



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Programas de promoción de la salud en los lugares de Trabajo: El caso de los trabajadores administrativos de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá

Diana Derly Bueno Castro

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Maestría Salud y Seguridad en el Trabajo
Bogotá, Colombia
2014

Programas de la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo: El caso de los trabajadores administrativos de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá

Diana Derly Bueno Castro
Código: 05539631

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Magíster en Salud y Seguridad en el Trabajo

Directora:
Ph.D., Enfermera Alba Idaly Muñoz Sánchez

Línea de Investigación:
Promoción de la salud en los lugares de trabajo y prevención de eventos adversos
Grupo de Investigación:
Salud Trabajo

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Maestría Salud y Seguridad en el Trabajo
Bogotá, Colombia
2014

*Más valen dos que uno, porque obtienen más
fruto de su esfuerzo.*

Si caen, el uno levanta al otro.

¡Ay del que cae

y no tiene quien lo levante!

*Si dos se acuestan juntos, entrarán en
calor;*

uno solo, ¿cómo va a

calentarse?

*Uno solo puede ser vencido, pero dos pueden
resistir.*

¡La cuerda de tres hilos

no se rompe fácilmente!

Eclesiastés 4:9-12 NVI

A mi esposo

*Por hacer mis proyectos como suyos, por
levantarme cuando caigo y por morir para que
yo crezca. Por su amor incondicional y por
darme los hijos más maravillosos del mundo.*

Agradecimientos

Consigno mi reconocimiento a Dios por darme la oportunidad de alcanzar una meta más, cerrar un círculo más y crecer como profesional.

De igual manera, deseo expresar mi gratitud y afecto a las siguientes personas, quienes me apoyaron y colaboraron para llevar a cabo esta investigación:

A la Dra. Alba Idaly Muñoz Sánchez, Directora de Tesis, por su ejemplo, constancia y apoyo en el proceso.

Al profesor Jorge Humberto Mayorga Álvarez, por su invaluable asesoría en el componente metodológico y de estadística del proyecto.

A la División Nacional de Salud Ocupacional y al Grupo de Salud Ocupacional de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, por permitirme acercarme a su valioso trabajo y favorecer procesos de evaluación en sus intervenciones.

A los trabajadores no docentes de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, por su inmejorable participación en el estudio, su disposición y mejor actitud en el proceso de trabajo de campo.

Al Programa de la Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo y a sus docentes, por la concepción amplia del tema de salud y seguridad en el trabajo.

A mi familia... padres, esposo e hijos, por ser mi apoyo incondicional para llevar a cabo este sueño.

Resumen

La Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo (PSLT) se propone unificar los esfuerzos de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar de trabajo. Este proyecto tiene como **objetivo** describir los programas de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo términos del perfil de éxito de los programas ofertados y la participación de los trabajadores en ellos. **Método:** Se distingue éste como un estudio de tipo descriptivo en el que se aplicaron herramientas que miden el perfil de la calidad y la participación en una muestra aleatoria simple de 335 trabajadores, considerados administrativos, de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá y su Equipo de Salud Ocupacional. **Resultados:** Se identificó un perfil de calidad de los programas del 66% y puntos de mejora en términos de participación de los trabajadores frente a aspectos como el fortalecimiento de la socialización de los programas y la adquisición de un modelo que les permita mejorar tanto la gestión de sus programas como la necesidad de orientar acciones de acuerdo a las características sociodemográficas de sus trabajadores.

Palabras clave: Promoción de la Salud en Lugares de Trabajo; Salud ocupacional; Trabajo; Educación.

Abstract

The Health Promotion in the Workplace (WHP) is proposed to unify the efforts of employers, employees and society to improve the health and wellbeing of people in the workplace. This project aims to describe programs Health Promotion in the Work Place Profile terms of success of the programs offered and the participation of workers in them.

Method: This can be recognized as a descriptive study in which tools that measure the quality profile and participation in a simple random sample of 335 workers, considered administrative, National University of Colombia in Bogota were applied and Occupational Health team. **Results:** a profile of program quality and 66% point improvement in terms of participation of workers from aspects such as strengthening socialization programs and the acquisition of a model that allows them to improve both the management was identified of its programs and the need to direct actions according to the sociodemographic characteristics of their workers.

Keywords: Workplace Health Promotion; Health Occupation; Work; Education.

Contenido

	Pág.
Resumen y Abstract	IX
Lista de figuras	XIII
Lista de tablas	XIVV
Lista de gráficas	XV
1. Problematización del objeto de estudio.....	1
1.1 Problema de investigación.....	1
1.2 Pregunta de investigación.....	7
1.3 Justificación.....	7
1.4 Objetivos	14
1.4.1 Objetivo general	14
1.4.2 Objetivos específicos	14
2. Marco conceptual	15
2.1 Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo	15
2.1.1. Conceptualización	15
2.1.2. Principios de la PSLT:.....	15
2.1.3. Estructura de un programa global de PSLT	16
2.2. Entornos saludables.....	17
2.3. Calidad	22
2.3.1. Conceptualización en calidad	22
2.3.2. Gestión en el campo de la Salud y Seguridad y la Salud Ocupacional.....	23
2.4. Salud y seguridad en el trabajo	24
2.5. Condiciones de trabajo	26
3. Diseño metodológico	29
3.1 Tipo de estudio.....	29
3.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	30
3.2.1. Criterios de inclusión.....	30
3.2.2. Criterios de exclusión.....	31
3.3. Proceso de recolección, procesamiento y análisis de la información.....	31
3.3.1. Información documental.....	31
3.3.2 Desarrollo de herramientas de evaluación	32
3.3.3 Prueba piloto	33
3.3.4 Selección de la muestra	34
3.3.5. Recolección de datos.....	35
3.3.6. Tratamiento y análisis de datos	37
3.4 Consideraciones éticas	38
4. Resultados	41
4.1 Características sociodemográficas.....	41

4.2. Resultados del perfil de calidad de la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo. Perfil de éxito	45
4.3 Participación de los trabajadores en promoción de la salud en los lugares de trabajo	46
5. Discusión.....	73
5.1 Sobre las condiciones de trabajo y su relación con el estado sociodemográfico de los trabajadores.....	74
5.2 Sobre la calidad y su relación con el perfil de éxito de los programas de PSLT en la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá	81
5.3 Sobre el concepto de PSLT y su relación con la participación de los trabajadores en los programas sobre condiciones de trabajo y su relación con el estado sociodemográfico de los trabajadores	89
6. Orientaciones para el diseño de una propuesta de intervención	95
6.1 Objetivos de la propuesta	95
6.1.2 Objetivos específicos	96
6.2 Teorización del modelo.....	96
6.2.1. Beneficios de crear PSLT	97
6.3 Fases de trabajo para la implementación del modelo.....	99
6.3.1 Primera fase: movilizar.....	99
6.3.2. Reunir	103
6.3.3. Evaluar.....	104
6.3.4 Priorizar	106
6.3.5. Planear	106
6.3.6 Hacer	107
6.3.7. Evaluación	108
7. Conclusiones y Recomendaciones.....	111
Anexos	114
Bibliografía	123

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Modelo de entorno saludable de la OMS	19
Figura 2. Ciclo de mejoramiento continuo planteado por Deming	23
Figura 3. Organigrama Dirección Nacional de Personal	84
Figura 4. Niveles de administración	85
Figura 5. Pasos para desarrollo de la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo.	91
Figura 6. Componentes principales del modelo de PSLT	96

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Beneficios de la promoción de la salud en los lugares de trabajo	16
Tabla 2. Bibliometría	32
Tabla 3. Compilación de distribución del número de trabajadores no docentes según características sociodemográficas	42

Lista de gráficas

	Pág.
Gráfica 1. Distribución porcentual de trabajadores no docentes según el tipo de cargo.	43
Gráfica 2. Distribución porcentual de trabajadores no docentes según el área de trabajo	44
Gráfica 3. Porcentaje de éxito de los programas por categoría	45
Gráfica 4. Compiladora de distribuciones porcentuales del número de trabajadores no docentes según las preguntas 1, 2 y 3 del instrumento	47
Gráfica 5. Porcentaje de conocimiento de las políticas de salud ocupacional por área.	48
Gráfica 6. Porcentaje de conocimiento de las políticas de salud ocupacional por cargo.	50
Gráfica 7. Porcentaje de conocimiento de la existencia de los programas de salud ocupacional por área.	51
Gráfica 8. Porcentaje de conocimiento de la existencia de los programas por cargo	52
Gráfica 9. Porcentaje de conocimiento del contenido de los programas de salud ocupacional por área.	53
Gráfica 10. Porcentaje del conocimiento del contenido de los programas por cargo	54
Gráfica 11. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos según respuesta a la pregunta <i>¿Usted considera que el espacio o los espacios donde desarrolla su labor son adecuados y seguros?</i>	55
Gráfica 12. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos, según respuesta a la pregunta <i>¿La Universidad se interesa por conocer las necesidades laborales de sus empleados?</i>	56
Gráfica 13. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos, según respuesta a la pregunta <i>¿La Universidad se interesa por conocer las necesidades extra-laborales de sus empleados?</i>	56
Gráfica 14. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos, según respuesta a la pregunta <i>¿La Universidad tiene definidos procedimientos seguros para realizar la labor que desempeñan?</i>	57
Gráfica 15. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos, según	58

respuesta a la pregunta <i>¿Dentro de su jornada de trabajo están definidos momentos de descanso?</i>	
Gráfica 16. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos, según respuesta a la pregunta <i>¿Se desarrollan actividades de educación, capacitación y entrenamiento para los trabajadores en temas de salud ocupacional?</i>	59
Gráfica 17. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos, según respuesta a la pregunta <i>¿Se desarrollan actividades para el mejoramiento del ambiente físico en la Universidad?</i>	59
Gráfica 18. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos, según respuesta a la pregunta <i>¿Se desarrollan actividades para el mejoramiento de las relaciones interpersonales?</i>	60
Gráfica 19. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos, según respuesta a la pregunta <i>¿Se da tiempo dentro de su jornada para participar en actividades de salud ocupacional?</i>	60
Gráfica 20. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos, según respuesta a la pregunta <i>¿Se conoce algún tipo de incentivo a empleados que participen o aporten en la mejora de condiciones de trabajo o salud de la comunidad universitaria?</i>	61
Gráfica 21. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos, según respuesta a la pregunta <i>¿La información o el conocimiento que le brinda su institución sobre salud ocupacional le sirve para aplicarla en su vida cotidiana, a su familia o a su comunidad?</i>	61
Gráfica 22. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos, según respuesta a la pregunta <i>¿Usted ha participado en actividades relacionadas con salud ocupacional en la Universidad?</i>	62
Gráfica 23. Porcentaje de participación por áreas de los trabajadores en programas de salud ocupacional	63
Gráfica 24. Porcentaje de participación en los programas de salud ocupacional por cargo	64
Gráfica 25. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos, según respuesta a la pregunta <i>¿En qué forma ha participado usted en las actividades?</i>	65
Gráfica 26. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos, según respuesta a la pregunta <i>¿En la Universidad usted participa aportando o sugiriendo ideas que contribuyan con el mejoramiento de las condiciones de trabajo?</i>	66

Gráfica 27. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos, según respuesta a la pregunta <i>¿Dentro de la Universidad usted se siente capacitado para qué?</i>	67
Gráfica 28. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos, según respuesta a la pregunta <i>¿A usted le suministran elementos de protección personal cuando el desarrollo de su labor lo requiere?</i>	68
Gráfica 29. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos, según respuesta a la pregunta <i>¿A usted le suministran elementos de protección personal, cuando el desarrollo de su labor lo requiere?</i>	68
Gráfica 30. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos, según respuesta a la pregunta <i>¿A usted se le informa o capacita sobre el uso correcto de los elementos de protección que necesita?</i>	69
Gráfica 31. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos, según respuesta a la pregunta <i>¿A usted se le informa sobre las actividades que se adelantan en la institución para mejorar las condiciones de trabajo?</i>	69
Gráfica 32. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos, según respuesta a la pregunta <i>¿Está establecido un mecanismo para que usted notifique peligros sobre la salud ocupacional?</i>	70
Gráfica 33. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos, según respuesta a la pregunta <i>¿Cómo se relaciona su trabajo con su vida laboral?</i>	71
Gráfica 34. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos, según respuesta a la pregunta <i>¿Considera que el programa de salud ocupacional de la Universidad da buenos resultados?</i>	71

1. Problemática del objeto de estudio

1.1 Problema de investigación

La salud laboral de los trabajadores, por las mismas fuerzas de cambio que prevalecen en el contexto socio-económico nacional y mundial, ha tenido cambios importantes. Dentro de estas fuerzas se reconoce que la flexibilización en la contratación, los factores demográficos, los cambios en las organizaciones, la diferenciación en términos de género, la estructura y el ciclo de vida de las empresas y el progreso tecnológico son algunas de las cuestiones cruciales que pueden generar nuevos peligros.

El sector educación tiene la misión de promover y garantizar el acceso y la permanencia en el servicio educativo, así como la calidad y pertinencia en sus distintas formas, niveles y modalidades, con el propósito democrático de formar individuos capaces de vivir productiva, creativa y responsablemente en comunidad⁴. A su vez, debe asumir acciones de planificación, organización e intervención bajo la actuación de una empresa para mejorar los procesos y la calidad, con el reto de adoptar una posición importante en el bienestar y cuidado integral de los estudiantes, docentes y administrativos que hacen parte de la comunidad educativa.

El sector educativo se ve impactado en la actualidad por la incorporación de las nuevas tecnologías, la pérdida de valores, la problemática social, las dificultades derivadas de la violencia y la inmigración, la diversidad en el aula y los constantes cambios curriculares. Estos factores han llevado a los trabajadores del sector educativo a realizar un gran esfuerzo para adaptarse a los cambios, los cuales implican estrés e incluso un impacto directo sobre la salud y el bienestar físico y mental⁵. Los esfuerzos de adaptación a los que se ven sometidos los trabajadores del sector educativo se evidencian por las condiciones en que laboran, las cuales pueden traer consecuencias para su seguridad y su salud, pues la elección de los equipos, la determinación y adecuación de condiciones y su respectiva incorporación traen consigo peligros que comprometen el buen desarrollo y el bienestar de quienes se convierten en sus colaboradores. Es así como este sector productivo adquiere responsabilidades directas en la organización de las actividades de protección de la salud y prevención de los peligros potenciales en la empresa, incluida la designación de los trabajadores encargados de dichas actividades o el recurso a un servicio de prevención externo⁵.

Como parte de la responsabilidad frente a la protección de la salud de los trabajadores, el sector productivo de la educación debe designar personal encargado de las medidas de emergencia, determinar procedimientos de recolección e información sobre los servicios de salud, implementar estrategias de formación en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y facilitar cualquier otra acción que pueda tener efectos substanciales sobre la seguridad y la salud de los trabajadores. Del mismo modo, es importante que este sector productivo examine la definición de *lugar de trabajo*, considerado como un área de trabajo, edificado o no, en el que los trabajadores deban permanecer en razón de sus labores. En los centros del sector educativo es necesario valorar a los trabajadores no sólo desde el punto de vista de la enseñanza sino también desde el aporte logístico y operativo para el logro de *educar*⁶.

De acuerdo a la anterior afirmación, es preciso aclarar que los trabajadores administrativos se ven enfrentados a peligros de índole diferente en condiciones de trabajo relacionadas con el ambiente, las tareas y la organización que los puede exponer fácilmente a accidentes y enfermedades laborales. Por ejemplo: locales, instalaciones, equipos y demás productos útiles existentes en el centro de trabajo se convierten en agentes promotores de daño a la salud. Asimismo, la naturaleza de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y en sus correspondientes intensidades, concentraciones y procedimientos, son elementos que influyen en la magnitud de los peligros a los que se expone el trabajador administrativo.

En el contexto internacional, se distinguen países como España que a través de la Federación de Trabajadores de la Enseñanza (FETE) detectó en algunos estudios que⁶:

- Un 30% de los trabajadores del sector no conoce la existencia de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- El 66% afirma no haber recibido ningún tipo de información relativa a los peligros asociados a su puesto de trabajo.
- El profesional de la institución educativa no es consciente del conjunto de peligros que le pueden afectar en su trabajo.
- La aplicación de la prevención de peligros en los centros educativos es muy baja, con un gran desconocimiento de la existencia de la identificación de peligros o del plan de prevención.

Cuando estos datos son analizados, se aprecia un alto desconocimiento sobre cómo actuar frente a los peligros. Se denota debilidad de las medidas preventivas relativas a su puesto de trabajo, las obligaciones y derechos de la administración y de los trabajadores. La capacidad de reacción del trabajador ante un peligro o accidente, se basa en la mayoría de los casos en su *sentido común* y no obedece a ningún

conocimiento específico que le permita hacer frente a tales situaciones⁶. A partir de esta problemática, es pertinente revisar el comportamiento en el sector educativo en Colombia frente a los accidentes y enfermedades profesionales.

Históricamente, al observar el comportamiento de los accidentes y enfermedades laborales del sector educativo en Colombia, se puede encontrar que éstas han venido sufriendo un aumento progresivo. Se distingue dentro de las estadísticas de accidentes laborales en el sector educativo que para el año 2007 fueron reportados 4.564 casos y para el 2011 la Federación de Aseguradores Colombianos FASECOLDA reportó 9.958 casos, es decir: en cuatro años el aumento fue dos veces mayor. Con respecto a la enfermedad profesional, en este sector su comportamiento no es diferente a la accidentalidad, pues en el mismo informe se evidencia que para el año 2000 fueron reportados cuatro casos de enfermedad laboral, en el 2005 subió a 30 casos y para el 2011 llegaron a 295 aumentando en un 73%⁷.

Para el 2011, FASECOLDA reporta en el sector educativo (educación superior, educación continuada, especializaciones y otros) de Bogotá un total de 123 universidades con 14.076 afiliados. La calificación de accidentes de trabajo para este grupo de trabajadores en el respectivo año estuvo en 1.125 casos y la calificación de enfermedad laboral en 77. Aunque no hubo muertes reportadas, sólo 11 recibieron indemnización por accidente laboral y 21 casos por enfermedad laboral. Cabe aclarar que estos datos son generales y no se discrimina entre docentes y administrativos⁸.

Teniendo en cuenta el alto crecimiento de peligros evidenciados en el sector educativo, el escaso control sobre la accidentalidad y la enfermedad laboral, se ha hecho necesario que las entidades universitarias establezcan dentro de sus planeaciones, políticas y normativas la generación de estrategias de intervención que a partir del desarrollo de programas de promoción de la salud en los lugares de trabajo favorezcan acciones tendientes a disminuir problemáticas de salud y propiciar entornos de salud y bienestar. Estos programas son vitales para hacer de los entornos laborales saludables, logrando motivación, espíritu de trabajo, satisfacción, calidad de vida y aumento de la productividad. De la misma manera, favorece la realización de políticas y actividades estratégicas de control de la salud tanto de empleados como de empleadores⁹.

Las universidades reconocen que la salud es un hecho importante que implica preocupación en términos de justicia social y desarrollo humano. Por ello, es necesario que se diseñen mecanismos apropiados para contribuir en forma significativa al esfuerzo de promoción de la salud en toda su comunidad. Al proceder así, hay una necesidad urgente de desarrollar una matriz eficaz entre disciplinas y construir puentes entre estas instituciones y el gobierno, por una parte, y las comunidades, por otra. Deben estar preparadas para elevar el rango intelectual de los problemas comunitarios y prestarle atención a campos de investigación del desarrollo nacional y la salud mundial¹⁰.

En las universidades el talento humano se conforma en grupos de trabajadores manejados

como cuerpo docente y administrativos. Para mayor entendimiento del concepto de PSLT y su importancia en contextos universitarios, se hace necesario hacer un recuento histórico de su origen y la importancia en los procesos de salud de los trabajadores.

A partir de 1950, se unen dos instituciones entorno a la salud en el trabajo, como lo son la Organización Mundial de La Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Tiempo después, para 1978 en la declaración de Alma Ata, se da el anuncio de impulsar a los proveedores de los servicios de salud y a toda la comunidad en la iniciativa de acercar las estrategias nacionales de salud tanto como sea posible a los lugares donde la gente vive y trabaja¹¹. En consecuencia, La estrategia de ambiente de trabajo saludable es fundamentada bajo la estrategia social de Atención Primaria de Salud, retornando a la herencia higienista a través de métodos educativos de profilaxis. Aun así, esto no es suficiente para cambiar las conductas nocivas para la salud, especialmente en relación con sustancias adictivas como el alcohol y el tabaco dentro de un contexto político y científico propio de la época. También se da inicio al concepto de promoción de la salud al núcleo de trabajo bajo, el enfoque de ciudades, hospitales y lugares de trabajo saludables¹².

Para 1981, en el convenio 155 de OIT¹³, se exige establecer políticas nacionales de salud en el trabajo, enfocadas al ambiente físico y se crean medidas legislativas y de infraestructura para cumplir con la salud y seguridad en el lugar de trabajo. Cinco años después se realiza la conferencia de Ottawa¹⁴ en donde se conceptualiza la temática de promoción de la salud y se incluye el trabajo como uno de los lugares clave para su desarrollo.

En 1997 se desarrollan dos contextos importantes para la PSLT, el primero ocurre en Yakarta¹⁵, reforzando la carta de Ottawa y haciendo hincapié en la importancia de la responsabilidad social para la salud y el empoderamiento del trabajador ante su salud. El segundo corresponde a la declaración de Luxemburgo¹⁸, desarrollada en la Unión Europea, en la cual se define la PSLT y plantea un método de trabajo enfocado a mejorar, la organización, el medio ambiente, la participación activa y el fomento del desarrollo del personal.

Es así como toma fuerza el desafío en términos de las actividades de *salud en el trabajo* el concepto en donde “la promoción de la salud debe entenderse como una actividad que debe extender los lugares de trabajo para su aplicación e incluye la vinculación con las familias, diversos sectores sociales y en conjunción con varias disciplinas”¹⁶. De la misma manera en el continente americano, a mediados de la década de los ochenta, es fundado el Consejo de Bienestar de América, Wellness Council of América (WELCOA), apoyando iniciativas de promoción de la salud en los lugares de trabajo hacia la comunidad empresarial¹⁷.

De ahí que es importante recordar que en el contexto mundial de la década de los 90 se establecieron bases de la promoción de la salud como eslabón para la

conceptualización y el planteamiento de la PSLT en América. A partir de la estrategia de reducción de la pobreza y la desigualdad en función del desarrollo social, surge un impulso notable luego de la V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en México, culminando en tres resoluciones para los países del área andina y América Central¹⁸.

Es de resaltar el trabajo mancomunado que realizaron entidades como la OMS y la OIT en el compromiso de promover y apoyar acciones en los muchos países para implementar lugares de trabajo saludables. Con este fin elaboran un plan regional de salud de los trabajadores para Las Américas, concebido para complementar medidas como: la calidad del ambiente de trabajo, políticas, legislación y servicios integrales de salud para el trabajador. Esto es fundamental para que la simple promoción de salud se transforme en promoción de la salud en los lugares de trabajo¹⁸.

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que los ambientes saludables son esenciales para el beneficio de los trabajadores, así como los aportes positivos a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de satisfacción en el trabajo y la calidad de vida en general. Sin embargo, esta propuesta no es una realidad para la mayor parte de la fuerza de trabajo en América Latina. Por tal razón, la organización se propone extender programas de calidad en PSLT y fortalecer las iniciativas existentes, aunque se advierte que aumentarán únicamente cuando formen parte de las políticas nacionales en las agendas de las organizaciones y de las prácticas del personal en el sitio de trabajo¹⁹. En la actualidad, el liderazgo latinoamericano en estos programas lo tienen Chile, México y Brasil, quienes han trabajado unidos en la creación de políticas claras de salud ligadas al trabajo²⁰.

En Colombia, es necesario partir de la noción de *promoción de la salud*, que, contando con los antecedentes comentados con anterioridad, hace parte de las bases de la contextualización laboral del país. Durante el desarrollo de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Santafé de Bogotá en 1992, se consideró como un desafío a la salud de América Latina la transformación de los intereses económicos en función de los propósitos sociales de bienestar para todos y el trabajo por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo²¹.

Es claro que en Colombia no se ha logrado la integración entre los conceptos *salud pública* y *salud ocupacional*, pues desde la Ley 100 de 1993 se presenta una clara desarticulación entre el Sistema de Seguridad Social en Salud y el Sistema de Riesgos Profesionales. Es así como en territorio colombiano los esfuerzos de desarrollo en estrategias de promoción no son evidentes y aunque se muestran alusiones, no se observa una disposición clara y concreta de la promoción de la salud en los lugares de trabajo²².

Hoy en día, la modificación del Decreto 1295 de 1994 por la Ley 1562 de 2012 establece que la Salud Ocupacional “se entenderá en adelante como Seguridad y Salud en el

Trabajo, definida como aquella disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores. Tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva a la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones”²³ En este sentido, se encuentra que el término PSLT se incluye como estrategia de intervención dentro del enfoque de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

En definitiva, a nivel mundial se ha convertido en un reto para el empleador el éxito en la aplicación de medidas de promoción de la salud en los lugares de trabajo y la recepción de toda la organización en el retorno de la inversión, reflejada en la productividad, resultado que depende de la cooperación de diferentes actores y sectores. La relación costo- beneficio debe estar en consonancia con la inversión realizada por la empresa y debe traducirse en términos de eficacia en las medidas de promoción de la salud en todos los frentes organizacionales de la empresa²⁴.

Así pues, es muy importante obtener una imagen global de la calidad de las actividades del PSLT e iniciar procesos de autoevaluación como base para el mejoramiento continuo. En el mundo del trabajo, dada la rápida expansión de los programas y el número en la proliferación de proveedores de servicios en PSLT, se presenta una gran preocupación por la calidad de los proyectos, preocupación que deriva en muchas ocasiones en gastos inapropiados y obstáculos en la gestión de la PSLT. Estudios, como los realizados por Kizer, muestran que la calidad en PSLT debe ser un esfuerzo integral que prevé la supervisión y los procesos de seguimiento ajustándose a los cambios y a las políticas de la empresa, favoreciendo comportamientos saludables en los trabajadores²⁵.

Otro estudio realizado por Korzeniowska en el 2003²⁶ determina que hay razones de peso para llevar a cabo una evaluación de la calidad de los programas de PSLT. En primer lugar, por la necesidad de garantizar programas competentes en las organizaciones; en segundo término, por la factibilidad de evaluar los programas de PSLT que adoptan la forma de servicios médicos ofrecidos a los empresarios en el mercado de servicios de salud; en tercer lugar, la necesidad de difundir la idea y aumentar el apoyo de la empresa en los programas; y en cuarto lugar, el uso de la evaluación como una herramienta para el análisis de proceso de promulgación de la PSLT.

Es así como nos enfrentamos a la realidad de que la aplicación de la evaluación de calidad de los programas de PSLT llevadas a cabo en forma regular en las empresas es muy limitada, de ahí el creciente interés en los procedimientos de evaluación de la calidad ya conocidos y aceptados por algunas instituciones bandera en salud y seguridad a nivel mundial. Bajo este precedente, la (OMS) recomienda un método de evaluación aplicado a los países de la Unión Europea, dispuesto mediante un cuestionario de evaluación de calidad de la PSLT, el cual fue creado y promulgado dentro de la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo²⁷.

Esta herramienta mide criterios de calidad, dentro de los que se encuentran, en el ámbito de la política empresarial, los departamentos de recursos humanos, la organización de trabajo, la responsabilidad social, la planificación, la evaluación y la ejecución de la promoción de la salud. Estos criterios determinan la participación de los empleados y del personal ejecutivo desde una comprensión global de la salud, en un proceso constante de crecimiento²⁸.

A su vez, refleja el compromiso de los directivos, la evaluación integral y continua de los posibles peligros en el lugar de trabajo, el cumplimiento de las normas, la participación de los trabajadores y en general, la evaluación de todo el sistema de promoción de la salud. También en su momento fue necesario hacer cuestionamientos sobre la salud de los empleados, en actitud abierta, a todos los tipos de pruebas y méritos de evaluación divergentes, siempre y cuando el rigor de las normas se mantuviera²⁹.

Teniendo en cuenta que los procesos de evaluación y autoevaluación para las empresas son muy importantes para constatar los avances de sus programas, identificar logros y problemáticas y favorecer los procesos de fortalecimiento, se propone como proyecto establecer medidas para la ejecución de actividades a corto mediano y largo plazo, con el objetivo de retroalimentar, encaminar, replantear y tomar decisiones en torno a la inversión en la salud de los trabajadores al realizar una evaluación de la calidad de la promoción de la salud en los lugares de trabajo³⁰.

1.2 Pregunta de investigación

¿ Cuáles son las características de los programas de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo: EL caso de los trabajadores administrativos de la Universidad Nacional de Colombia?

1.3 Justificación

La OMS define de forma clásica la salud como "un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades y en armonía con el medio ambiente". Esta definición exige el planteamiento de nuevas perspectivas frente a la salud de los individuos, entre las que se encuentran los determinantes *proximales* y *distales* de la salud, descritos por Dahlgren & Whitehead en 1991. En los proximales se tienen en cuenta los factores individuales, las preferencias en el estilo de vida, las influencias comunitarias, el soporte social y el acceso a servicios de atención a la salud. En los distales se consideran las condiciones de vida y trabajo, es decir, las condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales. De esta manera, el trabajo se convierte en una parte fundamental en el proceso salud-enfermedad, pues los determinantes acompañan al

individuo en todo el proceso de desarrollo de su ser y en ellos se aprecian los posibles peligros dentro del entorno de trabajo³¹. Conforme a esta visión, es necesario describir el contexto de las implicaciones del trabajo y su impacto en la salud de los trabajadores en Colombia.

El Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE muestra que para enero del 2010 en Colombia existió una tasa global de participación de 18.867 ocupados. En cuanto a la distribución por áreas de trabajo, el 26.9% corresponde al comercio (restaurantes y hoteles), el 19,3%, a servicios comunales sociales y personales, el 18%, a agricultura, caza y silvicultura, el 13%, a industria manufacturera, el 8,4%, a transporte y almacenamiento, el 6,6%, a inmobiliarias, el 5,2%, a construcción y el 2,6% correspondiente al sector de las empresas del sector educativo³².

Para el mismo año, el Sistema de Riesgos Profesionales cerró el 2010 con un total de 6,83 millones de trabajadores afiliados, 5% más que en 2009, y 451.195 empresas cubiertas. Se atendieron 442.689 accidentes de trabajo y 9.411 trabajadores por enfermedad laboral; se reconocieron 230 pensiones por invalidez y 489 pensiones de sobrevivencia para familiares de trabajadores que fallecieron en el ejercicio de su actividad labora³².

En cuanto a la Enfermedad Laboral (EL), se encontró que en 2010 se registraron 9.411 enfermedades laborales diagnosticadas y calificadas, 2.520 más que en 2009, lo que implica un aumento en las cifras de EL y la tendencia a reconocer cada vez más los peligros y consecuencias asociadas con la labor de cada individuo. Las enfermedades más frecuentes se asociaron a los problemas osteomusculares, en especial el Síndrome de Túnel del Carpo y los trastornos a nivel de columna vertebral. En cuanto a la mortalidad, se reconocieron 499 muertes por actividad laboral, aunque la tasa disminuyó frente a la del 2009, al pasar de 8,8 a 7,2 por cada 100 mil trabajadores³².

Por otra parte, para el año siguiente el Departamento de Estadística de la OIT en su informe de mayo de 2011 muestra que para Colombia en enero del 2011, la tasa de participación fue de 62,6, la tasa de desempleo, de 12,5 y la tasa de inactividad, de 37,4. Los promedios trimestrales de la población económicamente activa estuvieron en 21.900 trabajadores, el empleo total en 19.184, el promedio de asalariados en 8.816, el desempleo en 2.737 y el promedio de la población activa en 13.685 trabajadores³³.

De igual modo, según el comunicado de accidentalidad laboral del 2011 de la Federación de Aseguradores Colombianos FASECOLDA, en Colombia se evidenció que disminuyeron mejoraron los indicadores de accidentalidad laboral en las empresas de más alto riesgo y que los mayores índices durante el 2010 se dieron en sectores de agricultura, minería e industria, mientras que los sectores financieros y educativos fueron los de menor accidentalidad. En términos de mortalidad e invalidez, se presentó un descenso importante en el 2010, a pesar de que el sector minero fue el más afectado en el país.

Las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) para el 2011 invirtieron más de

226.000 millones de pesos en programas de promoción y prevención. Esta inversión buscaba disminuir la tasa de accidentalidad laboral en el país, que en promedio se sitúa en 6.4%; bajar las tasas de invalidez, de 4 a 3.4 por cada 100 mil trabajadores entre 2009 y 2010, y reducir la tasa de mortalidad, que pasó del 8,8 al 7,2 por cada 100 mil trabajadores en los últimos dos años (2009-2010)³⁴.

Específicamente en el sector educativo, FASECOLDA reportó para el 2011 una cobertura a 325.205 trabajadores, donde 295 casos obedecieron a reporte de enfermedad laboral, 9.958 a reporte de accidentalidad y 163 a reporte de incapacidad permanente parcial, 2 casos de invalidez y 4 muertes por el trabajo³⁵. Para el año 2012, el DANE da cuenta de 20.696 de personas activas, en donde 12.149 son hombres y 8.547 mujeres. La población desocupada se evidencia en 12.690 personas, de las cuales 4.301 son hombres y 1.360 mujeres³⁶.

Por otra parte, el informe realizado por la Primera Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo en Colombia destaca las bajas proporciones cuando se trata de la consulta o participación de los trabajadores en temas de salud ocupacional. En conformidad con otros estudios, también se informa sobre el bajo nivel de manejo de conocimientos por parte de los trabajadores y de los mecanismos que pudieran contribuir a mejorar las condiciones de salud y trabajo en las instituciones de educación superior. Adicionalmente, los esfuerzos realizados por el gobierno colombiano, a través del Plan Nacional de Salud Ocupacional, definen como uno de los objetivos generales el fortalecer la promoción de la seguridad y salud en el trabajo, fomentar la cultura del auto cuidado y la prevención de los peligros en los entornos laborales. Aun así, el balance realizado por algunas asociaciones al respecto, es negativo, considerando la dificultad que conlleva la implantación de formas des-laboralizadas de contratación, como es la tercerización mediante cooperativas de trabajo asociado³⁷.

En la mayoría de sectores laborales es común encontrar el uso del término *prevención* para referir acciones de “promoción de la salud en los lugares de trabajo”. Esto significa que tanto la dimensión de este último concepto como sus implicaciones no están claramente establecidas en sus discursos ni mucho menos en la práctica³⁸.

En efecto, la promoción de la salud en el sitio de trabajo incluye actividades que se han diseñado para ayudar a empleadores y trabajadores en todos los niveles en el aumento del control y mejoramiento de su salud, lo cual se ha convertido en un reto en nuestros días. A partir de la información expuesta con anterioridad, se observa una capacidad insuficiente de los trabajadores, directivos de las empresas y la comunidad de la salud pública en reconocer, evaluar y controlar peligros que continúen afectando la salud y la calidad de vida de los trabajadores. Así mismo es claro que es el lugar de trabajo el responsable de generar un impacto favorable o desfavorable en la salud y el bienestar de los trabajadores, sus familias, comunidades y la sociedad en general.

Es de suma importancia tomar estrategias para efectuar programas de promoción de la salud en los lugares de trabajo, partiendo de políticas, normas, servicios de salud,

información y desarrollo en áreas de recursos humanos y en escuelas, ciudades, hospitales, como vimos anteriormente, para el Sistema General de Riesgos Profesionales. Entidades como la European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) en la Unión Europea líderes en el tema a nivel mundial, plantean un objetivo común: “trabajadores sanos en empresas saludables” mediante actividades dirigidas a mejorar la organización y las condiciones de trabajo, promover la participación activa y fomentar el desarrollo individual³⁹.

De acuerdo a lo anterior, es necesario que los esfuerzos que realizan algunas empresas por generar programas de PSLT en el marco de la calidad y el mejoramiento evidencien el éxito de sus programas por medio de procesos de evaluación con objetivos que permitan realizar un seguimiento sistemático de las intervenciones, apuntar a las fortalezas y debilidades, establecer el nivel de calidad alcanzado por la empresa, definir las prioridades y facilitar la comparación con otras empresas⁴⁰. Dicho esto, constituye un reto importante realizar una aproximación a la práctica desarrollada para promover la salud en los lugares de trabajo en las universidades, además de prevenir la variedad de peligros que ellos enfrentan y examinar la aplicación de los principios fundamentales de la PSLT.

La Universidad Nacional de Colombia realiza acciones que buscan generar condiciones de trabajo y salud favorables al bienestar de sus trabajadores. Es así que la División Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional, unidad de gestión adscrita a la Dirección Nacional de Talento Humano, tiene como fin conducir sus acciones a la creación de una cultura preventiva en el control de peligros ocupacionales, propiciando un ambiente laboral seguro, que facilite y proteja la salud integral de los servidores públicos docentes y administrativos e incrementar la productividad, la calidad y el bienestar en cumplimiento de la misión institucional⁴¹. Algunas de sus actividades y programas son:

La identificación y evaluación de las condiciones de trabajo y salud:

- Evaluaciones médicas ocupacionales y diagnóstico de condiciones de salud.
- Análisis de condiciones de trabajo por puesto.
- Elaboración y actualización de diagnósticos de condiciones de trabajo.
- Programa de accidentalidad.
- Inspecciones de condiciones de trabajo.
- Estudios y mediciones de higiene ocupacional.

Intervención de las condiciones de salud⁴².

- Sistemas de vigilancia epidemiológica para la prevención de los efectos causados por la exposición a ruido, formol, radiación ionizante, mercurio.
- Sistemas de Vigilancia Epidemiológica para la Prevención de Trastornos Osteomusculares, SIVIGOTOM.

- Seguimiento de casos de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y control de enfermedad laboral.
- Programa para el control de contaminantes biológicos.
- Programa de capacitación en salud ocupacional.

Intervención de las condiciones de trabajo

- Intervención de factores de peligros con carga física.
- Programa para el control de contaminantes biológicos.
- Intervención en factores psicosociales.
- Control de la accidentalidad.
- Implementación del programa asignación y control de EPP y dotación de seguridad.
- Programa de mantenimiento e inspección de sistemas contra incendios.
- Programa de mantenimiento y dotación de primeros auxilios.

Otro punto de apoyo son los programas sugeridos y aplicados desde la ARL a la que están vinculados los trabajadores:

Programa de prevención y protección colectiva individual: Asistencia técnica en el diseño, implementación y seguimiento de estándares de seguridad de trabajo en espacios confinados y en mantenimiento de cajas de inspección. Asistencia técnica para la realización de inspecciones y observaciones planeadas, correspondientes al seguimiento en la implementación de recomendaciones por accidentes de trabajo.

Programa promoción y prevención en salud: Se iniciaron esquemas de vacunación, y aplicación de dosis de refuerzo según la necesidad particular de cada trabajador, se brindó asesoría en la implementación del programa de gestión de peligro psicosocial (Resolución 2646 de 2008), se brindó asesoría y acompañamiento a líderes de pausas activas y seguimiento al programa en las áreas intervenidas⁴².

Programa de gestión en la prevención de enfermedades laborales: capacitación en factores psicosociales en el trabajo, comunicación asertiva, manejo de adicciones con énfasis en alcohol y tabaco e Inteligencia Emocional; evaluaciones de seguimiento de recomendaciones de salud a trabajadores por eventos laborales mediante la asistencia técnica para la evaluación cualitativa de condiciones de trabajo; asistencia técnica en control de peligros biomecánicos mediante visitas de inspección a puestos de trabajo con énfasis en carga física; asesoría y acompañamiento permanente a funcionarios en procesos de calificación de origen, inclusión y seguimientos en procesos de Rehabilitación Integral; seguimiento de casos de enfermedad y accidente laboral; acompañamiento en procesos de autorizaciones médicas, notificaciones, dictámenes; y capacitación en salud ocupacional.

Protocolo para la prevención de los desórdenes musculoesqueléticos: en este punto, es importante resaltar que, de las empresas de Bogotá afiliadas a Positiva, la Universidad Nacional de Colombia ocupa el tercer lugar con mayor número de enfermedades laborales reportadas en 2011, y el segundo lugar en incidencia acumulada de enfermedades laborales. Esto amerita una atención especial tanto como la justificación de programas que favorezcan la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

También es importante resaltar que el cargo con un mayor porcentaje de ausentismo, enfermedades calificadas y número de días perdidos por incapacidades médicas es el de auxiliar de servicios generales, con 63 casos y 339 días perdidos, que representa el 49% de las enfermedades laborales calificadas entre el 2009 y el 2011. En segundo lugar, se encuentra el cargo de secretaria ejecutiva con 35 casos y 113 días perdidos, que representa el 19% de las enfermedades laborales calificadas entre el 2009 y el 2011. En tercer lugar, se encuentra el cargo de operario calificado, con 30 ausentismos y 249 días perdidos, con el 6% de enfermedades profesionales calificadas entre el 2009 y el 2011. Estos cargos pertenecen al personal administrativo que para este estudio justifica autoevaluar los programas y re-direccionar esfuerzos para disminuir la aparición de enfermedades, incidentes y accidentes con el fin de favorecer el bienestar de este grupo vulnerable a los peligros laborales⁴².

