MEDICINA PREVENTIVA

INICIO

SEMANA 1

SEMANA 2

INICIO

Cordial saludo, estudiantes del módulo de Medicina Preventiva;

el curso presenta un conocimiento general y particular en relación con la promoción y prevención de la salud laboral, en el contexto empresarial; aunado a esto se conceptualiza en temas relevantes como son: promoción y protección de la salud, enfermedades laborales a nivel organizacional. Los contenidos de este curso, fueron distribuidos en cuatro unidades temáticas, acompañados de lecturas, actividades de aprendizaje, videos, teleconferencias, lo que facilitara en gran medida el aprendizaje.

La primera Unidad denominada **PROTECCION Y PROMOCION DE LA SALUD,** Contempla las nociones generales de Protección y promoción de la salud con una visión general y la Promoción de la salud en el lugar de trabajo, en cuanto a: concepto, características, elementos esenciales para una adecuada promoción y protección de la salud.

La segunda Unidad identificada como **EL TRABAJO COMO DETERMINANTE DE LA SALUD**, desarrolla la temática de la relación Salud – Trabajo y el Proceso de Trabajo con sus aspectos más relevantes.

La tercera Unidad trata de la **TABLA DE ENFERMEDADES LABORALES**, desde la perspectiva de Enfermedades laborales directas y Enfermedades clasificadas por grupos o categorías, como herramienta útil, para una adecuada promoción y protección de la salud a nivel organizacional.

La cuarta Unidad denominada **VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ATEL O ATEP CON FURAL(EL),** contempla las nociones generales del accidente de trabajo y enfermedad laboral en cuanto a: concepto, características, elementos esenciales para una adecuada correlación clínica-administrativa, reportes a ARL, desde la perspectiva preventiva y de vigilancia.

PROGRAMA Y COMPETENCIAS

Programa

**Unidad 1: PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**  
Semana 1:  
Tema 1: Protección y promoción de la salud: visión general.

Semana 2

Tema 2: Promoción de la salud en el lugar de trabajo.  
  
**Unidad 2: EL TRABAJO COMO DETERMINANTE DE LA SALUD**  
Semana 3:  
Tema 1: La relación Salud-Trabajo.  
Semana 4:  
Tema 2: El Proceso de Trabajo.  
  
**Unidad 3: TABLA DE ENFERMEDADES LABORALES**  
Semana 5:  
Tema 1: Enfermedades laborales directas.  
Semana 6:  
Tema 2: Enfermedades clasificadas por grupos o categorías.  
  
  
**Unidad 4: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ATEL O ATEP CON FURAL(EL)**  
Semana 7:  
Tema 1: Accidente de Trabajo (AT).  
Semana 8:  
Tema 2: Enfermedad Laboral o Profesional (EL) o (EP).

Competencias profesionales

* Interpreta temas de Medicina Preventiva, con el objetivo de su aplicación en cualquier entorno laboral, manteniéndose permanentemente actualizado
* Argumenta diversas temáticas de promoción y protección aplicables a Medicina Preventiva, con el fin de su aplicación en la estructura básica del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en cualquier entorno laboral.
* Analiza diversas temáticas prácticas de Medicina Preventiva, con el objetivo de la mitigación y seguimiento de enfermedades laborales en cualquier entorno laboral.
* Integra la Medicina Preventiva desde su contexto de promoción y prevención   aplicable en la estructura básica del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en cualquier entorno laboral.

## BIBLIOGRAFÍA

**Bibliografía**  
  
•    Bolaños, J., Vargas, S., Mejía, U. (2015).  Temáticas relacionadas con el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). Tunja. Colombia: Búhos Editores Ltda.  
  
•    Lectura “Protección y promoción: Protección y promoción de la salud: visión general”. (pág. 2-9). Medicina Preventiva y del Trabajo. (2016). Fundación Universitaria del Área Andina. [ID Nº 6250414]  
  
•    Lectura “Protección y promoción: Promoción de la salud en el lugar de trabajo”. (pág. 9-13). Medicina Preventiva y del Trabajo. (2016). Fundación Universitaria del Área Andina. [ID Nº 6250414]  
  
•    Lectura “El trabajo como determinante de la salud: La relación Salud-Trabajo”. (pág. 22-27). Medicina Preventiva y del Trabajo. (2016). Fundación Universitaria del Área Andina. [ID Nº 6250414]  
  
•    Lectura “El trabajo como determinante de la salud: El Proceso de Trabajo”. (pág. 27-33). Medicina Preventiva y del Trabajo. (2016). Fundación Universitaria del Área Andina. [ID Nº 6250414]  
  
•    Lectura “Decreto 1477: Enfermedades laborales directas”. (pág. 34-36). Medicina Preventiva Y Del Trabajo. (2016). Fundación Universitaria del Área Andina. [ID Nº 6250414]  
  
•    Lectura “Decreto 1477: Enfermedades clasificadas por grupos o categorías”. (pág. 37-109). Medicina Preventiva Y Del Trabajo. (2016). Fundación Universitaria del Área Andina. [ID Nº 6250414]  
  
•    Lectura “Accidentes e Incidentes”. (pág. 7-8). Administración y Management. (2012). Universidad Empresarial Siglo XXI en alianza con Whitney International System. [ID Nº 2750861]

    •    Lectura “Accidentes - Incidentes - Enfermedades”. (pág. 1-2). Administración y Management. (2012). Universidad Empresarial Siglo XXI en alianza con Whitney International System. [ID Nº 2933819]

