseguir entrevistas y servirle de ayuda durante éstas. El currículum no tiene un formato fijo, sino que ha de ser lo bastante variado para presentar cualificaciones y experiencias en un solo "paquete" de modo que resulten lo más atractivas posible para cada oportunidad de empleo.

**Evaluación de las oportunidades laborales.** El consultor orienta al candidato para que evalúe la oferta de trabajo considerando distintos sectores, así como el mercado laboral en distintas localidades, las oportunidades de mejora y progreso y la probable capacidad de obtención de ingresos. La experiencia demuestra que un 80 % de las oportunidades laborales están "ocultas", es decir que no se encuentran de inmediato a partir de una designación ocupacional o de la denominación de un puesto. Cuando corresponde, la evaluación también incluye la valoración de la posibilidad del trabajo autónomo.

**Campaña de búsqueda de empleo.** Esta fase comprende la identificación y exploración de oportunidades reales y potenciales a través del trato directo con las posibles empresas contratantes y el desarrollo y aprovechamiento de los contactos e intermediarios. Con este fin se utilizan los métodos adecuados para conseguir entrevistas con las personas "indicadas" y se recurre a la correspondencia tanto para obtener las entrevistas como a modo de recordatorio.

En el marco de esta campaña de búsqueda de empleo, el consultor también ayuda al candidato a mejorar su redacción y su comportamiento durante las entrevistas. La práctica en la escritura de cartas pretende mejorar una destreza comunicativa que sirve como ninguna otra para definir las oportunidades laborales, identificando a las personas "indicadas" o estableciendo contactos con ellas, consiguiendo entrevistas y haciendo un seguimiento de estas reuniones. Asimismo se adiestra al candidato en la realización de entrevistas, mediante la técnica de interpretación de papeles o la observación crítica de cintas de vídeo que contienen entrevistas simuladas, a fin de aprovechar al máximo su eficacia para presentar la personalidad, la experiencia y los deseos del candidato. De este modo aumentan las probabilidades de que el candidato salga de una entrevista por lo menos con una cita para la siguiente, o incluso con una oferta laboral concreta.

**Negociación de la remuneración.** El consultor ayuda al candidato a superar el desagrado o incluso el temor que le inspira el hecho de hablar de la remuneración durante la negociación de un posible puesto de trabajo, a fin de obtener el mejor paquete de remuneración posible, teniendo en cuenta las circunstancias, evitando de este modo la posibilidad de "venderse" demasiado caro o demasiado barato, o de provocar un enfrentamiento con el entrevistador.

**Control.** Dentro de los límites del contrato de consultoría, se mantiene un contacto regular con el candidato hasta que éste obtiene un nuevo puesto de trabajo estable, lo cual implica reunir y organizar información para saber cómo avanza la campaña y para asegurar un óptimo aprovechamiento del tiempo y el

esfuerzo. Con ello se evitan errores de omisión y se ayuda a corregir los errores de comisión.

**Complemento.** Cuando el candidato obtiene un nuevo puesto de trabajo, lo notifica al consultor y a su antigua empresa, así como a las demás empresas con las que haya estado negociando.

**Seguimiento.** Siempre dentro de los límites del contrato, el consultor mantiene contactos con el candidato para colaborar con él durante su adaptación al nuevo puesto, a fin de ayudarlo a superar los factores adversos y animarlo a continuar con el crecimiento y desarrollo de su carrera profesional. Por último, al finalizar el programa, el consultor presenta a la empresa un informe donde se sintetizan los resultados. (La información individual es confidencial).

### **La organización**

No es habitual que el consultor de recolocación participe en la designación de los trabajadores que van a ser despedidos y los que van a conservar su empleo; por lo general, esta decisión corresponde a la alta dirección, que suele consultar a los jefes de departamento y los supervisores teniendo en cuenta, además, la nueva estructura prevista. Sin embargo, el consultor orienta sobre la planificación, el calendario y la división en etapas del proceso de reducción de plantilla, así como sobre las comunicaciones tanto con el personal despedido como con el que permanece. Como siempre corren rumores, es imprescindible que estas comunicaciones sean oportunas, completas y precisas. Una comunicación adecuada sirve asimismo para los casos en los que se alega discriminación. El consultor suele colaborar asimismo en las relaciones públicas con el sector, con los clientes y con la comunidad.

### **Advertencias**

En la última década se han producido tal cantidad de redimensionamientos, por lo menos en Estados Unidos, que ha aparecido un auténtico sector de consultorías de recolocación. Numerosas empresas que antes se dedicaban a buscar candidatos para cubrir puestos de trabajo han adoptado la recolocación como actividad secundaria, y diversos semiprofesionales, entre ellos antiguos directores de personal, trabajan ahora como consultores sobre este tema.