Por otra parte, la División Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional, dentro de la Misión que se han impuesto, considera:

Estructurar un proceso de gestión eficiente de la Salud Ocupacional dirigido a la población laboral que garantice su efectivo desarrollo y propicie ambientes de trabajo seguros y saludables, que contribuyan al mejoramiento progresivo y permanente de su calidad de vida, generando desarrollo en los aspectos físico, psicológico y social, así como su adecuada interacción con su entorno laboral.

Y considerando como su Visión la

proyección de constituirse como un instrumento que responda en forma organizada y eficiente para atender todos los asuntos relacionados con la salud y seguridad ocupacional en todas las sedes, consolidando procesos de trabajo conjunto, con las instancias que desarrollen investigación, programas y proyectos en el área de Salud Ocupacional, conformando una red coordinada que potencialice los esfuerzos que desde diferentes frentes se adelanten en este sentido y creando dentro de la organización una cultura preventiva en Salud Ocupacional”.

Para su desarrollo, se plantea involucrar a las facultades e institutos en el mejoramiento continuo de las condiciones de salud y trabajo⁴¹.

Desde la política en Salud Ocupacional, se resalta el compromiso con el personal docente y administrativo, con los contratistas y con los terceros; y el compromiso de promover la responsabilidad de los trabajadores hacia la seguridad, generando la cultura del autocuidado y la autogestión. Asimismo, la política propende por los ambientes de

trabajo seguros y confortables, evitando causar daños a los recursos naturales, contribuyendo con los medios necesarios para la protección, control y mantenimiento de la salud laboral y velando por el cumplimiento de las normatividad que en materia de salud ocupacional y seguridad integral expidan las autoridades competentes.

De igual manera, la visión de la División Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional tiene el compromiso de consolidar procesos de trabajo conjunto, con las instancias que desarrollen investigación, programas y proyectos en el área de salud ocupacional, conformando una red coordinada que potencialice los esfuerzos que desde diferentes frentes se adelanten en este sentido. También pretende que al involucrar las facultades e institutos en el mejoramiento continuo de las condiciones de salud y trabajo, se llegue a lograr una cultura en términos de prevención ⁴¹.

Es así como este proyecto se constituye como un aporte a la División Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional dentro de sus funciones de “Planear, coordinar, ejecutar y evaluar las estrategias de prevención, promoción y control en salud laboral dirigidas a los funcionarios administrativos y docentes de la Sede Bogotá y el Nivel Nacional, establecidas en el área de medicina preventiva y del trabajo, conforme a las normas legales vigentes en esta materia”. Las estrategias favorecieron la orientación de acciones que mejoraron la intervención en PLST bajo un modelo actual y sistemático y que favorece la evaluación y el mejoramiento.

Por otra parte, una de sus grandes responsabilidades es articular al proceso de gestión en Seguridad y Salud Ocupacional con los proyectos de investigación, docencia y extensión que se desarrollen en las sedes. De esta manera, este proyecto parte de la Maestría de Salud y Seguridad en el Trabajo, desarrollado desde la línea de promoción de la salud en los lugares de trabajo y prevención de efectos adversos; y pretende desde la academia apoyar procesos, funciones y visiones de la Universidad Nacional de Colombia como es la División Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional en busca de analizar y orientar acciones propias de sus trabajadores.

Los trabajadores se encuentran organizados en: 1. *Administrativos Directivos*. Infraestructura, investigación, laboratorios, museos, talento humano, sistemas de información académica, admisiones, registro calificado, bibliotecas, bienestar, concurso docente, extensión, innovación, postgrados, promoción y divulgación, información y comunicación y el área administrativa y financiera. 2. *Personal Administrativo de Divisiones*. La división de actividad física y deportes, biblioteca, gestión documental, fomento socioeconómico, personal académico, registro, salud, vigilancia y seguridad, seguridad y salud ocupacional, salarios, prestaciones y editorial. 3. *Personal Administrativo de Facultades*. Se reconocen la Facultad de Agronomía, Facultad de Artes, Facultad de Ciencias Económicas, Facultad de Ciencias Básicas, Facultad de Ciencias Humanas, Facultad de Derecho, Facultad de Enfermería, Facultad de Medicina, Facultad de Odontología y Facultad de Medicina Veterinaria. 4. *Personal Administrativo Ubicado en Grupos*. Es el de salud ocupacional, salarios y prestaciones, el colegio

IPARM, Instituto de Genética y jardín infantil. 5. *Personal Ubicado en las Oficinas*. Son los de planeación, tecnologías, jurídico, control disciplinario interno y control interno. 6. *Personal Administrativo*. Hace parte de la Rectoría, secretaria académica, control de espacios, contabilidad, inventarios y almacén, mantenimiento y aseo, presupuesto, tesorería, transporte, secretaria y las vicerrectorías de investigación, de extensión y de sede.

Cabe aclarar que se concibe la investigación al personal administrativo teniendo en cuenta que esta población trabajadora ha sido la más movilizadora, sensibilizada y sobre la cual se ha aplicado la gran mayoría de actividades, por lo cual la calidad de los programas será evaluada bajo su percepción y la intervención. Lo que arrojará esta investigación será la base para la extensión al grupo de trabajo docente. La motivación principal al realizar este trabajo es desde un proceso de autoevaluación, el cual hasta el momento no se ha desarrollado dentro del sistema de gestión y lograr así identificar el nivel de calidad de los programas ofrecidos a los trabajadores, sus debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas y a partir de allí diseñar una propuesta desde la academia que enriquezca y complemente la gestión desarrollada por la División Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional de la Universidad.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

General: Describir los programas de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo: EL caso de los trabajadores administrativos de la Universidad Nacional de Colombia.

1.4.2 Objetivos específicos

Caracterizar socio-demográficamente la población y la participación en el desarrollo de los programas de PSLT de los trabajadores objetos de estudio

- Aplicar los criterios de la Red Europea de promoción de la salud en los lugares de trabajo en el caso de los trabajadores administrativos de la Universidad Nacional de Colombia.
- Brindar orientaciones para el diseño de una propuesta de intervención de PSLT para la empresa en estudio.

2. Marco conceptual

2.1 Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo

2.1.1. Conceptualización

La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende la PSLT como una serie de políticas y actividades en los lugares de trabajo (empleo, calle, hogar, informalidad) que encaminan a los trabajadores y empleadores a aumentar el control sobre su salud, mejorándola y favoreciendo la productividad ⁴³.

2.1.2. Principios de la PSLT:

- *Carácter integral*: esta dimensión tiene en cuenta los factores personales, ambientales, organizacionales, comunitarios, sociales y de bienestar del trabajador, dentro de la iniciativa de trabajo saludable. Este principio busca:
 - a) Construir políticas públicas de trabajo saludable.
 - b) Crear ambientes favorables en el sitio de trabajo.
 - c) Fortalecer la organización y la participación de la comunidad trabajadora y social.
 - d) Reorientar los servicios de salud ocupacional y otros servicios de salud, para incluir la promoción de la salud y todos sus aspectos relacionados dentro de sus agendas y lograr un mayor acceso del trabajador a los servicios de salud primaria, preventiva y ocupacional⁴⁴.
 - e) Desarrollar habilidades personales y colectivas relacionadas con la gestión de la salud, la seguridad, el autocuidado y el desarrollo personal de los trabajadores. Se fundamentan en estilos de trabajo y de vida saludables que buscan mejores condiciones y calidad de vida laboral, personal, familiar y comunitaria.
- *Carácter participativo y fortalecedor*: este parámetro promueve la participación de los trabajadores y directivos por medio de comités de salud, de seguridad y de higiene. Cuando existe participación en las decisiones de salud, se brinda mayor seguridad a los trabajadores para la realización de cambios en su vida.

- *Cooperación multidisciplinaria y multisectorial:* en este principio se promueve la oportunidad de que todos los actores sociales participen desde el gobierno, como los sindicatos, el sector salud, el educativo y los profesionales independientes con experticia.
- *Justicia social:* conlleva a que estos programas se deban ofrecer a todos los miembros del lugar de trabajo, independientemente de su cargo, sexo o grupo étnico.
- *Sostenibilidad:* este principio debe convertirse en parte integral de la gestión y organización de la empresa.

La PSLT describe algunos beneficios en términos de la organización y de los trabajadores (ver tabla 1.).

Tabla 1. Beneficios de la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo

Para la organización	Para los trabajadores
✓ Un programa de salud y seguridad bien administrado.	✓ Un ambiente de trabajo seguro y saludable.
✓ Una imagen positiva y solidaria.	✓ Aumenta la autoestima.
✓ Aumenta la moral del equipo de trabajo.	✓ Reduce el estrés.
✓ Reduce la rotación.	✓ Mejora la moral.
✓ Reduce el ausentismo.	✓ Incrementa la satisfacción laboral.
✓ Incrementa la productividad.	✓ Consolida la destreza para la protección de salud.
✓ Reduce costos de seguros por cuidado de salud.	✓ Protege la salud.
	✓ Mejora el sentido de bienestar.

Fuente: OMS. The Health. Promoting Workplace: Making it Happen. WHO/HPR/HEP/98.9. p.3

Una vez abordados los principios sobre los cuales se fundamenta la PSLT y los beneficios que genera en trabajadores y en la organización, es necesario que se identifique cómo se deben estructurar los programas.

2.1.3. Estructura de un programa global de PSLT

La estructura de los programas incluye diferentes elementos integrados:

1. Exposición de objetivos aprobados por la dirección y los trabajadores.
2. Coordinación eficaz en actividades de salud.
3. Designación de un director del programa.
4. Adopción de mecanismos de retroinformación.
5. Utilización de un registro sistemático para facilitar el seguimiento de actividades.
6. Recopilación y análisis de datos ⁴⁵.

Para que estos elementos se desarrollen adecuadamente en su estructura, es necesario seguir los pasos que se describen a continuación:

- **Paso 1. Asegurar el apoyo de la gerencia:** Se debe buscar la aprobación de

la gerencia, no sólo en el patrocinio de los proyectos del programa, sino también en el compromiso para llevar a cabo los cambios recomendados y favorecer la comunicación, la divulgación del programa y el sostenimiento.

- **Paso 2.** *Establecer un comité coordinador:* Este paso es esencial para administrar el proyecto. Podrá ser el Comité de Salud y Seguridad existente, con la participación de representantes de todos los niveles del lugar de trabajo.
- **Paso 3.** *Realizar una evaluación de necesidades.* Se debe realizar una evaluación de necesidades en materia de salud, seguridad, políticas sanitarias y prácticas de seguridad existentes. La evaluación de necesidades puede incluir una encuesta escrita que deberá ser diligenciada por todos los empleados y advertir los peligros en el entorno laboral y las condiciones de salud..
- **Paso 4.** *Ordenar las necesidades en función de una escala de prioridades:* Se elaborará un perfil de salud en el sitio de trabajo sobre la base de los resultados de la evaluación de necesidades, lo que permitirá ordenar los problemas identificados según una escala de prioridades articuladas en función del interés y la necesidad, los posibles peligros para la salud y los recursos disponibles⁴².
- **Paso 5.** *Elaborar un plan de acción:* Se realizarán sobre la base de las necesidades y problemas ordenados por prioridades, con objetivos alcanzables a corto y largo plazo, presupuesto, cronograma, asignación de funciones, responsabilidades para la ejecución del plan y una estrategia de evaluación.
- **Paso 6.** *Ejecutar el plan:* La ejecución del plan lo hará el Comité Coordinador, en donde será importante la participación activa de los trabajadores y se podrán implementar cambios en el lugar de trabajo con actividades de promoción de la salud personal.
- **Paso 7.** *Evaluación:* Es importante para identificar logros y problemas, y para obtener la retroalimentación necesaria. Ésta se debe llevar a cabo por el Coordinador y el Comité; debe ser constante y reflejarse en todos los momentos del programa y deberá responder a indicadores programáticos.
- **Paso 8.** *Revisar y actualizar el programa:* Se debe realizar una evaluación programática incluyendo las prioridades no satisfechas y la disponibilidad de recursos, de manera que se realice un seguimiento de las actividades mediante mecanismos de sostenibilidad⁴³.

2.2. Entornos saludables

Se considera un lugar de trabajo saludable aquél donde todos trabajan juntos para

lograr una visión consensuada de la salud y el bienestar de los trabajadores y la comunidad circundante. Proporciona a todos los trabajadores las condiciones físicas, psicológicas, sociales y organizativas que protegen y promueven la salud y seguridad. Se considera una estrategia de los empleadores y trabajadores para tener el control sobre su propia salud. A cambio, el talento humano es más estable, comprometido y productivo. Para la OMS los entornos de trabajo saludable son:

Un lugar de trabajo saludable es aquél en el que los trabajadores y el personal superior colaboran en la aplicación de un proceso de mejora continua para proteger y promover la salud, la seguridad y el bienestar de todos los trabajadores, así como la sostenibilidad del lugar de trabajo, teniendo en cuenta las consideraciones establecidas sobre la base de las necesidades previamente determinadas en temas de salud y de seguridad, en el entorno físico de trabajo, en la seguridad y bienestar psicosocial de trabajo, con inclusión de la organización y de la cultura laboral; recursos de salud personal en el lugar de trabajo, y maneras de participar en la comunidad para mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y otros miembros de la comunidad⁴⁶.

Además de esto, en los lugares de trabajo saludable se han determinado unos objetivos, entre los que se distinguen:

- Crear unos ambientes de trabajos sanos, solidarios y seguros.
- Garantizar que la protección de promoción de la salud se haya convertido en una parte integral de la gestión.
- Fomentar estilos de trabajo y estilos de vida favorables a la salud de los trabajadores.
- Asegurar la participación total de la organización y ampliar los efectos positivos para la comunidad local y sus alrededores.

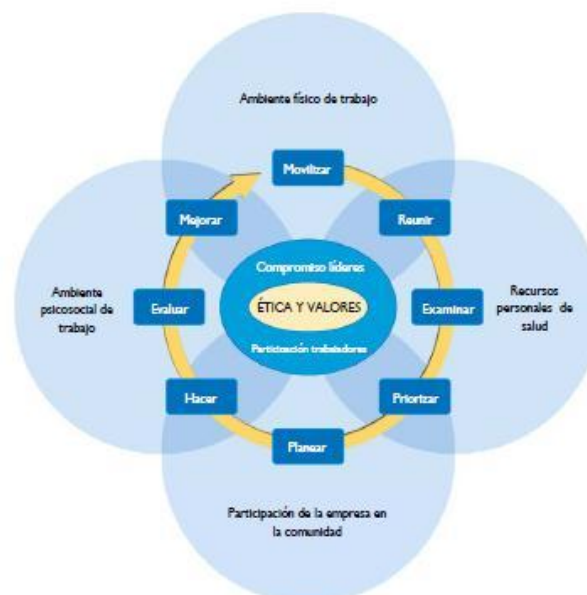
La importancia de generar entornos saludables se manifiesta en las ventajas frente al estímulo de una fuerza laboral saludable, que es vital para el crecimiento económico y social de una nación. Por otra parte, los trabajadores sanos son los activos más valiosos de cualquier estado, por lo que las organizaciones no saludables contribuyen a una fuerza de trabajo poco saludable, lo que resulta en pérdidas económicas a causa de ausentismo, accidentes y enfermedades, los gastos en salud directos e indirectos y el costo social de familias y comunidades.

Un lugar de trabajo saludable reconoce los factores no laborales que pueden influir en salud de los trabajadores y fomenta la interacción con las familias y comunidades. La salud de los trabajadores también se ve afectada por factores no laborales, que, a su vez, tienen un impacto en el desempeño laboral y la productividad en el trabajo. Estos factores incluyen malas condiciones de vida, tensas relaciones familiares, el consumo de tabaco, el alcohol y las drogas, la dieta poco saludable, dificultades financieras y actividades de ocio peligrosas. Al mejorar los conocimientos y habilidades sobre cómo manejar mejor su salud, los trabajadores y sus familias deben beneficiarse, al igual que

el lugar de trabajo⁴⁶.

- **Modelo de Entornos Saludables.** La OMS indica que para crear un entorno de trabajo saludable, una empresa debe tener en cuenta que los planos y vías de influencia son el procedimiento más eficaz que pueden utilizar los empleadores y los trabajadores para adoptar medidas. Para la OMS existen cuatro planos sobre los que se puede influir: el ambiente físico del trabajo, el ambiente psicosocial del trabajo, los recursos personales de salud y la participación de la empresa en la comunidad (ver Figura 1.).

Figura 1. Modelo de entorno saludable de la OMS



Fuente: <http://www.who.int/occupationalhealth/publication/wproguidelines/en/index.html>

- El ambiente físico de trabajo.** Se considera la parte de los recursos del espacio de trabajo (estructura, aire, maquinaria, equipo, productos químicos y materiales) que pueden afectar la seguridad física o mental de los trabajadores. Para el control de dichos elementos se utilizan la sustitución o eliminación, los controles de ingeniería, los controles administrativos y los equipos de protección personal.
- El entorno psicosocial del trabajo.** Éste incluye la organización del trabajo y la cultura organizacional (actitudes, valores, creencias y prácticas cotidianas de la empresa) que afectan el bienestar físico y mental de los empleados, y generalmente causan estrés: pobre organización del trabajo y de la cultura organizacional (acoso, *bullying*, discriminación, intolerancia a la diversidad, estilos de control y mando, problemas de rotación de turnos). Para el control de estas dificultades se utiliza la modificación y eliminación de la fuente, reducir el

impacto en el trabajador (flexibilidad) y la protección al trabajador (manejo de estrés) ⁴⁷.

- c) **Recursos personales de salud en el espacio de trabajo.** El trabajo deberá propender por un ambiente promotor de salud, servicios de salud, información, recursos, oportunidades y flexibilidad para mantener y alimentar el fomento de estilos de vida saludable y la monitorización de la salud física y mental. Entre los peligros inminentes en esta área, se encuentran la inactividad física, una dieta inadecuada, fumar, el alcoholismo, alteraciones en el sueño y falta de prevención. Para corregir esta problemática se sugiere proporcionar servicios de acondicionamiento físico o de un subsidio para hacerlo, promover el transporte, proporcionar alternativas de alimentación sana, flexibilidad en el ritmo de trabajo y finalmente favorecer la información en el manejo de la farmacodependencia.
- d) **Participación de la empresa en la comunidad.** Las empresas existen dentro de las comunidades y afectan o son afectadas por las mismas. Teniendo en cuenta que los trabajadores hacen parte de estas comunidades, su salud es afectada por el medio físico y social de dicha comunidad de la siguiente manera: pobre calidad en el aire, fuentes contaminadas del agua, falta de experiencia en temas de salud y seguridad, falta de acceso a servicios de salud primaria, analfabetismo, falta de legislación y desastres comunitarios.

Ahora bien, con el propósito de obtener los beneficios apropiados, de estos planos se sugiere implementarlas de la siguiente manera:

1. Movilizar: compromiso de las principales partes involucradas.
2. Reunir: demostración de compromiso con equipos de trabajo.

Evaluar: a través de revisión de documentos, inspecciones, monitoreo, encuestas y grupos de discusión.

4. Priorizar: establecimiento de prioridades de los elementos identificados.
5. Planear: desarrollar un plan de salud.
6. Hacer: designación de responsabilidades y gestión.
7. Evaluar: esencial para ver qué está funcionando, qué no y qué impedimentos surgen para lograr el éxito⁴⁷.

Países como Chile, en su Ministerio de Salud, definen los entornos saludables en los lugares de trabajo como “Un lugar que promueve el bienestar familiar y social de los trabajadores, a través de la protección de peligros físicos, ambientales y psicológicos, estimulando el autoestima y el control de su propia salud y del medio ambiente”. En este sentido, se han planteado objetivos como:

- Contribuir a disminuir los peligros y mejorar los condicionantes de salud.
- Promover capacitaciones en empresarios y trabajadores para adoptar políticas favorables a la salud.

- Fortalecer el acercamiento entre el sector salud, las empresas y los trabajadores.
- Crear redes de apoyo entre empresas, comunidades y otros sectores.
- Fomentar el espacio laboral como fuente de salud⁴⁸.

Asimismo, muestran la importancia del porqué se debe promover vida sana en las organizaciones laborales, destacándose soluciones como:

- Porque el tiempo que ocupan las personas en el trabajo es de al menos un tercio de sus vidas.
- Porque han ocurrido transformaciones en el campo del trabajo, como la importancia del capital social y calidad de vida en el mundo laboral; las nuevas tecnologías y los cambios en matrices productivas.
- El peligro por la naturaleza del trabajo está relacionado con la directa manipulación humana de materias primas, al uso menor de tecnología y, por lo tanto, también al mayor empleo de la fuerza física.
- Los peligros psicosociales, son relativos a la calificación, al tipo de jornada requerida, a los ritmos de trabajo y a la participación.

A su vez, muestran tres estrategias básicas para lograr empresas sanas:

1. Desarrollar políticas en la empresa dirigidas a mejorar la salud general y el bienestar del trabajador, entre las que se contemplan la disminución de peligros relacionados con el tipo de trabajo y la integración de alternativas y hábitos saludables. Su implementación exige un compromiso de los altos mandos y la participación activa de los trabajadores.
2. Crear entornos y ambientes saludables. Se preocupa por facilitar, apoyar y fomentar elecciones saludables para la vida en las áreas de alimentación, actividad física, hábitos de fumar, prácticas sexuales, etc. Lo anterior puede lograrse creando las oportunidades para generar, mantener y reforzar cambios de comportamiento o removiendo obstáculos que los interfieren, a través de modificaciones en la cultura organizacional.
3. Desarrollar destrezas y habilidades. Aquí se busca apoyar decisiones saludables a través de procesos educativos que transformen conocimientos, actitudes, intenciones y motivaciones. En esta dimensión resulta importante la incorporación de la familia⁴⁹.

Bajo la experiencia de diversas empresas en Chile, el Ministerio de Salud provee beneficios para quienes han considerado concebirse como empresas con entornos saludables, por ejemplo:

- Mantener y mejorar la salud y el bienestar de sus trabajadores.
- Mejoramiento de la imagen de la empresa y de su prestigio, herramienta que agrega un valor competitivo a la empresa, potenciando el factor humano.
- Aumento de la productividad.
- Disminución de gastos por conceptos de seguros de salud y ausentismo laboral,

entre otros.

- Posibilidades de rebajas tributarias (cursos o entrega de beneficios de alimentación).
- Mejor clima laboral
- Trabajadores conscientes por la preocupación, lo que conlleva motivación y compromiso y desarrolla un sentido de pertenencia ⁴⁷.

2.3. Calidad

Para hablar de calidad en la gestión de los programas de salud ocupacional, es necesario tener en cuenta que no basta con diseñar y ejecutar múltiples actividades, sino que éstas deben responder a la optimización de los recursos, la excelencia y la completa satisfacción de empleados y directivos.

2.3.1. Conceptualización en calidad

Es importante destacar la noción de calidad desde varias visiones. Para Donabedian, “La calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes” ⁵⁰. Posteriormente Tiempo después, la *International Organization for Standardization* (ISO) define calidad como “ el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado” ⁵¹.

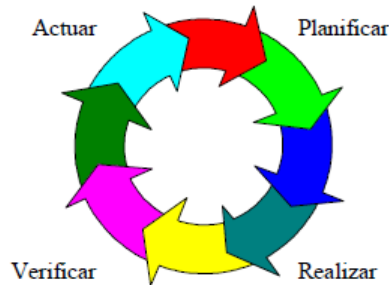
Otro autor importante que examina el concepto de *calidad* es Juran, para quien existe dos aspectos importantes para los directivos. El primero habla de las características de los productos o servicios debido a que ante los ojos de los usuarios se considera que entre mejor sean las características, mayor será la calidad. En segunda medida, “en cuanto a que menor sean las deficiencias mejor será la calidad”. Dado lo anterior, no se presenta un concepto específico, sino que se identifica por los aspectos que se plantean en el mundo empresarial, refiriéndose a las propiedades que pretenden satisfacer determinadas necesidades, las cuales pueden variar de acuerdo al tipo de empresa. De este autor proviene la *Trilogía de Juran*: 1) La planeación de la calidad; 2) Control de la calidad; 3) Mejoramiento de la calidad⁵².

En el concepto de *calidad* se acoge el proyecto bajo la perspectiva de la Red Europea de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo gracias al autor Deming, considerado como el *Padre de la calidad moderna* para quien la calidad no es un lujo, sino el grado predecible de uniformidad y seguridad a bajo costo y acomodado al mercado.

La filosofía de Deming se fundamenta en cuatro ejes: 1) Orientación al cliente; 2) Mejora

continua; 3) El sistema determina la calidad; 4) Los resultados se determinan a largo plazo. Para Deming, el problema de la calidad se debe al sistema establecido. Por lo tanto, la solución corresponde en un 80% a la dirección y a los mandos intermedios. El ciclo de mejora continua planteado por este autor se observa en la Figura 2.

Figura 2. Ciclo de mejoramiento continuo planteado por Deming.



Fuente: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/infodir/introduccion_a_la_calidad.pdf.

Las fases se identifican así:

- 1) **Planificar.** En esta fase se decide qué se va a hacer en función de los datos disponibles por la empresa.
- 2) **Hacer.** En esta fase se realiza lo que se ha planificado en la fase anterior.
- 3) **Comprobar.** En esta fase se comprueba que los resultados obtenidos han sido los esperados.
- 4) **Actuar.** En esta fase se analizan las causas de las desviaciones detectadas en la fase anterior y se actúa en consecuencia⁵³.

En el concepto de calidad es importante determinar qué instancias han favorecido la evaluación de ésta dentro del contexto de la PSLT. A continuación se revisará la Red Europea del PSLT como líder en la evaluación de la calidad bajo criterios específicos.

2.3.2. Gestión en el campo de la Salud y Seguridad y la Salud Ocupacional

La gestión en el campo de la salud se considera como “el conjunto de procesos relacionados con la planificación, ejecución seguimiento y evaluación de las acciones en salud ocupacional”, lo cual incluye la movilización de los recursos y los actores para el logro de las metas.

En este campo se involucra el modelo del *Ciclo Deming* descrito anteriormente bajo el modelo de la salud ocupacional de multidisciplinariedad e interdisciplinariedad entre profesionales e instituciones ⁵⁴.

Los procesos de gestión en Salud y Seguridad en el trabajo se han incorporado a la Norma OHSAS 18001, la cual ha sido diseñada bajo los mismos parámetros. Como herramienta de gestión y mejora toman para su elaboración las normas 8800 de la British Standard, basada en el ciclo de mejora continua. Se consideran como una serie de estándares voluntarios internacionales relacionados con la gestión de seguridad y salud ocupacional.

2.4. Salud y seguridad en el trabajo

La salud y la seguridad en el trabajo deben ser vistas desde diferentes enfoques. El primero que se revisara será el de la OIT, posteriormente el de la OPS.

La noción de *seguridad y salud en el trabajo* concebida por la Organización Internacional del Trabajo parte de la idea de que el elemento central de la relación salud-trabajo se encuentra en las "Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo" (CYMAT). Dentro de este referente teórico, la seguridad o inseguridad en el trabajo serán los que definan los cambios en la salud de los trabajadores⁵⁵.

En adición, propone como objetivo de su programa de salud y seguridad crear conciencia mundial sobre la magnitud y las consecuencias de los accidentes, las lesiones y las enfermedades relacionadas con el trabajo. La meta del programa es colocar la salud y la seguridad de todos los trabajadores en la agenda internacional, además de estimular y apoyar la acción práctica a todos los niveles ⁵⁶.

Esta definición se delimita a partir del Convenio 155 de 1981 sobre seguridad y salud de los trabajadores, documento que trata los deberes registrados a nivel nacional y organizacional (empleadores y trabajadores), quienes actuarán en cooperación y no acarrearán ningún costo económico para el trabajador. Es notable la diferencia entre la concepción plasmada en esta norma que muestra una aplicación tradicional de prevención de riesgos con limitada visión, no sólo porque se refiere al espacio físico donde se mueve el trabajador, sino por el papel receptor que juega dentro de la dinámica de salud y seguridad⁵⁷.

Posteriormente se crea el Convenio 161 de 1985 sobre los servicios de salud en el trabajo y la Recomendación N° 171, ratificado para Colombia mediante la Ley 378 de 1997, normativa que define los servicios de salud en el trabajo como funciones preventivas encargadas del asesoramiento al empleador, a los trabajadores y a sus representantes en la empresa, de acuerdo a los requisitos necesarios para establecer y conservar un medio ambiente de trabajo seguro y sano que favorezca la óptima salud física y mental.

La OIT plantea la relación estrecha que existe entre las condiciones y el medio ambiente de trabajo con la salud y la productividad. Por eso, en los últimos años

prefiere utilizar la expresión *seguridad y salud en el trabajo*, siempre dentro de los límites señalados anteriormente.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS). Este término ha sido asimilado últimamente por la Organización Panamericana de la Salud, dejando a un lado el que anteriormente tenía como suyo: *salud ocupacional y que en la actualidad se conoce como Salud y Seguridad en el trabajo*. Las razones son varias, una de ellas de tipo semántico, ya que se estaba adjetivando el sustantivo “ocupación”. Con el término *salud de los trabajadores* se intenta afirmar que la salud de la población no sólo se encuentra determinada por las condiciones de trabajo, sino también por las condiciones de vida⁵⁹.

Dentro de la norma OHSAS 18001 se considera salud y seguridad a los factores que afectan la salud y la seguridad de los empleados (incluidos los trabajadores temporales y el personal por contrato), visitantes y cualquier otra persona en el lugar de trabajo⁶⁰.

Otros autores, como Montero (2009), manifiestan que la Salud y la Seguridad es una disciplina amplia a la cual le conciernen:

- La promoción y el mantenimiento de los más altos grados de bienestar físico, mental y social de los trabajadores.
- La prevención de la pérdida de la salud causada por las condiciones de trabajo.
- La protección de trabajadores de los peligros que puedan afectar la salud
- La adaptación del ambiente ocupacional a las capacidades fisiológicas y psicológicas de los trabajadores⁶¹.

Por otra parte, Hale define el enfoque central de la Salud y Seguridad Ocupacional como la “compleja interacción entre la tecnología y los individuos”⁶². Mientras que Dejourn (2001)⁶³ manifiesta que el trabajo representa una dimensión fundamental de la vida atravesando toda la problemática de la salud. En él hay un involucramiento de la personalidad para responder a una tarea, delimitada por exigencias de orden material y social, es decir: el trabajo se convierte en un factor de promoción o de daño de la salud.

Para la Universidad Nacional de Colombia es fundamental abordar la relación salud-trabajo de manera integral, partiendo del proceso productivo con todos sus elementos y la forma como éste influye en los procesos de desgaste y reproducción de los trabajadores⁶⁴. La Maestría en salud y seguridad en el trabajo se identifica con la transición epistemológica, dada desde el estudio de la relación salud-trabajo, abordando al trabajador de forma integral desde el proceso de trabajo y las diferentes disciplinas. Además, incorpora concepciones como la de la salud en el trabajo, en aras de trascender la mirada exclusiva del contexto interno del trabajo, el cual omite los

aspectos económicos, sociales, culturales e individuales del proceso⁶⁵.

Autores como Laurell (1986)⁶⁶ resaltan cómo el paradigma científico dominante es insuficiente como modelo explicativo del proceso de salud-enfermedad y de las condiciones de salud de la población, en donde las políticas y la práctica sanitaria no han podido tener impacto. Betancourt (1999), por otra parte, plantea bajo la relación salud-trabajo que las condiciones de la vida social influyen en la salud y el bienestar de las personas y reconstruye la perspectiva de los riesgos del trabajo bajo el concepto de procesos peligrosos, con una dimensión más amplia⁵⁷.

En consecuencia, la maestría de salud y seguridad en el trabajo de la Universidad Nacional de Colombia tienen una firme posición frente a la percepción de condiciones de trabajo, reconociéndolo como “el conjunto de factores intralaborales, extralaborales e individuales que interactúan en la realización de la tarea, determinando el proceso de salud-enfermedad de los trabajadores y su capacidad laboral”. Por tanto es claro que la posición de la Universidad Nacional de Colombia en la trascendencia conceptual del concepto hacia un enfoque de salud y seguridad en el trabajo asume un rol integrador entre el trabajador, la salud y sus condiciones⁶⁷.

2.5. Condiciones de trabajo

En los últimos años se ha evidenciado que la globalización ha conllevado a la introducción de nuevas tecnologías que han tenido un impacto importante en la salud, la seguridad y la organización del trabajo. Esto ha generado nuevas tareas, se han establecido nuevas relaciones laborales y se han realizado cambios en la organización del trabajo y en las condiciones de trabajo ⁶⁸.

Es claro que el trabajo se convierte en algún momento en un evento perjudicial para la salud. Los deterioros pueden ser múltiples; entre los más comunes se reconocen los accidentes y las enfermedades laborales. Nuevas tecnologías, procesos, agentes y materiales generan peligros para la salud de los trabajadores. Los modernos sistemas de información, la robotización y la automatización provocan el surgimiento de nuevas enfermedades relacionadas con el trabajo, como son el asma profesional a causa de alergias, problemas mentales, trastornos osteomusculares y estrés. Entre las enfermedades actuales de mayor prevalencia, se reconocen los trastornos mentales, debidos a condiciones de trabajo precarias y a la violencia laboral.

Otros autores, desde el mejoramiento de la tecnología, los procesos, los procedimientos y las buenas prácticas, favorecer lo establecido en sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo, así como el crecimiento de sistemas de gestión de la calidad del producto (ISO 9000) y de gestión ambiental (ISO 14000). De igual forma, propende a un cambio de actitud orientado hacia la construcción de una *cultura* de la seguridad y la

salud en el lugar de trabajo, a través de la gestión adecuada de la prevención⁶⁸.

Desde hace 60 años, la protección de los trabajadores contra las enfermedades, lesiones y accidentes relacionados con el trabajo forma parte del mandato histórico de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Se acepta que el propósito primordial de la OIT es promover oportunidades para que los hombres y las mujeres puedan tener un trabajo digno y productivo, en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana. Esto quiere decir que el trabajo seguro es un factor positivo para la productividad y el desarrollo económico.

En la actualidad, el enfoque de la OIT en cuanto a las *condiciones de trabajo*, se enmarca en la búsqueda de trabajos seguros, preocupándose especialmente por la salud en el trabajo. En el preámbulo de su Constitución, la OIT dice:

Considerando que la paz universal y permanente sólo puede basarse en la justicia social; considerando que existen condiciones de trabajo que entrañan tal grado de injusticia, miseria y privaciones para un gran número de seres humanos, que el descontento causado constituye una amenaza para la paz y armonía universales; y considerando que es urgente mejorar dichas condiciones, por ejemplo, en lo concerniente a reglamentación de las horas de trabajo, fijación de la duración máxima de la jornada y de la semana de trabajo, contratación de la mano de obra, lucha contra el desempleo, garantía de un salario vital adecuado, protección del trabajador contra las enfermedades, sean o no profesionales, y contra los accidentes del trabajo, protección de los niños, de los adolescentes y de las mujeres, pensiones de vejez y de invalidez, protección de los intereses de los trabajadores ocupados en el extranjero, reconocimiento del principio de salario igual por un trabajo de igual valor y del principio de libertad sindical [...]⁷⁰.

Por otra parte, en el Convenio N°.161 y su Recomendación N°. 171 se dispone que los servicios de salud en el trabajo deben ser establecidos progresivamente para todos los trabajadores en todos los sectores de actividad económica y que, en términos de mejorar las condiciones de trabajo, deben buscar establecer y mantener un ambiente seguro y saludable; que favorezca la salud física y mental de los trabajadores y la adaptación del medioambiente; que fortalezca la prevención y el control de accidentes y enfermedades del trabajo; y que promueva de la salud integral de los trabajadores⁷¹.

Es así como la misma entidad define las condiciones de trabajo como el conjunto de factores que determinan la situación en la cual el trabajador realiza sus tareas y entre las cuales se incluyen las horas, la organización y el contenido del trabajo, tanto como los servicios de bienestar social. En esta definición también se incluyen los salarios, aun cuando estén más relacionados con las condiciones de empleo, debido a su influencia directa en las condiciones de trabajo y de la vida de los trabajadores.

En el concepto de *condición de trabajo* es importante distinguir el medio ambiente de trabajo, el cual implica no sólo la infraestructura física de los lugares de trabajo, sino también el entorno inmediato en el que se realiza una actividad, ya sean abiertos o cerrados, temporales o permanentes. A su vez, es preciso inspeccionar los insumos y medios para la producción, los agentes y materiales utilizados, las herramientas y el equipo necesarios para un determinado proceso productivo o un determinado

servicio. Las condiciones de trabajo y el medio ambiente de trabajo forman una entidad de múltiples interacciones y sinergias, que para el trabajador se ven representados en beneficios económicos, climáticos, sociales, culturales, políticos, etc., así como en la vida personal, familiar y en general, en la vida social. Todo esto, reconocido como vida extralaboral, conforma un sistema complejo y afecta el bienestar físico y mental de los trabajadores⁶⁸.

Para la Universidad Nacional de Colombia, las condiciones de trabajo se conciben como “el conjunto de factores intralaborales, extralaborales e individuales que interactúan en la realización de la tarea, determinando el proceso de salud-enfermedad de los trabajadores y su capacidad laboral”⁶⁵. Esta posición es coherente con la definición que menciona la Resolución 2646 de 2008, que textualmente define las condiciones de trabajo como: “Todos los aspectos intralaborales, extralaborales e individuales que están presentes al realizar una labor encaminada a la producción de bienes, servicios y/o conocimientos”⁷².

3. Diseño metodológico

3.1 Tipo de estudio

Este proyecto corresponde a un estudio descriptivo de corte transversal y de tipo estudio de caso. Se definió como Caso la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. El *Universo* lo constituye los trabajadores administrativos que son beneficiarios de los programas de promoción de la salud, cuyo total se estima en 1.046 trabajadores.

Antes de avanzar en la metodología que seguirá este estudio, es importante aclarar lo que significa el diseño de *Estudios de caso*. Al respecto, Hernández Sampieri en 2006 recoge y presenta algunas definiciones ⁷³, así:

- Estudios que al utilizar los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta analizan profundamente una unidad para responder a un planteamiento del problema, probar una hipótesis y desarrollar una teoría.
- Otros autores manifiestan que el estudio de caso se constituye como una indagación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo dentro de un contexto de vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son evidentes.

En algunas ocasiones, el estudio de caso obedece a la metodología experimental y en otras, se fundamenta en el diseño no experimental de los estudios transversales o longitudinales, cualitativos o mixtos. En estos casos la unidad o caso investigado se trata de un individuo, pareja, objeto, sistema, organización, hecho histórico, desastre natural, municipio o nación⁷⁴.

Bernal⁷³ afirma que los estudios de caso son importantes cuando se requiere investigar una unidad o caso (empresa, área, actividad, etc.) de un universo poblacional, y cuyo propósito es hacer un análisis específico de esa unidad. Por tanto, el estudio debe mostrar una descripción de problemas, situaciones o acontecimientos reales ocurridos en la unidad objeto de análisis (organización), debe mostrar un diagnóstico de la situación objeto de estudio y presentar las recomendaciones más adecuadas para la solución del problema descrito en el diagnóstico, todo sustentado con soportes teóricos.

El diseño utilizado en este estudio es de tipo descriptivo. Este tipo de estudios también pueden ser denominados como estudios transversales, de corte, de prevalencia, etc. Independientemente de la denominación utilizada, todos ellos son estudios observacionales, en los cuales no se interviene o manipula el factor de estudio, es decir: se observa lo que ocurre con el fenómeno en estudio en condiciones naturales, en la realidad. A su vez, pueden ser clasificados en longitudinales y transversales tal como obedece al estudio presente⁷⁵.