**Webgrafía:**  
    •    https://www.youtube.com/watch?v=uyC\_YtfF1Fg  
    •    https://www.youtube.com/watch?v=fj7e-uE\_5NY  
    •    https://www.youtube.com/watch?v=0UtceWY3xp8  
    •    https://www.youtube.com/watch?v=o7jrCzewqz4  
    •    https://www.youtube.com/watch?v=2Ks6Egxdcos  
    •    https://www.youtube.com/watch?v=Rz2DP0yuFEM  
    •    https://www.youtube.com/watch?v=6Xrtz5383tc  
    •    https://www.youtube.com/watch?v=dEDHPnHoqmo  
    •    http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v53n208/original4.pdf      
    •    https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update\_octubre2018\_es.pdf

RECURSO EDUCATIVO SEMANA 2

AMPIACION PROGRMAS DE PROMOCION EN LA SALUD EN EL TRABAJO: NUTRICION PESO EJERCICO ESTRÉS,

BATERIA DE RIESGO PSICOSOCIAL: ES UN CUESTIONARIO DE PREGUNTAS PARA DETERMINAR SI ESTA PRESENTANDO ESTRES

LECTURA SEMANA 2 MEDICINA PREVENTIVA

U1 PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

S2 Promoción de la salud en el lugar de trabajo.

FIRST AID – CASE

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL LUGAR DE TRABAJO

Se toman apartados del artículo de (Fielding, 2009, p. 9 – 13), titulado PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL LUGAR DE TRABAJO, extraído de “Protección y promoción: Promoción de la salud en el lugar de trabajo”. (pág. 9-13). Medicina Preventiva y del Trabajo. (2016). Fundación Universitaria del Área Andina. [ID Nº 6250414], para efectos de análisis en esta semana de trabajo.

Autor: Jonathan E. Fielding Como afirma el autor Fielding:

Justificación: El entorno de trabajo constituye un lugar adecuado para avanzar en la consecución de objetivos como la evaluación, la educación, el asesoramiento y la promoción de la salud en general.

Desde el punto de vista de la formulación de políticas nacionales, el lugar de trabajo favorece el desarrollo de este tipo de actividades, ya que su aplicación suele requerir una amplia concentración de personas. Además, la mayoría de los trabajadores se encuentran en una ubicación laboral predecible durante un período de tiempo significativo casi todas las semanas.

El lugar de trabajo suele ser un entorno controlado en el que las personas o los grupos pueden someterse a una programación educativa o recibir consejos sin las distracciones propias del hogar o la precipitación habitual de los centros médicos.

La salud es una función habilitadora, es decir, permite a las personas alcanzar otras metas, incluida una actuación acertada en el cumplimiento de sus funciones profesionales. Las empresas desean optimizar la salud debido a la vinculación de ésta con la productividad en el trabajo, tanto cuantitativa como cualitativa.

Por tanto, reducir la aparición (incidencia) y la existencia (prevalencia) de enfermedades que conllevan ausentismo, incapacidad o trabajo deficiente constituye un objetivo prioritario que justifica una inversión considerable.

Las organizaciones de trabajadores, creadas para elevar el bienestar de sus miembros, también tienen un interés intrínseco en patrocinar programas que pueden mejorar el estado de salud y la calidad de vida. (Fielding, 2009, p. 9).

Comentario: el entorno laboral influye directamente en la productividad y el interés de los trabajadores para sentirse a gusto desempeñando sus labores contratadas.

Continuando con Fielding en su exposición: Patrocinio: El patrocinio de las empresas suele incluir la financiación total o parcial de los programas. No obstante, algunas empresas financian únicamente la planificación u organización de las actividades de promoción de la salud, que los trabajadores deben sufragar.

En ocasiones, los programas patrocinados por las empresas ofrecen incentivos a los trabajadores por la participación, la finalización del programa o la correcta modificación de los hábitos en materia de salud.

Tales incentivos pueden consistir en la concesión de permisos y de premios económicos por participación o resultados y en el reconocimiento de la consecución de objetivos referentes a la salud. En sectores con implantación sindical, sobre todo cuando los trabajadores están repartidos en lugares de trabajo demasiado pequeños para organizar un programa, los programas de promoción de la salud pueden estar diseñados y aplicados por las organizaciones sindicales.

Aunque las empresas y las organizaciones de trabajadores suelen patrocinar programas de asesoramiento y educación sanitaria en el lugar de trabajo, en ocasiones financian también otros desarrollados totales o parcialmente en servicios de la comunidad, ya sean gestionadas por la administración pública o por organizaciones lucrativas o no lucrativas. El patrocinio financiero debe completarse con el compromiso de la empresa, tanto de la alta dirección como de los mandos intermedios.

Las empresas tienen muchas prioridades. Si la promoción de la salud es una de ellas, debe ser apoyada financieramente de forma activa y manifiesta por la dirección y recibir una atención continua, destacando su importancia ante los trabajadores, los accionistas, los directivos y los inversores. (Fielding, 2009, p. 9).

Comentario: el patrocinio casi siempre tiene la connotación económica, pero este aspecto es motivador y a la vez actúa como un medio de obtener resultados cuando no se tiene un verdadero líder que dirija este tipo de programas.

Siguiendo con los aportes de Fielding: **Confidencialidad y derecho a la intimidad:** La salud de los trabajadores determina en gran medida la productividad y la vitalidad de las organizaciones, pero, en esencia, es una cuestión personal.