Hasta fechas recientes no se había adoptado formalmente ningún código profesional ni unas normas éticas que rigieran la actividad de los consultores de recolocación. No obstante, en 1992, la Asociación Internacional de Profesionales de la Recolocación (AIPR) patrocinó la creación del Instituto de Recolocación, para pertenecer al cual hay que cumplir una serie de requisitos relacionados con la formación y la experiencia personales, demostrar la participación constante en programas de desarrollo personal y profesional, y comprometerse a defender y observar las normas éticas publicadas por la AIPO.

### **Conclusión**

La reducción del tamaño de la plantilla es, en el mejor de los casos, una experiencia angustiosa para los trabajadores que han sido despedidos u obligados a jubilarse, así como para los que permanecen en la organización y para ésta misma. Resulta siempre traumática. La recolocación es un servicio profesional de consultoría que pretende evitar o reducir al mínimo los posibles efectos adversos y promover la salud y el bienestar de todas las personas que participan en tal proceso.

## Referencias

- Adami, HG, JA Baron, KJ Rothman. 1994. Ethics of a prostate cancer screening trial. *Lancet* (343):958-960.
- Akabas, SH, M Hanson. 1991. Workplace drug and alcohol programmes in the United States. Documento de trabajo presentado en el Simposio tripartito de Washington sobre los programas de ayuda y prevención del alcoholismo y las toxicomanías en el lugar de trabajo. Ginebra: OIT.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). 1994. *Exercise during Pregnancy and the Postpartum Period*. Vol. 189. Technical Bulletin. Washington, DC: DCL.
- American Dietetic Association (ADA) y Office of Disease Prevention and Health Promotion. 1994. *Worksite Nutrition: A Guide to Planning, Implementation, and Evaluation*. Chicago: ADA.
- American Lung Association. 1992. Survey of the public's attitudes toward smoking. Preparado para la Gallup Organization por la American Lung Association.
- Anderson, DR, MP O'Donnell. 1994. Toward a health promotion research agenda: "State of the Science" reviews. *Am J Health Promot* (8):482-495.
- Anderson, JJB. 1992. The role of nutrition in the functioning of skeletal tissue. *Nutr Rev* (50):388-394.
- Artículo 13-E de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York.
- Baile, WF, M Gilbertini, F Ulschak, S Snow-Antle, D Hann. 1991. Impact of a hospital smoking ban: Changes in tobacco use and employee attitudes. *Addict Behav* 16(6):419-426.
- Banco Mundial. 1993. *World Development Report: Investing in Health*. Nueva York: 1993.
- Bargal, D. 1993. An international perspective on the development of social work in the workplace. En *Work and Well-Being, the Occupational Social Work Advantage*, dirigido por P Kurzman y SH Akabas. Washington, DC: NASW Press.
- Barr, JK, KW Johnson, LJ Warshaw. 1992. Supporting the elderly: Workplace programs for employed caregivers. *Milbank Q* (70):509-533.
- Barr, JK, JM Waring, LJ Warshaw. 1991. Employees' sources of AIDS information: The workplace as a promising educational setting. *J Occup Med* (33):143-147.
- Barr, JK, LJ Warshaw. 1993. *Stress among Working Women: Report of a National Survey*. Nueva York: New York Business Group on Health.
- Beery, W, VJ Schoenbach, EH Wagner y cols. 1986. *Health Risk Appraisal: Methods and Programs, with Annotated Bibliography*. Rockville, Maryland: National Center for Health Services Research and Health Care Technology Assessment.
- Bertera, RL. 1991. The effects of behavioral risks on absenteeism and healthcare costs in the workplace. *J Occup Med* (33):1119-1124.
- Bray, GA. 1989. Classification and evaluation of the obesities. *Med Clin North Am* 73(1):161-192.
- Brigham, J, J Gross, ML Stitzer, LJ Felch. 1994. Effects of a restricted worksite smoking policy on employees who smoke. *Am J Public Health* 84(5):773-778.
- Bungay, GT, MP Vessey, CK McPherson. 1980. Study of symptoms of middle life with special reference to the menopause. *Brit Med J* 308(1):79.
- Bureau of National Affairs (BNA). 1986. *Where There's Smoke: Problems and Policies Concerning Smoking in the Workplace*. Rockville, Maryland: BNA.
- . 1989. Workplace smoking, corporate practices and developments. *BNA's Employee Relations Weekly* 7(42): 5-38.
- . 1991. Smoking in the workplace, SHRM-BNA Survey No. 55. *BNA Bulletin to Management*.
- Burton, WN, DJ Conti. 1991. Value-managed mental health benefits. *J Occup Med* (33):311-313.
- Burton, WN, D Erickson, J Briones. 1991. Women's health programs at the workplace. *J Occup Med* (33):349-350.
- Burton, WN, DA Hoy. 1991. A computer-assisted health care cost management system. *J Occup Med* (33):268-271.
- Burton, WN, DA Hoy, RL Bonin, L Gladstone. 1989. Quality and cost effective management of mental health care. *J Occup Med* (31):363-367.
- Caliber Associates. 1989. *Cost-Benefit Study of the Navy's Level III Alcohol Rehabilitation Programme Phase Two: Rehabilitation vs Replacement Costs*. Fairfax, Virginia: Caliber Associates.
- Charafin, FB. 1994. US sets standards for mammography. *Brit Med J* (218):181-183.
- Children of Alcoholics Foundation. 1990. *Children of Alcoholics in the Medical System: Hidden Problems, Hidden Costs*. Nueva York: Children of Alcoholics Foundation.