Los estudios transversales intentan analizar el fenómeno en un periodo de tiempo corto, un punto en el tiempo, por eso también se les denomina “de corte”, los cuales, a su vez, pueden ser individuales y poblacionales. Entre de los estudios descriptivos se distinguen unas etapas que se detallaran a continuación:

1. Selección de la población de referencia.
2. Selección de la población elegible.
3. Selección de la población de estudio.
4. Selección de la medida de frecuencia que se ha de emplear.
5. Definición de caso del proceso en estudio.
6. Selección y definición de las variables por las que se va a intentar caracterizar el proceso. Equivalen a las variables de persona, lugar y tiempo a que se ha hecho referencia.
7. Selección de las fuentes de información.
8. Planteamiento y solución de los problemas de gerencia y administración del estudio. Incluye coste aproximado, medios necesarios (personal, material, etc.), programación en el tiempo o cronograma y esquema de organización (diseño del protocolo final).
9. Ejecución del estudio.
10. Elaboración de los resultados y las conclusiones

“La etapa más importante en el establecimiento de la muestra en los estudios de caso consiste en garantizar que la muestra elegida de la población diana o de referencia sea realmente representativa de ella. Esto asegurará la validez de las conclusiones que se extraigan a partir de los resultados. Es preciso aclarar que no todos los participantes han de ser examinados en el mismo momento, sino que se puede examinar a la población de estudio durante cierto período, con la condición de que el proceso en estudio no muestre oscilaciones a lo largo de ese lapso. Lo que caracteriza a este tipo de diseños es que se estudia a cada individuo únicamente una vez”⁷⁶.

3.2 Criterios de inclusión y exclusión

3.2.1. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión para este proyecto fueron:

- Ser trabajador de planta o planta provisional de la Universidad

- Nacional de Colombia, Sede Bogotá.
- Tener cargos administrativos en la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.
 - Ser trabajadores mayores de 18 años con capacidad para suministrar información.
 - Haber aceptado participar en este estudio.

Es importante puntualizar que este proyecto cuenta con el aval de la División Nacional de Salud Ocupacional (DNSO) con quienes fue socializado previamente y aprobaron su aplicación, facilitando la gestión de la entrega de la matriz de datos de los trabajadores a la investigadora principal. A partir de este aval, el proyecto sigue las sugerencias de la DNSO para aplicar la evaluación de calidad desde la población que porcentualmente evidencia mayor participación y compromiso con los programas, con el fin de desarrollarla y se puedan impactar en otros grupos laborales como docentes y contratistas.

3.2.2. Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión para este proyecto fueron:

- Ser trabajadores contratistas con cargos administrativos dentro de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.
- Ser trabajadores de otras sedes o temporales en la Sede Bogotá.
- Ser trabajadores en misión dentro de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.

3.3. Proceso de recolección, procesamiento y análisis de la información

3.3.1. Información documental

Se realizó una búsqueda bibliométrica (ver tabla 2.) que incluyó los temas relacionados con promoción de la salud en los lugares de trabajo, calidad, universidades y trabajadores administrativos. Para ello se hizo una búsqueda de material bibliográfico en diferentes fuentes, como artículos, libros y revistas, tanto en formato impreso como digital, estos últimos consultados en bases de datos reconocidas (MEDLINE, PUBMED, Y BIREME) y aplicando descriptores específicos según la base consultada. Entre éstos figuraron *Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo, Health, Quality, University, Education, Workplace Health Promotion, Work Education at the University*, entre otros. Los descriptores fueron filtrados, considerando que fueran documentos arbitrados o relevantes, que tuvieran relación entre ellos y que fueran de texto completo.

Tabla 2. Bibliometría

BASE DE DATOS	DESCRIPTORES	CANTIDAD DE ARTICULOS
BIREME	Promoción de la salud en los lugares de trabajo	6
	Promoción de la salud en los lugares de trabajo y	1
PUBMED	Health promotion in the workplace <i>and</i> university	60
	Health promotion in the workplace <i>and</i> education	30
	Health promotion in the workplace <i>and</i> workers	18
	Health promotion in the workplace <i>and</i> quality	2
	Work education at the university <i>and</i> workplace health promotion	1
MEDLINE	Workplace health promotion <i>and</i> university administrator	1
	Workplace health promotion <i>and</i> administrative workers	1
Total		120

Por otra parte, se tuvo en cuenta producciones de organismos internacionales y nacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Comunidad Andina de Naciones (CAN) y el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Para todos los casos en que se identifiquen referencias de información a través de documentos secundarios, se procurará ubicar y consultar la fuente original.

3.3.2 Desarrollo de herramientas de evaluación

Tomando como referencia la revisión bibliométrica y el objetivo de este proyecto, se evidenció que es la Red Europea de la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo una organización con experticia y autoridad en el proceso de evaluación de programas en las instituciones que han desarrollado herramientas validadas y libres de uso para las empresas que tengan el objetivo de autoevaluarse.

De la misma manera se reconocieron guías, cuestionarios y formatos desarrollados por

la OMS, la OPS, la OIT y el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), de donde se concluye que para caracterizar la participación de los trabajadores en los programas, es pertinente aplicar herramientas validadas y desarrolladas en la línea de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo y Prevención de Eventos Adversos bajo los lineamientos de las instituciones pertinentes.

Se identifican entonces dos variables de análisis para este proyecto: la primera, la participación de los trabajadores en los programas de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo y la segunda, el perfil de calidad de los programas vista desde su perfil de éxito. La participación de los trabajadores en los programas fue evidenciada a través de la herramienta *Lista de chequeo de la participación de la población trabajadora en los programas de PSLT*⁷⁷, la cual fue aplicada a los trabajadores administrativos de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. El perfil de calidad de la promoción de la salud en los lugares de trabajo fue medida a través del perfil de éxito de sus programas con la herramienta Norma Técnica Preventiva NTP 639, criterios de calidad de promoción de la salud en los lugares de trabajo adaptado⁷⁸.

Tanto Norma Técnica Preventiva NTP 639 (creada por la Red Europea de Promoción de la salud en los lugares de trabajo) como el instrumento de participación de la población trabajadora en los programas de PSLT (creado por la Organización Mundial de la Salud en 1999⁴⁰) son de uso libre, adaptados y sometido a procesos de validación de contenido, constructo y criterio en un proyecto desarrollado por la línea de Promoción de la salud en los lugares de trabajo y prevención de efectos adversos en instituciones de salud⁶⁵.

3.3.3 Prueba piloto

Luego de obtener el permiso para realizar la prueba en la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, se realizó la prueba piloto el 31 de mayo de 2013, aplicándose el cuestionario a 15 trabajadores de todos los niveles administrativos de la institución, a quienes previamente se les explicó la finalidad de la prueba y se les aclaró la importancia de su participación. De esta experiencia se obtuvieron las siguientes apreciaciones:

En la pregunta 17 se preguntó si en la participación se aportaban ideas que contribuyeran en el mejoramiento de las condiciones de trabajo. Si la respuesta era positiva, se mencionaban algunos medios. En esta pregunta, 10 de los trabajadores sugirieron colocar los trabajadores del Comité paritario de Salud Ocupacional (COPASO) como un referente. La adición se justificó teniendo en cuenta que el grupo COPASO de la Universidad cumple con los requisitos legales y es reconocido en la institución.

En la pregunta 22 se buscaba encontrar el mecanismo para notificar los peligros sobre la salud. 11 trabajadores sugirieron adicionar dentro del ítem denominado *reuniones colectivas con el personal* en parámetro de reunión con el jefe y no a las reuniones que

se realizan con el grupo de Salud Ocupacional. Para el resto de preguntas no hubo ajustes ni recomendaciones importantes, en cuanto al lenguaje ni a la terminología.

3.3.4 Selección de la muestra

El marco muestral para efectos de la selección se constituyó una vez identificado el universo de los trabajadores administrativos beneficiarios de los programas PSLT de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá (con un total de 1.046 trabajadores) y a partir del listado de trabajadores suministrado por la División Nacional de Talento Humano de la Universidad Nacional de Colombia (que incluye cargo, dependencia, extensión telefónica, correo electrónico y tipo de vinculación). Los rasgos fundamentales del diseño de la muestra se enuncian a continuación:

- El tamaño de la muestra fue fijado en 384 trabajadores como la de mayor holgura en la estimación de proporciones poblacionales, adoptando una confianza del 95% y un error máximo admisible del 5%.
- Se utilizó el muestreo sistemático como procedimiento de selección de los trabajadores para conformar la muestra.
- El arranque aleatorio corresponde a 2,385.
- $N=1460$ trabajadores; $n=384$ trabajadores (donde N tamaño poblacional y n tamaño de muestra).
- $N/n =$ inverso de la fracción de muestreo. El valor corresponde a 3,802.
- La elección del trabajador que se incluyó en la muestra corresponde al orden en la lista original de la siguiente manera: El *i-ésimo* trabajador seleccionado que se incluyó en la muestra corresponde a la posición en el marco de muestreo identificada como: $i=(2,385+(i-1)3,802)$.

Cabe aclarar que no se consideran trabajadores de la Universidad Nacional de Colombia a las personas vinculadas a través de *Outsourcing* o convenios tipo docente asistencial, los cuales no se incluyen en la muestra.

Dentro del proyecto fue importante reconocer la existencia de datos erróneos o prejuicios que condicionaran el planteamiento del proyecto, sin embargo, se evitó el sesgo de la siguiente manera:

- El control se basó en comprobar que existían los medios para realizar el

trabajo y que se tenían los conocimientos suficientes para llevarlo a cabo, por tanto, debía realizarse un trabajo previo de análisis y recogida de información, conociendo el sistema de producción de los trabajadores objeto de estudio.

- Se buscó alcanzar la representatividad en la muestra.
- La realización de un muestreo aleatorio eliminó en principio la posibilidad de sesgo.
- Las conclusiones que se obtuvieron fueron extrapolables únicamente a la población estudiada y no a la total.
- Se procuró un marco de la encuesta fiable y que no haya quedado obsoleto. Los errores por encima de un 5 o 10% pueden no ser asumibles.
- Se evitó y controló la obtención de información incompleta, errónea o por la modificación de la muestra (o parte de ella) durante la realización del trabajo.
- Se evitó la información del participante que pudiera ser incorrecta, debido a olvido, subjetividad, confusión, desconfianza, ignorancia, incomprensión, modificación de la respuesta por la propia encuesta o medición incorrecta de parámetros.
- Se tuvo un mayor cuidado en la transcripción, evitando incorrecciones en la información de la base de datos (codificaciones erróneas o valores no aceptados por el campo de una base de datos). También se evitó cometer errores en los métodos estadísticos empleados, que pueden ser inadecuados para los datos analizados⁷⁸.

3.3.5. Recolección de datos

La recolección de datos se realizó durante el periodo de octubre-noviembre de 2013, previa aprobación del Comité de Ética, el Comité Asesor y la empresa a estudiar (Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá).

El primer instrumento aplicado obedeció a la lista de chequeo de la participación de la población trabajadora en los programas de PSLT. Se planteó inicialmente ser aplicada a la muestra de 384 trabajadores considerados en el grupo de administrativos y seleccionados bajo metodología aleatoria simple. Bajo el contexto político y legal que envolvió al grupo muestral y dado los procesos de paro por los cuales pasó el trabajo de campo, la muestra se ajustó a 335 trabajadores, relacionada como el 87% de lo inicialmente planteado. A cada uno de ellos se le solicitó previamente el consentimiento informado, salvaguardando los criterios éticos correspondientes.

Por otra parte, los criterios de evaluación de la calidad se aplicaron con las mismas especificaciones anteriores a las personas que integran el equipo de salud ocupacional de la Universidad, quienes diseñan, aplican y evalúan los programas de PSLT y a

quienes esta evaluación les permitirá hacer un seguimiento sistemático de las intervenciones con sus fortalezas y debilidades, y establecer el nivel de calidad alcanzado por la Universidad.

Cabe notar que en cumplimiento de los compromisos adquiridos con los participantes del estudio, el manejo de la información aseguró en todo caso las medidas necesarias para garantizar no sólo la veracidad de la Información suministrada sino también la confidencialidad de su origen. Durante la recolección de datos se protegió la confidencialidad de los trabajadores y se abordó la situación de cada trabajador desde el cuestionario mismo, en donde se evitó entrar en profundizaciones frente a situaciones vividas por el trabajador, en miras de prever algún daño social en el participante. El principal beneficio de este proyecto para los trabajadores es que la Universidad realice un proceso de autoevaluación y tenga en cuenta la opinión de los trabajadores en términos de la calidad de los programas. El riesgo para la población estudiada es mínimo, dado la aleatorización en el uso de la muestra y la confidencialidad de los datos dentro de su recolección y manejo.

De acuerdo a la definición de la muestra y a la aleatorización, en el proceso de recolección de datos se envió un correo electrónico a las personas seleccionadas. Bajo sugerencia de la División Nacional de Salud Ocupacional, fue enviado por la Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo, informando las generalidades del proyecto y los datos de los investigadores, en caso de que el participante tuviera preguntas previas a la aplicación del cuestionario.

Posteriormente, el investigador principal y un auxiliar de investigación se acercaron a cada trabajador para diligenciar el consentimiento informado (el cual garantizó el conocimiento y la aprobación de la participación del trabajador) y luego se administró el cuestionario de participación en la promoción de la salud en los lugares de trabajo. En el caso del instrumento de calidad aplicado al grupo de Salud Ocupacional, se diligenció el consentimiento informado a cada trabajador y se aplicó a 8 de 10 trabajadores.

Los datos diligenciados en el cuestionario fueron tomados de forma confidencial, de modo que no aparezcan datos de identificación (nombres, apellidos, dirección, teléfonos) en los resultados; igualmente, la participación no afectará de ninguna manera la vinculación con la Universidad Nacional de Colombia. Este proyecto no generará riesgos en los participantes ni recibirán ningún tipo de incentivos por su participación.

Los resultados de esta investigación serán dados a conocer a los participantes en el momento en que se estime conveniente, quienes podrán retirarse de la investigación en el caso en que lo consideren sin que esta decisión acarree ningún tipo de sanción. Asimismo, los resultados serán presentados y podrán ser publicados en forma de consolidados globales en gráficos y tablas. A su vez, el investigador es responsable de responder cualquier pregunta y aclarar cualquier inquietud acerca de

la recolección de la información antes, durante y después de la presente investigación.

3.3.6. Tratamiento y análisis de datos

La información recopilada se consolidó en un archivo de *Excel* 2010 que posteriormente fue exportado al sistema *SPSS Versión 21* para efectos del análisis de los datos. De acuerdo a las variables definidas en los instrumentos, el análisis fue sistematizado y analizado utilizando técnicas estadísticas para obtener frecuencias simples y porcentajes de respuestas, desde el punto de vista cuantitativo y bajo la estadística descriptiva básica.

Para la *Lista de chequeo de participación* se realizaron promedios de cada pregunta con opciones de respuesta *sí, no y no sabe* para hallar conclusiones porcentuales de participación y a partir de esto estructurar la propuesta. Se cruzaron variables en tablas de contingencia para identificar puntualmente la participación de los trabajadores frente al cargo y el área de trabajo. Para la *evaluación del perfil de calidad de los programas* se identificaron los indicadores descritos a continuación:

- a) Estrategia y compromiso de la dirección.
- b) Recursos humanos y organización del trabajo.
- c) Planificación de la promoción de la salud en el trabajo.
- d) Responsabilidad social.
- e) Desarrollo de la promoción de la salud en el trabajo
- f) Resultados de la promoción de la salud en el trabajo.

Estos indicadores se calificaron a través de cuatro ítems:

1. **Alcanzado totalmente:** la actividad considerada ha alcanzado su objetivo y la actividad es un buen ejemplo de eso.
2. **Progreso considerable:** Existen pruebas evidentes del desarrollo de actividades. Hay algunas deficiencias debido a que los proyectos no han alcanzado a toda la organización o no han considerado todos los aspectos.
3. **Algún progreso:** Existe alguna evidencia de desarrollo, se llevan a cabo mejoras de forma ocasional y desarrollo exitoso o resultados positivos en algunos sectores.
4. **No empezado.** No hay evidencia de actividad alguna, existen buenas ideas pero prevalecen las intenciones.

La evaluación de la herramienta es muy sencilla. Se cuenta para cada área el número total de preguntas correspondientes a las categorías A, B, C y D. Posteriormente se multiplica ese número por el factor de corrección correspondiente (A = 100; B = 67; C = 33; D= 0). El valor total del área estudiada

será igual a la suma de los resultados correspondientes a cada categoría y el porcentaje de éxito se obtendrá dividiendo el valor total por el número de criterios que conforman el área (Área 1 = 6; Área 2 = 7; Área 3 = 3; Área 4 = 2; Área 5 = 5; Área 6 = 4). Cada uno de los indicadores tiene establecido promedios que a partir de las respuestas serán ponderados y dará a lugar el perfil de éxito⁴⁰.

3.4 Consideraciones éticas

Esta propuesta fue sometida a la aprobación del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, en sus etapas de aprobación y presentación de resultados. Será exhibido en su totalidad a la organización objeto de estudio para de justificar el proyecto y los beneficios esperados, así como la posibilidad de rehusarse a participar o retirarse del mismo de manera voluntaria.

Teniendo en cuenta la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, esta propuesta se clasifica como *investigación sin riesgo* y cumple con lo estipulado en el Artículo 4, buscando la construcción del conocimiento apropiado que contribuya a la prevención y control de los problemas de salud de la población⁷⁹.

En este sentido, se consideró que el participante tenía derechos y deberes dentro de su participación. En los derechos se consideró: no realizar ningún pago por su participación, conocer los resultados finales, conocer por qué se está realizando el estudio, recibir una explicación de qué se espera de él en el proceso, recibir información sobre los posibles riesgos o la molestia que pudiera experimentar al participar (en este caso recordar situaciones o experiencias incómodas frente a alguna situación de salud o trabajo vivida en la Universidad Nacional de Colombia) y recibir explicación de beneficios que puede esperar en la participación (en este caso, conocer los resultados será base para el diseño de la propuesta de intervención a aplicar por el grupo de salud ocupacional en el futuro).

Los participantes también tuvieron derecho a negarse a participar en el estudio o a cambiar de parecer y dejar de participar. También tuvo el derecho de negarse a responder a cualquier pregunta, a conocer quién tendrá acceso a la información y cómo se protegerá la confidencialidad de su información (en este caso, la investigadora principal es la única persona que manejará los datos y el cuestionario no tendrá ningún dato de identificación del participante, nombre, cédula, teléfono o que pueda hacerlo vulnerable). De la misma manera, en el Artículo 5 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, prevalece el criterio del respeto a la dignidad y a la privacidad de los participantes, así como la protección de sus derechos y su bienestar. Por lo tanto, la institución y cada participante tienen el libre albedrío de iniciar y continuar en el estudio.

Frente a la aplicación, se ha dado la posibilidad de aclarar eventuales dudas antes,

durante o después de la investigación. El consentimiento estará ajustado a los requisitos establecidos por el Artículo 15 de la Resolución 8430 de 1993. Los datos se recogieron en las fechas y en los lugares acordados previamente, establecidos de común acuerdo con el personal de la institución involucrada en el estudio.

Los autores de la investigación se comprometieron a mantener los principios éticos oportunos: la veracidad, mediante el uso exacto de los datos en la presentación de los resultados obtenidos y de la citación de fuentes de información y de referencia; la fidelidad, vista como el cumplimiento con aquello a lo que se ha comprometido mantener; la confidencialidad y la reciprocidad, entendidas los resultados de la investigación y su publicación a la comunidad académica y a las instituciones, para que sean utilizadas en beneficio de los colectivos involucrados ⁸⁰.

Con relación a la propiedad intelectual, la elaboración de este proyecto siguió las directrices emanadas del Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, así como del Acuerdo 007 de 2008 del Consejo Superior Universitario, respetando los derechos patrimoniales de la Universidad. Esto indica que los resultados de la investigación titulada “Calidad de la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo: el caso de los trabajadores administrativos de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá” son de propiedad de la Universidad Nacional de Colombia por las razones establecidas en el Artículo 16 del Acuerdo 035⁸¹.

4.Resultados

Este capítulo presentará los resultados obtenidos a través de la aplicación de las herramientas de recolección de datos definidas para el estudio. Estos resultados son sustentados con la revisión teórica previa, la bibliometría y notas tomadas del trabajo de campo.

La información que se recopila en las listas de chequeo de participación implicó el personal vinculado de planta y el provisional, el cual es contratado directamente es favorecido con todas las actividades desarrolladas por la Universidad Nacional de Colombia, entre ellas los programas de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo.

Es importante señalar que la metodología de análisis de los resultados obedece a las herramientas aplicadas y gira en torno a los perfiles de éxito de los programas mediante estrategias de evaluación de la calidad de la PSLT y con la participación de los trabajadores. Durante este proceso se salvaguardará la confidencialidad de los datos obtenidos y se garantizará la veracidad de los resultados.

4.1 Características sociodemográficas

Los datos aquí presentados corresponden al último trimestre de 2013, periodo durante el cual se realizó la fase de trabajo de campo. Conforme a los objetivos definidos para este proyecto, se mostrará a continuación los resultados de la caracterización sociodemográfica de la muestra de 335 trabajadores que participaron en el estudio, aunado a la distribución según el tipo de cargo, que se consignan en la Tabla 3.

Tabla 3. Compilación de distribución del número de trabajadores administrativos según características sociodemográficas 2013.

CARACTERÍSTICA	CATEGORIA	PORCENTAJE	CANTIDAD
Edad	De 20 a 30 años	7%	23
	De 31 a 40 años	23%	77
	De 41 a 50 años	36%	121
	De 51 a 60 años	34%	114
Género	Femenino	53%	177
	Masculino	47%	158
Escolaridad	Primaria	3%	10
	Secundaria	22%	74
	Técnico/Tecnólogo	31%	103
	Universitario	27%	91
	Posgrado	11%	37
	Maestría	6%	20
Antigüedad en la Universidad	De 1 a 60 meses	30%	100
	De 61 a 120 meses	15%	50
	De 121 a 180 meses	10%	32
	De 181 a 240 o más meses	46%	153
Vinculación	Planta	96%	321
	Provisional	4%	14

Fuente: Datos de la investigación

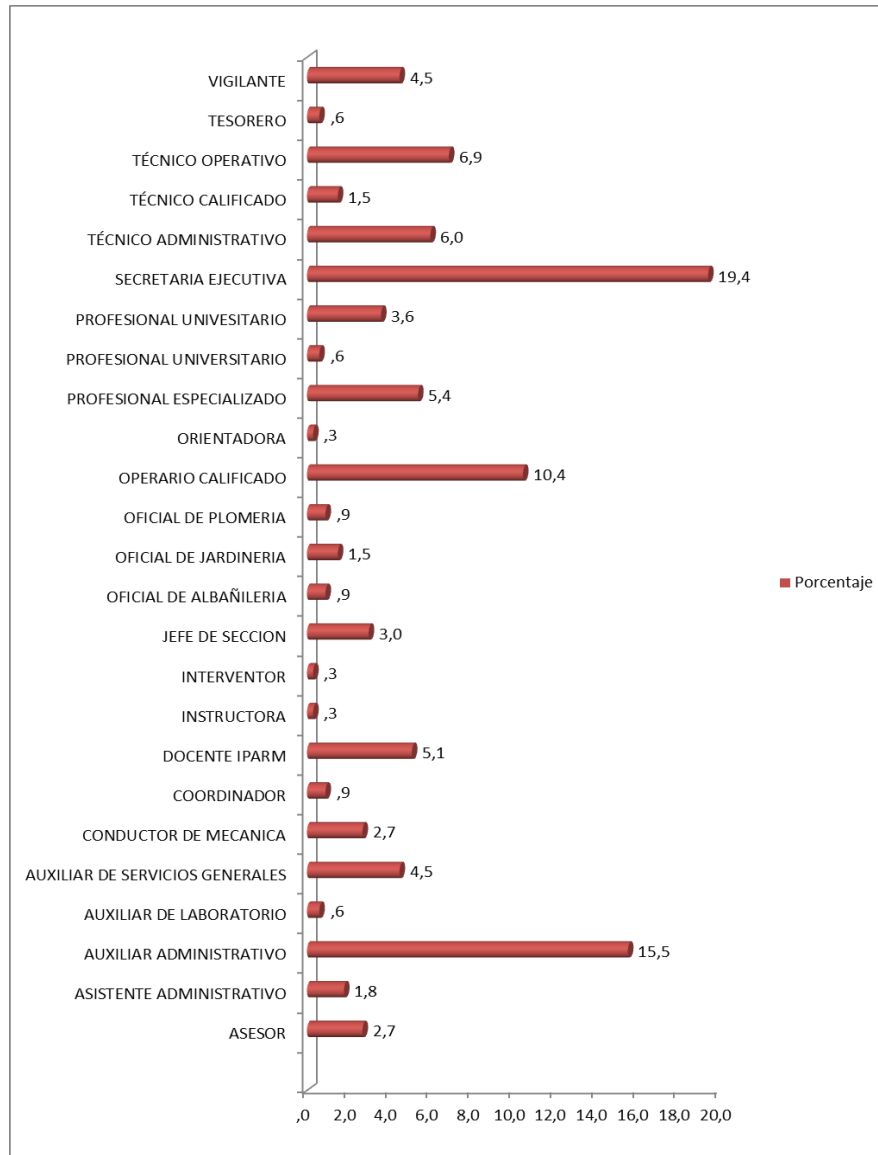
De acuerdo a la tabla, se muestran los datos concernientes a la edad. El 35,8% de la población administrativa de la Universidad se encuentra en edades entre los 41 y 50 años, el 33,7% a los trabajadores entre los 51 y 60 años y el porcentaje restante, 30,5%, corresponde a los trabajadores entre los 20 y 40 años de edad. Esto demuestra que los administrativos de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, están ubicada en un 69% mayor a los 40 años.

Con respecto al género, se observó que el 53% de los trabajadores pertenecía al género femenino y el 47% al género masculino. En la escolaridad se observa que la formación predominante (técnico/tecnólogo) corresponde al 31% de los trabajadores, la universitaria con pregrado, al 27%, la secundaria, al 22%. Los porcentajes más bajos evidencian que un 11% cursó Especialización, 6% Maestría y un 3% que sólo tienen primaria.

A su vez, al indagar sobre la antigüedad, se encontró que el 46% de la población trabajadora llevaba vinculada con la Universidad de 181 a 240 meses (de 15 a 20 años o más de trabajo); el 30% de 1 a 60 meses (1 a 5 años); el 15%, de 61 a 120 meses (de 5 años y un mes a 10 años) y el restante correspondiente a 9,9%, de 121 a 180 meses (10 años y un mes a 15 años). Según esta descripción, se observa una población trabajadora madura, con condiciones de salud y trabajo, entre los 15 y 20 años de antigüedad en la Universidad Nacional de Colombia. Al analizar los resultados sobre tipo de vinculación, el 96% de los trabajadores es de planta y sólo un 4% tenía un contrato denominado provisional.

A continuación se describe la participación según los cargos de las personas que se vincularon al estudio en la Gráfica 1.

Gráfica 1. Distribución porcentual de trabajadores administrativos según el tipo de cargo en el 2013.

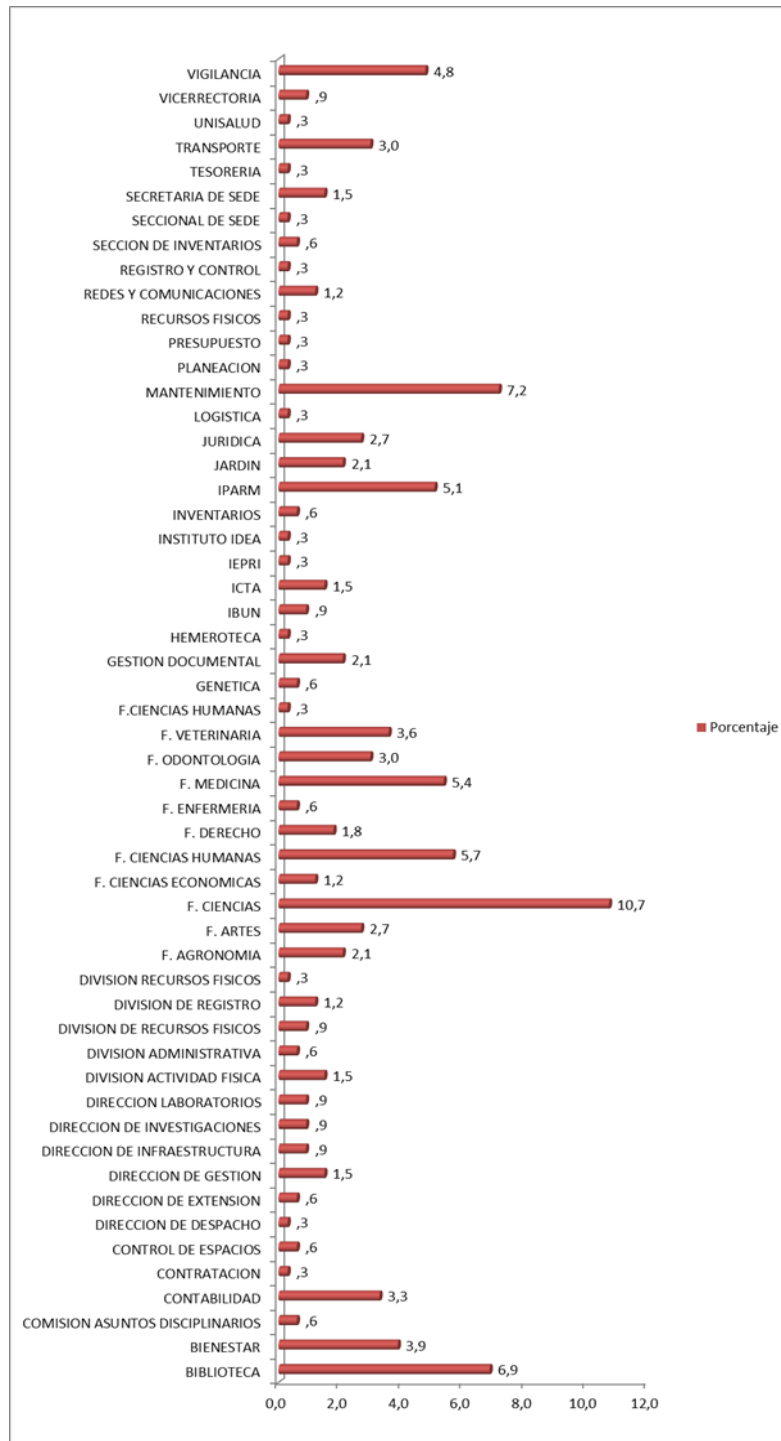


Fuente: Datos de la investigación¹.

En a la gráfica se puede advertir que la mayor parte de participantes en el estudio se desempeñaban como secretarías ejecutivas, con un 19,4%, auxiliares administrativos, con un 15,5%, operarios calificados, 10,4%, técnicos operativos, 6,9%, técnicos administrativos, 6%. En cuanto a las áreas participantes en el estudio, la mayor parte de las áreas del campus de la Sede Bogotá fueron cubiertas como se muestra en la Gráfica 2.

¹ Es importante aclarar que para la Universidad Nacional de Colombia, los docentes del IPARM son considerados trabajadores administrativos.

Gráfica 2. Distribución porcentual de trabajadores administrativos según el área de trabajo



Fuente: Datos de la investigación

De acuerdo con tabla, se observa que las áreas con el mayor número de participantes en el estudio son: la Facultad de Ciencias, con un 10,7 %, el Área de Mantenimiento,

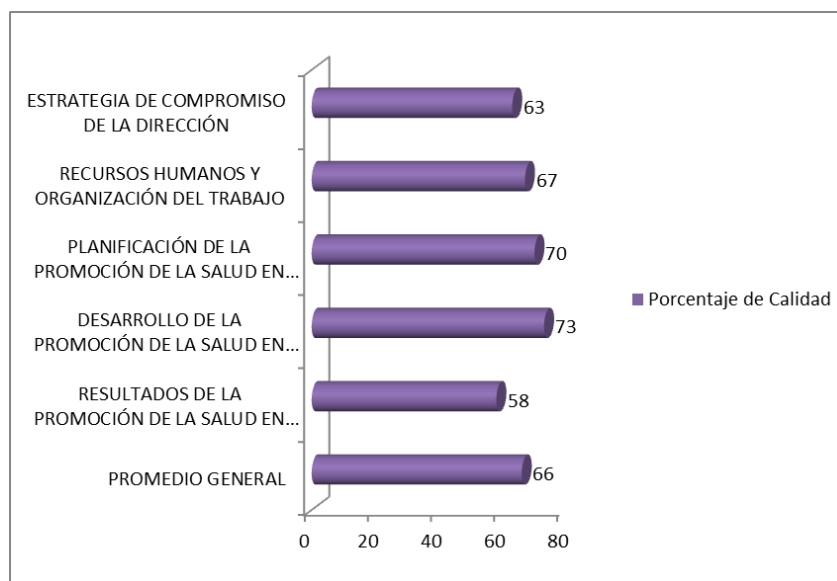
con un 7,2%, la Biblioteca, con un 6,9 %, la Facultad de Medicina, con un 5,4%, el Colegio IPARM, con un 5,1%, el Área de Vigilancia, con un 4,8%, la Facultad de Veterinaria, con un 3.6% y la Oficina de Contabilidad, con 3,3%.

4.2. Resultados del perfil de calidad de la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo. Perfil de éxito

Dentro del proyecto se planteó la necesidad de evaluar el nivel de éxito de los programas de PSLT desde la experticia de 8 de los 9 trabajadores del Grupo de Salud Ocupacional, quienes desde la División Nacional de Salud Ocupacional identifican, diseñan, aplican y evalúan los resultados de los programas de prevención y promoción que ofrecen a los trabajadores de la Universidad Nacional de Colombia. Así pues, se aplicó una lista de chequeo diseñada por la Red Europea de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo y validada por un proyecto de la línea de PSLT de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en trabajadores de hospitales de III nivel de la ciudad de Bogotá, denominada *Herramienta de Calidad de la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo*.

La herramienta evaluó seis aspectos: la estrategia y compromiso de la dirección; los recursos humanos y organización del trabajo; la planificación de la promoción de la salud en el trabajo; la responsabilidad social; el desarrollo de la promoción de la salud en el trabajo y los resultados de la promoción de la salud en el trabajo. A continuación se presenta el resultado de los cinco factores analizados en términos de porcentaje de calidad de cada uno para generar finalmente un porcentaje de éxito final (ver gráfica 3.).

Gráfica 3. Porcentaje de éxito de los programas por categoría según criterios de calidad



Fuente: Datos de la investigación

Entre los aspectos evaluados con mayor porcentaje de éxito, se obtuvo el desarrollo de la promoción de la salud en el trabajo con un 73%. Este aspecto evalúa principalmente la inclusión de medidas para el diseño de puestos de trabajo saludables con carácter sistemático y de integración para lograr que sean efectivas.

La segunda categoría más destacada, con un 70% de éxito, es la planificación de la promoción de la salud en el trabajo. Esta categoría tiene como objetivo identificar si las intervenciones son efectivas y si son realizadas bajo un modelo claro, revisado, mejorado periódicamente y comunicado a todo el personal. Esta planificación debe basarse en la evaluación de necesidades (tanto observadas como percibidas) de la empresa y en el establecimiento de las prioridades

La tercera categoría mejor evaluada corresponde a los recursos humanos y organización de trabajo, con un 67% de éxito, en el que se tiene en cuenta las habilidades, aptitudes y experiencias de los trabajadores a la hora de planificar y organizar las tareas, así como su participación activa en el diseño y toma de decisiones en lo relativo a la salud en el trabajo y a su organización. Más adelante, en los resultados correspondientes al análisis de la participación concreta, se presentará la perspectiva de los trabajadores administrativos, es decir: su participación y opinión dentro del diseño y ejecución de los programas.

La categoría evaluada en un cuarto lugar corresponde a la estrategia y el compromiso de la dirección en un 63% de éxito, en el cual se evalúa la integración con otros sistemas de gestión existentes, partiendo de la responsabilidad y la necesidad empresarial. La creación de una declaración de intenciones por escrito (*Política de salud ocupacional*) es tan importante como el apoyo de la dirección en el desarrollo de las actividades. Son esenciales también la voluntad de proveer los recursos necesarios para su ejecución y el seguimiento sistemático de los resultados y objetivos cumplidos.

En último lugar, la categoría concerniente a los resultados de la PSLT fue evaluada, con un 58% de éxito, en el que se mide los indicadores que se pueden utilizar para evaluar la efectividad de las intervenciones: la satisfacción de los trabajadores hacia los productos o servicios o con sus condiciones de trabajo, las tasas de absentismo o de siniestralidad, el grado de participación, la motivación del personal, la productividad o la rotación de trabajadores.

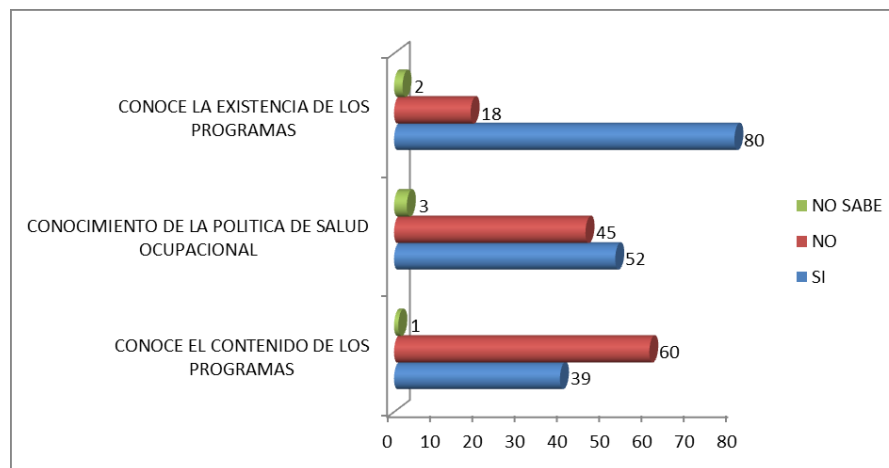
En síntesis, el porcentaje general de éxito de los programas de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo en la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, fue evaluado con un 66%.

4.3 Participación de los trabajadores en promoción de la salud en los lugares de trabajo

No se puede hablar de calidad sin el punto de vista de los trabajadores, aspecto importante para determinar su participación en los programas de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo en términos de conocimiento, oportunidad de sugerir planeación, asistencia y compromiso, con las actividades planeadas y ejecutadas por el Grupo de Salud Ocupacional de la Universidad Nacional de Colombia.

Los primeros puntos estudiados en la participación de los trabajadores correspondieron al conocimiento de la política de salud ocupacional, los programas de salud ocupacional y su contenido. A continuación se presentan los resultados del conocimiento de la política de salud ocupacional de la Universidad en la Gráfica 4.

Gráfica 4. Compiladora de distribuciones porcentuales del número de trabajadores administrativos según las preguntas referentes a conocimiento de la existencia de política de salud ocupacional, programas y el contenido de los mismos.

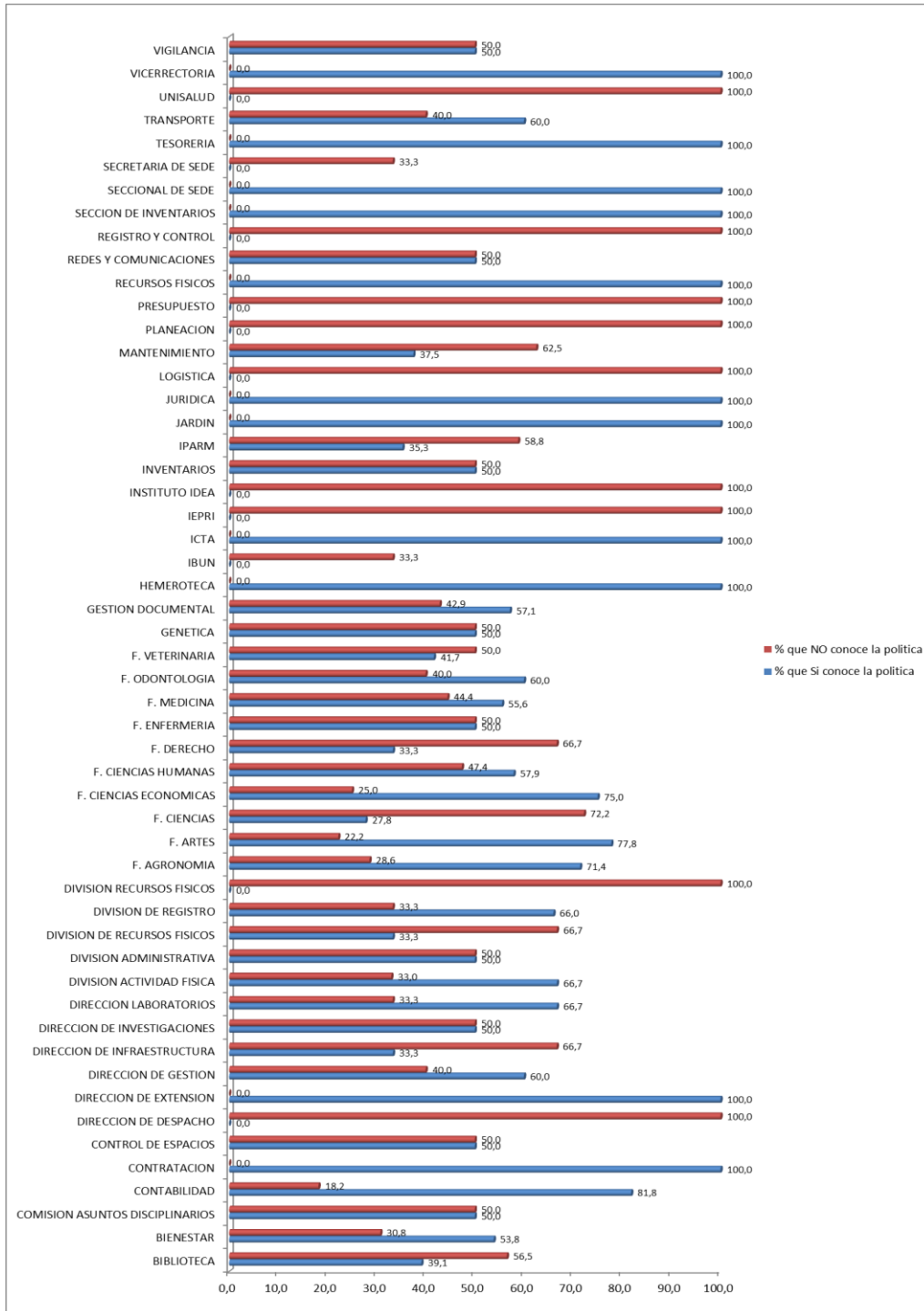


Fuente: Datos de la investigación.