La empresa u organización de trabajadores que desee ofrecer asesoramiento y educación sanitaria debe incorporar a los programas procedimientos que garanticen la confidencialidad y derecho a la intimidad. Los trabajadores estarán dispuestos a participar voluntariamente en tales programas si se convencen de que la información personal sobre su salud no será revelada a terceros sin su permiso.

Para ellos y para sus representantes es fundamental que los datos obtenidos en los programas de mejora de la salud, no se tengan en cuenta de ningún modo en la evaluación de su actuación en el puesto de trabajo ni en las decisiones de contratación, despido y ascenso. (Fielding, 2009, p. 9).

Comentario: la confidencialidad a nivel empresarial es un aspecto importante para que los trabajadores participen en el programa, siempre y cuando no se revelen sus aspectos personales a las directivas.

Siguiendo al autor Fielding en su narrativa: Evaluación de necesidades: La planificación de los programas suele comenzar con una evaluación de las necesidades.

A menudo se lleva a cabo una encuesta entre los trabajadores para obtener información sobre cuestiones como: la frecuencia autodeclarada de los hábitos de salud (p. ej., consumo de tabaco, actividad física, dieta). la presencia de otros riesgos para la salud, como el estrés, la hipertensión, la hipercolesterolemia y la diabetes. las prioridades personales en cuanto a la reducción de riesgos y la mejora de la salud; d) la actitud ante otras posibles configuraciones del programa. los lugares preferidos para la programación de la promoción de la salud. la disposición a participar en las actividades programadas y, en ocasiones. la disposición a pagar parte del coste.

Asimismo, pueden investigarse las actitudes ante las políticas empresariales vigentes o previstas, como la prohibición del consumo de tabaco o la oferta de alimentos más sanos en las máquinas expendedoras y comedores del lugar de trabajo.

En algunos casos, la evaluación de las necesidades comprende el análisis de los problemas de salud de los trabajadores basado en el estudio de los archivos clínicos del departamento médico, los registros de asistencia sanitaria, las indemnizaciones por incapacidad o por accidente de trabajo y los datos sobre ausentismo. Este análisis ofrece información epidemiológica sobre la prevalencia y el coste de los diferentes problemas de salud, tanto somático como psicológico, y permite la evaluación de las oportunidades existentes en materia de prevención desde un punto de vista programático (planificador) y financiero. (Fielding, 2009, p. 9 - 10).

Comentario: la evaluación inicial es el insumo primordial para el desarrollo de todo tipo de programa, ya que permite trazar las posibles estrategias a seguir a nivel empresarial.

Y así mismo continúa Fielding: Estructura del programa: Al considerar los resultados de la evaluación de las necesidades se tienen en cuenta los recursos económicos y humanos disponibles, la experiencia de programas previos, los requisitos reglamentarios y las características de la plantilla.

En la Figura 15.2 se enumeran algunos de los elementos clave que deben definirse claramente en el proceso de planificación del programa.

Entre las decisiones esenciales figura la determinación de las modalidades efectivas para llegar a la población diana.

Por ejemplo, en el caso de una **plantilla dispersa, la programación basada en las actividades desarrolladas fuera del lugar de trabajo y en la utilización del teléfono y el correo puede representar la opción más factible y eficaz en función del coste**. Otra decisión importante hace referencia a **la inclusión** (defendida por algunos programadores) o e**xclusión del programa de los jubilados y de los cónyuges e hijos de los trabajadores**.

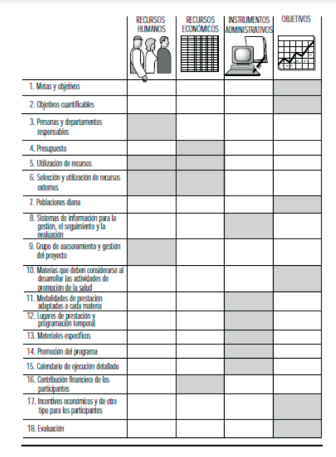
La responsabilidad relativa al programa de promoción de la salud en el lugar de trabajo puede corresponder a alguno de los departamentos ya existentes, como el servicio médico o de salud laboral o los departamentos de recursos humanos y personal, formación, administración, capacidad física para el trabajo,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

Esta elección suele ser muy importante para el éxito del programa.

Un departamento decidido a hacer todo lo posible por sus usuarios, dotado de una adecuada base de conocimientos, buenas relaciones de trabajo con otras partes de la organización y la confianza de directivos y supervisores, tiene muchas probabilidades de lograr sus objetivos desde el punto de vista organizativo.

Las actitudes de los empleados en relación con el departamento al que se asigne el programa y la confianza que tengan en su integridad, sobre todo en lo que afecta a la confidencialidad de la información personal, puede afectar a la aceptación del programa. (Fielding, 2009, p. 10 - 11).