- Ciudad de Nueva York. Título 17, capítulo 5 del Código de Administración de la Ciudad de Nueva York.
- Coalition on Smoking and Health. 1992. *State Legislated Actions On Tobacco Issues*. Washington, DC: Coalition on Smoking and Health.
- Corporate Health Policies Group. 1993. *Issues of Environmental Tobacco Smoke in the Workplace*. Washington, DC: National Advisory Committee of the Interagency Committee on Smoking and Health.
- Cowell, JWF. 1986. Guidelines for fitness-to-work examinations. *CMAJ* 135 (1 de noviembre): 985-987.
- Daniel, WW. 1987. *Workplace Industrial Relations and Technical Change*. Londres: Policy Studies Institute.
- Davis, RM. 1987. Current trends in cigarette advertising and marketing. *New Engl J Med* 316:725-732.
- DeCresce, R, A Mazura, M Lifshitz, J Tilson. 1989. *Drug Testing in the Workplace*. Chicago: ASCP Press.
- DeFries, GH, JE Fielding. 1990. Health risk appraisal in the 1990s: Opportunities, challenges, and expectations. *Annual Revue of Public Health* (11):401-418.
- Dishman, RH. 1988. *Exercise Adherence: Its Impact On Public Health*. Champaign, Illinois: Kinetics Books.
- Duncan, MM, JK Barr, LJ Warshaw. 1992. *Employer-Sponsored Prenatal Education Programs: A Survey Conducted By the New York Business Group On Health*. Montvale, Nueva Jersey: Business and Health Publishers.
- Elixhauser, A. 1990. The costs of smoking and the effectiveness of smoking-cessation programs. *J Publ Health Policy* (11): 218-235.
- Ewing, JA. 1984. Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA* 252(14):1905-1907.
- Fielding, JE. 1989. Frequency of health risk assessment activities at US worksites. *Am J Prev Med* 5:73-81.
- Fielding, JE, PV Piserchia. 1989. Frequency of worksite health promotion activities. *Am J Prev Med* 79:16-20.
- Fielding, JE, KK Knight, RZ Goetzel, M Laouri. 1991. Utilization of preventive health services by an employed population. *J Occup Med* 33:985-990.
- Fiorino, F. 1994. Airline outlook. *Aviat week space technol* (1 de agosto):19.
- Fishbeck, W. 1979. *Internal Report and Letter*. Midland, Michigan: Dow Chemical Company, Corporate Medical Dept.
- Forrest, P. 1987. *Breast Cancer Screening 1987. Report to the Health Ministers of England, Wales, Scotland, and Ireland*. Londres: HMSO.
- Freis, JF, CE Koop, PP Cooper, MJ England, RF Greaves, JJ Sokolov, D Wright, Health Project Consortium. 1993. Reducing health care costs by reducing the need and demand for health services. *New Engl J Med* 329:321-325.
- Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. 1991. Overview of innovative action for workplace health in the UK. Documento de trabajo núm. WP/91/03/EN.
- Glanz, K, RN Mullis. 1988. Environmental interventions to promote healthy eating: A review of models, programs, and evidence. *Health Educ Q* 15:395-415.
- Glanz, K, T Rogers. 1994. Worksite nutrition programs in health promotion in the workplace. En *Health Promotion in the Workplace*, dirigido por MP O'Donnell y J Harris. Albany, Nueva York: Delmar.
- Glied, S, S Kofman. 1995. *Women and Mental Health: Issues for Health Reform*. Nueva York: The Commonwealth Fund.
- Googins, B, B Davidson. 1993. The organization as client: Broadening the concept of employee assistance programs. *Social Work* 28:477-484.
- Guidotti, TL, JWF Cowell, GG Jamieson. 1989. *Occupational Health Services: A Practical Approach*. Chicago: American Medical Association.
- Hammer, L. 1994. *Equity and gender issues in health care provision: The 1993 World Bank Development Report and its implications for health service recipients*. Working Paper Series, No.172. La Haya: Instituto de Estudios Sociales.
- Harris, L y cols. 1993. *The Health of American Women*. Nueva York: The Commonwealth Fund.
- Haselhurst, J. 1986. Mammographic screening. En *Complications in the Management of Breast Disease*, dirigido por RW Blamey. Londres: Balliere Tindall.
- Henderson, BE, RK Ross, MC Pike. 1991. Toward the primary prevention of cancer. *Science* 254:1131-1138.
- Hutchison, J, A Tucker. 1984. Breast screening results from a healthy, working population. *Clin Oncol* 10:123-128.
- Institute for Health Policy. Octubre, 1993. *Substance Abuse: The Nation's Number One Health Problem*. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation.
- Kaplan, GD, VL Brinkman-Kaplan. 1994. Worksite weight management in health promotion in the workplace. En *Health Promotion in the Workplace*, dirigido por MP O'Donnell y J Harris. Albany, Nueva York: Delmar.
- Karpilow, C. 1991. *Occupational Medicine in the Industrial Workplace*. Florence, Kentucky: Van Nostrand Reinhold.
- Kohler, S, J Kamp. 1992. *American Workers under Pressure: Technical Report*. St. Paul, Minnesota: St. Paul Fire and Marine Insurance Company.
- Kristein, M. 1983. How much can business expect to profit from smoking cessation? *Prevent Med* 12:358-381.
- Lesieur, HR, SB Blume. 1987. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatr* 144(9):1184-1188.
- Lesieur, HR, SB Blume, RM Zoppa. 1986. Alcoholism, drug abuse and gambling. *Alcohol, Clin Exp Res* 10(1):33-38.
- Lesmes, G. 1993. Getting employees to say no to smoking. *Bus Health* (marzo):42-46.