De las tres primeras preguntas del instrumento, en relación a la pregunta *¿Usted conoce al menos en parte la política de salud ocupacional de la Universidad?*, se encontró que el 52% de los trabajadores entrevistados menciona que conoce la política, frente a un 48% que manifiesta no conocerla. La segunda pregunta *¿Existe un programa de salud ocupacional en la Universidad?* muestra que el 80% de los trabajadores conocía la existencia de los programas de salud ocupacional, frente a un 20% que refirió no conocerlos. La tercera pregunta *¿Conoce al menos en parte el contenido del programa de salud ocupacional de la Universidad?* muestra que el 61% no conocía el contenido de los programas, frente a un 39% que sí. Esto lleva a una reflexión frente a la forma de socialización, la cual será abordada en la propuesta de intervención producto de este proyecto de investigación.

A continuación se especifica el conocimiento de los programas por áreas de trabajo (ver Gráfica 5.).

Gráfica 5. Porcentaje de conocimiento de las políticas de salud ocupacional por área.

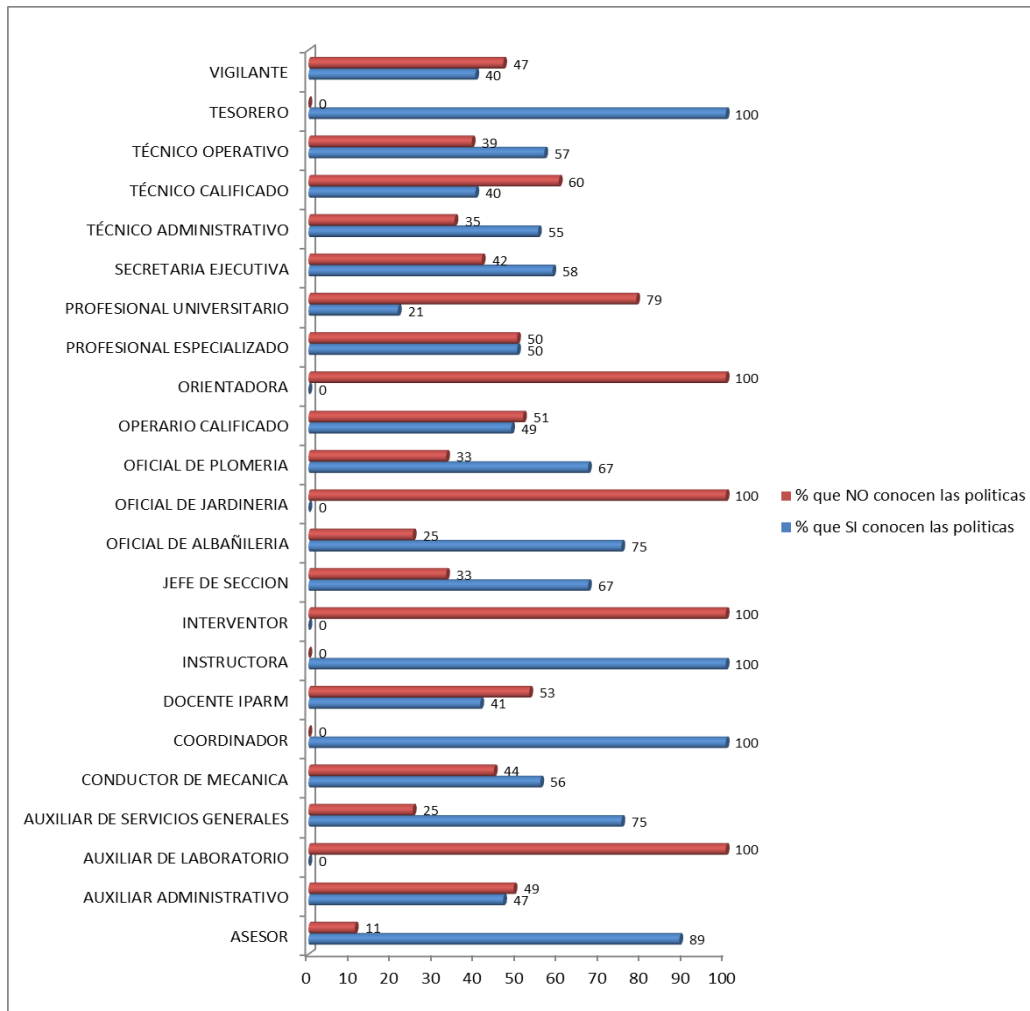


Fuente: Datos de la investigación

En la anterior gráfica se evidencia que de las 53 áreas evaluadas, las que refirieron un conocimiento de la política de salud ocupacional del 100% fueron 11 (Vicerrectoría, Tesorería, Servicios de Sede, Inventarios, Recursos Físicos, Jurídica, Jardín, ICTA, Hemeroteca, Dirección de Extensión y Contratación). Otras refirieron conocimiento entre el 71% y el 80%, con tres áreas (Facultad de Economía, Facultad de Artes y Agronomía); entre el 61% y el 70%, con tres áreas (División de Registro, División de Actividad Física, División de Laboratorios) y del 50% al 60% un número de 14 áreas (Vigilancia, Comunicaciones, Inventarios, Transporte, Gestión documental, Genética, Facultad de Odontología, Facultad de Medicina, Facultad de Ciencias Humanas, DIB, División Administrativa, Control de Espacios, Asuntos Disciplinarios y Bienestar); las demás áreas se encuentran por debajo del 50% de conocimiento de las políticas.

Las áreas que reflejaron mayor desconocimiento de la política son: en un 100% de desconocimiento se encontraron ocho áreas (Despacho, Recursos Físicos, IDEA, Logística, Planeación, Presupuesto, Registro y Control y Unisalud). Entre un 61% y un 70% de desconocimiento, tres áreas (Dirección de Infraestructura, Recursos Físicos, Derecho);_ de un 50% a 61% de desconocimiento, 12 áreas (Vigilancia, Redes de Comunicación, Inventarios, Genética, Facultad de Veterinaria, Facultad de Enfermería, DIB, Control de Espacios y Comisión de Asuntos Disciplinarios, Biblioteca, IPARM, Mantenimiento). El resto de áreas se encontró con menos del 50% de desconocimiento de las políticas de salud ocupacional.

Para el comprender conocimiento de las políticas de salud ocupacional por cargo de trabajo ver a continuación la Gráfica 6.

Gráfica 6. Porcentaje de conocimiento de las políticas de salud ocupacional por cargo

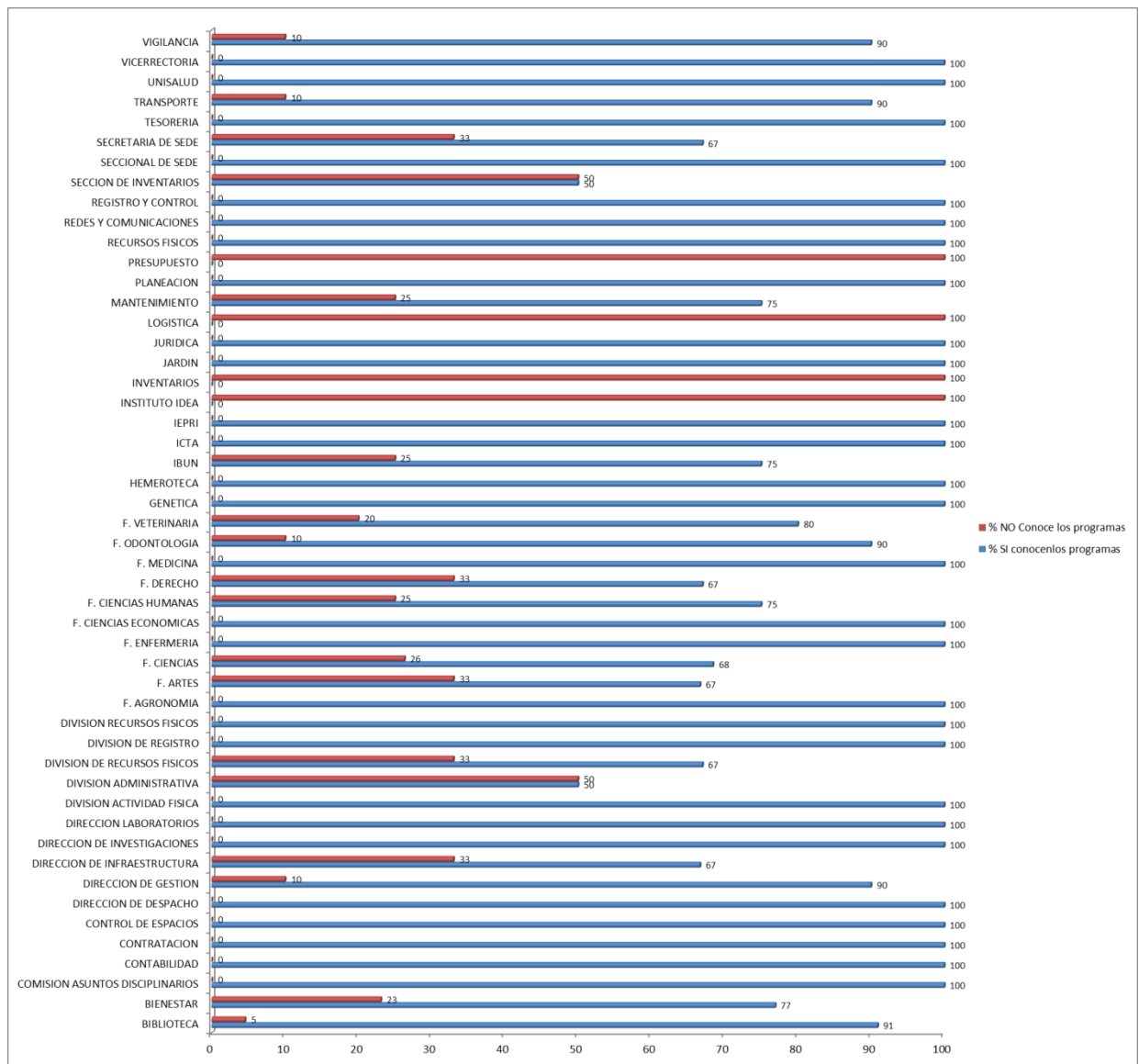
Fuente: Datos de la investigación

La gráfica anterior muestra que los cargos que refirieron conocer la política de salud ocupacional en un 100% fueron cuatro (Tesorero, Instructor, Coordinador y Asesor), los que refirieron conocerla entre un 71% y un 80% fueron dos (Auxiliar de Servicios Generales y Oficial de Albañilería), entre un 61% y un 70%, dos (Oficial de Plomería, Jefe de Sección). Los cargos que la conocieron entre un 50% y un 60% fueron cuatro (Técnico Operativo, Técnico administrativo, Profesional Especializado, Conductor de Mecánica). Los demás cargos reportaron conocimiento de menos del 50% de las políticas.

Los cargos que refirieron desconocimiento en un 100% fueron cinco (Profesional Universitario, Orientadora, Oficial de Jardinería, Interventor, Auxiliar de Laboratorio). En un 79% los Profesionales Universitarios refieren desconocimiento de la política y entre un 50% y un 60%, cuatro (Docente de IPARM, Operario Calificado, Profesional Especializado, Técnico Calificado).

Para observar el conocimiento de la existencia de los programas de salud ocupacional por área de trabajo, ver a continuación la Gráfica 7.

Gráfica 7. Porcentaje de conocimiento de la existencia de los programas de salud ocupacional por área



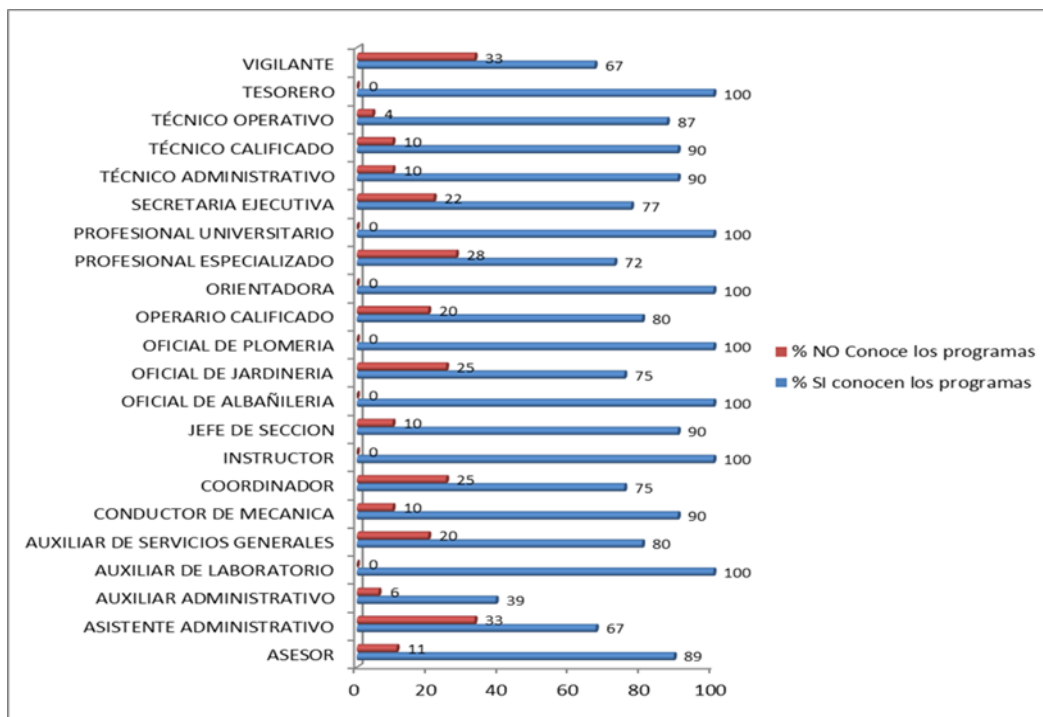
Fuente: Datos de la investigación

Los resultados de la gráfica anterior muestran que de 53 áreas evaluadas, las que refieren un conocimiento de la existencia de los programas de salud ocupacional son 29 en un 100% (Vicerrectoría, Unisalud, Tesorería, Seccional de Sede, Registro y Control, Redes y Comunicaciones, Recursos Físicos, Planeación, Jurídica, Jardín, IEPRI, ICTA, Hemeroteca, Genética, Facultad de Medicina, Facultad de Ciencias Económicas, Facultad de Enfermería, Facultad de Agronomía, División de Recursos Físicos, División de Registro, División de Actividad Física, Dirección de Laboratorios, DIB, Dirección de Despacho, Control de Despacho, Contratación, Contabilidad, Comisión de Asuntos Disciplinarios, Bibliotecas). De un 80% a 99% cinco áreas reportan conocer la existencia de programas (Planeación y Gestión, Facultad de Odontología, Facultad de Veterinaria, Transportes, Vigilancia y Biblioteca) y entre un 60% y un 79% 10 áreas refieren

conocimiento (Secretaria de Sede, Movimiento, IPARM, IBUN, Derecho, Facultad de Ciencias, Facultad de Artes, División de Recursos Físicos, División de Infraestructura, Bienestar). Las demás áreas reportan conocimiento por debajo del 60%. Las áreas que reportaron desconocimiento en un 100% de los programas son cinco (Presupuesto, Logística, Inventarios, IDEA y División Administrativa). Las demás áreas reportan desconocimiento por debajo del 50%.

Para comprender el resultado del porcentaje de conocimiento de la existencia de los programas por cargo, ver a continuación la Gráfica 8.

Gráfica 8. Porcentaje de conocimiento de la existencia de los programas por cargo

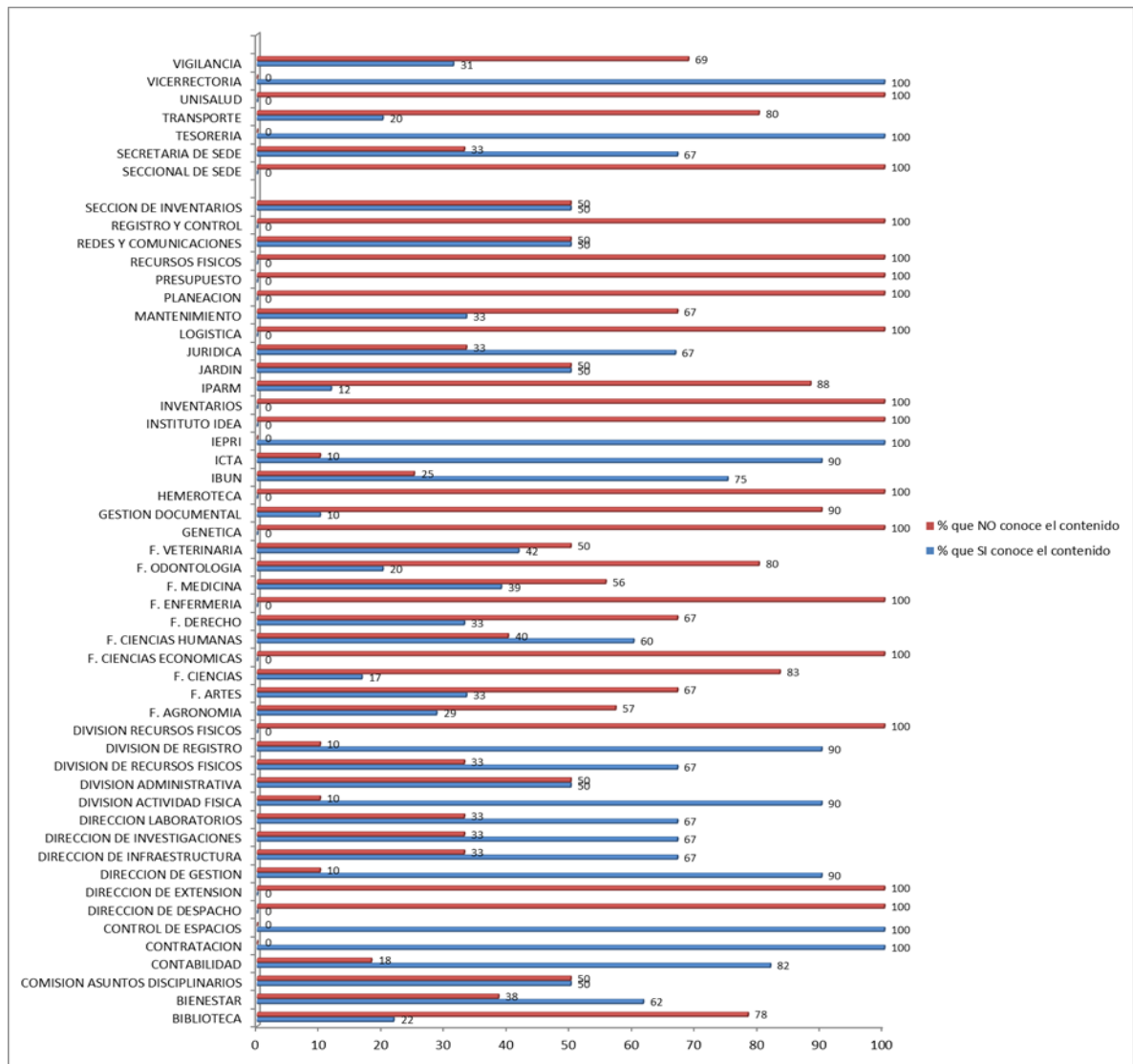


Fuente: Datos de la investigación

En la gráfica anterior se identifica que los resultados de conocimiento de la existencia de los programas de salud ocupacional por cargo relacionó siete cargos que tuvieron 100% de conocimiento de la existencia de los programas (Tesorero, Profesional Universitario, Orientador, Oficial de Plomería, Oficial de Albañilería, Instructor, Auxiliar Sanitario) y 10 cargos que tuvieron entre el 70% y el 90% de conocimiento de la existencia de los programas (Auxiliar de Servicios Generales, Coordinador, Jefe de Sección, Oficial de Jardinería, Operario Calificado, Profesional Especializado, Secretaria ejecutiva, Técnico Calificado, Técnico operativo). En cuanto a los resultados de desconocimiento de la existencia de los programas, el mayor porcentaje fue de 33% en dos cargos (Asistente Administrativo y Vigilancia). Los restantes se encontraron ubicados en un nivel de desconocimiento de menos del 28%.

A continuación se muestran los resultados encontrados frente al conocimiento del contenido o parte de él de los programas ofertados en la Gráfica 9.

Gráfica 9. Porcentaje de conocimiento del contenido de los programas de salud ocupacional por área



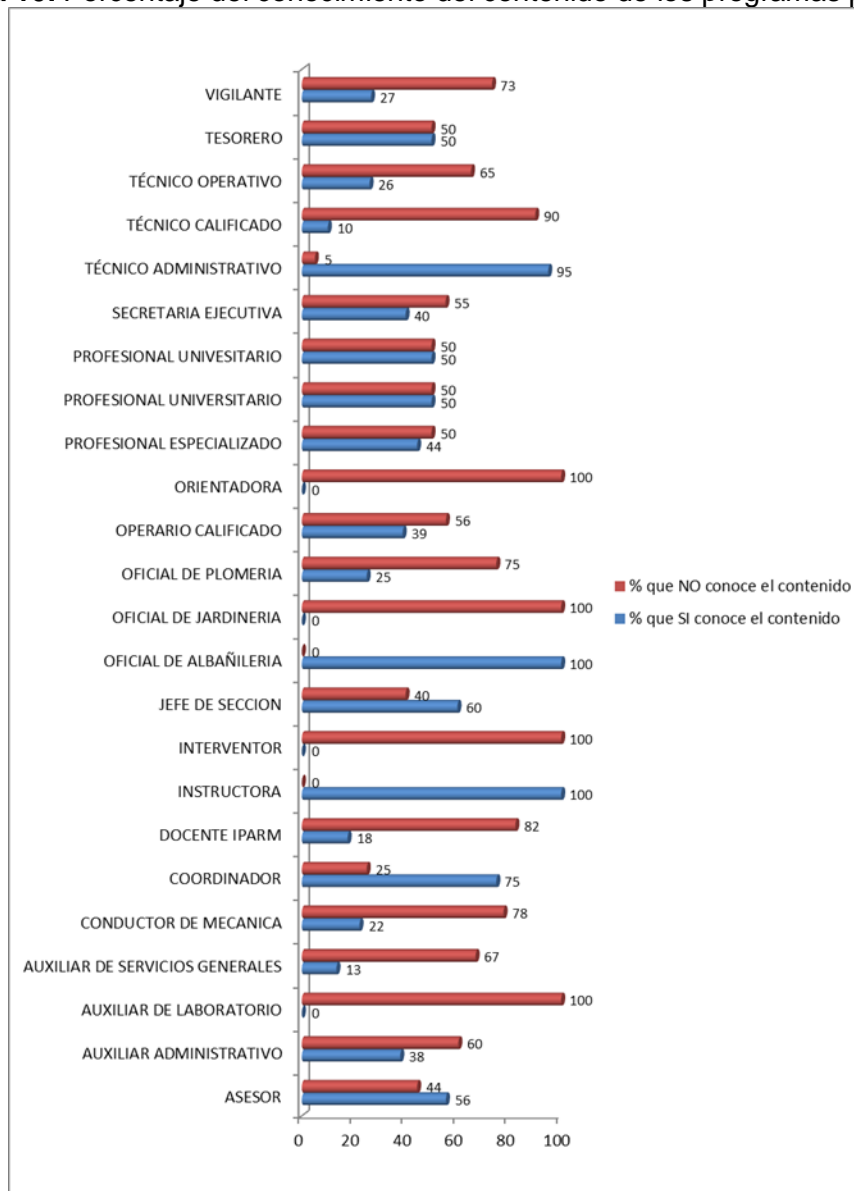
Fuente: Datos de la investigación

En la gráfica anterior se evidencia un alto desconocimiento de los contenidos de los programas de salud ocupacional, en donde 17 áreas de 53 tuvieron 100% de desconocimiento del contenido (Unisalud, Sección de Sede, Registro y Control, Recursos Físicos, Presupuesto, Planeación, Logística, Inventarios, IDEA, Hemeroteca, Genética, Facultad de Enfermería, Facultad de Ciencias Económicas, División de Recursos Físicos, Dirección de Extensión, Despacho, DIB). En un 80%, seis cargos conocían los programas (IPARM, Jurídica, Transporte, Facultad de Odontología, Facultad de Ciencias, Biblioteca). Las restantes áreas muestran desconocimiento menor al 80%. El conocimiento del contenido de los programas en un 100% lo tuvieron seis áreas

(Contratación, DIB, Vicerrectoría, Tesorería, IEPRI, Control de Espacios); entre un 80% y un 90% de conocimiento lo tuvieron cinco áreas (ICTA, División de Registro, División de Actividad Física, División de Gestión, Contabilidad); conocimiento entre un 60% y un 79%, siete áreas (Dirección de Laboratorio, Dirección de Infraestructura, Facultad de Ciencias Humanas, IBUN, Jurídica, Secretaria de Sede). Las demás áreas mostraron conocimiento de menos del 60%.

Para comprender el conocimiento del contenido de los programas por cargo, ver a continuación la Gráfica 10.

Gráfica 10. Porcentaje del conocimiento del contenido de los programas por cargo



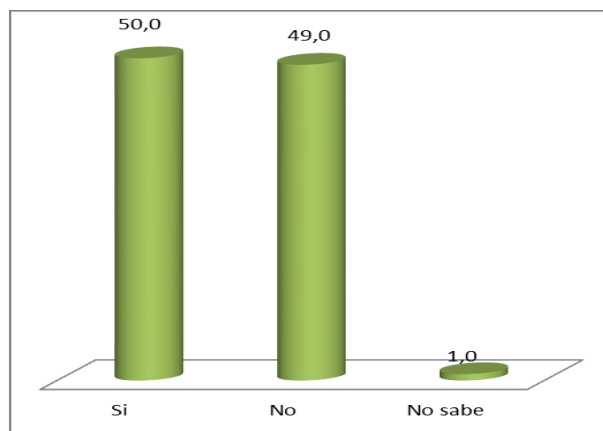
Fuente: Datos de la investigación

Frente al análisis del conocimiento del contenido de los programas por cargo se

evidenció que cuatro cargos desconocían el 100% del contenido de los programas (Auxiliar Laboratorio, Interventor, Oficial de Jardinería, Orientadora); desconocieron entre un 60% y un 80% siete cargos (Auxiliar Administrativo, Auxiliar de Servicios Generales, Conductor de Mecánica, IPARM, Oficial de Plomería, Vigilante, Técnico Calificado) Los cargos restantes tuvieron menos del 60% de desconocimiento del contenido de los programas. En cuanto a los cargos que conocían el contenido de los programas, dos, en un 100%, demostraban conocimiento (Oficial de Albañilería, Infraestructura), 1 en un 95% (Técnico Administrativo), 1 en un 75% (Coordinador) y los cargos restantes se encontraron por debajo del 50% de conocimiento del contenido de los programas.

Otros aspectos evaluados con esta herramienta tienen que ver con la adecuación de los espacios y las necesidades extralaborales y laborales de los trabajadores. A continuación, se muestra el resultado de la opinión de los trabajadores frente a los espacios donde desarrollan sus labores en la Gráfica 11.

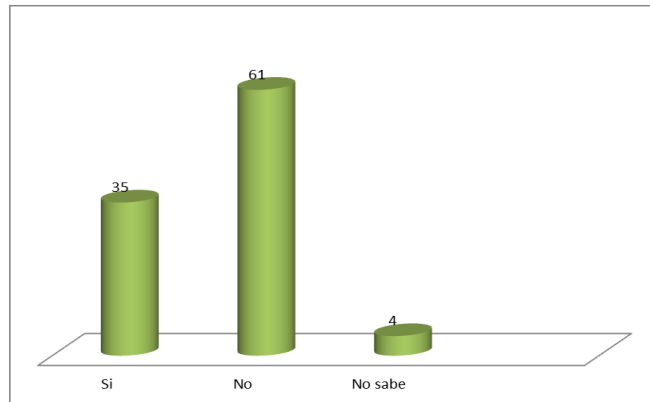
Gráfica 11. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos, según respuesta a la pregunta *¿Usted considera que el espacio o los espacios donde desarrolla su labor son adecuados y seguros?*



Fuente: Datos de la investigación

Dados los resultados de la gráfica anterior, se observó que 50% de los trabajadores opinó que los espacios de trabajo son adecuados, frente al 49% restante, que opina que *no* son los adecuados. Un 1% opinó que *no sabe* si los espacios son adecuados. Los siguientes resultados que corresponden a la pregunta cinco se presentan en la Gráfica 12.

Gráfica 12. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos según respuesta a la pregunta *¿La Universidad se interesa por conocer las necesidades laborales de sus empleados?*

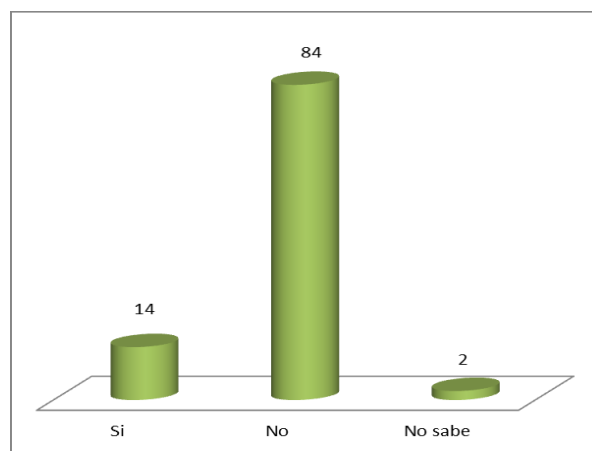


Fuente: Datos de la investigación

En esta gráfica se puede analizar que el 61% de los trabajadores manifestó que la Universidad Nacional de Colombia no se preocupa por conocer sus necesidades laborales, frente a un 35% que opinó que *sí*, respuesta relevante dentro del diseño de la propuesta de intervención.

La sexta pregunta muestra la percepción de la preocupación de la Universidad Nacional de Colombia por las necesidades extralaborales de sus trabajadores representada en la Gráfica 13.

Gráfica 13. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos según respuesta a la pregunta *¿La Universidad se interesa por conocer las necesidades extra laborales de sus empleados?*



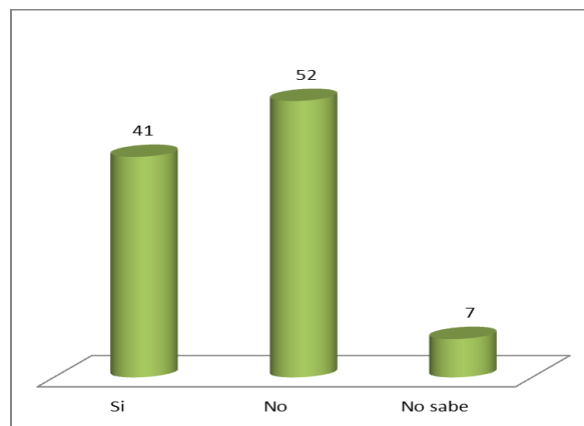
Fuente: Datos de la investigación

Con respecto a lo relacionado con la preocupación de la Universidad Nacional de Colombia por las necesidades extralaborales de sus trabajadores, se encontró que el 84% manifiesta que la Universidad no muestra preocupación por sus condiciones

extralaborales, frente a un 14% que opina que *sí*. Éste es uno de los aspectos más relevantes a trabajar desde la propuesta de intervención, pues es evidente que el tema en torno a la salud y seguridad de los trabajadores está sobre la integralidad en la condición de los trabajadores, partiendo no solo de un contexto intralaboral sino enfocado principalmente al extralaboral.

La séptima pregunta evaluada corresponde a los procedimientos generados por la Universidad en términos de seguridad en el desempeño de sus labores, los cuales se muestran en la Gráfica 14.

Gráfica 14. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos según respuesta a la pregunta *¿La Universidad tiene definidos procedimientos seguros para realizar la labor que desempeñan?*

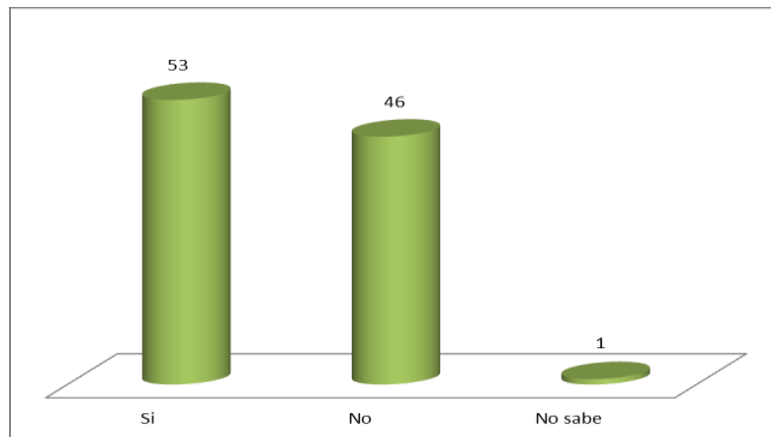


Fuente: Datos de la investigación

En la gráfica correspondiente a la opinión de los trabajadores sobre la existencia de procedimientos seguros en su labor, el 52% respondió que los procedimientos no estaban definidos, frente al 41%, que respondió que *sí*. El 7% manifestó no saber si existen dichos procedimientos. En este caso fue importante aclarar que no correspondía al manual de funciones, pues algunos trabajadores lo relacionaban con él.

A continuación se relaciona en la Gráfica 15 la respuesta a la octava pregunta con relación a los momentos de descanso.

Gráfica 15. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos según respuesta a la pregunta *¿Dentro de su jornada de trabajo están definidos momentos de descanso?*

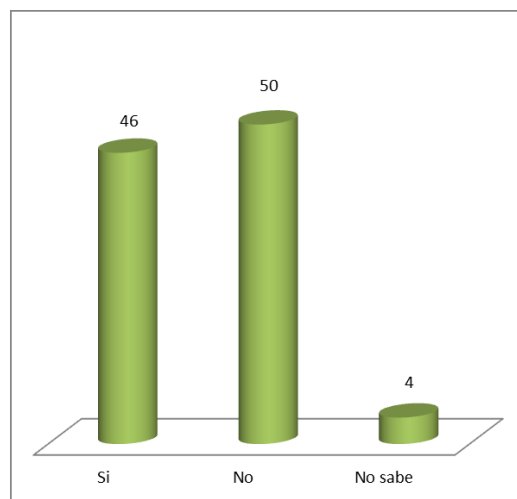


Fuente: Datos de la investigación

Los resultados muestran que el 53% de los trabajadores opinó que *sí* existen definidos tiempos de descanso dentro de su jornada, frente al 46%, que opinó que no tienen definidos estos espacios. En este análisis es importante mencionar que en el trabajo de campo se observó que el porcentaje de trabajadores que manifestó que los espacios no estaban definidos, aclaró que ellos toman el tiempo según sus necesidades, así éste no esté prescrito.

Para la novena pregunta, que señala la participación en actividades de educación, capacitación y entrenamiento, ver los resultados a continuación en la Gráfica 16.

Gráfica 16. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos según respuesta a la pregunta *¿Se desarrollan actividades de educación, capacitación y entrenamiento para los trabajadores en temas de salud ocupacional?*

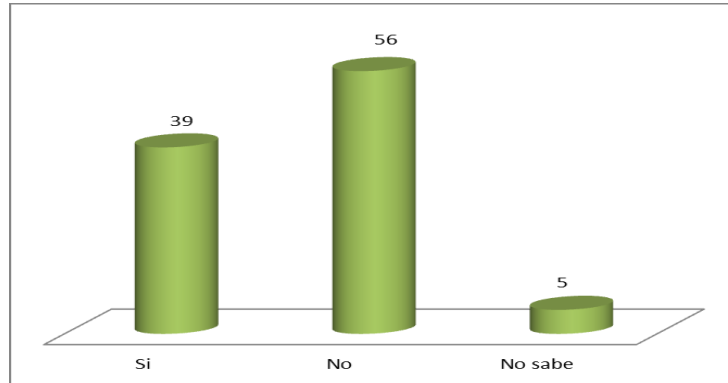


Fuente: Datos de la investigación

En términos de la participación en las actividades, se observó que el 50% de los trabajadores refirió no haber participado en las actividades de educación, entrenamiento y capacitación en temas de salud ocupacional, frente al 46% que afirma *sí* haber participado, y un 4% de trabajadores que no son conscientes de haberlo hecho. Este resultado implica que amerita un proceso de fortalecimiento dentro de la propuesta de intervención para la socialización y movilización de los trabajadores.

La décima pregunta corresponde a la opinión de los trabajadores frente a las actividades que desarrolla en cuanto al mejoramiento, resultados que se observan en la Gráfica 17.

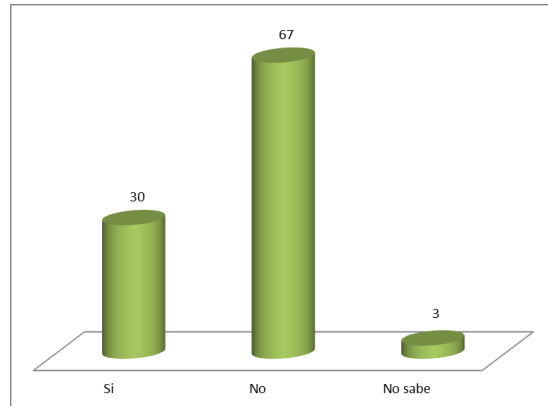
Gráfica 17. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos según respuesta a la pregunta *¿Se desarrollan actividades para el mejoramiento del ambiente físico en la Universidad?*



Fuente: Datos de la investigación

Teniendo en cuenta la gráfica anterior, con respecto al mejoramiento del ambiente físico, el 56% de los trabajadores manifestó que la Universidad no desarrollaba actividades para dicho objetivo, frente al 39% que reconoce que *sí* existen actividades, y un 5% que no tiene conocimiento. Para la pregunta 11 que revela el desarrollo de actividades de mejoramiento de las relaciones interpersonales, se muestran los resultados Gráfica 18.

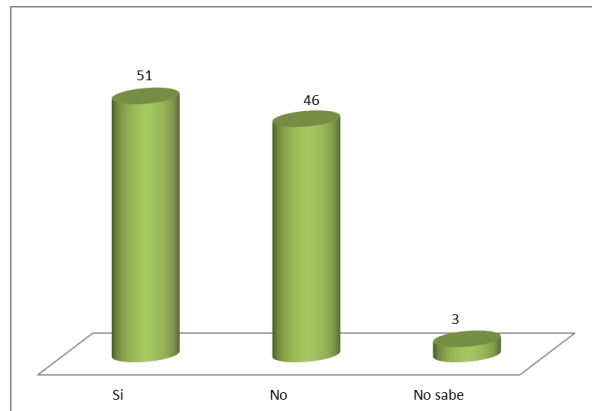
Gráfica 18. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos según respuesta a la pregunta *¿Se desarrollan actividades para el mejoramiento de las relaciones interpersonales?*



Fuente: Datos de la investigación

Según la gráfica anterior, se observa que el 67% de los trabajadores refirió que no se realizaban actividades para mejorar las relaciones interpersonales, frente al 30%, que reconocieron que sí se habían realizado actividades, y un 2% que no supo que existieran. El resultado de la pregunta 13 da cuenta del tiempo dentro de la jornada para la participación en actividades de salud ocupacional, descrito en la Gráfica 19.