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



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Metas y Objetivos | RECURSOS HUMANOS | RECURSOS ECONOMICOS | INSTRUMENTOS ADMINISTRATIVOS | OBJETIVOS |
| 1. Objetivos cuantificables |  |  |  |  |
| 1. Personas y departamentos responsables |  |  |  |  |
| 1. Presupuesto |  |  |  |  |
| 1. Utilización de recursos |  |  |  |  |
| 1. Selección y utilización de recursos externos |  |  |  |  |
| 1. Población diaria |  |  |  |  |
| 1. Sistemas de información para la gestión, el seguimiento y la evaluación |  |  |  |  |
| 1. Grupo de asesoramiento y gestión del proyecto |  |  |  |  |
| 1. Materias que deben considerarse al desarrollar las actividades de promoción de la salud |  |  |  |  |
| 1. Modalidades de prestación adaptadas a cada materia |  |  |  |  |
| 1. Lugares de prestación y programación temporal |  |  |  |  |
| 1. Materiales específicos |  |  |  |  |
| 1. Promoción del programa |  |  |  |  |
| 1. Calendario de ejecución detallada |  |  |  |  |
| 1. Contribución financiera de los participantes |  |  |  |  |
| 1. Incentivos económicos y de otro tipo para los participantes |  |  |  |  |
| 1. Evaluación |  |  |  |  |

Comentario: la población Diana, hace referencia al tipo de población al cual se dirige el estudio o el programa.

Y así mismo continúa Fielding: Contenido: se resalta la mejora de la información de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria constituye un objetivo complementario del programa y requiere su adiestramiento respecto a la elección de médico, las preguntas que deben plantearle, las ventajas e inconvenientes de las diferentes estrategias de tratamiento, la forma de decidir la oportunidad de someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico recomendado y el lugar conveniente a tal efecto, los tratamientos no tradicionales y los derechos de los pacientes. (Fielding, 2009, p. 10). Comentario: el profesional de la salud en la actualidad informa al paciente acerca de los procesos y procedimientos a realizarle al paciente con un lenguaje claro y comprensible para el paciente. Y así mismo continúa Fielding: Evaluaciones de la salud: Independientemente de la función, alcance y población diana del programa, se realizan evaluaciones multidimensionales de la salud de los trabajadores participantes durante las fases iniciales y, posteriormente, a intervalos periódicos. En general, se recogen datevaluacion de os sobre los hábitos y el estado de salud, se practican mediciones fisiológicas simples, como la tensión arterial y el perfil lipídico, y (con menor frecuencia) se registran las actitudes ante la salud, las dimensiones sociales de la salud, la utilización de servicios preventivos, las prácticas de seguridad y los antecedentes familiares. Los informes resultantes informatizados se comunican a los trabajadores individualmente y de forma colectiva sirven para la planificación, seguimiento y evaluación del programa, y permiten obtener habitualmente estimaciones del riesgo absoluto o relativo, que van desde la valoración del riesgo absoluto de sufrir un infarto de miocardio en el decenio siguiente (o la comparación del riesgo cuantificable de una persona de sufrirlo con el riesgo medio de las personas de los mismos sexo y edad), hasta la clasificación cualitativa de la salud y los riesgos mediante una escala de deficiente a excelente. También son habituales las recomendaciones específicas. Por ejemplo, se aconseja la actividad física regular a las personas sedentarias y el aumento de los contactos sociales a las personas que se relacionan poco con los familiares y amigos. En algunos programas se hacen evaluaciones de la salud en el momento de la contratación o en conexión con programas específicos, y posteriormente, a intervalos fijos o con una periodicidad definida por la edad, el sexo y la situación de riesgo para la salud. (Fielding, 2009, p. 11). Comentario: las constantes vitales o mediciones fisiológicas son: la frecuencia cardiaca o pulso, la frecuencia respiratoria o respiraciones en un minuto, la tensión arterial o presión arterial, la temperatura, etc. Los paraclínicos vienen a ser las ayudas diagnósticas tomadas a nivel sanguíneo y por imágenes diagnósticas. Y el autor Fielding, comenta: Asesoramiento: Otro elemento común de la mayoría de programas es el asesoramiento para la modificación de hábitos de salud tan perjudiciales como el consumo de tabaco, las prácticas nutricionales deficientes o el comportamiento sexual de alto riesgo. Existen métodos eficaces para ayudar a las personas a aumentar su motivación y disposición a modificar tales hábitos, no abandonar una vez iniciado el proceso y minimizar las recaídas. Las sesiones de grupo dirigidas por profesionales de la salud o por personal no sanitario con formación específica suelen ser útiles para ayudar a las personas a efectuar los cambios, y el apoyo de los compañeros en el lugar de trabajo puede mejorar los resultados en cuestiones como el abandono del tabaco o la actividad física. La educación sanitaria de los trabajadores puede comprender aspectos que influyan favorablemente en la salud de otros miembros de su familia. Por ejemplo, en ocasiones se desarrollan programas sobre el embarazo sano, la importancia de la lactancia, la capacitación como padres y el modo de abordar eficazmente la atención sanitaria y otras necesidades de los familiares de edad avanzada. El asesoramiento efectivo exige evitar la estigmatización de los participantes que presentan dificultades para cambiar o que, no siguen las recomendaciones relativas a la modificación del estilo de vida. (Fielding, 2009, p. 11). Comentario: el asesoramiento consiste en apoyar al paciente, para conseguir mayor adherencia se prefiere la participación del grupo, con lo cual el apoyo moral actúa como un apoyo intangible para el paciente. Y así mismo continúa Fielding: Trabajadores con necesidades especiales: Una parte significativa de la población activa, sobre todo si se incluye un gran número de trabajadores de edad avanzada, padece al menos una enfermedad crónica, como diabetes, artritis, depresión, asma o lumbalgia. Además, otra parte importante de la población se considera expuesta a un alto riesgo de padecer un problema de salud grave, como una enfermedad cardiovascular, debido al agravamiento de factores de riesgo, como el nivel total de colesterol en sangre, la hipertensión, el consumo de tabaco, una obesidad significativa o un alto nivel de estrés. Es posible que estas poblaciones utilicen los servicios de salud con una frecuencia excesiva, generen costes por sus gastos en prestaciones sanitarias y den lugar a pérdidas de productividad, pero tales efectos pueden atenuarse mediante iniciativas preventivas. De hecho, los programas de educación y asesoramiento destinados a paliar estas enfermedades y riesgos son cada vez más habituales. Suelen basarse en la intervención de personal de enfermería con formación específica (o, más raramente, educadores sanitarios o dietistas) con objeto de ayudar a poner en práctica y mantener los cambios de comportamiento