- Lew, EA, L Garfinkel. 1979. Variations in mortality by weight among 750,000 men and women. *J Chron Dis* 32:563-576.
- Lewin, K. [1951] 1975. *Field Theory in Social Science: Selected Theoretical Papers by Kurt Lewin*, dirigido por D Cartwright. Westport: Greenwood Press.
- Malcolm, AI. 1971. *The Pursuit of Intoxication*. Toronto: ARF Books.
- Mandelker, J. 1994. A wellness program or a bitter pill. *Bus Health* (marzo):36-39.
- March of Dimes Birth Defects Foundation. 1992. *Lessons Learned from the Babies and You Program*. White Plains, Nueva York: March of Dimes Birth Defects Foundation.
- . 1994. *Healthy Babies, Healthy Business: An Employer's Guidebook on Improving Maternal and Infant Health*. White Plains, Nueva York: March of Dimes Birth Defects Foundation.
- Margolin, A, SK Avants, P Chang, TR Kosten. 1993. Acupuncture for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients. *Am J Addict* 2(3):194-201.
- Maskin, A, A Connelly, EA Noonan. 1993. Environmental tobacco smoke: Implications for the workplace. *Occ Saf Health Rep* (2 de febrero).
- Meek, DC. 1992. The impaired physician programme of the Medical Society of the District of Columbia. *Maryland Med* 41(4):321-323.
- Morse, RM, DK Flavin. 1992. The definition of alcoholism. *JAMA* 268(8):1012-1014.
- Muchnick-Baku, S, S Orrick. 1992. *Working for Good Health: Health Promotion and Small Business*. Washington, DC: Washington Business Group on Health.
- National Advisory Council for Human Genome Research. 1994. Statement on use of DNA testing for presymptomatic identification of cancer risk. *JAMA* 271:785.
- National Council on Compensation Insurance (NCCI). 1985. *Emotional Stress in the Workplace—New Legal Rights in the Eighties*. Nueva York: NCCI.
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). 1991. *Current Intelligence Bulletin 54*. Bethesda, Maryland: NIOSH.
- National Institutes of Health (NIH). 1993a. *National High Blood Pressure Education Program Working Group Report on Primary Prevention of Hypertension. National High Blood Pressure Education Program, National Heart, Lung, and Blood Institute*. NIH Publication No. 93-2669. Bethesda, Maryland: NIH.
- . 1993b. *Second Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (ATP II). National Cholesterol Education Program, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute*. NIH Publication no. 93-3095. Bethesda, Maryland: NIH.
- National Research Council. 1989. *Diet and Health: Implications for Reducing Chronic Disease Risk*. Washington, DC: National Academy Press.
- New York Academy of Medicine. 1989. Drugs in the workplace: Proceedings of a symposium. *B NY Acad Med* 65(2).
- Noah, T. 1993. EPA declares passive smoke a human carcinogen. *Wall Street J*, 6 de enero.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 1988. *Health promotion for working populations: Report of a WHO expert committee*. Technical Report Series, No. 765. Ginebra: OMS.
- . 1992. *World No-Tobacco Day Advisory Kit 1992*. Ginebra: OMS.
- . 1993. *Women and Substance Abuse: 1993 Country Assessment Report*. Documento núm. WHO/PSA/93.13. Ginebra: OMS.
- . 1994. *A Guide On Safe Food for Travellers*. Ginebra: OMS.
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y Organización Mundial de la Salud (OMS). 1992. *International Conference on Nutrition: Major Issues for Nutrition Strategies*. Ginebra: OMS.
- Ornish, D, SE Brown, LW Scherwitz, JH Billings, WT Armstrong, TA Ports, SM McLanahan, RL Kirkeide, RJ Brand, KL Gould. 1990. Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The lifestyle heart trial. *Lancet* 336:129-133.
- Parodi vs. Veterans Administration. 1982. 540 F. Supl. 85 WD. Washington, DC.
- Patnick, J. 1995. *NHS Breast Screening Programmes: Review 1995*. Sheffield: Clear Communications.
- Pelletier, KR. 1991. A review and analysis of the cost effective outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programs. *Am J Health Promot* 5:311-315.
- . 1993. A review and analysis of the health and cost-effective outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programs. *Am J Health Promot* 8:50-62.
- . 1994. Getting your money's worth: The strategic planning programme of the Stanford Corporate Health Programme. *Am J Health Promot* 8:323-7,376.
- Penner, M, S Penner. 1990. Excess insured health costs from tobacco-using employees in a large group plan. *J Occup Med* 32:521-523.
- Preventive Services Task Force. 1989. *Guide to Clinical Preventive Services: An Assessment of the Effectiveness of 169 Interventions*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Richardson, G. 1994. *A Welcome for Every Child: How France Protects Maternal and Child Health—A New Frame of Reference for the United States*. Arlington, Virginia: National Center for Education in Maternal and Child Health.