Gráfica 19. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos según respuesta a la pregunta *¿Se da tiempo dentro de su jornada para participar en actividades de salud ocupacional?*

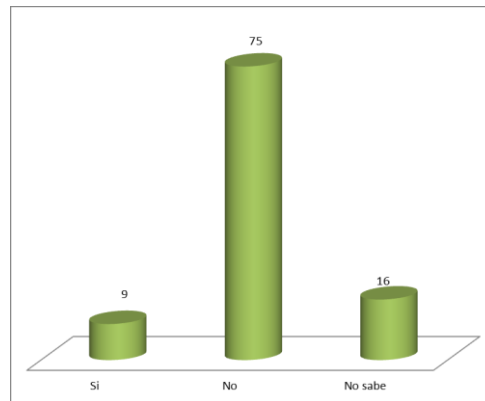


Fuente: Datos de la investigación

En esta gráfica se revela que los trabajadores manifestaron en un 51% que *sí* se les da tiempo dentro de su jornada para participar en actividades de salud ocupacional, frente a un 46%, que manifiesta que no se les da ese tiempo, y un 3%, que no sabe si puede o no asistir a las actividades con el permiso establecido. Esto se relaciona con los procesos de participación de los trabajadores y la necesidad de tomar decisiones que promuevan la motivación y la incentivación.

A continuación se muestran los resultados acerca del incentivo a los empleados que participan o aportan en la mejora de condiciones de trabajo o salud de su propia comunidad en la Gráfica 20.

Gráfica 20. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos según respuesta a la pregunta *¿Se conoce algún tipo de incentivo a empleados que participan o aportan en la mejora de condiciones de trabajo o salud de la comunidad Universitaria?*

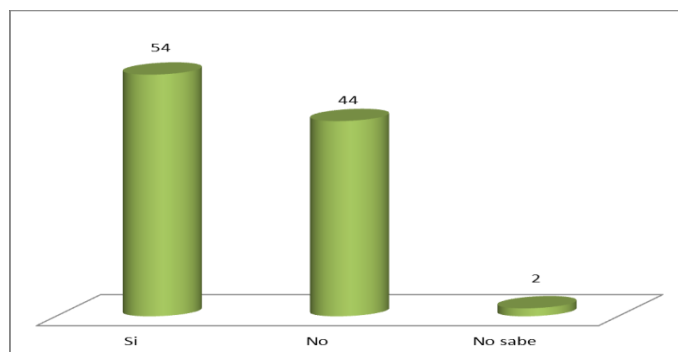


Fuente: Datos de la investigación

El resultado de esta pregunta mostró que en un 75% de los trabajadores afirma que no existe ningún tipo de incentivo para los trabajadores que participan y aportan en el cuidado de las condiciones de trabajo y salud de sus compañeros y la comunidad universitaria, frente a un 16%, que no sabe si la Universidad favorece con incentivos, y un 9%, que sí está enterado de los incentivos.

En la pregunta 14 se evaluó la trascendencia de los programas a nivel extralaboral para indagar sobre la aplicabilidad del trabajador del conocimiento de los programas ofrecidos por la Universidad en la vida cotidiana, en la familia y en la comunidad. El resultado se puede entrever a continuación en la Gráfica 21.

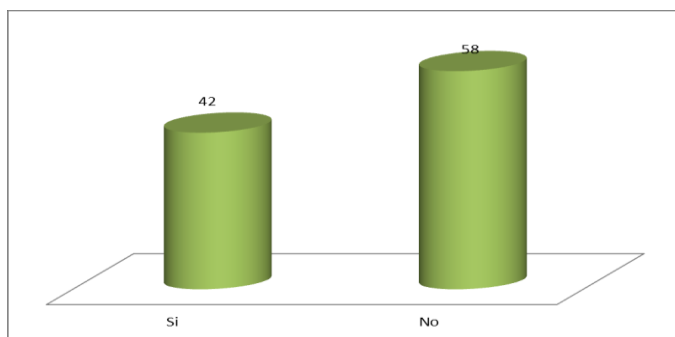
Gráfica 21. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos según respuesta a la pregunta *¿La información o el conocimiento que le brinda su institución sobre salud ocupacional le sirve para aplicarla en su vida cotidiana, con su familia o su comunidad?*



Fuente: Datos de la investigación

En la gráfica anterior se muestra que el 54% de los trabajadores manifestó que los aportes ofrecidos hasta ahora sobre salud ocupacional le han servido para aplicarlos en sus entornos, comunidad y familia, frente a un 44% que opinó que no le ha servido, y un 2% que no sabe. La pregunta 15 arrojó los resultados directos de la participación en las actividades programadas desde el Grupo de Salud Ocupacional de la Universidad, que pueden verse en la Gráfica 22.

Gráfica 22. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos según respuesta a la pregunta *¿Usted ha participado en actividades relacionadas con salud ocupacional en la Universidad?*



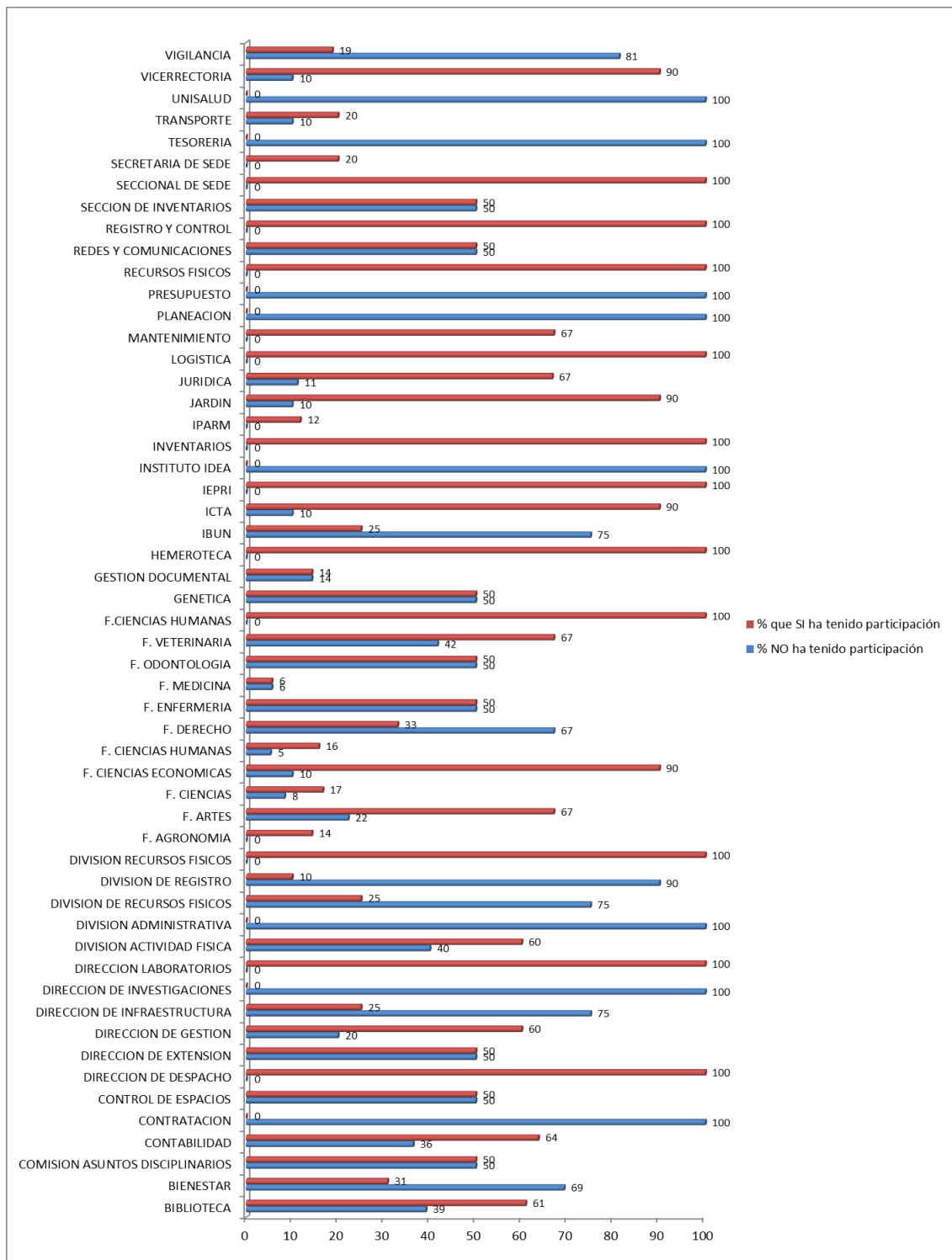
Fuente: Datos de la investigación

En esta gráfica se relaciona la participación de los trabajadores en las actividades organizadas por Salud Ocupacional. Se encontró que el 58% de los trabajadores ha participado en las actividades, frente a un 42%, que no lo ha hecho.

Estos datos son de gran importancia en la oportunidad de garantizar un éxito en las intervenciones. En el trabajo de campo, además de la evaluación cuantitativa, se cualificó por qué los trabajadores no habían participado, llegando a la conclusión de que no lo hacían en un 16% por la falta de socialización. Otro porcentaje, correspondiente al 5%, justifica su ausencia con la falta de tiempo y de motivación para hacerlo. Dentro del análisis cualitativo de los trabajadores que respondieron que *sí* habían participado, el 23% mencionó que lo habían hecho a través de capacitaciones, el 16%, a través de pausas activas, el 7% a través de la participación en la brigada, y el 3% reconoce su participación en la socialización que el grupo de salud ocupacional hace en la inducción. El restante porcentaje no realizó apreciaciones de tipo cualitativo a la pregunta.

Un análisis más específico muestra la participación de los trabajadores por áreas de trabajo en los programas de salud ocupacional en la Gráfica 23.

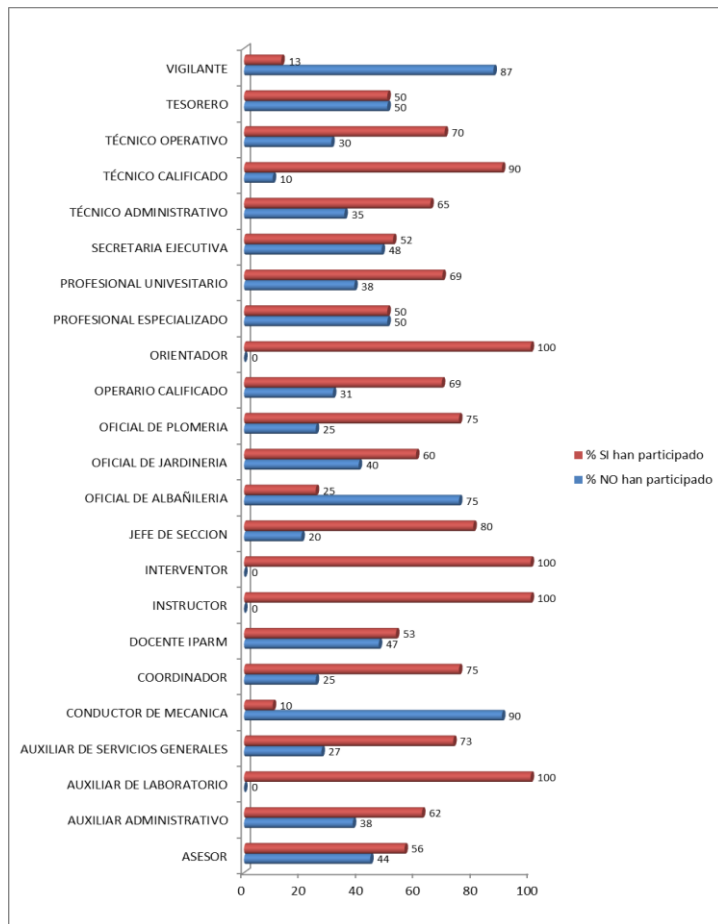
Gráfica 23. Porcentaje de participación por áreas de los trabajadores en programas de salud ocupacional



En la anterior gráfica se puede observar el porcentaje de participación por áreas de trabajo, donde se encontró que 11 áreas fueron las más participativas entre un 90% y un 100% (Dirección de Despacho, Dirección de Laboratorios, División de Recursos Físicos, Facultad de Ciencias Económicas, Facultad de Ciencias Humanas, Hemeroteca, ICTA, IEPRI, Inventarios, Jardín, Logística, Recursos Físicos, Registro y Control, Sección de Sede, Vicerrectoría). En el porcentaje de participación entre el 50% y el 70% se encontraron cuatro áreas (Biblioteca, Contabilidad, Jurídica y Mantenimiento). Las demás áreas reportaron participación por debajo del 50%.

Respecto al porcentaje de no participación, se evidenció que nueve áreas dejaron de hacerlo entre un 90% y un 100% (Unisalud, Tesorería, Presupuesto, Planeación, IDEA, División de Registro y Control, División Administrativa, División de Investigaciones y Contratación), cinco áreas no participaron, entre un 70% y un 90% (Vigilancia, IBUM, División de Recursos Físicos, Dirección de Infraestructura y Bienestar) y en el porcentaje de no participación, entre el 50% y el 70%, cuatro áreas (Genética, Facultad de Odontología, Derecho y Control de Espacios). El resto de áreas reportaron no participación por debajo del 50%.

Gráfica 24. Porcentaje de participación en los programas de salud ocupacional por cargo.



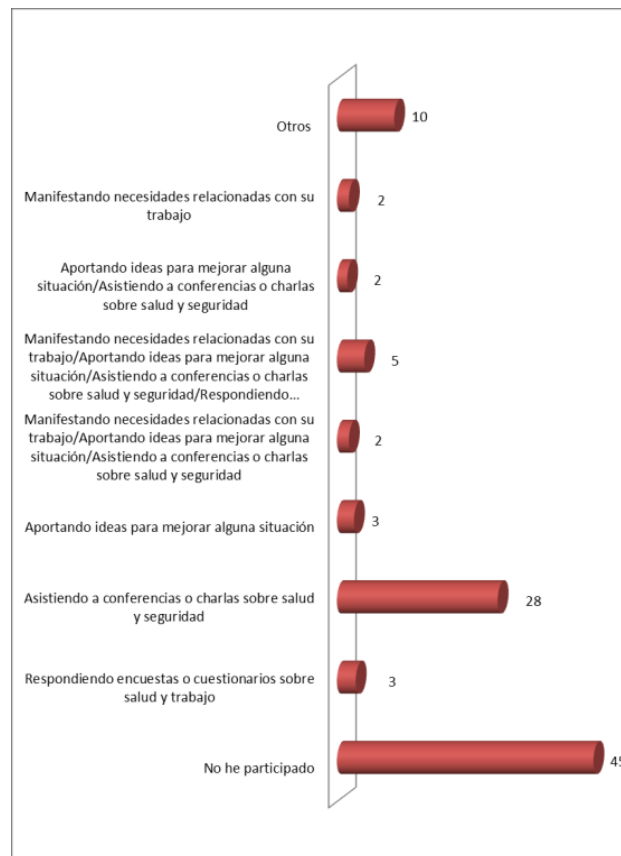
Fuente: Datos de la investigación

En el análisis de participación por cargo se reportó que seis cargos la tuvieron entre un 90% y un 100% (Auxiliar de Laboratorio, Instructor, Interventor, Jefe de Sección, Orientador, Técnico Calificado), cinco cargos reportaron participación de entre el 71% y el 90% (Técnico Operativo, Oficial de Plomería, Jefe de Sección, Coordinador y Auxiliar de Servicios Generales). Del mismo modo, reportaron participación de entre un 50% y un 70% siete cargos (Técnico Administrativo, Profesional Universitario, Operario Calificado, Oficial de Albañilería, Docente IPARM, Auxiliar Administrativo y Asesor). El resto de cargos participaron por debajo del 50%.

Con respecto a los que reportaron no haber participado, se evidencia que los Conductores no lo hicieron en un 90%, los Vigilantes y Oficiales de Albañilería entre un 70% y un 90% y dos cargos entre los que se encontraron Personal Especializado y Tesorero, los cuales no han participado entre el 50% y el 70%. El resto de cargos no ha tenido participación por debajo del 40%.

Para los resultados de la pregunta 16, concerniente a la identificación de participación en las actividades, ver a continuación la Gráfica 25.

Gráfica 25. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos según respuesta a la pregunta *¿En qué forma ha participado usted en las actividades?*

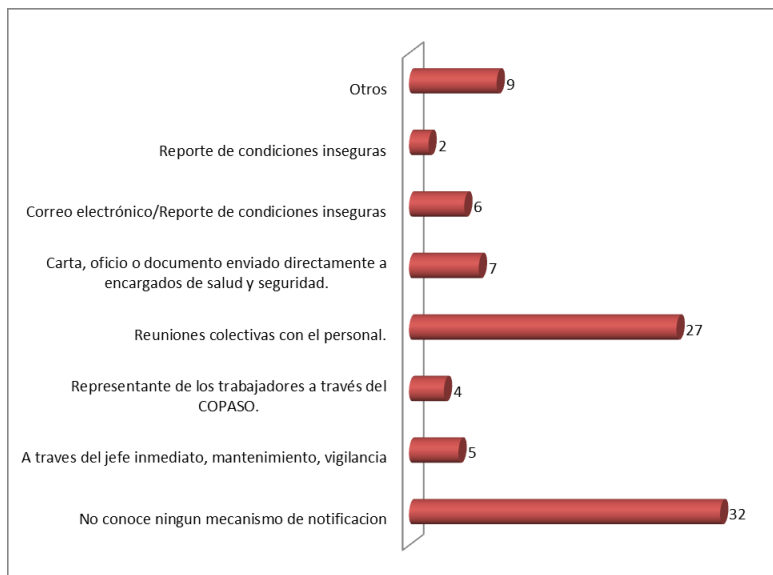


Fuente: Datos de la investigación

En la anterior gráfica se aprecia que el 45% de los trabajadores no participó de las actividades; el 28% lo hizo a través de la asistencia a conferencias o charlas sobre salud y seguridad; el 10% comprende un criterio denominado *otros*, donde se detalló cualitativamente opciones como el envío de sugerencias a través de los jefes inmediatos en las reuniones propias del área; el 5% manifestó necesidades relacionadas con su trabajo, aportando ideas para mejorar situaciones y asistiendo a las conferencias o charlas sobre salud y seguridad.

La pregunta 17 evaluó el nivel de aportes y sugerencias que los trabajadores han podido realizar al Grupo de Salud Ocupacional y su compromiso con él, cuyos resultados se integran en la Gráfica 26.

Gráfica 26. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos según respuesta a la pregunta *¿En la Universidad usted participa aportando o sugiriendo ideas que contribuyan con el mejoramiento de las condiciones de trabajo?*



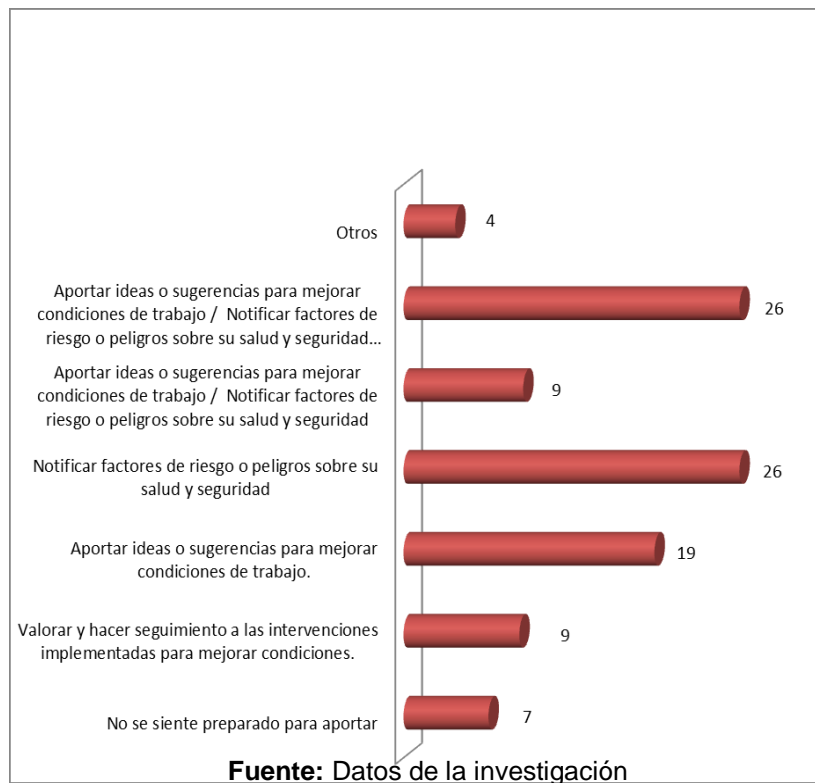
Fuente: Datos de la investigación

La gráfica anterior muestra que para los aportes, sugerencias o ideas dadas por los trabajadores, se identifica que el 51% no ha sugerido ningún tipo de idea, el 29% lo hace en reunión con el jefe inmediato, el 7% lo hace por medio de los trabajadores del COPASO, el 6%, a través de correo electrónico y sólo el 3% con el reporte de condiciones inseguras.

En el proceso de participación es importante entender que el trabajador como ejecutor de su proceso y bajo el conocimiento claro de la institución y de sus entornos, posee las capacidades adecuadas para mejorar, para crear propuestas y para ser un coequipero con el Grupo de Salud Ocupacional en las opciones de mejora de las actividades.

Para el análisis de la pregunta 18 se muestran los resultados en la Gráfica 27.

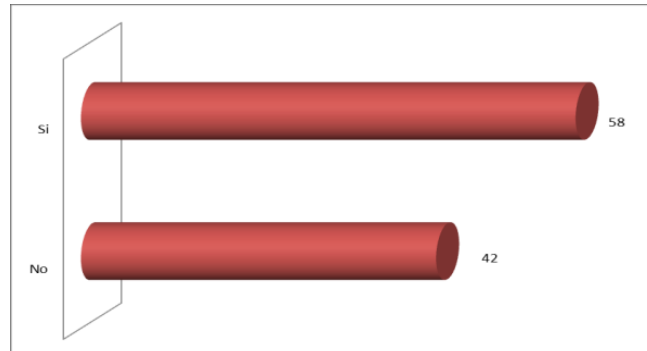
Gráfica 27. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos según respuesta a la pregunta *¿Dentro de la Universidad usted se siente capacitado para?*



Esta gráfica indica la opinión de los trabajadores sobre cómo se sienten capacitados. Se observó que un 26% se sentía capacitado para *aportar ideas o sugerencias y notificar peligros*; el 26% se sentía capacitado sólo para *notificar peligros*, el 19% para *aportar ideas o sugerencias y así mejorar condiciones de trabajo*; el 9% para *valorar y hacer seguimiento a las intervenciones implementadas*; igualmente, el otro 9% se sentía capacitado para *aportar ideas o sugerencias para mejorar condiciones de trabajo y notificar peligros*. Sólo el 7% no se siente preparado para aportar ningún tipo de idea.

En respuesta a la pregunta 19, se evidenció la percepción de los trabajadores acerca del suministro de Elementos de Protección Personal o EPP, descrita en la Gráfica 28.

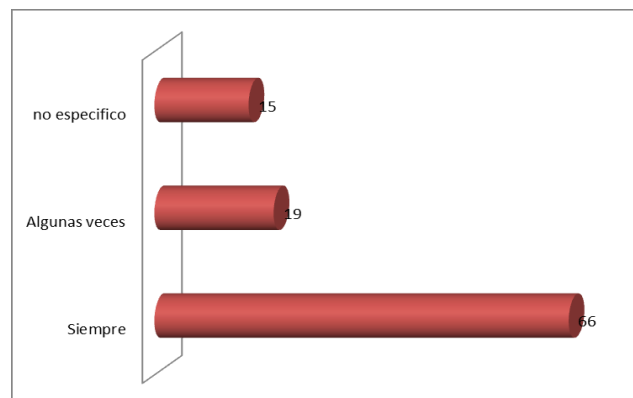
Gráfica 28. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos según respuesta a la pregunta *¿A usted le suministran elementos de protección personal cuando el desarrollo de su labor lo requiere?*



Fuente: Datos de la investigación

En relación con el suministro de elementos de protección, se encontró que al 58% de los trabajadores se les suministró elementos de protección personal, frente a un 42%, que reporta no haberlos recibido a causa de que no los necesitaba. A continuación se señala el resultado de la frecuencia con que se entregan los EPP a quienes los necesitan, en la Gráfica 29.

Gráfica 29. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos según respuesta a la pregunta *¿A usted le suministran elementos de protección personal cuando el desarrollo de su labor lo requiere?*

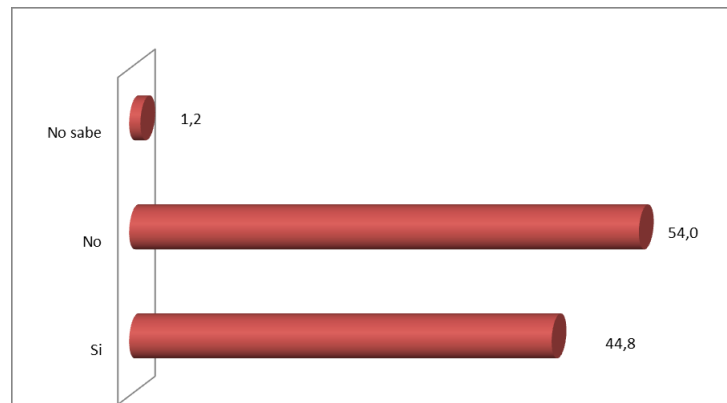


Fuente: Datos de la investigación

La gráfica de arriba indica que el 66% de los trabajadores reveló que en cuanto a la frecuencia siempre reciben elementos de protección personal, frente al 19%, que manifestó que sólo algunas veces les entregan los elementos, y un 15%, que no especificó la forma de entrega.

Es de gran importancia durante el desarrollo de los programas el grado de información que tienen los trabajadores sobre las actividades planeadas y por ejecutar, para cuyo análisis se evaluó la pregunta 20, descrita en la Gráfica 30.

Gráfica 30. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos según respuesta a la pregunta *¿A usted se le informa o capacita sobre el uso correcto de los elementos de protección que necesita?*

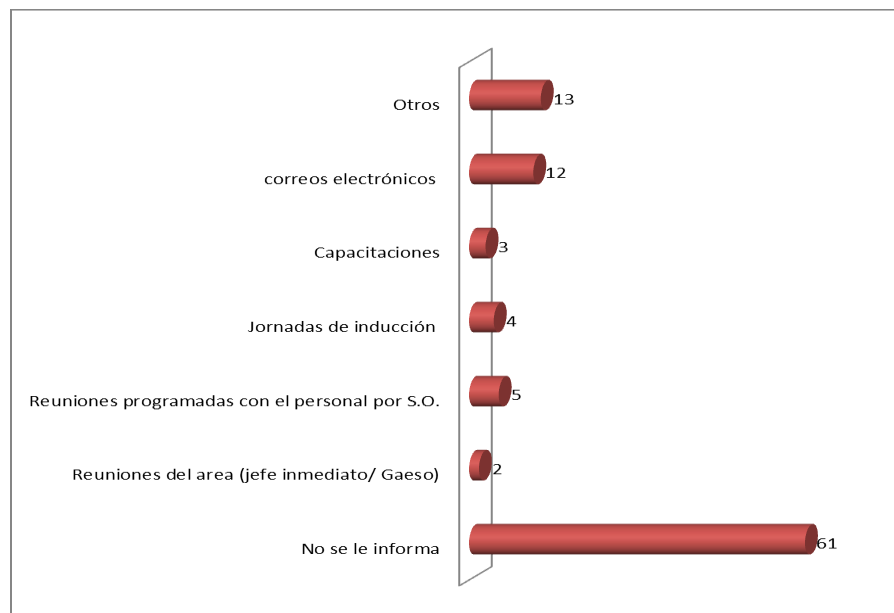


Fuente: Datos de la investigación

En esta gráfica se muestra el resultado de la opinión de los trabajadores acerca de la capacitación que reciben de los elementos de protección personal. El 54% asegura que no es capacitado en el proceso de entrega de los elementos, el 44%, que sí ha recibido capacitación, y el 2% no sabe sobre las capacitaciones.

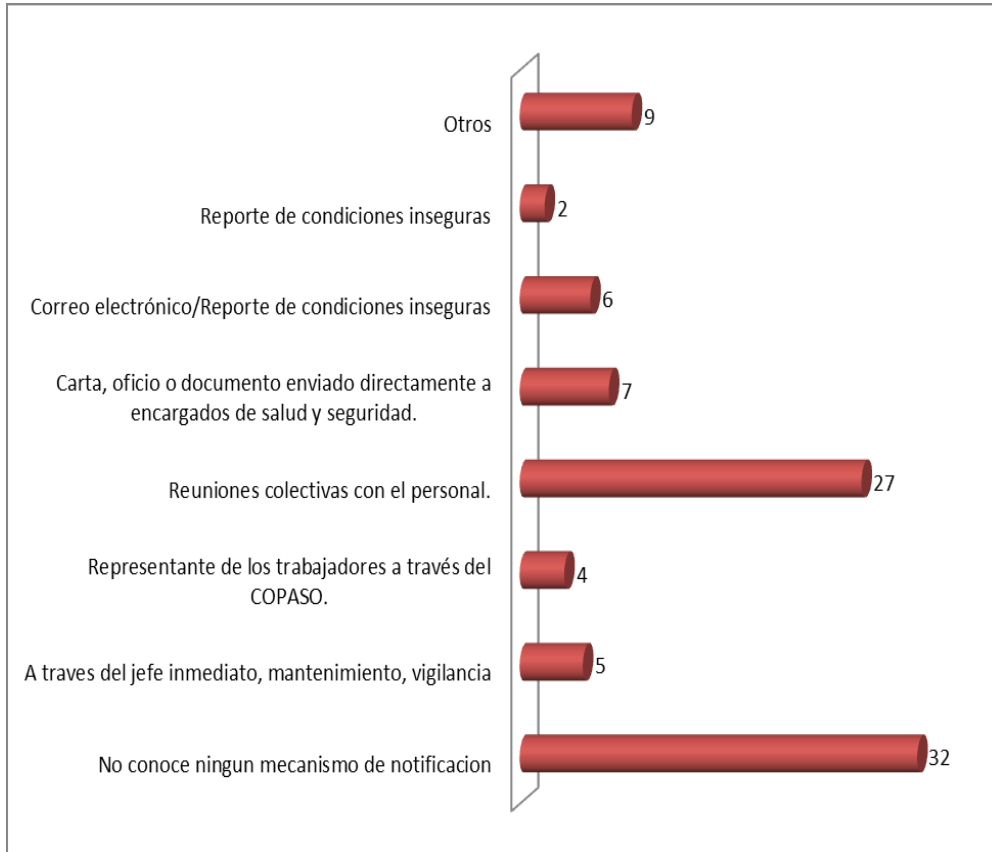
Para los resultados de la pregunta 21, concerniente a la información recibida sobre las actividades desarrolladas en la institución para mejorar las condiciones de trabajo, es necesario ir a la Gráfica 31.

Gráfica 31. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos según respuesta a la pregunta *¿A usted se le informa sobre las actividades que se adelantan en la institución para mejorar las condiciones de trabajo?*



Fuente: Datos de la investigación

Gráfica 32. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos según respuesta a la pregunta *¿Está establecido un mecanismo para que usted notifique peligros sobre la salud ocupacional?*

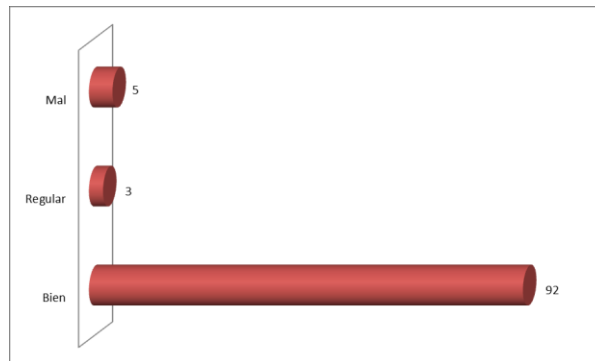


Fuente: Datos de la investigación

En la gráfica de arriba se puede comprobar que el 32% de la población no conocía ningún mecanismo de notificación, el 27% sí, pero a través de reuniones colectivas con el personal de cada área, cuyo jefe inmediato era el primer notificado; el 9% reporta otros mecanismos de notificación, como llamar a Vigilancia o a las Áreas de Mantenimiento; el 7%, mediante cartas, oficios enviados a los encargados de salud y seguridad de la Universidad; el 6%, por correo electrónico y reporte de condiciones inseguras; el 4%, por medio de representantes del COPASO y sólo un 2% de la población trabajadora usa el reporte de condiciones inseguras, que es, paradójicamente, el mecanismo más adecuado para hacerlo.

La pregunta 23, conforme a la percepción de los trabajadores frente a la relación del trabajo con su vida extralaboral, muestra los siguientes resultados en la Gráfica 33.

Gráfica 33. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos según respuesta a la pregunta *¿Cómo se relaciona su trabajo con su vida laboral?*

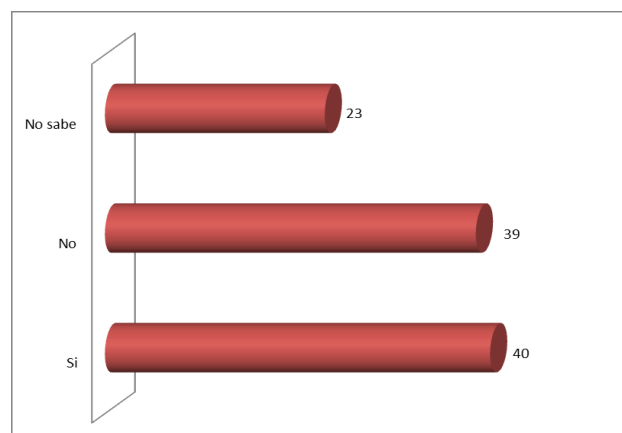


Fuente: Datos de la investigación

En la gráfica anterior se muestra que el 67% de los trabajadores opinaron que tienen una buena relación de su trabajo con su vida laboral, el 5% que tiene una mala relación y el 3% que lo hace de manera regular.

Finalmente, la opinión de los trabajadores frente a los resultados del programa de salud ocupacional, en relación con la pregunta 34, se describe en la gráfica 34

Gráfica 34. Distribución porcentual del número de trabajadores administrativos según respuesta a la pregunta *¿Considera que el Programa de Salud Ocupacional de la Universidad da buenos resultados?*



Fuente: Datos de la investigación

La anterior gráfica muestra que los trabajadores opinaron en un 40% que los programas sí dieron buenos resultados, frente a un 39%, que manifiestan que los resultados no son buenos, y un 23%, que no conoce con claridad los resultados. Éste es una de las particularidades que más requiere atención, de modo que se fortalezca en la propuesta de intervención.

5. Discusión

Se reconoce que los resultados obtenidos son de gran importancia, sin embargo se destacaran en la discusión, los que se consideran de mayor relevancia de acuerdo al alcance propuesto en los objetivos del estudio.

Teniendo en cuenta que la PSLT es un proceso integral y sistemático basado una política responsable y comprometida socialmente que establece un conjunto de acciones y metodologías, tiende a crear condiciones para lograr una praxis que contribuya a fomentar valores positivos de la salud en los trabajadores. La PSTL se caracteriza además por su apertura a la participación, la intersectorialidad y la multidisciplinariedad involucrando múltiples acciones sociales y buscando incrementar el control sobre su salud y su vida⁸².

Los resultados evidencian que la Universidad Nacional de Colombia posee una población trabajadora del 69% mayor de 40 años, en donde predominan las mujeres, la formación técnica, en el 31% de sus trabajadores administrativos y el 46% de la población lleva más de 15 años laborando. La evaluación de calidad de los programas muestra un resultado general del 66%, dentro de la cual los porcentajes más bajos se presentan frente al ítem de resultados de los programas de PSLT con un 58% y el más alto, en cuanto al desarrollo de los programas de PSLT, en un 75%.

En cuanto a la participación de los trabajadores en los programas de promoción de la salud, se evidencia que el 80% de los encuestados conocían la existencia de los programas de salud ocupacional. No obstante, el 60% de ellos no conoce el contenido de los programas, el 61% y el 84%, respectivamente, opinó que la Universidad no reconocía las necesidades laborales y extralaborales de los trabajadores. Además, el 58% reportó no haber participado en los programas, y un 75% reconoció que la Universidad no favorece ningún tipo de incentivo frente a la participación; el 61% manifiesta que no se socializaban las actividades programadas por la División de Salud Ocupacional. El mayor porcentaje de participación, 28%, lo hace en charlas y conferencias, y el principal método de reporte de peligros fueron mediante las reuniones con el jefe inmediato.

De acuerdo con esto, se desarrollará la discusión de los anteriores resultados. La forma de abordar la discusión se organizará de la siguiente forma: *el concepto de condiciones de trabajo*, relacionado con las características sociodemográficas y su

impacto en los programas de PSLT, el *concepto de PSLT* y su relación con los resultados de la herramienta de participación, y *el concepto de calidad* con los resultados del estudio conforme a la calidad de los programas.

5.1 Sobre las condiciones de trabajo y su relación con el estado sociodemográfico de los trabajadores

La globalización laboral ha introducido nuevas tecnologías que han tenido un impacto contundente en la salud, la seguridad y la organización del trabajo, pues han generado nuevas tareas y han producido cambios en las relaciones laborales, en la organización del trabajo y por lo tanto, en las condiciones laborales. Así mismo, las nuevas tecnologías, procesos, agentes y materiales causan nuevos peligros para la salud de los trabajadores ⁴⁶.

Las condiciones de trabajo pueden definirse como *el conjunto de factores que determina la situación en la cual el trabajador realiza sus tareas*, y entre las cuales se incluyen las horas de, la organización el contenido de trabajo, así como los servicios de bienestar social. Dentro del mismo, se sabe que los trabajadores tienen derechos, como lo son: el derecho a la información sobre los peligros a que están expuestos, la manera de protegerse de ellos, el derecho a interrumpir su labor si se encuentra en una situación vulnerable de peligro en su salud y vida, etc. De igual forma, los trabajadores deben cumplir con los procedimientos de seguridad, proteger su salud y la de sus compañeros y notificar a los encargados de salud y seguridad la existencia de un peligro inminente. Deben también participar en la definición de la política de la empresa y en la elaboración e implementación de los programas preventivos al interior de empresa⁸².

El propósito de las políticas de Salud Ocupacional de una empresa debe dirigirse hacia la prevención de las lesiones o enfermedades del trabajo y a la promoción del bienestar y la salud de los trabajadores. El ambiente de trabajo debe ser diseñado para ser sano y seguro. Se debe fomentar la prevención y la promoción con el fin de garantizar la salud física y mental, el bienestar de los trabajadores y reducir los costos asociados con las lesiones o enfermedades, contribuyendo a la productividad ⁸³.

A partir del análisis del entorno de trabajo, es determinante tener en cuenta las condiciones individuales de los trabajadores en cuanto a edad, escolaridad, vinculación, entre otros. Esta reflexión pretende mostrar, a partir de los resultados de tipo sociodemográficos, la pertinencia de reconocer la edad de los trabajadores, el tiempo de antigüedad en la empresa y su vinculación como un aspecto facilitador o inhibidor de las condiciones de trabajo y salud⁸⁴.

En los resultados de la caracterización de edad en los trabajadores objeto de estudio, se identificó que el *69% de ellos superan los 40 años*, aspecto a tener en cuenta frente a

su proceso de salud trabajo y a sus necesidades, expectativas desde el contexto laboral y extra laboral. Se dice que el proceso de envejecimiento que sufre la estructura demográfica de un país conlleva a consecuencias que recaen en el mercado laboral, vistas desde su historia laboral en la empresa. Entonces se busca ubicar un punto de equilibrio entre los requerimientos y necesidades de los trabajadores de mayor edad y jubilados, por un lado, y los correspondientes al resto de la sociedad, por el otro⁸².