necesarios y colaborar más estrechamente con el médico de atención primaria en la utilización de medidas médicas apropiadas, sobre todo en lo que se refiere al consumo de medicamentos. (Fielding, 2009, p. 11). Comentario: las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud poseen programas de crónicos entre los cuales están contempladas enfermedades como la Diabetes, la Hipertensión Arterial, etc, que perfectamente se pueden armonizar a nivel empresarial para ayudar a este de grupo de trabajadores. Siguiendo con los aportes de Fielding: Prestación de los programas: La prestación de los programas de promoción de la salud, ya sean patrocinados por la empresa o por los trabajadores, pueden encomendarse a distintas personas. En las grandes organizaciones, sobre todo en aquéllas en que las concentraciones geográficas de trabajadores son significativas, se encomienda a los propios empleados a tiempo completo y a tiempo parcial (personal de enfermería, educadores sanitarios, psicólogos, fisioterapeutas, etc.) la gestión del programa. Otras veces se acude a personal externo, a consultores individuales o a miembros de organizaciones que ofrecen especialistas en una amplia gama de disciplinas, tales como hospitales, organizaciones voluntarias (p. ej., la American Heart Asociación), empresas de promoción de la salud que ofrecen programas de detección precoz, de mejora de la capacidad física para el trabajo, de gestión del estrés, de nutrición y otros, y gestoras de la asistencia. Los materiales utilizados en los programas proceden de estas fuentes o se elaboran internamente. En ocasiones, las organizaciones de trabajadores llevan a cabo sus propios programas para sus miembros o prestan ciertos servicios de promoción de la salud en asociación con la empresa. Son muchos los programas de educación y formación que se han elaborado para preparar a los estudiantes y a los profesionales de la salud en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo. Muchas universidades ofrecen cursos al respecto y algunas han creado una asignatura o un área de especialización concreta sobre “promoción de la salud en el lugar de trabajo”. Tanto instituciones educativas públicas y privadas como organizaciones profesionales imparten un número considerable de cursos de formación continuada sobre el trabajo en el entorno de la empresa, la gestión de programas y los avances tecnológicos. Para ser eficaces, los responsables deben comprender el contexto concreto, las limitaciones y las actitudes asociadas con los entornos de trabajo. Al planificar y ejecutar los programas, deben tener en cuenta las políticas específicas del tipo de empleo y del lugar de trabajo, así como las cuestiones pertinentes relativas a las relaciones laborales, los horarios de trabajo, las estructuras organizativas formales e informales, además de la cultura, las normas y las expectativas empresariales. (Fielding, 2009, p. 11 - 12). Comentario: es importante contar con grupos interdisciplinarios de profesionales del gremio de la salud para un adecuado desarrollo de programas de promoción y prevención a nivel organizacional. Y así mismo continúa Fielding: Tecnología: Las tecnologías aplicables van desde los materiales de autoayuda, como libros, folletos y cintas de audio y vídeo tradicionales, hasta el software de aprendizaje y CD interactivo. La mayor parte de los programas exigen un contacto interpersonal a través de clases, conferencias o seminarios o de la formación y los consejos ofrecidos individualmente en el lugar de trabajo, por vía telefónica o incluso a través del ordenador. Asimismo, en ocasiones se utilizan grupos de autoayuda. Los sistemas informáticos de recogida de datos son esenciales para la eficacia del programa, ya que se utilizan en diversas funciones de gestión (elaboración de presupuestos y utilización de recursos, cronograma/calendario, seguimiento individual, evaluación de procesos y resultados). Otras aplicaciones tecnológicas adoptan modalidades más complejas, tales como un mecanismo de conexión bioinformática para registrar medidas fisiológicas (p. ej., presión arterial, agudeza visual) o incluso la participación del sujeto en el propio programa (p. ej., asistencia a una instalación de capacitación física para el trabajo). Se están probando equipos informáticos de aprendizaje portátiles para evaluar su capacidad de mejora de los cambios de comportamiento. (Fielding, 2009, p. 12). Comentario: a nivel tecnológico la telemedicina ha llegado para quedarse en nuestras vidas, porque ahorra costos a las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud. Continuando con Fielding: Evaluación: Las iniciativas de evaluación abarcan desde los comentarios anecdóticos de los trabajadores hasta el empleo de complejas metodologías cuyas características justifican su inclusión en publicaciones contrastadas. Pueden centrarse en los procesos o en los resultados. Por ejemplo, la evaluación de un determinado proceso permite valorar la ejecución del programa, el número de trabajadores participantes y la opinión de éstos al respecto. Las evaluaciones de resultados tienen como objetivo los cambios en el estado de salud, como la frecuencia o el nivel de un determinado factor de riesgo, ya sea autodeclarada (p. ej., nivel de ejercicio) u objetivamente evaluado (p. ej., hipertensión). La evaluación puede centrarse también en aspectos económicos como los vinculados a la utilización y el coste de los servicios de asistencia sanitaria, al absentismo o a la incapacidad, esté relacionada con el trabajo o no. La evaluación puede cubrir únicamente a los participantes en el programa o a la totalidad de los trabajadores sometidos a riesgo. En el primer caso permite tratar aspectos relativos a la eficacia de una determinada intervención, mientras que en el segundo determina la eficacia con que se han reducido los factores de riesgo en una población total. Mientras que en algunas evaluaciones (la mayoría) sólo se analizan los esfuerzos dedicados a la modificación de un factor de riesgo, en otras se estudian los efectos simultáneos de diversas intervenciones. Tras examinar 48 estudios publicados en los que se evalúan los resultados de programas globales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el lugar de trabajo, se observó que 47 de ellos registraban resultados sanitarios positivos (Pelletier 1991). Muchos de estos estudios presentan deficiencias significativas de diseño, metodología o análisis. Con todo, su unanimidad respecto a las conclusiones favorables y los resultados optimistas de los mejor diseñados indican que los efectos reales se aproximan a los deseados. Queda por aclarar su reproductibilidad en programas semejantes, la persistencia de los efectos observados inicialmente y la posibilidad de que su valoración estadística alcance significación médica. Además, las pruebas de eficacia son mucho más sólidas para algunos factores de riesgo como el consumo de tabaco y la hipertensión que, para la actividad física, las prácticas nutricionales y los factores de salud mental, incluido el estrés. (Fielding, 2009, p. 12). Comentario: siempre es muy importante la evaluación ya que permite valorar las fallas con el fin de corregirlas y mejorar los resultados obtenidos en el respectivo programa.