- Richmond, K. 1986. Introducing heart healthy foods in a company cafeteria. *J Nutr Educ* 18:S63-S65.
- Robbins, LC, JH Hall. 1970. *How to Practice Prospective Medicine*. Indianapolis, Indiana: Methodist Hospital of Indiana.
- Rodale, R, ST Belden, T Dybdahl, M Schwartz. 1989. *The Promotion Index: A Report Card on the Nation's Health*. Emmaus, Pensilvania: Rodale Press.
- Ryan, AS, GA Martinez. 1989. Breastfeeding and the working mother: A profile. *Pediatrics* 82:524-531.
- Saunders, JB, OG Aasland, A Amundsen, M Grant. 1993. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-I. *Addiction* 88:349-362.
- Schneider, WJ, SC Stewart, MA Haughey. 1989. Health promotion in a scheduled cyclical format. *J Occup Med* 31:482-485.
- Schoenbach, VJ. 1987. Appraising health risk appraisal. *Am J Public Health* 77:409-411.
- Seidell, JC. 1992. Regional obesity and health. *Int J Obesity* 16:S31-S34.
- Selzer, ML. 1971. The Michigan alcoholism screening test: The quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatr* 127(12):89-94.
- Serdula, MK, DE Williamson, RF Anda, A Levy, A Heaton, T Byers. 1994. Weight control practices in adults: Results of a multistate survey. *Am J Publ Health* 81:1821-24.
- Shapiro, S. 1977. Evidence of screening for breast cancer from a randomised trial. *Cancer*:2772-2792.
- Skinner, HA. 1982. The drug abuse screening test (DAST). *Addict Behav* 7:363-371.
- Smith-Schneider, LM, MJ Sigman-Grant, PM Kris-Etherton. 1992. Dietary fat reduction strategies. *J Am Diet Assoc*:92:34-38.
- Sorensen, G, H Lando, TF Pechacek. 1993. Promoting smoking cessation at the workplace. *J Occup Med* 35(2):121-126.
- Sorensen, G, N Rigotti, A Rosen, J Pinney, R Prible. 1991. Effects of a worksite smoking policy: Evidence for increased cessation. *Am J Public Health* 81(2):202-204.
- Stave, GM, GW Jackson. 1991. Effect of total work-site smoking ban on employee smoking and attitudes. *J Occup Med* 33(8):884-890.
- Thériault, G. 1994. Cancer risks associated with occupational exposure to magnetic fields among electric utility workers in Ontario and Quebec, Canada, and France. *Am J Epidemiol* 139(6):550-572.
- Tramm, ML, LJ Warshaw. 1989. *Screening for Alcohol Problems: A Guide for Hospitals, Clinics, and Other Health Care Facilities*. Nueva York: New York Business Group on Health.
- US Department of Agriculture: Human Nutrition Information Service. 1990. *Report of the Dietary Guidelines Advisory Committee On Dietary Guidelines for Americans*. Publication No. 261-495/20/24. Hyattsville, Maryland: US Government Printing Office.
- US Department of Health, Education and Welfare. 1964. *Smoking and Health Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service*. PHS Publication No. 1103. Rockville, Maryland: US Department of Health, Education, and Welfare.
- US Department of Health and Human Services (USDHHS). 1989. *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. USDHHS Publication No.10 89-8411. Washington, DC: US Government Printing Office.
- . 1990. *Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse and Mental Illness*. DHHS Publication No. (ADM) 90-1694. Washington, DC: Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration.
- . 1991. *Environmental Tobacco Smoke in the Workplace: Lung Cancer and Other Effects*. USDHHS (NIOSH) Publication No. 91-108. Washington, DC: USDHHS.
- US Food and Drug Administration (FDA). 1995. Mammography quality deadline. *FDA Med Bull* 23: 3-4.
- US General Accounting Office. 1994. *Long-Term Care: Support for Elder Care Could Benefit the Government Workplace and the Elderly*. GAO/HEHS-94-64. Washington, DC: US General Accounting Office.
- US Office of Disease Prevention and Health Promotion. 1992. *1992 National Survey of Worksite Health Promotion Activities: Summary Report*. Washington, DC: Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- US Public Health Service. 1991. *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives—Full Report With Commentary*. DHHS Publication No. (PHS) 91-50212. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- Voelker, R. 1995. Preparing patients for menopause. *JAMA* 273:278.
- Wagner, EH, WL Beery, VJ Schoenbach, RM Graham. 1982. An assessment of health hazard/health risk appraisal. *Am J Public Health* 72:347-352.
- Walsh, DC, RW Hingson, DM Merrigan, SM Levenson, LA Cupples, T Heeren, GA Coffman, CA Becker, TA Barker, SK Hamilton, TG McGuire, CA Kelly. 1991. A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers. *New Engl J Med* 325(11):775-782.