Mejorar las condiciones de vida y de salud en el mundo, así como el inter-juego de la edad evaluado por variables de morbilidad, mortalidad y fecundidad, trae consigo un incremento de precedentes de la población senescente. Marshall y Guillemard en 1991, sostienen que una sociedad con estructura económica monopólica evita la participación de los ancianos en las decisiones políticas y orienta su accionar en actividades "apolíticas, marginales y consumistas". Sin haberse encontrado la forma de resolver el problema, se señala la validez de aconsejar y estimular a los trabajadores a permanecer en su empleo el mayor tiempo posible. Por otra parte, las motivaciones y sentimientos de los trabajadores de mayor edad y de los jubilados pueden entrar en contradicción con las políticas sociales que emanan a partir de necesidades estructurales⁸².

En este sentido, se identifican los factores que influyen negativamente en la situación profesional de los trabajadores de mayor edad, tales como: las dificultades vinculadas al cambio de las técnicas y de los métodos, la competencia de los trabajadores más jóvenes, las ideas falsas y los prejuicios en torno a ellos. En particular, Schein manifiesta que se presenta una teoría del descompromiso, desde el cual un trabajador de mayor edad sería incapaz de incorporar la cultura organizacional, ya que ingresaría a una institución a la edad en la cual debería transmitir esta cultura en su preparación para el retiro y no incorporarla⁸⁴.

Otro punto a analizar es que la aptitud laboral del trabajador de mayor edad, está determinada por el conjunto de sus modificaciones morfológicas y psicofisiológicas, por una parte, y por las características del trabajo realizado, por la otra. Es conocido que el denominador común de todos los fenómenos del envejecimiento es la disminución del límite de tolerancia a las agresiones del trabajo y su medio ambiente, lo cual puede traducirse en una disminución en la capacidad de adaptación. Es por eso que a partir de los cuarenta años comienzan a dejarse sentir los cambios que conlleva el envejecimiento, los cuales se pueden manifestar en la disminución en el rendimiento de los trabajadores. Estos efectos no pueden ser generalizados, pues la edad no disminuye uniformemente la productividad de cada trabajador⁸⁵.

En última instancia, el grado de disminución de la productividad depende menos de la situación y comportamiento del trabajador que del tipo de trabajo y de las condiciones en que se ejecuta la tarea. A modo de conclusión, son las condiciones de entorno de trabajo y de las tareas que el trabajador realiza las que determinan su productividad, y no su edad, pues si por la edad se disminuye determinadas facultades, se pueden

desarrollar otras y, en la medida en que los trabajos que se confían sean adecuados, este tipo de trabajadores demuestra una eficacia relativamente superior a la de la mayoría de los jóvenes⁸⁶.

Breilh⁸⁷ manifiesta que cuando los trabajadores intensifican en su proceso laboral las modalidades destructivas del trabajo y las acumulan, las formas carenciales y deformadas del consumo derivadas del salario, los patrones familiares o culturales alienantes y la ausencia o debilidad de organización, se pueden potenciar los procesos desgastantes y perjudiciales, acercando a los individuos y al colectivo de trabajadores al polo de la enfermedad.

El autor afirma que, si las condiciones de trabajo son favorables, si el contenido y la organización del trabajo permiten el desarrollo de la creatividad y libertad del trabajador y si el colectivo controla y domina el ritmo de trabajo, los sistemas de remuneraciones permiten el acceso a bienes y servicios que garantizan suplir sus necesidades. De esta manera el trabajador se identifica, se reconoce en el producto del trabajo y, haciendo parte de él, es valorado socialmente por la tarea que realiza: este colectivo de trabajadores transita su vida más próximo al polo de la salud que al de la enfermedad⁸⁷. En consecuencia, la salud de los trabajadores no sólo depende de un conjunto de actividades planeadas y diseñadas desde el Grupo de Salud Ocupacional o la División Nacional de Salud Ocupacional, sino que exige el compromiso de crear múltiples áreas y divisiones del entorno de trabajo, entre las que se distingue la gerencia, el presupuesto, la logística, el bienestar y, por supuesto, el área de salud. Así mismo, se recomienda la unión de estas áreas con programas curriculares e institutos de la Universidad, una vez que se potenciarán acciones en beneficio de los trabajadores.

Otra discusión que hace parte de las características individuales de los administrativos obedece a su antigüedad en la Universidad Nacional de Colombia, teniendo en cuenta que el 46% de la población objeto de estudio llevaba más de 15 años trabajando para la Universidad, lo cual presume que la cultura organizacional ya está inmersa y por tanto se espera un alto compromiso. Fernández⁸⁸ asegura que la tendencia a simplificar las estructuras organizativas implica que el éxito profesional no puede definirse por más tiempo en términos de ascensos, porque muchos no serán posibles. Destaca que las empresas deben hacer entender a sus trabajadores que hay otras formas de desarrollo profesional (rotación de puestos, movimientos laterales) que son signo de mejora profesional. En el caso de la Universidad Nacional de Colombia, la normatividad que les rige limita, una vez inician la carrera administrativa, tanto el ascenso como la promoción a cargos de mejor nivel, lo que puede debilitar la motivación y la buena actitud frente a las tareas impuestas. Mayo muestra que desde la perspectiva de la empresa, la falta de ayuda en la planificación profesional puede provocar desinterés en los empleados para cubrir los puestos vacantes. Desde la óptica de los trabajadores, los resultados son frustración y sentimientos de no sentirse valorados por la organización. En definitiva, empresas, directivos y trabajadores deben tomar medidas que aseguren la

carrera profesional⁸⁹. Algunos trabajadores administrativos de la Universidad Nacional de Colombia que llevan más de 15 años, que no han tenido ningún tipo de ascenso en de sus cargos y que no han sido proyectados dentro de su desarrollo profesional pueden estar viviendo una desmotivación que afecta no sólo su productividad sino también su calidad de vida.

London⁹⁰ sostiene que la motivación de un trabajador antiguo se presenta en tres intenciones: 1) La resistencia profesional, concebida como el grado en que las personas son capaces de hacer frente a los problemas que afectan a su trabajo. En este aspecto se observan trabajadores que son capaces de superar los obstáculos de su entorno laboral, adaptándose a los acontecimientos inesperados, y son capaces de desarrollar nuevos modos de utilizar sus habilidades para enfrentarse con los problemas y los sucesos inesperados; 2) La perspicacia profesional o grado de conocimiento de los trabajadores sobre sus intereses, fortalezas y debilidades y sobre cómo estas percepciones afectan sus metas profesionales. 3) La identidad profesional o grado en que los trabajadores definen sus valores personales conforme a su trabajo.

La Universidad Nacional de Colombia debe revisar y replantear los procedimientos relativos al seguimiento de un modelo de desarrollo profesional, concebido como el proceso por el que las personas progresan a través de una serie de etapas caracterizadas por distintas tareas de desarrollo, actividades y relaciones. Dentro de esas características se reconocen cuatro etapas profesionales: introducción, crecimiento, madurez y maestría, caracterizadas por distintas tareas de desarrollo, actividades y relaciones. La edad y la antigüedad en el puesto de trabajo son buenos indicadores de la etapa profesional en que se encuentran los trabajadores⁸³. De acuerdo con esto, los trabajadores objeto de estudio están pasando por una etapa de madurez, donde, o bien pueden alcanzar los logros y actualizar sus habilidades, o bien pueden caer en la desmotivación

Con respecto a esta etapa, Gil⁹¹ afirma que los trabajadores en estos ciclos vitales procuran mantener actualizadas sus habilidades al ser percibidos como trabajadores que todavía realizan importantes contribuciones a la empresa. Teniendo en cuenta los años de experiencia, estos trabajadores tienen un amplio conocimiento del puesto de trabajo, con una profunda comprensión de las expectativas de la Universidad Nacional de Colombia, por lo que pueden ser valiosos formadores o tutores para los nuevos trabajadores. De este modo, es imperativo que la Universidad Nacional de Colombia evite el estancamiento de los empleados y asegure que sus habilidades no queden obsoletas. Peiro⁹² trata un tópico esencial en esta discusión: el análisis a partir de la poca capacidad de las organizaciones en ofrecer seguridad laboral y oportunidades de desarrollo, donde los empleados estén más interesados en labores que supongan desafío, variedad y posibilidad de creatividad. En este sentido vale la pena reconocer que las universidades, y en este caso la Universidad Nacional de Colombia, han pasado por crisis que afectan directamente los recursos y programas para el bienestar de los trabajadores. Las universidades en el mundo se encuentran con el reto de adaptarse

continuamente a las necesidades cambiantes frente a las demandas de la sociedad y los avances en el conocimiento científico⁹³.

La universidad pública se ha convertido en un bien social, que conviene a todos en la construcción de un proyecto de nación. Su función gira en torno de las necesidades sociales y el ejercicio de los derechos ciudadanos, buscando garantizar la regulación de las interacciones entre sus miembros con justicia y equidad. Principios como el libre ejercicio de la razón, la unión dialéctica entre teoría y práctica, la argumentación razonada y la autorregulación autónoma son lo que constituyen la universidad pública, lo que se denomina *comunidad académica*. Como bien público, es responsabilidad del Estado fomentarla y financiarla, pero sus fines y funciones no pueden delegarse a intereses particulares y mucho menos mercantiles. La universidad pública, dentro de un proyecto social, apunta a la construcción de una sociedad justa, democrática y equitativa⁹⁴.

Para Bula, en relación con los recursos financieros otorgados a las universidades públicas, la reforma a la Ley de Educación Superior Pública no favorece el mejoramiento de la calidad y el incremento de coberturas. El autor afirma que la educación no puede ser tratada como un bien normal, pues la producción de conocimiento es mucho más compleja que la de cualquier bien o servicio⁹⁴.

Fenómenos como la globalización, las nuevas tecnologías de la comunicación (NTCI) y la Sociedad del Conocimiento afectan a la universidad pública como institución y exige una posición acorde con su misión para enfrentar los retos de estos nuevos paradigmas⁹⁵. De igual manera, la globalización puede diluir la naturaleza y las funciones de la universidad, desdibujando su responsabilidad social y articulando sus funciones a las demandas del mercado mundial de la educación, convertida ahora en una mercancía sometida a la oferta y a la demanda.

En el año 2000, Sousa Santos⁹⁶ describía la crisis por la que pasaba y los desafíos que debía enfrentar la universidad pública a finales del siglo XX, a saber: la pérdida de hegemonía de su frente a otras agencias de conocimiento científico con intereses privados, que pretendían llenar el vacío de cobertura tanto en la enseñanza técnica como en la formación de investigadores de punta; la pérdida de legitimidad frente a la sociedad como portadora de soluciones a los problemas sociales; la pérdida de institucionalidad al tener que enfrentar la contradicción de luchar por su autonomía como centro de saber, en oposición a las imposiciones internacionales y gubernamentales que has pretendido hacer ajustes hacia intereses no académicos. Para el 2010, el mismo Sousa Santos⁹⁷ sostiene que estos retos se agudizaron debido a la descapitalización de la universidad pública y al avance inusitado de otras formas de conocimiento pragmático y técnico aparentemente más útil y eficaz en situaciones de crisis presupuestal. Por otra parte, el autor enfatiza en la tareas que la universidad pública tiene que cumplir para enfrentar, con inteligencia y dignidad, los retos que le plantean la globalización, la Sociedad del Conocimiento y el uso de las nuevas tecnologías de la comunicación y de la información⁹⁶.

En este contexto, se puede pensar que el desmantelamiento de la universidad pública se debe a factores externos e internos: en lo externo, la ofensiva internacional de las multinacionales para colonizar la educación superior en los países latinoamericanos⁹⁸ y en lo interno, el congelamiento de las plantas de personal docente y administrativo, el aumento de profesores por contrato, la exigencia de autofinanciación mediante la venta de servicios, el aumento del valor de las matrículas, la inferencia del gobierno y sus políticas gerenciales en los consejos superiores de las universidades y la ausencia de propuestas viables por parte del estamento estudiantil y profesoral orientadas a enfrentar la crisis, más allá de la protesta y la denuncia.

Esto último ha impactado directamente a los trabajadores administrativos de la universidad pública, viéndose afectados en sus condiciones de trabajo en la organización del sistema y en la movilización con paros y bloqueos, debido a la falta de eficiencia, eficacia y rendimiento en la gestión administrativa, debido a los exagerados subsidios al bienestar universitario, la carga prestacional de su empleados y al poco impacto del valor de las matrículas en el presupuesto global⁹⁸.

Según cálculos efectuados por Garzón, los aportes de la Nación a las universidades públicas habrían tenido un decrecimiento importante entre el periodo 2002-2008 como porcentaje del PIB. En el primer año, éstos habrían sido del orden de 0,292% y habrían descendido de manera sistemática hasta alcanzar en 2008 tan sólo un 0,112%, es decir, su participación se redujo en más de la mitad⁹⁹. Esto afecta directamente los programas ofertados para los trabajadores en términos de recursos humanos y financieros para el desarrollo de los programas de PSLT, lo cual impacta sobre la salud y bienestar.

La Ley 30 el Artículo 105, tal vez la que más requiere examinar en la reforma desde la perspectiva de las universidades públicas, establece aportes adicionales en función del desempeño de la economía: 30% de la tasa de crecimiento del PIB si crece del 0% al 5%, 40% si lo hace del 5% al 7,5% y 50% para aumentos superiores del PIB al 7,5%¹⁰⁰.

Actualmente, en la Universidad Nacional de Colombia las solicitudes de mejora laboral han informado al Gobierno Nacional por ser parte integral de la financiación que de las universidades públicas debe hacer el Estado colombiano. También han dejado claro que los trabajadores agrupados tienen contemplado que los patrones son las directivas universitarias y que, en tal medida, son ellas las primeras llamadas a gestionar por todos los medios, los recursos financieros necesarios ante el Gobierno Nacional, para las mejoras salariales solicitadas por los trabajadores¹⁰¹.

Es el caso de los, 32 rectores de las universidades colombianas que en el 2010, organizados en el Sistema Universitario Estatal (SUE), expresaron su preocupación por el compromiso que el Gobierno había adquirido de girar recursos adicionales por \$66 mil millones, correspondientes al tres por ciento adicional al IPC y que hasta el momento no

ha sido confirmado por el Ministerio de Hacienda: "El problema es que hemos llegado a un deterioro preocupante tanto en infraestructura como en contratación del personal docente y administrativo requerido y por eso se necesita contar con recursos adicionales. En estas condiciones, no podemos cumplirle al país con más cupos ni con la calidad necesaria. [...] Se ha vuelto una práctica continua la contratación de profesores ocasionales y hay varios de ellos que llevan en esas condiciones cinco o seis años. Si no han ingresado a la planta, ha sido por razones presupuestales", agregan los rectores. Las instituciones denuncian que el aumento salarial del 5% para los trabajadores estatales afecta su equilibrio presupuestal, dado que el Estado sólo les transfiere a las universidades un 3,37% para ese fin, de manera que habría un desfase de 1,27%¹⁰².

De otro lado, en el estudio de Arévalo & Guerrero (2010) realizado en una institución de educación superior colombiana para identificar las condiciones auto-reportadas de trabajo, estrés y salud de docentes y no docentes de una institución de educación superior, se encontró que: el 95% siente que tienen bajas oportunidades de participación; el 90% presenta alta carga mental; el 77,5% siente que tiene alto control del trabajo; el 80% reportó cansancio físico; el 67,5% reporta cansancio. En lo relativo a las enfermedades más frecuentes, se encontró que el 60% sufre de dolor en la nuca o cuello; el 57,5% sufre de dolor de cabeza; el 55% sufre de dolor de espalda; y el 55% reporta haber sufrido disminución de la visión.

En cuanto a Servicios Generales, se reportó un alto conflicto trabajo-uso del tiempo libre: el 52,9% desarrollaba alta cantidad de trabajo; el 82,4% reportaba alto control en el trabajo; el 76,5% experimenta cansancio físico. Frente a las condiciones de salud, el 29,4% sufría de venas várices; el 35,3%, de ardor en la boca del estómago; al 41,2%, defectos visuales¹⁰³.

Este estudio señala que los trabajadores con deficiencias en el ambiente físico de trabajo refieren molestias de columna y de disminución de la visión, con lo cual se reafirma la estrecha relación entre las condiciones particulares de trabajo, los estresores y niveles de estrés y las condiciones específicas de salud de los trabajadores de un mismo grupo ocupacional. En cuanto a los procesos laborales, Laurell establece que éstos determinan nuevas formas de desgaste, las cuales se evidencian particularmente en la enfermedad y la muerte¹⁰⁴.

Ahora bien, Higuera & Martínez (2001) tuvieron como objeto de investigación identificar las condiciones de salud y trabajo de los funcionarios no docentes de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, desde un enfoque psicosocial. Encontraron múltiples incapacidades por enfermedades del aparato respiratorio, afecciones osteomusculares y del sistema nervioso tanto en las mujeres como en los hombres, traumatismos, envenenamientos. En relación con las condiciones de trabajo, se

evidenció que las personas que trabajaban por turnos presentaban problemas de sueño, enfermedades gastrointestinales, fatiga y conflictos en las relaciones interpersonales¹⁰⁵.

Por su parte, Rincón & Vargas en el (2000) investigaron las condiciones de trabajo y de salud de 1.854 funcionarios no docentes de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, cuyos resultados reflejaron problemas de salud en áreas como Mantenimiento, Aseo General y Biblioteca. Para el 2011, y de acuerdo a los resultados de este estudio, se identificó que estos grupos puntuaban dentro de las mejores participaciones en los programas, con porcentajes de mantenimiento del 7,2% (dentro de este grupo se concibe ahora el personal de Aseo General) y biblioteca, con el 6,9%. Esto demuestra que los estudios investigativos integrados a la gestión de la salud y seguridad tienen buenos resultados¹⁰⁶.

La Maestría en Salud y Seguridad de la Universidad Nacional de Colombia, concibe las condiciones de trabajo como "el conjunto de factores intralaborales, extralaborales e individuales que interactúan en la realización de la tarea, determinando el proceso de salud-enfermedad de los trabajadores y su capacidad laboral"⁶⁵ Teniendo en cuenta esta definición y las investigaciones revisadas al respecto, es necesario notar que los tres aspectos nombrados en la definición son considerados una debilidad frente a los resultados obtenidos en este estudio. También es necesario aproximarse al desarrollo conceptual de la PSLT como un proceso integral y sistemático que sobre la base de una política responsable y comprometida socialmente (aspecto calificado con porcentaje bajo 63%), establece un conjunto de acciones y metodologías tendientes a crear condiciones para lograr una praxis. Ésta deberá contribuir a fomentar valores positivos de la salud en los trabajadores y deberá caracterizarse por su apertura a la participación (reporte en este estudio: participación baja de 42%), a la intersectorialidad y a la multidisciplinariedad que involucren múltiples acciones sociales contextualizadas. De esta manera se permitirá que los trabajadores incrementen el control sobre su salud para mejorar la calidad de vida, armonizando el proyecto de vida personal con el de la organización⁶⁵.

Los hallazgos de los estudios revisados demuestran la necesidad de articular acciones que propendan por la integridad, que al ser fragmentado no permite orientar al programa de Salud Ocupacional. El presente estudio muestra la visión de la División Nacional de Salud Ocupacional de los trabajadores, lo que constituye un insumo para el futuro de otras investigaciones.

5.2 Sobre la calidad y su relación con el perfil de éxito de los programas de PSLT en la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá

Son limitados los estudios que discurren acerca de las calidades de los programas de

Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo, con la experiencia de la evaluación de la calidad de la PSTL en la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, se encontró que cumple todos los parámetros para ser considerado como un programa, y además se suma el interés de la División Nacional de Salud Ocupacional en autoevaluarse y plantearse objetivos claros para mejorar sus programas.

Las organizaciones en el presente deben garantizar un equilibrio entre el cumplimiento de sus objetivos y necesidades de salud de los trabajadores mediante un programa eficaz de PSLT, con el objetivo de mejorar continuamente su calidad de vida, la cual se puede ver afectada por los cambios del entorno laboral por las nuevas tecnologías y la naturaleza del trabajo. Aunque para esta revisión los estudios que discurren acerca de las cualidades del PSLT son limitados, en virtud de los resultados identificados en este proyecto se analizará por qué es necesario hablar de calidad en los programas de PSLT que son diseñados y ejecutados por las instituciones y su impacto en términos de organización en los trabajadores¹⁰⁷.

La PSLT debe ser transectorial, intersectorial e interdisciplinaria. Para lograr esto, es menester que los diversos sectores, inmersos en la salud y seguridad en el trabajo conozcan la estrategia, pero que a su vez se involucren con su desarrollo. A la luz de la práctica, es necesario partir de la corresponsabilidad de los involucrados (equipo de salud y seguridad en el trabajo o salud ocupacional, directivos y trabajadores) para el alcance de las metas, teniendo en cuenta las medidas que apuntan al desarrollo exitoso de los proyectos propuestos¹⁰⁸.

En la estrategia de PSLT de América Latina y el Caribe se resalta la importancia de desarrollar programas de calidad, de manera que desde el año 2000 existen desarrollos teóricos en Latinoamérica en miras de facilitar el respaldo desde las políticas, las organizaciones, las asociaciones de trabajadores y los sindicatos para el desarrollo de estrategias de generación de bienestar en los trabajadores, a partir de programas de PSLT bien planeados y desarrollados.

En Europa desde 1996 se ha planteado el objetivo de tener trabajadores sanos y empresas saludables. Esto se ha logrado a través de la Red Europea de PSLT (ENWHP), la cual está conformada por 23 oficinas nacionales y 15 miembros de la Unión Europea. Así, se han planteado objetivos como el de crear el intercambio y la difusión de información y documentación a nivel europeo y nacional, la búsqueda de modelos de buenas prácticas, el establecimiento de recomendaciones y estrategias para favorecer la adopción de medidas de promoción de la salud en la empresa, la elaboración de herramientas para el desarrollo de intervenciones de promoción de la salud a todos los niveles (dentro de las que se encuentra la herramienta para evaluación de la calidad, aplicada en este proyecto)³.

En la generación de bienestar en los lugares de trabajo durante los últimos años se ha luchado por generar bases sólidas para el desarrollo de programas se manifiesten en la

salud y bienestar de trabajadores y empleadores. Esta situación exigió evaluar los programas aplicados de la calidad o el perfil de éxito. De esta forma la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP) plantean el cuestionario para medir la calidad de la PSLT como lista de chequeo, fruto de un intenso proceso de consultas y colaboraciones que incorpora las opiniones y el saber hacer de los expertos en Salud Pública y Salud Laboral, así como de las aportaciones de especialistas en calidad⁷⁴.

Esta herramienta fue elaborada con el fin de ayudar a las empresas a evaluar la calidad de las intervenciones de promoción de la salud y favorecer la mejora continua de las mismas. Su uso permite en los lugares de trabajo llevar un seguimiento sistemático de las intervenciones desarrolladas identificando fortalezas y debilidades, permite establecer el nivel de calidad alcanzado por la empresa y define las prioridades. Está basado en el Modelo Europeo de Excelencia Empresarial, conocido como Modelo EFQM de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad y ha sido adaptado a las intervenciones de promoción de la salud. Incluye tanto las experiencias prácticas como el conocimiento científico de varias empresas y organizaciones que han implementado acciones de PSLT con éxito.

Dentro de la herramienta se evidencian criterios establecidos en calidad, en los cuales no se intenta imponer un estándar para la práctica, sino un marco general de referencia a, partir de los cuales las empresas pueden definir objetivos o enfoques muy variados. Para que las empresas quieran medir su perfil de calidad, deben:

- Cumplir la normatividad vigente en prevención de riesgos laborales.
- Las actividades de promoción deben estar sujetas a la evaluación periódica y a mejora continua.
- Basar sus intervenciones en el estudio de las necesidades, principalmente en el estudio de indicadores, como son los informes colectivos de salud y absentismo.
- Entablar una buena comunicación interna bidireccional y el trabajo en equipo.

El primer criterio evaluado es la “Estrategia y el Compromiso empresarial”, concebida como la responsabilidad y la necesidad empresarial de la integración en los sistemas de gestión existentes. Así mismo, se reconoce desde la existencia de una declaración de intenciones por escrito (políticas) y el apoyo de la dirección en el desarrollo de las actividades. Además es esencial la voluntad de proveer los recursos necesarios para su ejecución (presupuesto) y el seguimiento sistemático de los resultados y objetivos cumplidos.

Para la investigación, éste fue el criterio con el segundo porcentaje más bajo, mostrando tan sólo un 63% de calidad. Se identifica que un punto de partida para el análisis de este resultado es el presupuesto destinado para los programas en la Universidad. El presupuesto se conoce como la expresión cuantitativa de los objetivos que se propone alcanzar la administración de la empresa en un periodo determinado, con la adopción de las estrategias necesarias para lograrlo; debe ser adaptado

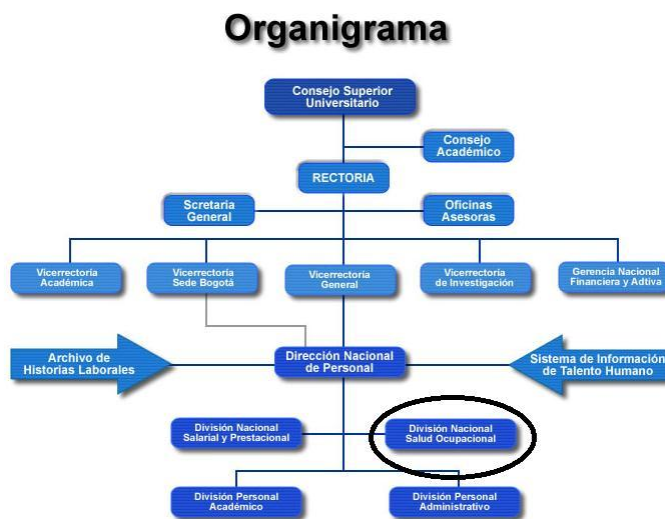
constantemente a los cambios de demanda que sufran y no debe ser una camisa de fuerza, implantada por la gerencia, a la organización.

En la Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá, se hace perentorio un mayor compromiso de la Gerencia con el presupuesto, no sólo para actividades y programas, sino también para las mejoras locativas y propias de los puestos de trabajo que garanticen unas óptimas condiciones de salud y trabajo a todos los trabajadores.

Aunque existen políticas de regulación de la carrera administrativa, se evidencian aún limitaciones en la Universidad en cuanto a los ajustes salariales, bonificaciones y mejora de los entornos de trabajo. En el acuerdo 67 de 1996 en el Artículo 24, con respecto a los programas de bienestar laboral, la Universidad Nacional de Colombia establece que “promoverá el desarrollo integral y armónico de los miembros del personal administrativo y sus familias a través de programas de salud ocupacional, capacitación, recreación, deporte, cultura y mejoramiento del ambiente laboral para lo cual el Consejo Superior Universitario adoptará programas de bienestar laboral, enmarcados en las políticas de bienestar universitario y, de conformidad con las condiciones presupuestales, dispondrá de los recursos financieros y humanos pertinentes”. En este artículo no sólo se percibe un compromiso en términos de recursos financieros para estos programas, sino que se evidencia un compromiso en los recursos humanos necesarios, criterio que se analizará a continuación.

Es pertinente en este análisis revisar el Organigrama de la Universidad Nacional de Colombia, específicamente dentro de la Dirección Nacional de Personal, la ubicación y el nivel jerárquico en la toma de decisiones de la División Nacional de Salud Ocupacional (ver Figura 4).

Figura 3. Organigrama Dirección Nacional de Personal



Fuente: http://www.unal.edu.co/dnp/iframes/dir_organigrama.html

En el Organigrama se observa que la ubicación de la División Nacional de Salud Ocupacional obedece a un nivel medio dentro de la planeación estratégica de la Universidad, distinguiéndose como mando medio a los gerentes tácticos encargados de administrar el funcionamiento de unidades organizativas concretas (Departamentos o Áreas). Éstos son mediadores entre la alta dirección y el nivel operativo. Se preocupan por establecer buenas relaciones con sus colegas, fomentar el trabajo en equipo y resolver conflictos. Pero desafortunadamente no pueden tomar decisiones como lo hace la alta gerencia, ni tienen la posibilidad de enrumbar la organización en la cultura de la prevención y seguridad en el trabajo, formular objetivos ligados a la misión, la visión y el bienestar de los trabajadores con la salud y la seguridad en el trabajo y, lo más importante, controlar los recursos¹⁰⁹. A continuación se muestra la pirámide de la administración con los niveles que la estructuran (ver Figura 5).

Figura 4. Niveles de administración



Fuente:

[http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/17604/6/Fundamentos%20Administracion%20EGallard o.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/17604/6/Fundamentos%20Administracion%20EGallard%20o.pdf)

El segundo criterio alude a “Recursos humanos y organización del trabajo”, es decir: a las aptitudes, las habilidades y las experiencias de las personas a la hora de planificar tareas, procedimientos y la participación en el trabajo. En este parámetro la Universidad Nacional de Colombia obtuvo un porcentaje del 66% de éxito, aunque también revela debilidades en términos no de la calidad ni conocimiento o experticia del personal del equipo, sino en la cantidad, pues 10 personas no son suficientes para abarcar: 1.460 trabajadores considerados para este proyecto como administrativos, un grupo aproximado de más de 2.600 docentes y una cantidad de trabajadores más considerados contratistas, para un total de casi 4.000 trabajadores. Esto expresa una clara debilidad en el número de trabajadores que apoyan el Proceso de Salud y Seguridad de los Trabajadores y si esto se suma a las funciones que ejercen, la situación es más compleja aún.

Entre las obligaciones de la División Nacional de Salud Ocupacional y el Grupo de Salud

Ocupacional o Salud y Seguridad, suponen acciones relacionadas con las políticas de seguridad e higiene del lugar de trabajo, planes de seguridad, inspecciones periódicas programadas y no programadas, investigación de accidentes, preparación y motivación de los empleados y jefes, identificación de peligros, establecimientos de normas adecuadas que concuerden con las disposiciones legales, elaboración de métodos de entrenamiento para el personal, creación de un programa de sugerencias sobre la seguridad, aplicación de publicidad y promoción de campañas relacionadas con la seguridad, mejoramiento del sistema de comunicación y asesorías, entre otras.

“Así mismo la División Nacional de Salud Ocupacional orienta la ejecución de planes, programas y proyectos de acción en materia de Salud Ocupacional, en desarrollo de las políticas institucionales establecidas por la Dirección Nacional de Personal. Velar por el cumplimiento de la Política de Salud Ocupacional que establezca la Universidad y de las normas legales que en materia de salud ocupacional expidan las autoridades competentes.

Establece las directrices administrativas y técnicas para la Gestión de la Seguridad y Salud Ocupacional en las Sedes y Sedes de Presencia Nacional. Asesorar a los responsables de salud ocupacional de las Sedes y Sedes de Presencia Nacional para el desarrollo de las acciones establecidas en el programa de salud ocupacional.

Coordina las relaciones y el plan de trabajo con la Administradora de Riesgos Profesionales a la que se encuentren afiliados los funcionarios y contratistas de prestación de servicios de la Universidad Nacional. Representar a la Institución ante los organismos gubernamentales y otras entidades responsables de la vigilancia y control del Programa de Salud Ocupacional.

Planea, coordina, ejecuta y evalúa las acciones establecidas en el Área de Higiene y Seguridad Industrial en la Sede Bogotá y a Nivel Nacional, conforme a las normas legales vigentes en esta materia. Planear, coordinar, ejecutar y evaluar las estrategias de prevención, promoción y control en salud laboral dirigida a los funcionarios administrativos y docentes de la Sede Bogotá y a Nivel Nacional, establecida en el área de medicina preventiva y del trabajo, conforme a las normas legales vigentes en esta materia.

Orienta y apoya la gestión del Comité Paritario de Salud Ocupacional en la Sede Bogotá y a Nivel Nacional. Proyectar, tramitar y ejecutar el plan de gastos que demanda el programa de salud ocupacional para su funcionamiento en la Sede Bogotá y a Nivel Nacional. Coordinar la actualización y ejecución de las políticas y procesos relacionados con los elementos de protección de personal y dotación de seguridad, al personal administrativo y trabajadores oficiales de la Sede Bogotá y a Nivel Nacional, acorde con las normas vigentes. A su vez, articular el proceso de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional a los proyectos de investigación, docencia y extensión que se desarrollen en las Sedes en esta materia. Evaluar la Gestión de Salud Ocupacional a través de indicadores de impacto, proceso y resultados, así como presentar informes periódicos a las instancias pertinentes”⁴¹.

De acuerdo a estas funciones, se confirma que el número de trabajadores que conforma la División de Salud Ocupacional se convierte en un número muy limitado para poder lograr todas las metas diseñadas en la cobertura de todos los trabajadores.

En contraposición, el Decálogo de Sicilia en su Sexta Recomendación observa que para realizar programas de promoción de la salud en los lugares de trabajo con excelencia, se debe disponer de servicios operativos con los adecuados recursos humanos y técnicos. Al respecto, es necesario que las directivas de la Universidad junto al Grupo de Salud Ocupacional de la comiencen a integrar a todos los actores que influyen en este proceso, entre ellos la académica y los mismos trabajadores, buscando reorientar sus acciones de acuerdo a las necesidades reales de sus trabajadores⁹³.

El tercer criterio de calidad evaluado es el de “Planificación de los programas de promoción de la salud en el trabajo”, el cual alude a la planeación de las intervenciones basadas en modelos claros, revisados y mejorados periódicamente que se socialicen con todo el personal. Dicha planeación debe basarse en la evaluación de necesidades, observadas y medidas como prioritarias.

Frente a este criterio, la Universidad tuvo como resultado un 70% de éxito. Al respecto, este proyecto plantea el fortalecimiento de prioridades y necesidades como base para la planificación, partiendo de un fuerte proceso evaluativo de las condiciones de salud y trabajo, con instrumentos validados y el apoyo de la Academia. Para el manejo de las prioridades, la Red Europea de PSLT plantea la necesidad de sensibilizar y fomentar el compromiso de todos los integrantes de la empresa, identificar y difundir proyectos llevados a cabo con éxito, desarrollar guías para la práctica efectiva de la PSLT y asegurar el compromiso de la gerencia en la incorporación de programas de PSLT en sus políticas¹¹⁰.

Por otra parte, es imperativo que lo planeado obedezca a un proceso sistemático, mejorable y medible, que el programa de salud, seguridad y bienestar cumpla con las expectativas de todos los involucrados, siendo sustentable durante largo tiempo. Se presume que si alguien concibe una idea para un proyecto, pueden lanzarse a él sin ninguna planeación, y luego preguntarse por qué falló. En el otro extremo del espectro están aquellos que planean *in extremis* y caen en la “parálisis por análisis”, en el intento de pensar en todo para conseguir todo perfectamente en la primera vez: con un proceso apropiado, se pueden evitar estas dificultades. Desde el modelo, Deming planea, ejecuta, evalúa y actúa; y en cuanto a los modelos de mejora continua en salud y seguridad en el trabajo, la OMS para su fase de mejoramiento con planeación, aconseja que se debe hacer una detección de necesidades, priorizarlas y desarrollar un plan de acción¹¹⁰.

Conforme a lo anterior, este proyecto recomienda el Modelo de Entornos Saludables de la OMS 2010, en el cual se conciben cuatro caminos principales: el entorno físico del trabajo, el entorno psicosocial del trabajo, los recursos personales en el espacio de trabajo y la participación de la empresa en la comunidad. Estas cuatro áreas se refieren al contenido de un programa de entorno laboral saludable, no al proceso en sí. Dentro

del proceso se identifican siete pasos determinantes:

- El primero obedece a la movilización, visto como la capacidad de movilizar y lograr el compromiso de las principales partes involucradas y los líderes de opinión, claves en la empresa y la comunidad antes de empezar.
- El segundo implica que, una vez las partes interesadas se han movilizado y se ha probado el compromiso entusiasta, estarán listos para demostrar su compromiso proporcionando recursos. Es el tiempo de reunir un equipo que trabajará en implementar el cambio en el espacio de trabajo. Aquí hacen presencia los GAESO (Grupo de Gestión Ambiental, Emergencias y Salud Ocupacional), fuente favorable para el desarrollo de los programas en la Universidad.
- El tercer paso es evaluar todas las estrategias que se tienen para identificar los peligros y desventajas o puntos vulnerables de un grupo de en términos de la situación actual y lo que en el futuro pueda ocurrir.
- El cuarto paso es priorizar. Una vez que toda la información ha sido recolectada, se debe establecer prioridades entre los muchos elementos identificados, dado que pueden existir demasiados problemas que atender al mismo tiempo.
- El quinto paso es planear, concebido como el establecimiento de las actividades generales para atender los problemas frente a unos plazos a corto, medio y largo plazo, los cuales requieren una autorización de los directivos y frente a los cuales se debe incluir su respectiva justificación y soporte para asegurar su aprobación.
- El sexto paso es “Hacer”. Nuevamente es primordial incluir a los trabajadores y sus representantes en esta etapa. Una vez que los directivos han mostrado su apoyo y compromiso para los programas específicos o para las políticas, también les ayudará a tener éxito.
- El séptimo paso es “Evaluar”. La evaluación es esencial para ver qué está funcionando, qué no y cuáles son los impedimentos para el éxito⁴⁹.

Un estudio hecho por Rongen en el 2013 muestra que la evaluación global de eficacia de programas de PSLT se ve obstaculizada por una gran heterogeneidad en las intervenciones y las poblaciones de estudio. Explica que la eficacia de los programas de promoción de la salud en el trabajo dependen no sólo del tipo programas y del contenido de la intervención implementada, sino también de la población de estudio, por lo cual los programas mostraron ser más eficaces entre poblaciones jóvenes. Es un precepto a considerar, cuando se habla de calidad, que los programas estén dirigidos específicamente a satisfacer las necesidades de los trabajadores¹¹¹.

Por su parte, Guazzi en un estudio en el 2014 señala que la PSLT sólo puede lograrse cuando la calidad se garantiza gracias a los modelos documentados de buenas prácticas, los cuales proporcionan facilidad en la toma de decisiones en las organizaciones. Cuando la PSLT se documenta de modelos de buenas prácticas, ya sea por país,

contexto o por el tipo de organización, se convierten los programas en un brazo de la empresa, se involucran todos los actores en la empresa y se mejora la calidad y las condiciones de la vida laboral, pues los programas se convierten en parte integral de la prácticas de gestión y la vida laboral diaria en todos los niveles de la empresa¹¹².

5.3 Sobre el concepto de PSLT y su relación con la participación de los trabajadores en los programas sobre condiciones de trabajo y su relación con el estado sociodemográfico de los trabajadores

Frente a la participación de los trabajadores en los programas de promoción de la salud hay tres aspectos en torno a los cuales girará este discurso. *El primero*, hacia la comunicación o socialización, pues si los trabajadores no tienen conocimiento de lo que la institución está haciendo por ellos en vano será el trabajo y los resultados que el equipo de Salud y Seguridad estén generando; *el segundo*, en términos de atención a las condiciones extralaborales; y *el tercero*, el ideal propiamente de la participación y el empoderamiento.

Castro, en 2010, la define como:

La participación a la necesidad de brindar mayor seguridad y confianza a los trabajadores para tomar decisiones que impliquen su salud y desarrollar habilidades para promover iniciativas sobre el tema. Constituye un principio corporativo que busca la integración del talento humano a la planeación, ejecución, evaluación y control de la gestión institucional y su responsabilidad en el éxito de la empresa; por lo tanto, se incluye como un deber de los funcionarios, reconociéndose así la intención de una participación abierta y motivada que involucre el proyecto de vida del trabajador con el proyecto de la institución¹¹³.

En el primer aspecto a desarrollar (comunicación y socialización) se aprecia la comunicación como un proceso mediante el cual dos o más personas, en un contexto determinado, ponen en común una información, ideas, emociones y habilidades mediante palabras o imágenes que les pueden permitir obtener, reafirmar o ampliar conocimientos anteriores¹⁰⁶. Es además complementario al de participación. En el campo de la salud, comunicación y participación son fundamentales, pues a través de una participación activa y consiente de la comunidad, lograremos fomentar el autocuidado de la salud¹¹⁴.

Para la Universidad Nacional de Colombia, se sugiere un cambio en la actitud comunicativa democrática, la cual corresponde más bien a una concepción dialogal en la cual el emisor tiene la función de comunicador y promueve la recepción grupal del mensaje. “El rol de comunicador implica primero la valorización de sus destinatarios, que

no son concebidos como receptores sino como perceptores. El comunicador toma como punto de partida la realidad, experiencia y necesidades de sus perceptores para lograr la recepción grupal de su mensaje. La comunicación concebida desde esta óptica promueve la participación de los perceptores, dado que la función del mensaje es la de ser generador de discusión, se busca que los perceptores recreen y reelaboren por sí mismos su propia interpretación, entonces el mensaje se constituye en el motor que impulsa a la creación de nuevos mensajes que se construyen desde la vivencia del perceptor, que ahora también se comunica¹¹⁵.