Y así mismo continúa Fielding:

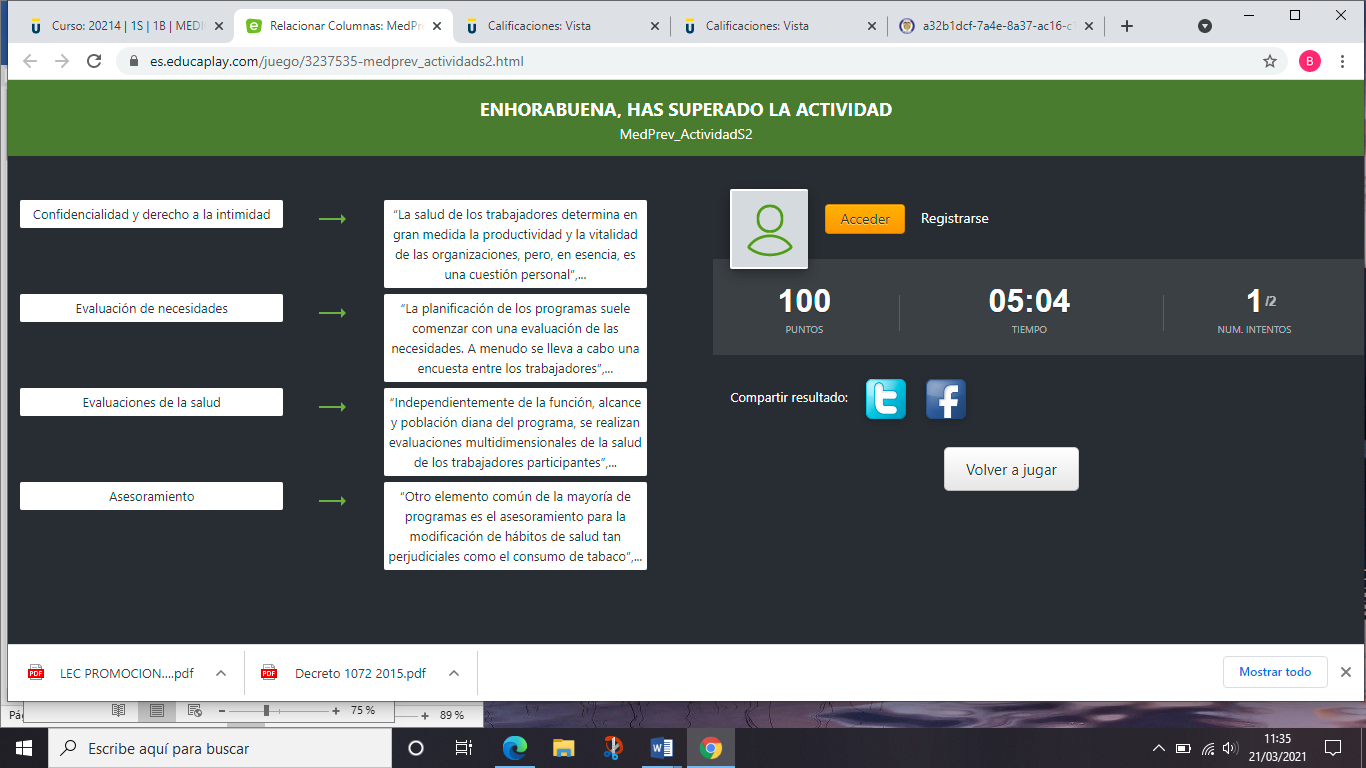
Tendencias: La ampliación de los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo permite abordar cuestiones distintas de las tradicionales, esto es, las referentes al abuso de alcohol y las drogas, la nutrición, el peso, el consumo de tabaco, el ejercicio y el estrés. De hecho, las actividades se centran actualmente en una gama de cuestiones más amplia, desde el embarazo sano y la menopausia hasta la vida con enfermedades crónicas como la artritis, la depresión o la diabetes. Cada vez se presta más atención a la mejora de la salud mental. Por ejemplo, en el marco de los programas patrocinados por las empresas, se desarrollan cursos o actividades de “optimización de la comunicación interpersonal”, “consolidación de la autoestima”, “mejora de la productividad personal en el trabajo y en el hogar” o “superación de la depresión”. Otra tendencia se refiere a la ampliación de la oferta de servicios de asesoramiento e información sanitaria. El asesoramiento individual y en grupo puede complementarse con el realizado por compañeros, con el aprendizaje basado en medios informáticos y con la utilización de CD interactivos. El reconocimiento de la multiplicidad de estilos de aprendizaje se ha manifestado en la ampliación de las modalidades de prestación con objeto de aumentar la eficacia y mejorar la coordinación entre dichos estilos, las preferencias individuales y los enfoques pedagógicos. Esta diversificación de la oferta permite a las personas elegir el entorno, la intensidad y el formato educativo que mejor se adaptan a sus hábitos de aprendizaje. Actualmente, la educación sanitaria y el asesoramiento están al alcance de un número cada vez mayor de trabajadores de grandes empresas, incluidos los que desarrollan su actividad en lugares alejados y tienen pocos compañeros y los que trabajan en su domicilio. Los envíos por correo y la vía telefónica, en su caso, pueden facilitar tales avances. La ventaja de estas modalidades consiste en que mejora la equidad, debido a la armonización de las condiciones de los trabajadores de las filiales y de la sede central. En ocasiones, hay que citar como inconveniente la reducción de los contactos con los profesionales de promoción de la salud. (Fielding, 2009, p. 12). Comentario: las tendencias vienen dadas en concordancia con el ciclo vital y las diferentes etapas de la vida del ser humano. Siguiendo con los aportes de Fielding: Políticas para la salud: Cada vez se reconoce más claramente la importancia de las normas sociales y de la política de las organizaciones para la salud y para la eficacia de las iniciativas emprendidas para su mejora. Por ejemplo, la limitación o la prohibición del consumo de tabaco en el lugar de trabajo pueden dar lugar a descensos significativos en el consumo individual de cigarrillos de los trabajadores fumadores. Una política de prohibición de la venta de bebidas alcohólicas en las instalaciones de la empresa pone de manifiesto el comportamiento que se espera de los trabajadores. La oferta de alimentos bajos en grasas y ricos en carbohidratos complejos en el comedor de la empresa constituye otra opción para ayudar a los trabajadores a mejorar su salud. No obstante, debe tenerse en cuenta también que las políticas de organización para la salud y las creencias sociales de carácter normativo relativas al concepto de buena salud pueden estigmatizar a quienes optan por seguir ciertos hábitos perjudiciales para la salud, como el consumo de tabaco, o que tienen una fuerte predisposición genética a alcanzar estados poco saludables, como la obesidad. No es sorprendente que la mayoría de programas registren mayores tasas de participación entre los trabajadores de hábitos sanos y expuestos a menores riesgos. (Fielding, 2009, p. 12 - 13). Comentario: las políticas de salud a nivel latinoamericano persiguen mejorar la convivencia en el sitio de trabajo, por ejemplo evitando fumadores, bebedores de alcohol, etc; todo encaminado a tener un ambiente sano para producir a nivel empresarial. Y así mismo continúa Fielding: Integración con otros programas: La promoción de la salud presenta múltiples facetas. Son cada vez más las