- Warshaw, LJ. 1989. *Stress, Anxiety, and Depression in the Workplace: Report of the NYGBH/Gallup Survey*. Nueva York: The New York Business Group on Health.
- Weisman, CS. 1995. *National Survey of Women's Health Centers: Preliminary Report for Respondents*. Nueva York: The Commonwealth Fund.
- Wilber, CS. 1983. The Johnson and Johnson Program. *Prevent Med* 12:672-681.
- Woodruff, TJ, B Rosbrook, J Pierce, SA Glantz. 1993. Lower levels of cigarette consumption found in smoke-free workplaces in California. *Arch Int Med* 153(12):1485-1493.
- Woodside, M. 1992. *Children of Alcoholics At Work: The Need to Know More*. Nueva York: Children of Alcoholics Foundation.
- Yen, LT, DW Edington, P Witting. 1991. Prediction of prospective medical claims and absenteeism for 1,285 hourly workers from a manufacturing company, 1992. *J Occup Med* 34:428-435.
- Otras lecturas recomendadas**
- Akabas, SH, PA Kurzman. 1982. *Work, Workers and Work Organizations: A View from Social Work*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice Hall.
- American College of Sports Medicine. 1992. *ACSM Fitness Book*. Champaign, Illinois: Leisure Press.
- American Heart Association, NYCA. 1993. *Annotated Bibliography of Educational Materials Related to Cardiovascular Health for Patients and Families*. Nueva York: American Heart Association, New York City Affiliate.
- Ashton, D. 1994. *Exercise: Health benefits and risks*. European Occupational Health Series, No. 7. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa.
- Barlow, DH. 1994. *Advisory Group On Osteoporosis - Report*. Reino Unido: Department of Health.
- Blum, A. 1983. Curtailing the tobacco pandemic. En *Cancer: Principles and Practice of Oncology*, dirigido por VTJ DeVita, S Hellman y SA Rosenberg. Filadelfia: JB Lippincott.
- Bowden, KM, MA McDiarmid. 1994. Occupationally acquired tuberculosis: What's known. *J Occup Med* 36(3):320-325.
- Bureau of National Affairs (BNA). 1988. *Cost of Cesarean Deliveries*. Washington, DC: Benefits Today.
- Buring, JE, CH Hennekens. 1993. Retinoids and carotenoids. En *Cancer: Principles and Practice of Oncology*, dirigido por VTJ DeVita, S Hellman, y SA Rosenberg. Filadelfia: JB Lippincott.
- Center for Corporate Public Involvement. 1994. *1994 Social Report*. Washington, DC: American Council of Life Insurance and Health Insurance Association of America.
- Centers for Disease Control (CDC). 1990. Public health burden of vaccine-preventable diseases among adults: Standards for adult immunization practice. *Morb Mortal Weekly Rep* 39:725-729.
- . 1991. Successful strategies in adult immunization. *Morb Mortal Weekly Rep* 40:700-3:709.
- CIGNA Corporation. 1992. *Infant Health in America: Everybody's Business (a Report)*. Columbia, Maryland: The Center for Risk Management and Insurance Research, Georgia State Univ. y Center for Health Policy Studies.
- Committee on Diet and Health Food and Nutrition Board, C of LS, National Research Council. 1989. *Diet and Health: Implications for Reducing Chronic Disease Risk*. Washington, DC: National Academy Press.
- Consult America, I. 1989. *Outplacement Consulting in the United States: Issues, Marketing and Trends*. Maynard, Massachusetts: Consult America.
- Cooper, CL, R Payne. 1988. *Causes, Coping, and Consequences of Stress At Work*. Nueva York: Wiley.
- DeJoy, DM, MG Wilson. 1994. *Critical Issues in Worksite Health Promotion*. Needham Heights, Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Denning, J. 1984. *Women's Work and Health Hazards*. Londres: Department of Occupational Health, School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Eckenrode, J, S Gore. 1990. *Stress Between Work and Family*. Nueva York: Plenum Press.
- Fauske, S. 1995. *Model Programmes for Drug and Alcohol Abuse Prevention Among Workers and Their Families*. Ginebra: OIT.
- Fielding, JE. 1989. Work site stress management: National survey results. *J Occup Med* 31:990-995.
- . 1990. Worksite health promotion in the US: Progress, lessons and challenges. *Health Promot Int* 5:75-84.
- . 1991. Occupational health physicians and prevention. *J Occup Med* 33:314-326.
- Fowinkle, FJ. 1987. *Healthier People*. Atlanta: The Carter Center of Emory Univ.
- Fulwood, R, S Abraham, E Johnson. 1981. Height and weight of adults ages 18-74 years by socioeconomic and geographic variables, United States. *Vital Health Stat* 11(224).
- Googins, B, J Godfrey. 1987. *Occupational Social Work*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Gould, GM, ML Smith. 1988. *Social Work in the Workplace*. Nueva York: Springer Press.
- Greenwald, P. 1993. Dietary fiber and cancer. En *Cancer: Principles and Practice of Oncology*, dirigido por VTJ DeVita, S Hellman y SA Rosenberg. Filadelfia: JB Lippincott.
- Greenwald, P, C Clifford. 1993. Dietary fat and cancer. En *Cancer: Principles and Practice of Oncology*, dirigido por VTJ DeVita, S Hellman y SA Rosenberg. Filadelfia: JB Lippincott.