Autores como Del Valle (2003) muestran la importancia de la comunicación para la salud como el proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre la salud, los estilos de vida saludables y la acción comunitaria, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente poder ejercer sus derechos y responsabilidades para formar ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y al bienestar¹¹⁶

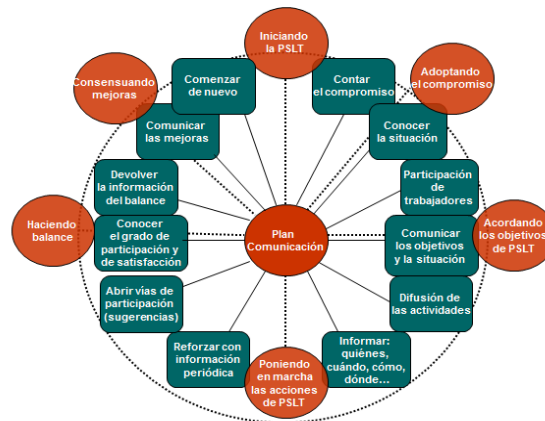
Partiendo de la premisa de educar, informar, convencer y explicar, así como de escuchar, la comunicación para la salud proporciona a individuos y comunidades las ventajas y recursos necesarios para prevenir enfermedades y mejorar su calidad de vida. El uso de los medios informativos y los multimedia, además de otras innovaciones tecnológicas para difundir información sobre salud entre la población, aumenta la concienciación sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo. La comunicación para la salud se convierte en un elemento cada vez más importante en la consecución de un mayor empoderamiento para la salud de los individuos y de las comunidades¹¹⁷.

Espinosa en el 2011 afirma que el proceso de socialización en programas de PSLT debe partir de una estrategia clara de comunicación. Como las empresas al igual que los individuos son diferentes entre sí, se hace necesario no optar por modelos, sino por el contexto real de la empresa para ajustar, escalar y adaptar. A partir de lo sugerido para mejorar la comunicación se necesita: 1. Contar con el compromiso de la dirección de la empresa en apoyar la comunicación; 2. Conocer a fondo la situación de partida. Dentro de ese proceso la comunicación debe iniciar por recoger información, analizarla, debatirla y formular propuestas¹¹³; 3. Consultar y abrir cauces de participación con los trabajadores a partir de foros, lluvia de ideas, encuestas, reuniones y lograr la participación de varios trabajadores en el proceso de socialización de los programas; 4. Definir las actividades y plazos previstos para la comunicación. Es el momento de desarrollar un calendario de actividades, informar sobre su organización y dar a conocer dónde, cómo y quiénes pueden participar, en otras palabras: difundir lo que queremos hacer (si realmente queremos conseguir los objetivos). Dentro de la Universidad los resultados en términos de socialización son bajos y una fuente repetitiva de queja de los trabajadores frente a ello sugiere no tomar sólo una opción de socialización (correo electrónico) sino abarcar todas las opciones, carteles, folletos, comunicados, puntos de

inscripción, mensajes electrónicos, redes sociales.

5. Llevar a cabo las actividades y realizar su seguimiento para la comunicación. Es el momento de reforzar con información periódica las actividades (inicio, desarrollo), y de abrir espacios de participación para que los trabajadores opinen y aporten sugerencias sobre las acciones de promoción de salud (comunicación multidireccional); 6. Hacer el balance o la autoevaluación. Para la comunicación, es momento de evaluar la efectividad del proceso de comunicación de las acciones de PSLT y valorar el alcance de los mensajes: ¿La información ha llegado a todos? Accesibilidad y visibilidad de los mensajes de salud para todas las personas que trabajan en la institución independientemente de horarios, relación contractual, etc. Además, es el momento de conocer el grado de participación (para identificar barreras), también es momento de obtener información sobre el grado de satisfacción, y lo más importante, devolver la información sobre lo que hemos evaluado a dirección y trabajadores. Como último y séptimo paso: comunicar las mejoras planteadas. Esta propuesta se sintetiza en la Figura 6.

Figura 5. Pasos para desarrollo de la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo



Fuente: <http://www.slideshare.net/monicapadial/comunicacin-de-mensajes-de-salud-en-pslt-nov-11>

El segundo aspecto del enlace frente a la participación obedece las condiciones extralaborales. Un aspecto fundamental de analizar dentro del componente de participación es la baja apreciación del componente extralaboral en los programas de promoción y seguridad en el trabajo en la Universidad¹¹⁸.

En los lugares de trabajo en los últimos tiempos se evidencia el trato que se da a los trabajadores preocupados tanto por las necesidades laborales como familiares. Es probable que los roles trabajo-familia estén enfrentados, ya que los trabajadores se ven obligados a representar varios papeles diferentes (padre, esposo, empleado) en distintos ambientes (hogar y lugar de trabajo), lo que exige una mirada más amplia¹¹⁹.

Investigaciones indican que son las familias con dos profesionales, un solo padre o hijos menores de cinco años, las que tienen más probabilidad de experimentar con mayor intensidad los conflictos familia-trabajo¹¹⁸. Muchos sentimientos de frustración laboral son consecuencia del conflicto trabajo-familia; un conflicto que también se relaciona con mayores peligros que afectan la salud, reducción de la productividad, absentismo y deficiente salud mental¹²⁰. Los conflictos trabajo-familia pueden afectar incluso a trabajadores solteros sin hijos. Todos los empleados tienen roles laborales y no laborales, y actividades que pueden entrar en conflicto con su trabajo.

Es por esta situación que la Universidad Nacional de Colombia no puede hacer a un lado la vida extralaboral del trabajador y se propone tomar una posición vanguardista en relación con la concepción de salud y seguridad en el trabajo. Éste es uno de los componentes que se deben evaluar e integrar en la relación salud-trabajo.

Por otra parte, el tiempo en el cual los sujetos no están trabajando se lo ha denominado *tiempo libre*. Es el tiempo extralaboral, es el que utilizan los seres humanos para el descanso, la recreación, la cultura, el deporte, la reproducción biológica, la sexualidad, la vida familiar, la educación, en definitiva, el tiempo que los sujetos le dedican no sólo a reproducir lo que desgastaron o consumieron en el trabajo, sino fundamentalmente lo que implica desarrollar el conjunto de potencialidades y capacidades de su condición humana, la llamada *reproducción social*¹²¹. Frente al anterior aspecto, es importante que la Universidad enfoque sus programas en el uso del tiempo libre de sus trabajadores administrativos y en fortalecer los vínculos con las familias. Esto requiere más pertinencia y empoderamiento.

Como se mencionó en el Capítulo 2, un lugar de trabajo saludable se reconoce los factores no laborales que pueden influir en salud de los trabajadores, y fomenta la interacción con las familias y comunidades. La salud de los trabajadores se ve afectada por estos factores, que, a su vez, tienen un impacto en el desempeño laboral y la productividad en el trabajo. Estos factores incluyen malas condiciones de vida, tensas relaciones familiares, el consumo de tabaco, el alcohol y las drogas, la dieta poco saludable, dificultades financieras, y actividades de ocio peligrosas. Al mejorar los conocimientos y habilidades sobre cómo manejar mejor su salud, los trabajadores y sus familias deben beneficiarse, al igual que el lugar de trabajo⁴⁶.

En el análisis se ve directamente la participación y el empoderamiento. Al respecto, históricamente la Declaración de Sundsvall, resultado de la Conferencia, determinó que el término *ambientes favorables* se refiere a “los aspectos físicos y sociales del entorno en donde viven las personas. Incluye hogar, lugar de trabajo, comunidad y abarca el acceso a los recursos para vivir y las oportunidades para actuar”. Esta declaración fundamenta el concepto de promoción de la salud en los lugares de trabajo al considerar los centros de trabajo como escenarios de referencia para promover la salud. En ella se ratificaron elementos indiscutibles y necesarios para lograr los propósitos de la promoción de la salud, a saber: equidad, empoderamiento, participación

y comprensión de interdependencia de los elementos que componen el ambiente considerado integralmente y su relación directa con la salud y el desarrollo¹²².

Cabe especificar que dentro del concepto de promoción de la salud trascienden otras definiciones, entre las cuales se infiere el concepto de empoderamiento para las personas y los grupos. La Red Europea asegura que la PSLT está basada en la cooperación multisectorial y multidisciplinar, y sólo puede ser eficaz si se comprometen todos los integrantes de la empresa. Además, la PSLT puede llegar al objetivo “gente sana en organizaciones sanas” si todo el personal está implicado (participación); ha de integrarse en todas las decisiones importantes y en todas las áreas de las organizaciones (integración); y si todas las medidas y programas han de orientarse hacia la solución de problemas desde el análisis de las necesidades, establecimiento de prioridades, planificación, ejecución, control y evaluaciones continuadas (proyecto de gestión).

Este estudio muestra una pobre integración y trabajo mancomunado entre la labor del Grupo de Salud Ocupacional y los trabajadores, mostrando bajos niveles de participación (42%), desconocimiento del contenido de los programas (60%) y falta de promoción de factores de protección y potenciadores de la salud. Es necesario además que en el proceso de participación de los trabajadores se conozcan en algún momento los resultados obtenidos en las actividades de PSLT, pues como Castro¹¹³ señala, se limitan en muchos casos a indicadores cuantitativos de accidentalidad y enfermedad laboral, que finalmente no son socializados a los trabajadores sino que muchas veces se quedan en niveles administrativos y algunos normativos, como el COPASO.

Otras perspectivas describen la participación como “toda forma de gestión de la producción o de la empresa en la cual toman parte o están asociados los trabajadores de base”¹²². En el análisis de la participación, es aceptado que la participación implica relaciones de poder, y en ocasiones asume una práctica dada por conflictos de intereses y el inevitable aspecto político.

La participación entonces se reconoce como la resultante de un compromiso entre contextos sociales, económicos y tomará diferentes formas de acuerdo a los problemas y necesidades de una comunidad empresarial, con lo que pueden existir posturas enfrentadas. En este sentido, se entiende la participación como “una manera de tratar colectivamente las informaciones con relación al funcionamiento técnico-productivo de las empresas y no a un compromiso entre actores con intereses divergentes”¹²³.

De esta manera, surge la inquietud: ¿Cómo hacer operativa la participación? La respuesta está en aplicar algunas categorías de participación. La primera categoría asume la información como nivel mínimo indispensable, la presencia de desigualdad informativa afecta directamente la participación. La segunda es la consulta, entendida como contar con el punto de vista de los trabajadores manteniendo el poder de decisión,

esta categoría se considera elemental¹²⁴. La tercera categoría es la negociación o el proceso a través del cual se pretende llegar a acuerdos sobre asuntos que vinculan a ambas partes. La última categoría obedece a la codecisión, un proceso en donde las decisiones se toman de común acuerdo mediante estructuras paritarias y se considera el mayor nivel de implicación y participación de los trabajadores^{124 125}.

Laville distingue tres tipos de participación: la institucional (codecisión entre dirección y representantes de los trabajadores para los salarios, las condiciones de trabajo y salud laboral), participación organizacional (actividades colectivas de recolección y tratamiento de la información para tomar micro-decisiones) y participación cultural (formas de participación para fortalecer valores comunes y favorecer adhesión¹²⁶).

En el proceso de participación también se hace necesario:

- Tener reglas del juego claras.
- Generar condiciones de igualdad.
- Creer en la participación como un proceso continuo.
- Juego limpio.
- Favorable formación en el proceso¹²⁷

Frente a algunas experiencias se relacionan actividades en las que los representantes de los trabajadores pueden centrar su participación:

- Comunicación con los trabajadores.
- Comunicación de la realidad.
- Propuesta de soluciones.
- Ejecución de acciones de presión.
- Coordinación.
- Protección del medio ambiente^{128 129}.

Si bien es cierto existe un programa de PSLT, la garantía de desarrollo real se debe centrar en la participación de los trabajadores, ser reconoce que generar y operativizar la participación es un desafío que vale la pena asumir en una institución como la Universidad Nacional de Colombia.

A continuación se presentarán algunas orientaciones que pueden ayudar en el diseño de una propuesta de intervención para mejorar la calidad en la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo para los trabajadores administrativos de la Universidad Nacional de Colombia.

6.Orientaciones para el diseño de una propuesta de intervención

Teniendo en cuenta que las condiciones de trabajo influyen cada vez más en todo tipo de organizaciones con la generación de nuevas tareas, relaciones laborales y cambios en las organizaciones, es importante como organización favorecer procesos de evaluación, intervención, control y prevención, propendiendo por la mejora de las condiciones de trabajo y salud de las personas dentro de los entornos laborales¹³⁰. Esta propuesta surge de los análisis de los resultados y busca orientar los programas de PSTL para los trabajadores administrativos de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.

Con motivo de esta realidad se hace necesario favorecer entornos laborales saludables. De este modo nace la estrategia de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo (PSLT) vista como una serie de políticas y actividades en distintas estancias, ámbitos y condiciones que contribuye a los trabajadores y empleadores a aumentar el control de la salud de los trabajadores, la promoción de la calidad de vida y la productividad. La Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo puede asistir en la disminución de las enfermedades y los costos derivados de ellas, en un incremento de la productividad, así como en una población trabajadora más sana, más motivada, con la moral más alta y con un mejor clima laboral¹³¹.

En la actualidad, se admite la PSLT como una estrategia moderna que aspira apoyar la prevención de peligros laborales (incluyendo enfermedades relacionadas con el trabajo, accidentes, lesiones, enfermedades profesionales y estrés) y aumentar la capacidad individual de la población trabajadora para mantener su salud y calidad de vida. Así pues, nace esta propuesta desde la evaluación de los programas de PSLT aplicados a los trabajadores administrativos en la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá y como estrategia de fortalecimiento desde el modelo de entornos saludables de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con un enfoque participativo desde la Academia, los trabajadores y la División Nacional de Salud Ocupacional.

6.1 Objetivos de la propuesta

6.1.1 Objetivo general

Ofrecer orientaciones para el diseño de una propuesta que fortalezca los Programas de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo dirigidos a los trabajadores administrativos de la Universidad Nacional de Colombia a través de un modelo de intervención sistemática y participativa, desarrollada conceptualmente desde el modelo de entornos saludables de la OPS.

6.1.2 Objetivos específicos

1. Teorizar los pasos a desarrollar conforme el modelo teórico de base: *Modelo de entornos saludables de la OPS*.
2. Plantear actividades orientadoras para cada uno de los pasos del modelo, teniendo en cuenta la evaluación previamente realizada, que favorezca la participación de los trabajadores.

6.2 Teorización del modelo

La OMS ha desarrollado un modelo integrador que parte de la definición de un entorno laboral saludable concebido como:

Un entorno laboral saludable es aquel en el que los trabajadores y directivos colaboran en utilizar un proceso de mejora continua para proteger y promover la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del espacio de trabajo, considerando lo siguiente, basado en cuatro necesidades identificadas¹³²:

- La salud y la seguridad dependen del entorno físico del trabajo.
- La salud, seguridad y bienestar dependen del entorno psicosocial del trabajo, incluyendo la organización del trabajo y la cultura del espacio laboral.
- Los recursos personales de salud en el espacio laboral.
- Las formas de participar en la comunidad para mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y los otros miembros de la comunidad [ver figura 7.]

Figura 6. Componentes principales del modelo PSLT



Fuente: de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44317/1/9789243599311_spa.pdf

6.2.1. Beneficios de crear PSLT

Los estudios realizados en diferentes países, tanto en Europa como en Estados Unidos, Australia y Canadá, demuestran que los programas de promoción de la salud en el trabajo reducen los costes directos asociados a la asistencia sanitaria, pero también al absentismo por enfermedad, a la rotación de personal y a la siniestralidad laboral. Esta evidencia, cada vez más sólida, no debería ser pasada por alto por las empresas, sobre todo si quieren ser sostenibles y competitivas.

La mejora de la salud de los trabajadores tiene múltiples beneficios, tanto para las empresas como para los trabajadores. La promoción de la salud en el trabajo¹³³:

- Ayudará a la empresa a lograr sus objetivos.
- Mejorará la salud y el bienestar de los trabajadores.
- Conseguirá unas condiciones de trabajo más seguras y saludables.

En la puesta en marcha y ejecución de un programa PSLT es imprescindible la participación de todos, tal y como se apunta en la Declaración de Luxemburgo. Para esto se requiere:

- El compromiso de trabajadores y de sus representantes, de la Dirección y de los mandos intermedios.
- Participación de los trabajadores.
- Existencia de un grupo que coordine el programa (interno, externo o mixto).
- Presencia de un responsable interno que facilite la puesta en marcha del programa¹³⁴.

¿Qué significa intervenir el entorno físico del trabajo?

Para la OMS, el entorno físico de trabajo, que puede detectarse mediante monitoreo humano o electrónico y que incluye la estructura, el aire, la maquinaria, los equipos, los productos químicos, los materiales y los procesos que se realizan o están presentes en el espacio de trabajo y que en algún momento pueden afectar la seguridad física o mental, la salud y el bienestar de los trabajadores. Cuando los trabajadores realizan sus actividades en el exterior o en un vehículo, entonces ese sitio es su ambiente físico de trabajo¹²⁷.

RENTE A ESTE ASPECTO, SE
HACE PRIORITARIO LA
REALIZACIÓN DE
PROFESIOGRAMAS EN TODOS
LOS CARGOS DE
TRABAJADORES CON
PELIGROS Y CON NECESIDAD
DE ELEMENTOS DE
PROTECCIÓN PERSONAL

A SU VEZ, ES NECESARIO
ACTUALIZAR LOS EPP SEGÚN LAS
NECESIDADES Y CAMBIOS SUFRIDOS
EN LOS CARGOS DE LOS
TRABAJADORES

En cuanto al entorno psicosocial de trabajo

El entorno psicosocial del trabajo incluye la organización del trabajo y la cultura organizacional; las actitudes, valores, creencias y prácticas que se demuestran como cotidianas en la empresa/organización y que afectan el bienestar físico y mental de los empleados ¹³². Generalmente se refiere a ellos como estresores del espacio de trabajo, los cuales pueden causar estrés mental o emocional a los trabajadores.

¿A qué obedecen los recursos personales de salud en el trabajo?

- ✓ Para la OMS se entienden por recursos personales de salud: el espacio de trabajo, un ambiente promotor de la salud, servicios de salud, información, recursos, oportunidades y flexibilidad que una empresa proporciona a los trabajadores para apoyar o mantener sus esfuerzos para mejorar o mantener estilos de vida saludables, así como para monitorear y apoyar constantemente su salud física y mental.
- ✓ Actitudes como las siguientes puede ser el resultado del estrés en el espacio de trabajo: la inactividad física, una dieta pobre puede ser ocasionada por la falta de acceso a alimentos sanos en el trabajo, el fumar puede ser impedido o promovido por el entorno del espacio de trabajo, el abuso en el consumo de alcohol y una pobre calidad o cantidad de sueño ¹³².
- ✓ Por todo lo anterior se deben promover estilos de vida saludable. Entre los que se encuentran:
 - Proporcionar servicios de acondicionamiento físico a los trabajadores.
 - Permitir flexibilidad en el ritmo de trabajo y la duración de los descansos para permitir el ejercicio físico.
 - Crear e implementar reglamentos para no fumar en el lugar de trabajo.
 - Implementar campañas promocionales o competencias para promover la actividad física y el comer sano.
 - Proporcionar programas sobre tabaquismo: información, fármacos, incentivos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar.

- Proporcionar guías para promover un sueño efectivo y reparador.
- Proporcionar servicios médicos como: evaluaciones médicas, exámenes médicos, vigilancia médica (medición de la pérdida de la audición, exámenes de sangre, pruebas del estatus de VIH).

Participación de la empresa en la comunidad

Para la OMS, la participación de la empresa en la comunidad comprende las actividades, conocimientos y otros recursos que una empresa proporciona a la comunidad o hacen que se conecte con la comunidad dentro de la cual opera, además de aquellos que afectan la salud física y mental, la seguridad y el bienestar de los trabajadores y sus familias. Esto incluye actividades, conocimientos y recursos proporcionados al entorno local inmediato, pero también al más extenso entorno global¹²⁷.

6.3 Fases de trabajo para la implementación del modelo

6.3.1 Primera fase: movilizar

Dentro de la primera fase es importante partir de dos actividades descritas en la siguiente imagen:



Fuente: Datos de la investigación

En esta fase se recomienda para el Grupo de Salud Ocupacional realizar un trabajo en tres ejes. El primero, en individual (mejorando la sensibilización, el conocimiento y las habilidades de la persona promoviendo un cambio de actitud y comportamiento). De acuerdo a los resultados, se evidenció un 45% de desconocimiento de los programas de Salud Ocupacional y un 60% de desconocimiento en el contenido.

El segundo corresponde al eje del entorno (creando entornos físicos y sociales que promuevan buenos hábitos de salud y que permitan elecciones seguras y saludables y respeten la diversidad). Al respecto, los trabajadores opinaron en un 56% que la Universidad Nacional de Colombia no desarrolla actividades para el mejoramiento del ambiente físico y en un 67% que no desarrolla actividades para el mejoramiento de las relaciones interpersonales.

El tercero el eje de la organización (integrando los objetivos de salud con los de la empresa, estableciendo incentivos para reforzar los comportamientos y asignando recursos, entre otras cosas¹³³). Al respecto es necesario aclarar que dentro de los resultados de este estudio se mencionó que para el 75% de los trabajadores no existen incentivos para los que participan o aportan en la mejores de condiciones de trabajo o salud de la comunidad universitaria. Por lo cual se propone reforzar la socialización en la Universidad Nacional de Colombia con una campaña visual, teniendo en cuenta los resultados evidenciados en este estudio, que reportan un 61% de desconocimiento en las actividades que se adelantan en la institución para mejorar las condiciones de trabajo.

La comunicación visual nace de la necesidad de sensibilizar de forma continua a todos y cada uno de los miembros de la empresa y de crear una auténtica cultura de la prevención de la enfermedad y de la promoción de la salud. La calidad del producto o del servicio, la innovación, la seguridad y la salud son elementos esenciales para la supervivencia y el éxito de la empresa. Esta estrategia responde a una regla básica de la comunicación: se retiene el 10% de lo que se lee, el 20% de lo que se oye y el 30% de lo que se ve. Si a la imagen (cartel) y a la información escrita (folleto) les añadimos la participación activa en sesiones presenciales (ficha) donde el trabajador o la trabajadora escucha, dice y hace, ese porcentaje de retención llega al 90%¹³⁴.

Por otra parte, es necesario movilizar a los trabajadores. Para el desarrollo de estas actividades se sugiere el uso de:

- *Carteles temáticos y mensajes asociados* que permitan captar la atención de los trabajadores, suscitar comentarios entre ellos e iniciar el proceso de reflexión sobre el tema. Éstos deben exponerse en puntos estratégicos (ingresos a la Universidad o a las facultades, en restaurantes y sitios comunes de reunión, entre otros). Dichos puntos estratégicos de ubicación de

estos materiales deben ser identificados fácilmente por los propios trabajadores.

- *Fichas de acción.* Se convierten en un recurso inestimable para los responsables de dirigir la campaña y animadores de las reuniones (COPASO, LIDERES GAESO Grupo de Gestión Ambiental, Emergencias y Salud Ocupacional, Jefes de área). Esta herramienta facilita el trabajo explicando las singularidades del cartel, los conceptos clave del tema tratado y proponiendo lecturas e información adicional para preparar las reuniones (en este proceso es importante bajo la evaluación incluir los jefes de las áreas a quienes el trabajador busca de manera inicial).
- *Folletos individuales* con información clara y sencilla, de aplicación tanto al entorno laboral como doméstico (es importante incluir el entorno extralaboral del trabajador). Es la herramienta que ayuda a implicar a los trabajadores. Con ellos, el trabajador puede reflexionar sobre la importancia del tema tratado interesándose por éste y sobre las repercusiones que puede tener sobre su salud y la de su familia. Estos folletos pueden entregarse en la mano, ser enviados por correo postal o electrónico, o colgarse en la página *web*¹³⁵, teniendo en cuenta que los trabajadores manifiestan en un 84% que la Universidad desconoce las necesidades extralaborales de sus empleados, dentro de las que se encuentra la familia.
- Es importante también tener en cuenta la edad de los trabajadores y el acceso a los sistemas actuales de uso de la socialización (página *web* y correo electrónico)¹²⁹, puesto que a partir de los resultados obtenidos en este estudio, se demostró que sólo el 12% recibe la información por medio de correos enviados por el Grupo de Salud Ocupacional.
- La campaña debe ser vista por todos y llamar la atención.
- Es necesario buscar en la Universidad lugares estratégicos para la colocación de los carteles, dando prioridad a los lugares de trabajo (oficinas y talleres), ya que es ahí donde los trabajadores pasan la mayor parte del tiempo.
- Además de pensar en todos los destinatarios, es necesario no olvidar a nadie.
- Escoger lugares en los que no exista ningún otro cartel o información.
- Tener en cuenta la iluminación (diurna y nocturna) además de colgarlo a la altura de los ojos.

Es necesario destacar que existen facultades expertas en estos procesos comunicativos como, la Facultad de Artes, Diseño entre otros que se pueden vincular con esta propuesta.

➤ **Es necesario que todos comprendan el programa o campaña:**

- Aprovechar una reunión (o varias según la posibilidad de la Universidad) para presentar el tema general de la campaña o programa, haciendo una pequeña presentación y asociando el tema con algunos ejemplos pertenecientes a la propia Universidad.
- Presentar la iniciativa al menos a los jefes de equipo o mandos intermedios de cada área. Es fundamental que entiendan cuáles son los elementos principales de cada tema, ya que serán los facilitadores idóneos de la campaña en relación con sus colaboradores (Lo anterior se evidenció en los resultados, donde los trabajadores manifestaron en un 27% su participación en el mejoramiento de las condiciones de trabajo a través de la generación de sugerencias en las reuniones con el jefe inmediato).
- Cada tema debe disponer de un folleto informativo individual. En ellos se repetirá lema y la imagen, pero se debe aportar un texto explicativo. Este texto no es una disertación sobre el tema, sino una breve síntesis del tema en el que se resumen los principales problemas relacionados con cada uno de los mensajes.
- Los folletos nombrados en la campaña visual pueden distribuirse de forma paralela a la campaña o al programa, lo que reforzará su impacto o ser usados como información complementaria o base de discusión en una reunión o taller específico.
- Para mayor comprensión de las campañas o programas, se recomienda introducir la campaña en un momento de clima social favorable, sereno e integrar la campaña en un programa de gestión global.
- Dar difusión y explicar el porqué de la campaña (selección del tema general, objetivo, cronograma y desarrollo de la misma).
- Incluir a toda la Universidad en la campaña, pues en la evaluación se mencionó por parte de los trabajadores que este aspecto se manejaba aleatoriamente.
- Asegurar la implicación incondicional de la dirección y mandos intermedios.

- Promover una actitud abierta al diálogo, a la aceptación de sugerencias. Esto favorece la participación.
- Velar para que se provea al personal de la empresa de las herramientas y recursos necesarios para la mejora.
- Mantener la credibilidad, evitar comportamientos o acciones que no sean coherentes con los mensajes de los carteles, predicar con el ejemplo¹³⁰.

6.3.2. Reunir

Como estrategias importantes para tener en cuenta, se deben establecer comités; en este caso los grupos GAESO serían los apoyos principales. Ellos serán el la representación de las áreas, institutos, facultades, grupos y demás lo importante es que estén bien establecidos y por cada exista representatividad a partir de ellos.

- Las reuniones deben ser regulares (crear hábito y compromiso).
- Las reuniones también pueden ser informales: cuando suceda algo que los grupos GAESO debe saber, reúnalos y comparta las noticias o las inquietudes. La espontaneidad por sí misma puede ser positiva en muchas organizaciones, especialmente cuando el curso normal de acción es seguir una rutina establecida.
- Asegurar una representación recíproca de estos comités (GAESO) con el comité conjunto de dirección, salud y seguridad, a su vez con el COPASO.
- De todos los trabajadores participantes del GAESO invite a 2 o 3 voluntarios para ayudar con el trabajo (grupo de trabajo para el entorno laboral saludable).
- Si puede contar con apoyo desde la academia para lograrlo, inclúyalos (por ejemplo, con la Facultad de Enfermería y sus postgrados en salud y seguridad en el trabajo, la Facultad de Odontología, la Facultad de Medicina, el Programa de Fisioterapia, el Programa de Fonoaudiología).
- Busque lugares que favorezcan el proceso de un entorno saludable con el fin de sensibilizar, motivar y empoderar en el proceso.
- Generar la opción de formar este equipo como líderes de bienestar en salud y seguridad en el trabajo y busque una forma de que sean reconocidos (cursos,

permisos, premios, regalos). Esto favorecerá la motivación a otros.

- Es importante en las reuniones establecer una intención al principio de la reunión. Decida cuál es la intención de esa reunión. Declárelo en voz alta al principio; cuáles son los puntos a tratar y cuál es el tiempo disponible para hacerlo¹³⁶.
- Planificar los puntos de la agenda; es importante explicar los puntos de la agenda a tratar durante los primeros segundos.
- Existen tres recursos fundamentales en el desarrollo de una reunión: el tiempo, la motivación de las personas implicadas y la metodología (herramientas para el desarrollo de la reunión).

6.3.3. Evaluar

- Para el proceso de evaluación, es necesario tener conocer los datos demográficos de la fuerza de trabajo, línea sobre el absentismo, incapacidades temporales o permanentes, rotación de personal, información sobre enfermedades y accidentes, discapacidad temporal y permanente, rotación de personal, quejas sindicales en su caso, preocupaciones que han surgido de las inspecciones al espacio de trabajo, identificación de peligros y procesos de evaluación.
- Conducir una encuesta confidencial e integral acerca del estado de salud, las preocupaciones respecto a la salud, seguridad y bienestar, fuentes de estrés en el espacio de trabajo o en el hogar, liderazgo, compromiso del empleado, perspectivas de salud, etc. En este aspecto sería importante el trabajo coordinado con UNISALUD. Además, ahondar en preguntas que cuestionen a los trabajadores en lo que podrían hacer como individuos para mejorar su salud, y cómo piensan que el empleador puede ayudar.
- Hacer una auditoría integral para evaluar todos los peligros en el espacio de trabajo o revisar los resultados de los reportes de inspección del espacio de trabajo.
- Bajo la evaluación de peligros, determine las buenas prácticas locales y consulte expertos según lo requiera.
- Dirija una discusión con los trabajadores acerca de sus preocupaciones sobre salud, seguridad y bienestar.
- Es importante en el proceso de evaluación incluir las preocupaciones de la familia y la comunidad relativas al trabajo (componente extralaboral).

- Desarrolle en momentos de reunión y con los jefes, una lluvia de ideas sobre lo que los empleados y el empleador pueden hacer para hacer las cosas mejor.
- Dentro de los aspectos a evaluar, vale la pena identificar los estilos de vida saludable con el fin de enrutar objetivamente los programas (se sugiere el Instrumento Fantástico).
- En este proceso, la Academia es fundamental, pues desde su óptica puede aportar instrumentos validados y aptos para aplicar en la población trabajadora (especialmente el Postgrado en Salud Ocupacional, la Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo y la Maestría en Salud Pública⁶⁴).
- La OMS sugiere dentro de la evaluación los siguientes métodos de recolección de datos:
 - Realizar una profunda revisión de documentos, reportes de inspección, estadísticas de accidentes y daños, auditorias de seguridad, datos sobre absentismo, etc.
 - Promover recorridos de inspección en todas las áreas de la Universidad para identificar peligros potenciales para la salud en el entorno físico del trabajo.
 - Favorecer el monitoreo ambiental y la vigilancia frente al proceso de salud/médica con la asesoría de expertos en higiene y medicina ocupacional. Es posible obtener datos acerca de agentes físicos y químicos en el espacio de trabajo y la cantidad de exposición del trabajador.
 - Desarrollar una encuesta escrita y de carácter anónimo, ya sea en papel o por envío electrónico, para preguntar acerca de los elementos citados anteriormente.
 - Promover grupos de discusión, reuniones en pequeños grupos facilitados por un líder con objetivos específicos en mente y preguntas estructuradas.
 - Desarrollar entrevistas, las entrevistas cara a cara y con más a profundidad pueden ser efectuadas con profesionales o con las partes claves interesadas.
 - Generar una caja de sugerencias. Es una manera de solicitar sugerencias anónimas, las que pueden ser más honestas que las opiniones expuestas en un grupo de discusión^{113, 138}.

6.3.4 Priorizar

- Una vez toda la información ha sido recolectada, el equipo de trabajo deberá establecer prioridades para lograr un entorno saludable entre los muchos elementos identificados, dado que pueden existir demasiados problemas que atender al mismo tiempo.
- La priorización no se dirige a otorgar importancia a un problema de salud y seguridad o intervención, sino más bien a concederles preferencia. Implica decidir cómo se van a utilizar los recursos asignados.
- Priorizar implica la aplicación de los conocimientos sobre la importancia de los problemas, la eficacia, la efectividad y la eficiencia de las intervenciones, la opinión de los profesionales y la población.
- La priorización debe involucrar a todos los grupos de interés (grupo de Salud Ocupacional, Unisalud, ARL y trabajadores).
- Existen pasos que favorecen el proceso de priorización en cuanto a selección y método. Dentro de los pasos se distingue la homogenización de criterios, el consenso o aplicación de los criterios a los pares Problema/Intervención y la obtención de una lista jerarquizada de problemáticas¹⁴⁰.
- Haga un *top ten* de problemáticas y ayúdese de los trabajadores para elegir los 3 o más importantes.
- Es importante que recolecte datos e información que lo acerquen a la situación de análisis y después de revisarla haga un listado de todas aquellas situaciones consideradas problema.
- Al hacer este listado de problemas, tenga en cuenta que cada enunciado debe estar debidamente formulado, esto es, que en una frase se muestre el problema, se evidencie por qué es un problema, para quién es problema y cuál es su magnitud¹³⁶.

6.3.5. Planear

- ❖ La OMS recomienda hacer un plan amplio de 3 a 5 años inicialmente.
- ❖ Desarrollar planeación anual, con planes de acción detallados para cada actividad, nueva política o programa.
- ❖ Incluya actividades que se ocupen de desarrollar alerta, conocimiento y construcción de habilidades, cambios conductuales y ajustes ambientales/organizacionales.

- ❖ En cada plan de acción específico, incluya el proceso y metas finales, al igual que los planes de evaluación, plazos, presupuesto y planes de mantenimiento.
- ❖ Se recomienda planear algunas actividades a corto plazo para atender los proyectos más pequeños o las necesidades inmediatas de alta prioridad. Nuevamente, las buenas prácticas locales pueden ser una guía¹²⁰.
- ❖ Desarrolle un plan a largo plazo para realizar los proyectos más grandes.
- ❖ Planee hacer una cosa a la vez.
- ❖ Cuando realice su plan de acción, se debe tener claro el presupuesto, las instalaciones y los recursos requeridos, al igual que la planeación para su lanzamiento, la mercadotecnia y la promoción del programa o política y la capacitación para alguna nueva política. Algo que frecuentemente se olvida es incluir un plan de mantenimiento para 3-5 años y un plan de evaluación para cada iniciativa¹²¹.

6.3.6 Hacer

En el proceso del hacer es importante dividir responsabilidades entre los miembros del Comité y establecer planes de acción claros.

- Haga juntas mensuales o bimestrales para evaluar el progreso en todos los proyectos.
- Transmita los planes de acción con la asistencia del propietario/operador y el Grupo de Trabajo¹³⁶.
- Se distinguen algunos modelos de plan de acción, dentro de los que se analiza aspectos como (la acción a desarrollar, los beneficios para los trabajadores, indicador de gestión, meta a lograr, actividad puntual a desarrollar, responsables, recursos necesarios y tiempo con el que se cuenta.
- Un plan de acción es una herramienta que proporciona un modelo para llevar a cabo el proceso de acción de una empresa. Conduce al usuario a través de un formato básico de planeación de acción, paso por paso, cubriendo todos los elementos básicos. Siguiendo este formato, cualquier proyecto u organización podrá preparar un plan de acción en el contexto de un marco de una planeación estratégica.
- También se conoce como plan de acción a una presentación resumida de las tareas que deben realizarse por ciertas personas, en un plazo de tiempo específicos, utilizando

un monto de recursos asignados con el fin de lograr un objetivo dado¹²².

6.3.7. Evaluación

- Es necesario en este proceso comparar el proceso y los resultados de cada actividad contra los planes de evaluación.
- En un tiempo predeterminado luego de comenzar un programa o iniciativa, es necesario repetir el recorrido de inspección para ver si hay mejoras en las deficiencias previas.
- Además, es necesario preguntar a los trabajadores si el proyecto funciona, por qué o por qué no y en qué se puede mejorar¹³².
- Existen modelos de evaluación entre los que encontramos:
 - **Modelo analítico:** usa mucha información cuantitativa. Estudia fenómenos observables y susceptibles de medición. Deben ser muy exactos y sistemáticos a dar buen resultado, el valor específico es la magnitud, el grado o la cantidad.
 - **Evaluación por expertos:** sólo un experto puede proporcionar evaluaciones mediante el uso de la perceptividad, organizada de experiencia.
 - **Evaluación iluminativa:** hace uso de información cualitativa y da a conocer variados contextos de proyecto como un proceso global, basado en técnicas como la entrevista y la observación de campo.
 - **Modelo antes/después:** medición antes de aplicar la intervención. Mide el impacto del programa con evaluación al final de terminar el programa.

Los instrumentos y técnicas utilizadas en los Modelos de Evaluación son: la eficiencia, modelo analítico, instrumentos, encuestas, las cuales están orientadas a la medición cuantitativa y cualitativa¹³⁹.

6.3.8 Mejora

- En el proceso de mejora es necesario sobre la base de objetivos por desarrollar reevaluar los planes de acción y actualizar.
- Realice una encuesta de evaluación de calidad de los programas que ofrece y repítala cada dos años y monitoree los cambios a lo largo del tiempo.
- Trate de desarrollar sus planes anuales basados en las evaluaciones del año anterior.
- Basado en lo que ve y escucha de los trabajadores, cambie el programa para

mejorarlo (tenga en cuenta las apreciaciones de los trabajadores).

- Utilice su listado de prioridades para inicio de nuevos proyectos.
- El último paso o el primero en el nuevo ciclo es hacer cambios basados en los resultados de las evaluaciones para mejorar los programas que se implementaron o añadir componentes en el próximo.
- En esta etapa es importante considerar si nuevas necesidades han emergido y no se contemplaron en el plan, por lo que se requiere una revisión del mismo.
- También es momento de identificar si posiblemente algunas técnicas no funcionaron tan bien como se esperaba y deben revisarse.
- Por otra parte, pudieron haberse alcanzado algunos éxitos notables. Es importante reconocer el éxito, y asegurarse de que todas las partes interesadas se enteren de ello y continúen brindando su apoyo (socializar el resultado de los programas). En este caso, es relevante pues fue el factor de ponderación más bajo en la evaluación de calidad, con un 53%¹³⁸.

7. Conclusiones y Recomendaciones

Los cambios en el mundo laboral han traído como consecuencia ajustes en las condiciones de trabajo, las cuales han impactado a todo tipo de instituciones que tienen la responsabilidad de ajustarse, autoevaluarse y mejorar sus procesos de salud y seguridad en el trabajo, garantizando siempre el bienestar de sus trabajadores.

Este proyecto buscó describir los programas de PSLT, teniendo en cuenta dos miradas, la primera, desde el equipo de trabajo (*Grupo de Salud Ocupacional*) quienes a través de su recurso humano, el presupuesto y la logística con los que cuentan, diseñan, ejecutan y miden sus programas de promoción y prevención. La segunda, desde *los trabajadores administrativos de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá*, quienes participan o no de los programas y quienes en este proyecto tuvieron la oportunidad de evidenciarlo, mostrando su nivel de participación, el tipo de actividades en que les gustaba hacerlo, la forma como hasta ahora lo hacían y las capacidades que tienen para aportar y participar en el futuro.

Este proyecto, con respecto al primer objetivo específico que obedeció a la caracterización sociodemográfica y de participación de los trabajadores, identificó que entre lo relevante el 69% de la población superaba los 40 años de edad, detalle que es indispensable tener en cuenta en el momento de plantear y diseñar programas de promoción de la salud, bajo el reto de cumplir estrictamente con las necesidades a las que a esta edad se está expuesto en torno a las condiciones de trabajo, salud y calidad de vida.

Dentro del mismo análisis se encontró que de acuerdo a la antigüedad de vinculación, los trabajadores administrativos de la Universidad Nacional de Colombia superan los 15 años de trabajo, con un 46%, lo que involucra un desgaste laboral importante, que debe ser abordado con mucha responsabilidad en todo el contexto que rodea al trabajador (Recursos Humanos, División de Salud Ocupacional, Unisalud y Bienestar). Los asuntos anteriormente nombrados requieren ser analizados para futuros programas de promoción de la salud.