iniciativas encaminadas a mejorar la integración de la educación sanitaria y el asesoramiento, la ergonomía, los programas de asistencia a los empleados y ciertas prestaciones de orientación sanitaria, como los planes de detección precoz y de capacitación física para el trabajo. En países donde las empresas pueden diseñar sus propios planes de prestaciones sanitarias o completar los planes públicos en determinados aspectos, muchas de ellas ofrecen servicios médicos preventivos, sobre todo de detección precoz y de mejora de la salud, como la incorporación de los trabajadores a servicios de salud y de capacitación física ajenos a la organización. Las políticas fiscales que permiten a las empresas deducir estas prestaciones a los trabajadores generan fuertes incentivos económicos a su concesión. El diseño ergonómico constituye un importante factor determinante de la salud de la plantilla y va más allá de la simple adecuación física del trabajador a las herramientas utilizadas en el puesto de trabajo. Debe prestarse atención a la adaptación general de la persona a su tarea y al entorno de trabajo global. Así, un entorno sano requiere el equilibrio entre la autonomía y la responsabilidad en el puesto de trabajo y la adaptación efectiva entre el estilo de trabajo individual, las necesidades familiares y la flexibilidad de los requisitos laborales. No debe pasarse por alto la relación entre los factores de estrés en el trabajo y la capacidad personal para afrontarlos. Además, la salud puede promoverse mediante la contribución de los trabajadores a la configuración del contenido del trabajo de forma que se generen sentimientos de autorrealización y éxito. Los programas de asistencia a los empleados, que, en términos generales, comprenden actividades patrocinadas por las empresas y dirigidas por profesionales que ofrecen evaluación, asesoramiento y remisión a otros medios a trabajadores con problemas personales, deben vincularse estrechamente con los restantes programas de promoción de la salud y actuar como fuente de remisión en casos de depresión, estrés y preocupación excesiva. A su vez, los programas de asistencia a los empleados pueden remitir a los trabajadores que lo requieran a programas de gestión del estrés patrocinados por la empresa, programas nutricionales de sobrepeso, peso insuficiente o sencillamente dieta inadecuada, y grupos de autoayuda para quienes carecen de apoyo social. (Fielding, 2009, p. 13). Comentario: el estrés puede ser por enfermedad común en el diario vivir, o a nivel de estrés laboral; en cuanto al estrés laboral en Colombia existe la ley 1010 de 2006 de Acoso Laboral, que pretende evitar que suceda abuso de poder en las Organizaciones. Continuando con los aportes finales de Fielding: Conclusiones: 1. La promoción de la salud en el lugar de trabajo ha alcanzado su mayoría de edad debido en gran medida a los incentivos a la inversión empresarial, a los resultados positivos registrados por la mayoría de los programas y a la aceptación cada vez mayor de esta actividad como parte esencial de los planes globales de prestación. Su alcance se ha ampliado considerablemente, lo que pone de manifiesto una definición más general de la salud y la comprensión de los factores que determinan la salud individual y familiar. 2. Existen enfoques completos de la planificación y la ejecución de los programas y se dispone de profesionales de la salud cualificados para gestionarlos, así como de una amplia gama S2 | Promoción de la salud en el lugar de trabajo. Índice 12 de materiales e instrumentos. El éxito de los programas depende de su adaptación a la cultura empresarial, de las oportunidades de promoción de la salud y de las limitaciones organizativas de cada uno de los lugares de trabajo. Los resultados de la mayoría de las evaluaciones apoyan la fijación de objetivos programáticos, si bien se necesitan más evaluaciones basadas en diseños y métodos científicamente válidos. (Fielding, 2009, p. 13). Comentario: el ser humano es uno en el trabajo y en la casa, por lo tanto, le afecta lo vivido en la empresa y en el hogar, así se diga no lleve los problemas de la casa al trabajo y viceversa, es complejo por la integralidad del ser humano.