- Guerrant, RL, DA Bobak. 1991. Bacterial and protozoal gastroenteritis. *New Engl J Med* 325(5):327-340.
- Guthrie, HA, MF Picciano. 1995. *Human Nutrition*. St. Louis: Mosby.
- Henderson, BE, L Bernstein, R Ross. 1993. Hormones. En *Cancer: Principles and Practice of Oncology*, dirigido por VTJ DeVita, S Hellman y SA Rosenberg. Filadelfia: JB Lippincott.
- House, J. 1981. *Work Stress and Social Support*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- Hudson Institute. 1987. *Workforce 2000: Work and workers for the twenty-first century*. *Exec Summ* junio 1987:85.
- Jamison, DT, WH Mosely, AR Measham, JL Bobadilla. 1993. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Washington, DC: Oxford Univ. Press. (Banco Internacional para la Reconstrucción y el Desarrollo/Banco Mundial.)
- Kammerman, S, A Kahn. 1987. *The Responsive Workplace*. Nueva York: Columbia Univ. Press.
- Keita, GP, SL Sauter. 1992. *Work and Well-Being: An Agenda for the 1990's*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kurzman, PA, SH Akabas. 1993. *Work and Well-Being: The Occupational Social Work Advantage*. Washington, DC: National Association of Social Workers Press.
- Lalonde, M. 1975. A new perspective on the health of Canadians: A working document. *Inform Canada*.
- Lechner, VM, MA Creedon. 1994. *Managing Work and Family Life*. Nueva York: Springer.
- Levi, L. 1981. *Preventing Work Stress*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- McLean, AA. 1979. *Work Stress*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- McPherson, A. 1993. *Women's Problems in General Practice*. Washington, DC: Oxford Univ. Press.
- Minor, AF. 1991. *Source Book of Health Insurance Data*. Unpublished Tabulations. Washington, DC: Health Insurance Association of America.
- Muchnick-Baku, S. 1994. *Conference Board Report*. Washington, DC: Washington Business Group on Health.
- National Coordinating Committee on Worksite Health Promotion. 1993. *Health Promotion Goes to Work: Programs With an Impact*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- New York Business Group on Health. 1990. *Risk-Rated Health Insurance: Incentives for Healthy Lifestyles*. Discussion paper, vol. 10(1). New York Business Group on Health.
- Nichol, KL, A Kind, KL Margolis y cols. 1995. The effectiveness of vaccination against influenza in healthy, working adults. *New Engl J Med* 333:889-893.
- Nutrition recommendations and principles for people with diabetes mellitus. 1994. *J Am Diet Assoc* 94:504-506.
- O'Donnell, MP, JS Harris. 1994. *Health Promotion in the Workplace*. Nueva York: Delmar.
- Paton, E. 1993. *European Alcohol Action Plan*. Copenhagen: Unidad de Alcohol, Drogas y Tabaco, Departamento de Estilos de Vida y Salud, Oficina Regional de la OMS para Europa.
- Pecina, MM, I Bojanic. 1993. *Overuse Injuries of the Musculoskeletal System*. Boca Ratón: CRC Press.
- Peterson, KW, SB Hillis. 1992. *Directory of Health Risk Appraisals*. Indianapolis: Society for Prospective Medicine.
- Ramanathan, CS. 1991. Occupational social work and multinational corporations. *J Social Soc Welfare* XVII(3):135-147.
- Ramirez, S. 1994. *Health Promotion for All: Strategies for Reaching Diverse Populations in the Workplace*. Omaha, Nebraska: Wellness Councils of America.
- Reynolds, B. 1951. *Social Work and Social Living*. Nueva York: Citadel.
- Schneider, WJ. 1989. AIDS in the Workplace. *J Occup Med* 31:839-841.
- Scofield, ME. 1990. Worksite Health Promotion. *Occup Med: State Art Rev* 5(4) (octubre-diciembre).
- Silverman, B, B Simon, R Woodrow. 1991. *Workers in Job Jeopardy*. En *Handbook of Social Practice in Vulnerable Populations*, dirigido por A Gitterman. Nueva York: Columbia Univ. Press.
- Sloan, RP, JC Gruman, JP Algrante. 1987. *Investing in Employee Health: A Guide to Effective Health Promotion in the Workplace*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Society for Nutrition Education. 1986. Nutrition at the worksite. *J Nutr Educ* 18(2).
- Society for Prospective Medicine. 1981. *Guidelines for Health Risk Appraisal/Reduction Systems*. Bethesda, Maryland: Society for Prospective Medicine.
- Swaim, M, R Swaim. 1988. *Out the Organization*. Nueva York: Master Media.
- Tabar, L, G Fagerberg. 1985. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. *Lancet* 1:829-832.
- Task Force on Adult Immunization. 1994. *Guide for Adult Immunization*. Filadelfia: The American College of Physicians.
- US Centers for Disease Control (CDC). 1993. *International Infant Mortality Database*. Atlanta: CDC.
- US Department of Agriculture. 1990. *Cross-Cultural Counselling. A Guide for Nutrition and Health Counselors*. Washington, DC: United States Department of Health and Human Services.
- US Department of Commerce, B of C. 1992. *Employment Status of Mothers By Single Year Age of Youngest Child*. Washington, DC: US Department of Commerce.