Con relación a la caracterización de la participación de los trabajadores en los programas de PSLT, es importante favorecer métodos esenciales, como la forma, el estilo y el tipo de socialización, garantizando plenamente que toda la comunidad de trabajadores sea conocedora de las actividades que desarrolla el Grupo de Salud Ocupacional, pues parte de los resultados de este estudio evidencia que los

trabajadores administrativos afirma conocer la existencia de los programas sólo en un 52%, aunque es relevante el desconocimiento en el contenido de los mismos, en un 60%. Esto ha impactado directamente la participación de los trabajadores, reportándose 58% de ausencia en las actividades. Los cargos que demarcan más ausencia y a los cuales se les debe generar mayor motivación y atención, son Conductores, Vigilantes y Oficiales de Albañilería.

De acuerdo a estos resultados, la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, y en especial la División de Salud Ocupacional, debe generar nuevas estrategias de comunicación, participación e involucramiento de los trabajadores mediante las diversas fases de los programas de PSTL.

También se encontró un bajo interés por el contexto extraocupacional de los trabajadores, lo cual debe ser un problema que debe subsanarse, dado el resultado de 84% de manifestación de no interés por parte de la Universidad Nacional de Colombia transmitiendo desmotivación y baja pertenencia con la organización.

En lo que respecta al objetivo principal, que fue la medición de la calidad de los programas ofertados, ha alcanzado sólo el 66% de calidad, aspecto que se debe mejorar, frente a un cambio en lo que se piensa es la PSLT y la utilización de un modelo sistemático, desde la perspectiva de Salud y Seguridad, con una mirada integral del trabajador, concibiéndolo no sólo desde sus condiciones intralaborales, sino también desde las extralaborales e individuales.

Dentro de la descripción de los programas en términos del perfil de calidad se alcanzaron promedios bajos, cuyos resultados para la PSLT evidenciaron sólo un 58% de calidad, hecho que descubre la falta de socialización de los resultados de los programas aplicados a la población de estudio y a la necesidad de mejorar los indicadores que midan la efectividad de las intervenciones, la satisfacción, los productos y servicios, las tasas de ausentismo, morbilidad y siniestralidad y sobre todo la participación de los trabajadores.

Otro producto de esta medición fue la identificación de la necesidad de fortalecer el apoyo de la gerencia en cuanto al fortalecimiento presupuestal, recursos humanos, logística, seguimiento sistemático de los resultados y objetivos, dado que esta pauta porcentualmente fue la segunda más baja, con un 63%. Este eje es esencial para contribuir en el futuro el desarrollo de los programas de PSLT.

También es relevante revelar la necesidad de que los recursos humanos y la planeación de los programas de PSLT se adhieran a un modelo sistemático que favorezca los entornos saludables y que a su vez garantice equipos de trabajo desde la participación de los trabajadores, el aumento del empoderamiento y la mejora de la evaluación. Es de vital importancia para el alcance del éxito laboral garantizar la

información a los que lleguen a los diferentes cargos, mecanismo que garantizará compromiso, mayor participación y por ende mejora.

En términos generales, este proyecto concluye que los programas de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo en la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, existen, pero es necesario trabajar en la socialización (movilización y reunión) de los mismos. Su nivel de calidad no fue alto, sin embargo, surgen potencialidades con las que la Universidad Nacional de Colombia debe contar como la experiencia de su talento humano, que siendo motivados, capacitados e invitados a participar en los procesos que van desde el diseño hasta la implementación de los programas, pueden fortalecer el trabajo del grupo de Salud Ocupacional.

De igual manera, aunque el Grupo de Salud Ocupacional está sensibilizado frente a la PSLT, Es necesario dar un paso adelante frente al abordaje de las condiciones de trabajo en el concepto vanguardista de Salud y Seguridad. A su vez es necesario que la Academia y la investigación fortalezcan el desarrollo de proyectos a través de diferentes programas curriculares, que contribuyan en la intervención de los procesos de Promoción de la Salud y Seguridad en el Trabajo.

Sin duda alguna, la línea de Promoción de Salud en los Lugares de Trabajo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia pretendió con este trabajo orientar acciones de intervención, evaluando la calidad de los programas con un enfoque propositivo y desde la voz de los trabajadores, reconociendo que muchos de los aspectos a mejorar son consecuencia de la crisis que la educación pública. No obstante, se invita a realizar acciones que promuevan ambientes de trabajo saludables, a pesar del actual contexto.

Anexos

ANEXO 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA- BOGOTA

Facultad de Enfermería

Maestría Salud y Seguridad en el Trabajo

Fecha: _____

INVESTIGACIÓN: PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS LUGARES DE TRABAJO: EL CASO DE LOS TRABAJADORES ADMINISTRATIVOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, SEDE BOGOTÁ.

En calidad de investigadoras de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia la (lo) estamos invitando a participar en el proyecto de investigación mencionado. El objetivo general de este proyecto busca describir los programas de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo (PSLT) de los trabajadores administrativos de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Esta investigación implica compartir su participación y aporte como trabajador en los programas de promoción de la salud en los lugares de trabajo que son ofrecidos por la Dirección Nacional de Salud Ocupacional de la Universidad.

Los resultados de este estudio permitirán a los Magíster en Salud y Seguridad en el Trabajo, conocer y reflexionar sobre la calidad de la promoción de la salud en los lugares de trabajo ofrecida a los trabajadores de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, y se espera a partir de allí, reorientar los programas desde la perspectiva de los trabajadores.

En el proceso del estudio para la recolección de los datos, se llevará a cabo la aplicación de una lista de chequeo sobre la participación en PSLT de aproximadamente 12 minutos de duración, que será administrado por los investigadores. La lista de chequeo se realizará en un lugar donde usted pueda mantener su privacidad y diligenciarlo tranquilamente.

Su nombre y datos personales no aparecerán en ningún documento de esta investigación, éstos serán identificados con un código. La información que usted brinde sólo será utilizada para los fines de esta investigación y una vez concluida se guardará durante un año, hasta que se considere que su utilización no vulnere la integridad física o moral de los participantes. Luego, será destruida.

Si en algún momento usted se siente incómodo (a) durante el diligenciamiento de los formatos, por favor comuníquelo y éste será interrumpido de inmediato. Usted se puede retirar de este estudio en el momento en que lo desee o lo considere necesario, guardándose las razones de esta decisión. Su negativa a continuar en el estudio no le acarreará ninguna consecuencia negativa.

Esta investigación no implica ningún riesgo para su salud. Sin embargo, si durante el diligenciamiento usted presenta alguna alteración emocional, se suspenderá de inmediato la entrevista y se hará la recomendación a su médico tratante para su atención correspondiente. Su participación no tiene ningún costo económico. Los resultados de este estudio serán presentados en eventos académicos y publicados en revistas científicas. Sin embargo, en ningún momento se darán a conocer su nombre ni datos personales.

Es importante aclarar que este estudio cuenta con el apoyo académico de la Universidad Nacional de Colombia y con el aval ético de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y de la institución donde usted ha sido atendida durante su gestión.

Agradezco su atención y espero que usted acepte vincularse a este proceso.

**DIANA DERLY BUENO CASTRO
INVESTIGADORA**

Correo:

ddbuenoc@unal.edu.co

Tel: 3165000 ext. 17017-
17060

**PhD ALBA IDALY MUÑOZ SANCHEZ
DIRECTOR TESIS**

Docente Facultad de

Enfermería Correo:

aimunoz@unal.edu.co

Tel: 3165000 ext. 17082

**EN CASO DE TENER INQUIETUDES COMO SUJETO PARTICIPANTE EN ESTA INVESTIGACIÓN
COMUNICARSE CON EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA FACULTAD DE
ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA TEL. 316.5000 EXT. 17021**

He leído y comprendido toda la hoja de información, he obtenido respuestas por parte del investigador responsable a todas mis preguntas e inquietudes y he recibido suficiente información sobre el objetivo y propósito de este estudio. He recibido una copia de este consentimiento informado.

Sé que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en el momento que lo desee, sin necesidad de dar explicaciones y sin que se vea afectada mi relación con la Universidad.

Nombre _____

Firma _____

C.C. _____

Si usted no desea que su firma aparezca en el consentimiento informado, puede plasmar su huella digital.

TESTIGO 1.
FIRMA:
C.C.:
TEL:
PARENTESCO:
FECHA:
TESTIGO 2.
FIRMA:
C.C.:
TEL:
PARENTESCO:
FECHA:

ANEXO 2

CRITERIOS DE CALIDAD DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS LUGARES DE TRABAJO²

1. ESTRATEGIA Y COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	A	B	C	D
a) Se han formulado por escrito los principios en los que se basa la política de promoción de la salud en el trabajo (PSLT), siendo visible el compromiso activo de la dirección y demás estructura jerárquica a través de su comportamiento habitual y su práctica de gestión.				
b) Se ha integrado la PSLT en la estructura y procesos de la organización.				
c) Se han asignado los recursos necesarios (presupuesto, personal, formación, tiempo de dedicación) para el desarrollo de intervenciones de PSLT.				
d) La dirección revisa de forma periódica el desarrollo y los resultados de las intervenciones en PSLT.				
e) La PSLT se tiene en cuenta en los programas de formación tanto inicial como continua, incidiendo especialmente en los directivos y mandos de la organización.				
2. RECURSOS HUMANOS Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO				
a) Se adecúan las capacidades del personal (incluidas las relacionadas con la salud) al puesto de trabajo o tareas a desempeñar o se realizan acciones para que adquiera/mejoren dichas capacidades.				
b) Se ha organizado el trabajo de forma que las exigencias del mismo no sean escasas ni excesivas.				
e) Los trabajadores participan activamente en la toma de decisiones y el desarrollo de las acciones de PSLT.				
e) La dirección y demás estructura jerárquica tiene en cuenta y apoya a los trabajadores, promoviendo un buen clima de trabajo.				
f) Existen mecanismos y medidas especiales para asegurar la reincorporación de los trabajadores después de una ausencia prolongada por enfermedad.				
g) Se han instaurado medidas específicas para la conciliación de la vida personal con la laboral.				
3. PLANIFICACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO				
a) Las acciones de PSLT se planifican y comunican a través de toda la organización.				

² RED EUROPEA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS LUGARES DE TRABAJO. Criterios de promoción de la salud en los lugares de trabajo. Disponible en: <http://www.enwhp.org/good-whp-practice/methods-tools-mogp/quality-criteria.html>

b) Las acciones de PSLT se basan en un análisis periódico y actualizado de la información disponible sobre datos de salud: como estrés laboral, indicadores de salud, quejas, factores de riesgo, índices de siniestralidad, ausencias por enfermedad, expectativas de todos y cada uno de los integrantes de la organización, especialmente de los trabajadores.				
c) Se informa a todos los trabajadores de los proyectos de PSLT mediante unos canales ágiles y adecuados de comunicación interna.				
4. DESARROLLO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO				
a) Se ha designado un grupo de personas responsables de la planificación, vigilancia y evaluación de las intervenciones de PSLT en el que se hallan representados todos los agentes clave de la organización.				
b) Existe un sistema de recogida periódica de información (interna y externa) necesaria para la planificación y desarrollo de las acciones de PSLT.				
c) Se han definido los destinatarios y unos objetivos cuantificables para todas las intervenciones de PSLT.				
d) En las intervenciones de PSLT se consideran e interrelacionan las actuaciones a nivel del individuo, de las condiciones de trabajo y de la organización.				
e) Se ha establecido un plan de evaluación sistemática y de mejora continua.				
6. RESULTADOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO				
a) Se mide y evalúa de forma sistemática el impacto/efectos de las medidas de PSLT en la satisfacción de los clientes (en lo concerniente a productos/servicios).				
b) Se mide y evalúa de forma sistemática el impacto/efectos de las medidas de PSLT en la satisfacción de las personas de la organización (condiciones de trabajo/organización del trabajo, estilo de mando y oportunidades para la participación, esquemas de salud y seguridad etc.)				
c) Se mide y evalúa de forma sistemática el impacto/efectos de las medidas de PSLT en otros indicadores de salud como el absentismo, la siniestralidad, la mejora de las condiciones de trabajo, el número de sugerencias hechas y tenidas en cuenta, la participación en el programa para la mejora de los estilos de vida, el nivel de riesgo.				
d) Se mide y evalúa de forma sistemática el impacto/efectos de las medidas de PSLT en los indicadores económicos (retención del personal, productividad, estudios coste/beneficio etc.).				

A B C D

A = Alcanzado totalmente

B = Progreso considerable

C = Algún progreso

D = No empezado

ANEXO 3

LISTA DE CHEQUEO DE PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS LUGARES DE TRABAJO

Sexo: _____ Años: _____
 Edad: _____ Escolaridad: _____
 Tiempo en meses de vinculación con la institución: _____
 Tipo de contratación: T. indefinido: _____ T. fijo: _____
 Cooperativa: _____

Indique por favor cuáles de los siguientes enunciados se llevan a cabo en la Universidad y cuáles no, marcando con una **X** en la casilla de **SÍ** o **NO**, según considere. Si *no sabe* o *no conoce* sobre su aplicación, entonces marque la X en la columna denominadas **NS**

		SÍ	NO	NS
1	¿Usted conoce, al menos en parte, la política de salud ocupacional de la Universidad?			
2	¿Existe un programa de salud ocupacional en la Universidad?			
3	Si la respuesta es SÍ , ¿usted conoce, al menos en parte, el contenido del programa de salud ocupacional de la Universidad?			
4	¿Usted considera que el espacio o los espacios en donde se desarrolla su labor son adecuados y seguros?			
5	¿La Universidad se interesa por saber de las necesidades laborales de sus empleados?			
6	¿La Universidad se interesa por conocer de las necesidades extralaborales de sus empleados?			
7	¿La Universidad tiene definidos procedimientos seguros para realizar la labor que usted desempeña?			
8	¿Dentro de su jornada de trabajo están definidos momentos de descanso?			
9	¿Se desarrollan actividades de educación, capacitación y entrenamiento para los trabajadores en temas de salud ocupacional?			
10	¿Se desarrollan actividades para el mejoramiento del ambiente físico de trabajo en la Universidad?			
11	¿Se desarrollan actividades para el mejoramiento de las relaciones interpersonales en el trabajo?			
12	¿Se da tiempo dentro de su jornada de trabajo, para realizar actividades de salud ocupacional?			
13	¿Se ofrece algún tipo de incentivo a empleados que participan o aportan para la mejora de condiciones de trabajo o de salud?			
14	¿La información o el conocimiento que le brinda su institución sobre salud ocupacional, le sirve para aplicarle en su vida cotidiana, con su familia o su comunidad?			
15	¿Usted ha participado en actividades relacionadas con salud ocupacional en la Universidad? Si su respuesta es NO . ¿por qué? _____ _____ Si tu respuesta es SÍ , mencione alguna de ellas: _____ _____			
16	¿En qué forma ha participado usted en estas actividades?			
	a. Manifestando necesidades relacionadas con su trabajo			
	b. Manifestando necesidades relacionadas con su vida personal o familiar			
	c. Aportando ideas para mejorar alguna situación			

	d. Asistiendo a conferencias o charlas sobre salud y seguridad			
	e. Respondiendo encuestas o cuestionarios sobre salud y trabajo			
	f. Otro. ¿Cuál?:			
17	¿En la Universidad usted participa aportando o sugiriendo ideas que contribuyan con el mejoramiento de las condiciones de trabajo? Si su respuesta es NO o NS , pase a la pregunta 18			
	Si su respuesta es SÍ , ¿qué medios utilizan en su institución para que usted pueda dar a conocer sus necesidades, inquietudes, aportes o sugerencias?			
	a. Página web			
	b. Correo electrónico			
	c. Reporte de condiciones inseguras			
	d. Representante de los trabajadores a través del COPASO			
	f. Otro. ¿Cuál?:			
18	Dentro de la Universidad, usted se siente capacitado para:			
	a. Notificar factores de riesgo o peligros sobre su salud y seguridad.			
	b. Aportar ideas o sugerencias para mejorar condiciones de trabajo.			
	c. Valorar y hacer seguimiento a las intervenciones implementadas para mejorar condiciones.			
	g. Otro. ¿Cuál?:			
19	A usted le suministran elementos de protección personal, cuando el desarrollo de su labor lo requiere:			
	Si la respuesta es SÍ , ¿con qué frecuencia son suministrados?			
	a. Siempre			
	b. Algunas veces			
20	¿A usted se le informa o capacita sobre el uso correcto de los elementos de protección que necesita?			
21	¿A usted se le informa sobre las actividades que se adelantan en la institución para mejorar las condiciones de trabajo? Si su respuesta es NO o NS pase a la pregunta 22.			
	Si la respuesta es SI , que medios se utilizan para dar esta información?			
	a. Capacitaciones			
	b. correos electrónicos			
	c. Jornadas de inducción			
	d. Reuniones programas con el personal			
22	¿Está establecido un mecanismo para que usted notifique factores de riesgo o peligros sobre la salud ocupacional? (ej.: Iluminación, orden y aseo, vapores, fallas eléctricas, ventilación, organización del trabajo, etc.) Si su respuesta es NO o NS , pase a la pregunta 23.			
	Si la respuesta es SÍ , ¿qué medios se utilizan para que usted notifique esta información?			
	a. Correo electrónico.			
	b. Carta, oficio o documento enviado directamente a encargados de salud y seguridad.			
	c. Reuniones colectivas con el personal.			
	d. Reporte de condiciones inseguras.			
	e. Representante de los trabajadores a través del COPASO.			
	f. Otro. ¿Cuál?:			
23	¿Cómo se relaciona su trabajo con su vida extralaboral?			
	a. Bien			

	b. Regular (con dificultades)			
	c. Mal			
24	¿Considera que el programa en salud ocupacional da buenos resultados en su Universidad?			

Bibliografía

(1) Organización Mundial de la Salud. The Health-Promoting Workplace: Making it Happen. Geneva. Organización Mundial de la Salud (documento WHO/HPR/HEP/98.9). p.1. 1998.

(2) Organización Mundial de la Salud. The Health. Promoting Workplace: Making it Happen. WHO/HPR/HEP/98.9. p.3. 2010.

(3) Red Europea de Promoción de la Salud en los lugares de trabajo. Criterios de promoción de la salud en los lugares de trabajo. Disponible en: <http://www.enwhp.org/good-whp-practice/methods-tools-mogp/quality-criteria.html>. 2010.

(4) Alcaldía Mayor de Bogotá. Sector educación. Disponible en: <http://portel.bogota.gov.co/portel/libreria/php/01.27090810.html> (acceso el día 10 de agosto de 2013).

(5) Federación de Trabajadores de la Enseñanza. Prevención de los riesgos laborales en centros de educación. Enfermedades profesionales del sector. 2011.

(6) Federación de Trabajadores de la Enseñanza. Portal de los riesgos laborales de los trabajadores de la enseñanza. Disponible en: <http://riesgoslaborales.feteugt-sma.es/>. 2010.

(7) Fasecolda. Informe accidentalidad 2000-2010; Informe enfermedad profesional 2000 y 2010. Disponible en: <http://www.fasecolda.com/fasecolda/>.

(8) Fasecolda. Reporte por clase de riesgo 2012. Disponible en: <https://consultas.fasecolda.com/rpDatos/Reportes/xClases.aspx>

(9) Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el fortalecimiento de la promoción de la salud en los lugares de trabajo en América Latina y el Caribe (acceso el 24 de marzo de 2000). Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehpromocionsalud.pdf. 2000.

(10) Organización Mundial de la Salud. The Role of Universities in the Strategies for Health for All. Discusiones Técnicas, 37ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, mayo de 1984.

(11).Organización de las Naciones Unidas. Declaration of Alma Ata 1978 op. cit. 118 Annex 2 Glossary and Endnotes. 1981.

(12) Álvarez C. Promoción de la salud. Departamento de Salud Pública. Universidad de

- Alicante. Disponible en: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_polit_plan_5.htm.
- (13) International Labor Organization. C155 Convention concerning Occupational Safety and Health and the Working Environment. Disponible en: <http://www.ilo.org/ilolex/english/convdisp1.htm>. 1981.
- (14) Ottawa Charter For Health Promotion. First international conference on health promotion, Ottawa WHO/HPR/HEP/95.1. 1986.
- (15) Organización Mundial de la Salud. Jakarta Declaration on Health Promotion. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index.htm>. 1997.
- (16) European Network For Workplace Health Promotion. The Luxembourg declaration on workplace health promotion in the European Union. Disponible en <http://www.ver.is/whp/en/luxdeclaration.html>. 2005.
- (17) Welcoa. Well workplace awards. Omaha (NE): Wellness Council of America. Disponible en: <http://www.welcoa.org/wellworkplace/index.php?category=19>. 2009.
- (18) Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud en las Américas. . Disponible en: http://www.paho.org/spanish/d/DO302_TOC.pdf. 2001.
- (19) Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de promoción de la salud en los Lugares de trabajo de América Latina y el Caribe. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsast/e/fulltext/promocion/promocion.pdf>>. 2002.
- (20) Consejo Vida Chile. Construyendo políticas saludables en el lugar de trabajo. Disponible en: http://www.redsalud.gov.cl/archivos/promociondesalud/manuales/construyendo_politicas_saludables.pdf. 2005.
- (21) Ministerio de Salud de la República de Colombia. Promoción de la salud y la equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santafé de Bogotá; OPS/OMS, P. 3. 1992.
- (22) García JC. Promoción de la salud en los lugares de trabajo: una oportunidad por desarrollar. Av. Enferm. XXVIII(1):124-129. 2009.
- (23) Congreso de Colombia. Ley 1562 de 2012. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley156211072012.pdf>. 2012.
- (24) Goetzrel R. Ozminkowski T. The Health and cost benefits of work site health promotion programs. Annu Rev public health 2008; 29:303-23.
- (25) Kizer LF, Folkers PG, Felten D. Niemeyer Quality assessment in worksite health promotion. Am J Prev Med. 1992, Mar-Apr;8(2):123-7.
- (26) Korzeniowska. Requirements and quality of health promotion in the workplace--

evaluation study. *Med Pr.* 2003;54(1):1-7.

(27) Enwhp. Quality criteria. Disponible en: <http://www.enwhp.org/good-whp-practice/methods-tools-mogp/quality-criteria.html>. 2010.

(28) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. NTP 639: La promoción de la salud en el trabajo: cuestionario para la evaluación de la calidad. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_639.pdf. (acceso el 10 de mayo de 2011).

(29) Leatherman S., Berwick D, Iles D, Lewin LS, Davidoff F, Nolan T, *et al.* The business case for quality: case studies and an analysis. *Health Aff (Millwood)* 2003; 22(2):17-30.

(30) Enwhp. Workplace Health Promotion. Disponible en: <http://www.enwhp.org/workplace-health-promotion.html>. 2009 (acceso el 15 de mayo de 2011).

(31) Organización Panamericana de la Salud. Gómez M. Contexto del Sistema de Salud. Presentación: Determinantes de la Salud. Disponible en: <http://www.lachealthsys.org/documents/events/puertorico05/8-magomez-determsalud-pur05.pdfz>. 1991.

(32) Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Principales resultados del mercado laboral julio del 2010. Disponible en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=869:mercado-laboral&catid=144:noticias. 2010.

(33) Organización Internacional del Trabajo. En América Latina y el Caribe. Avances 2010-2011 y perspectivas 2012 y 2013. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---américas/---ro-lima/documents/publication/wcms_185031.pdf. 2012.

(34) Fasecolda. Comunicado de prensa marzo 11 de 2011. Disponible en: [http://www.fasecolda.com/fasecolda/BancoMedios/Documentos%20PDF/comunicado%20resultados%20sistema%20de%20riesgos%20profesionales%202010%20\(3\).pdf](http://www.fasecolda.com/fasecolda/BancoMedios/Documentos%20PDF/comunicado%20resultados%20sistema%20de%20riesgos%20profesionales%202010%20(3).pdf).

(35) Fasecolda. Indicadores técnicos 2000-2011 Disponible en: http://www.fasecolda.com/fasecolda/BancoConocimiento/R/riesgos_profesionales_-_estadisticas_del_ramofinal_-_indicadores_tecnicos/riesgos_profesionales_-_estadisticas_del_ramofinal_-_indicadores_tecnicos.asp. 2012.

(36) Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estadísticas de fuerza laboral. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=2025&Itemid=67. 2012.

(37) Confederación General del Trabajo. CGT Confederación de Trabajadores de Colombia, CTC Central Unitaria de Trabajadores, CUT. Balance del Plan Nacional de Salud Ocupacional. 1990.

(38) Castro E., Cardona C., Contreras C. Una aproximación al impacto de la promoción de la salud en los lugares de trabajo. Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo. Universidad

Nacional de Colombia, septiembre de 2008.

(39) Red Europea de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo. Criterios de promoción de la salud en los lugares de trabajo. Disponible en: <http://www.enwhp.org/good-whp-practice/methods-tools-mogp/quality-criteria.html>. 2011.

(40) Instituto Nacional de Salud y Seguridad de España. La promoción de la salud en el trabajo: cuestionario para la evaluación de la calidad. Notas técnicas de prevención. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_639.pdf. 2010.

(41) Universidad Nacional de Colombia. Página web. División Nacional de seguridad y salud ocupacional. Disponible en: http://www.unal.edu.co/dnp/index_so.html. (Acceso el 10 de septiembre de 2013).

(42) Positiva ARL. Informe de Gestión 2012 (nacional y Bogotá).

(43) Organización Mundial de la Salud. The Health-Promoting Workplace: Making it happen. Geneva. Organización Mundial de la Salud (documento WHO/HPR/HEP/98.9), p.1. 1998.

(44) Organización Mundial de la Salud. Healthy Work Approach. Geneva. World health Organization (document WHO/HPR/HEP 97.2). 1997.

(45) Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe, 2006 p. 19.

(46) Organización Mundial de la Salud. Ambientes de trabajo saludables: un modelo para la acción. Para empleadores, trabajadores, autoridades normativas y profesionales. 2010. p. 11..

(47) World Health Organization Regional Office For The Western Pacific. Regional guidelines for the development of healthy workplaces. 1999.

(48) Ministerio de Salud de Chile. Guía de vida sana en la Empresa. Disponible en: http://www.deres.org.uy/home/descargas/guias/Guia_de_Vida_sana_en_la_empresa.pdf. 2004.

(49) Organización Mundial de la Salud. Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, prácticas y literatura de apoyo. 2010.

(50) Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan. 2010.

(51) International Organization for Standardization. Quality: Terms and definitions. 1989.

(52) Juran J. "Juran y el Liderazgo para la Calidad". Un Manual para directivos. Madrid. Ed. Díaz de Santos. 1990.

(53) Donabedian A. La calidad de la atención. Disponible en: www.iner.salud.gob.mx/descargas/ARCAL/documentos/calidad_salud.pdf. 2002.

- (54) Pillou JF. Fundación Europea para la Gestión de la Calidad. Disponible en: <http://es.kioskea.net/contents/qualite/efqm.php3>. 2004.
- (55) Sociedad Colombiana de Medicina del Trabajo. Gestión en Salud Ocupacional. 2010. p..21.
- (56) Betancourt O. Texto para la Enseñanza e Investigación de la Salud y Seguridad en el Trabajo. Quito: Ed. OPS/OMS-FUNSA, p.63. 1999.
- (57) Haddad, R. Objetivos y principios de la medicina del trabajo En: curso de medicina del trabajo, Segunda reimpresión. La Habana: Edit. Pueblo y educación. 1984.
- (58) Organización Internacional del Trabajo. Convenio 155 de 1981. Artículo 4. Numeral 2. 1981.
- (59) Organización Internacional del Trabajo. Convenio 161 de 1985. Artículo 9. Numeral 2. 1985.
- (60) Organización Panamericana de la Salud. Salud y seguridad de los trabajadores del sector salud. Manual para gerentes y administradores módulo II. 2009.
- (61) Icontec. Norma Técnica Colombiana OHSAS 18001. Disponible en: <http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CCkQFjAA&url=http%3AFid%3D67471&ei=xJKoUtOiJ4O7kQeYyoCYCQ&usg=AFQjCNHr7cNWq5VpwFjYvrf3tMjB73H6UA>. 2007.
- (62) Montero MJ., *et al.* Occupational health and safety in the framework of corporate social responsibility. *Safety Sci.* DOI:10.1016/j.ssci.2009.03.002. 2009.
- (63) Hale, AR. Occupational health and safety professionals and management: identity, marriage, servitude or supervision? *Safety Science*1995;20:233-245..
- (64) Dejours. El factor humano. Buenos Aires: Trabajo y sociedad. Ed. Lumen/humanitas. 1998.
- (65) Castro, E. Promoción de la salud en los lugares de trabajo: caso instituciones de salud de tercer nivel de la ciudad de Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. p. 20. 2010.
- (66) Lozada, A. Las Maestrías en Salud Ocupacional: Un desafío para la Academia En: Colombia. Evento: Encuentro Internacional de Formación e Investigación en Salud Ocupacional. Libro: Memorias Seminario internacional de Formación e Investigación en Salud Ocupacional. 2006.
- (67) Laurell, C. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. En: Cuadernos Médico Sociales N° 37. 1986.
- (68) Forastieri, V. Condiciones de trabajo seguridad y salud. Disponible en: http://oit.org.pe/WDMS/bib/publ/libros/manual_buenas_practicas_td%5B3%5D.pdf. 2001.

(69) Instituto Nacional de Salud e Higiene en el trabajo. Condiciones de trabajo y salud. pp. 12-13. 2003

(70) Organización Internacional del Trabajo. Directrices de la OIT sobre Seguridad y Salud. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/managmnt/guide.htm>. 2006.

(71) Organización Internacional del Trabajo. Convenio 161, Recomendación 171: Servicios de salud de los trabajadores. Disponible en: http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:55:0::NO::P55_TYPE,P55_LANG,P55_DOCUMENT,P55_NODE:REC,es,R171,%2FDocument. 1990.

(72) República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2646 de 2008. Capítulo 1. Artículo 3. Literal a.

(73) Hernández S. *et al.* Metodología de la Investigación. Ed Mason. p.1. 2008.

(74) Hermida, J. *et al.* Administración y Estrategia. Buenos Aires: Ed. Macchi, p. XXII.

(75) Milos J., Robert C. Capítulo 5 Realización e interpretación de los estudios descriptivos epidemiología, principios y técnicas. Barcelona: 1ª Ed. Masson Salvat. pp.77-96. 1993.

(76) Rodríguez D. Estudios descriptivos. Disponible en: <http://lbe.uab.es/vm/sp/materiales/bloque-4/Guardia-Rodes/descriptivos-Guardia-Rodes.pdf>. 1995.

(77) Organización Mundial de la Salud. Regional guidelines for the development of healthy workplaces, oficina regional. Pacífico Occidental. OMS. 1999.

(78) Red Europea de Promoción de la Salud en los lugares de trabajo. Criterios de promoción de la salud en los lugares de trabajo. Disponible en: <http://www.enwhp.org/good-whp-practice/methods-tools-mogp/quality-criteria.html>. 2011.

(79) Casal J. Los sesgos y su control. Rev Epidem Med Prev 2003;45:45-65.

(80) Universidad Nacional de Colombia. Resolución 8430 de 1993. Art.9. Disponible en: http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf. 2012.

(81) Garzón N. *et al.* Recomendaciones éticas para las investigaciones en la Facultad de Enfermería de La Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2008.

(82) Muñoz A., Castro E. De la promoción de la salud a los ambientes de trabajo saludables. Salud trabajo. jul-dic 2010;18(2):141-152.

(83) Guillemard, A., Envejecimiento, edad y empleo en Europa. Situación Actual y Perspectivas. España 1991.

- (84) Schein E. Dinámica de la Carrera Empresarial. Fondo Educativo Interamericano.- 1982.
- (85) Organización Internacional del Trabajo. Primeras jornadas interdisciplinarias sobre condiciones de trabajo, diciembre de 1982.
- (86) Organización Internacional del Trabajo. Programa de Actividades Sectoriales. Las necesidades de los trabajadores de edad en relación con la evolución de los procedimientos de trabajo y el entorno laboral en el comercio minorista. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/meetingdocument/wcms_163453.pdf. 2011.
- (87) Breilh J., Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires: Ed. Lugar. 2003.
- (88) Fernández C. Manual del director de recursos humanos. Madrid: Ed. CISS.1997.
- (89) Mayo A, Lank E. Las organizaciones que aprenden. Barcelona: Gestión. 2000.
- (90) London M, Mane, E. Career Management and Survival in the Workplace, Jossey- Bass, San Francisco. 1997.
- (91) Gil I, Ruiz L. La nueva dirección de personas en la empresa. Madrid: McGraw-Hill,. 1997.
- (92) Peiro J. Psicología de la organización. UNED, Madrid: 5.ª ed. 1995.
- (93) Orozco L. *et al.* Bases para una política de Estado en materia de educación superior. ICFES-MEN. Bogotá. p. 23. 2001
- (94) Bula I. En riesgo financiamiento de la universidad pública. El Observatorio de la Universidad Colombiana. 2011.
- (95) Uriel Giraldo, Darío Abad y Édgar Díaz. Bases para una política de calidad de la Educación Superior en Colombia. Disponible en: www.cna.gov.co/1741/articulos-186502_doc_academico10.pdf (acceso el 31-03-11).
- (96) Boaventura de Sousa Santos. De la mano de Alicia. Bogotá: Siglo del Hombre Editores..p. 225. 1998.
- (97) Boaventura de Sousa Santos. A Universidade no seculo XXI. Ed. Unicamps. Campinas. Brasil. 2005
- (98) Monje C., Arango G. Arremetida contra la Universidad Pública. Disponible en: www.deslinde.org.co/Dsl26.universidad.htm. 2010.

(99) Carlos G. Educación Superior Pública en Colombia: ¿Escasez de recursos o de voluntad política? (PDF): versión 10-03-10.

(100) Declaración Final. Primera Cumbre Iberoamericana de Rectores de Universidades Públicas. Santiago de Chile. 1999.

(101) Observatorio de la Universidad Colombiana. 2013 (acceso el día 3 de diciembre de 2013) Disponible en: http://www.universidad.edu.co/index.php?option=com_content&view=article&id=4068:trabajadores-de-la-nacional-comenzaran-asamblea-permanente-el-27&catid=16:noticias&Itemid=198.

(102) El Tiempo. Universidades públicas le piden a Santos resolver crisis financiera Disponible en: <http://m.eltiempo.com/vida-de-hoy/educacion/universidades-pblicas-le-piden-a-santos-resolver-crisis-financiera/11928094>. 2013.

(103) Arévalo G., Pachón, JG. Condiciones de trabajo, estrés y salud autorreportadas de los trabajadores docentes y no docentes de una institución privada de educación superior. Tesis Psicológica. Noviembre de 2010;(5):76-97. Fundación Universitaria Los Libertadores. Colombia.

(104) Laurell C. & Márquez M. (1985). Procesos laborales y patrones de desgaste. En: El desgaste obrero en México. México: Era.

(105) Higuera B. & Martínez E. (2001). Condiciones de trabajo y de salud de las funcionarias y los funcionarios no docentes de la Universidad Nacional de Colombia. Un enfoque psicosocial. [Tesis de grado profesional no publicada]. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

(106) Rincón M. & Vargas A. (2000). Condiciones de trabajo y de salud de los funcionarios no docentes de la Universidad Nacional de Colombia. Santafé de Bogotá. 1996-1999. Enfoque de tendencias de opinión [Tesis de grado profesional no publicada]. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

(107) Vargas P., Trujillo G., Muñoz A. Desarrollo conceptual de la promoción de la salud en los lugares de trabajo. Enfermería Global No. 2010.

(108) Ministerio de Trabajo España. Decálogo de Sicilia. Disponible en: http://www.insht.es/PromocionSalud/Contenidos/Promocion%20Salud%20Trabajo/Documentos%20ENWHP/Documentos%20estrategicos/Ficheros/22_3%20Decalogo%20de%20Sicilia.pdf. 2001.

(109) Gómez E. Fundamentos de administración. Departamento de Economía y Organización de Empresas (UB). Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/17604/6/Fundamentos%20Administracion%20bE%20Gallardo.pdf>. 2007.

(110) Red Europea de Promoción de la salud en los lugares de trabajo. Campaña para la promoción de empresas saludables. Disponible en:

http://iaprl.asturias.es/export/sites/default/es/portada/Empresas_Saludables.pdf.

(111) Rongen A. et al. Workplace Health Promotion. A Meta-Analysis of Effectiveness. *Am J Prev Med*;44(4):406–415. 2013.

(112) Guazzi M. et al. Worksite Health and Wellness in the European Union. *Progress in cardiovascular diseases* 56;508–514. 2014

(113) Castro E., Muñoz A. Promoción de la salud en los lugares de trabajo: entre ideal e irreal. *Med Segur Trab. (Revista en Internet)*;56(221):288-305.2010.

(114) Méndez J. Aprendamos a consumir mensajes. España. Grupo Comunicar Ediciones. 2001.

(115) Aldon G. Introducción a la Comunicación y a la Información. Barcelona; Editorial Ariel. 2001.

(116) Del Valle Rojas C. Comunicar la Salud. Temuco, Chile: Ediciones Universidad de la Frontera. 2003.

(117) Choque Larrauri. Comunicación y Educación para la Promoción de la Salud. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>. 2005.

(118) Junta de Andalucía. 2011. La Comunicación de los mensajes en salud en los lugares de trabajo. Disponible en: <http://www.slideshare.net/monicapadial/comunicacin-de-mensajes-de-salud-en-pslt-nov-11>.

(119) Fernández N. El desarrollo profesional de los trabajadores como ventaja competitiva de las empresas. Disponible en: <http://www.ehu.es/cuadernosdegestion/documentos/214.pdf> 2010.

(120) Lee C. Balancing Work and Family, Training, septiembre, pp. 23-28. 1991.

(121) Albizu G., Landeta J. Dirección estratégica de los recursos humanos, teoría y práctica. Madrid: Pirámide. 2001.

(122) Kohen J. La problemática del trabajo infantil y docente en el contexto de las nuevas vulnerabilidades. Del impacto negativo en la salud a la búsqueda de procesos saludables, tesis Doctoral, Rosario, p.43. 2005.

(123) Oakley P., Clayton A. Seguimiento y evaluación del empoderamiento. Oxford: INTRAC. 1999

(124) Forastieri V. Condiciones de trabajo seguridad y salud. Disponible en: http://oit.org.pe/WDMS/bib/publ/libros/manual_buenas_practicas_td%5B3%5D.pdf.

(125) Montero E. Manejo conceptual de programas de salud. Centro centroamericano de población. 2004.

- (126) Laville JI. 1991. Pour une typologie des formes de participation. Travail. 1991;24:29-42.
- (127) Fondation Europe pour amelioration des conditions de vie et de travail. Luxembourg. Offices de des publications officielles des comunnautes Europeennes 1988.
- (128) Gautrat J. La participation directe: practiques et interpretations. Travail. 1991;24:55-69.
- (129) Ruiz F. *et al.* Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. 3ª edición. Ed. Elseiver. 2006.
- (130) Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Portal de promoción de la salud en el trabajo. Promoción de la salud en el trabajo, en la práctica. Disponible en: <http://www.insht.es/portal/site/PromocionSalud/menuitem.084224e92eb1cbede435b197280311a0/?vgnextoid=93a5fbcdb1c34310VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=1d9a0958cfe04310VgnVCM1000008130110aRCRD>.
- (131) Organización Mundial de la Salud. Ambientes de trabajo saludables: un modelo para la acción. Para empleadores, trabajadores, autoridades normativas y profesionales. 2010. p. 11.
- (132) Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Gana en salud. Materiales para la comunicación interna. Manual de uso. p..6.
- (133) Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Gana en salud. Materiales para la comunicación interna. La inversión en salud, una inversión rentable. 2011. pp. 1-7.
- (134) Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Guía para empresarios. Cómo promover la salud mental en el trabajo. 2011. pp. 10-12.
- (135) Blanco R. Reuniones eficaces. Disponible en: http://www.kalitate-katedra.ehu.es/p211-content/es/contenidos/informacion/trabajoenequipo/es_trabajo/adjuntos/Reunionesefficaces.pdf. 2011.
- (136) Espinosa M. La comunicación de los mensajes en salud en los lugares de trabajo. Junta de Andalucía. 2011.
- (137) Rincón E. Priorización en salud. Universidad de la Sabana. Disponible en: <http://www.slideshare.net/erhehe82/priorizacion-en-salud>. 2013.
- (138) Añez E., Dávila F. Manual para la elaboración de un análisis de situación de salud. 2010.
- (139) Organización Panamericana de la Salud. Evaluación para el planeamiento de programas de educación en salud. Serie PALTEX N° 18. 2005.