- US Office of Disease Prevention and Health Promotion. 1994. *Put Prevention into Practice Education and Action Kit (Includes Clinician's Handbook of Clinical Preventive Services As Well As Personal Health Guide)*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- . 1991. *Federal Employee Worksite Health Promotion Case Study Project: Summary Report*. Washington, DC: Office of Labor Relations and Workforce Performance, Office of Personnel Management.
- US Department of Labor Statistics. 1993. Employment and Earnings. Vol. 40, núm. 1, tabla 3. Washington, DC: US Department of Labor Statistics.
- . 1992. Employment status of mothers by single year of age of youngest child. In *Current Population Survey*. Washington, DC: US Department of Labor Statistics
- US Public Health Service. 1988. *USDHHS: The Surgeon General's Report On Nutrition and Health. Summary and Recommendations*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- US Small Business Administration. 1993. *The State of Small Business*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- Vanchieri, C. 1988. Breast cancer screening, the evidence of benefit for women 40-49. *J Natl Cancer Inst* 80:1090-1092.
- Wark, TEE. 1987. Shopping for health risk appraisals. *Health Act Manage* 10 oct:1,6-9.
- Warshaw, LJ. 1979. *Managing Stress*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- Williams, WW, MA Hickson, MA Kane, y cols. 1988. Immunization policies and vaccine coverage among adults. The risk for missed opportunities. *Ann Intern Med* 108:616-625.