Confidencialidad y derecho a la intimidad: “La salud de los trabajadores determina en gran medida la productividad y la vitalidad de las organizaciones, pero, en esencia, es una cuestión personal”,...

Evaluación de necesidades: “La planificación de los programas suele comenzar con una evaluación de las necesidades. A menudo se lleva a cabo una encuesta entre los trabajadores”,...

Evaluaciones de la salud: “Independientemente de la función, alcance y población diana del programa, se realizan evaluaciones multidimensionales de la salud de los trabajadores participantes”,...

Asesoramiento: “Otro elemento común de la mayoría de programas es el asesoramiento para la modificación de hábitos de salud tan perjudiciales como el consumo de tabaco”,...



## VIDEO RESUMEN

La promoción de la salud en el lugar de trabajo ha alcanzado su mayoría de edad debido en gran medida a los incentivos a la inversión empresarial, a los resultados positivos registrados por la mayoría de los programas y a la aceptación cada vez mayor de esta actividad como parte esencial de los planes globales de prestación.  
  
Su alcance se ha ampliado considerablemente, lo que pone de manifiesto una definición más general de la salud y la comprensión de los factores que determinan la salud individual y familiar.  
Existen enfoques completos de la planificación y la ejecución de los programas y se dispone de profesionales de la salud cualificados para gestionarlos, así como de una amplia gama de materiales e instrumentos.  
El éxito de los programas depende de su adaptación a la cultura empresarial, de las oportunidades de promoción de la salud y de las limitaciones organizativas de cada uno de los lugares de trabajo.  
Los resultados de la mayoría de las evaluaciones apoyan la fijación de objetivos programáticos, si bien se necesitan más evaluaciones basadas en diseños y métodos científicamente válidos.

### **Pregunta 1**

Correcta

Puntúa 1.00 sobre 1.00

#### Enunciado de la pregunta

El asesoramiento efectivo exige la estigmatización de los participantes que presentan dificultades para cambiar o que no siguen las recomendaciones relativas a la modificación del estilo de vida. Verdadero

### **Pregunta 2**

Correcta

El entorno de trabajo constituye un lugar adecuado para avanzar en la consecución de objetivos como la evaluación, la educación, el asesoramiento y la promoción de la salud en general.

Seleccione una: Verdadero

### **Pregunta 3**

Correcta

La evaluación puede cubrir únicamente a los participantes en el programa o a la totalidad de los trabajadores sometidos a riesgo.

Verdadero

### **Pregunta 4**

Existen métodos eficaces para ayudar a las personas a aumentar su motivación y disposición a modificar tales hábitos, no abandonar una vez iniciado el proceso y minimizar las recaídas.

Verdadero

### **Pregunta 5**

La salud es una función habilitadora, es decir, permite a las personas alcanzar otras metas, incluida una actuación acertada en el cumplimiento de sus funciones profesionales.

Verdadero

### **Pregunta 6**

La educación sanitaria de los trabajadores no puede comprender aspectos que influyan favorablemente en la salud de otros miembros de su familia.

Falso

**Pregunta 7**

Una parte significativa de la población activa, sobre todo si se incluye un gran número de trabajadores de edad avanzada, padece al menos una enfermedad crónica, como diabetes, artritis, depresión, asma o lumbalgia.

**Falso**

**Pregunta 8**

El lugar de trabajo suele ser un entorno controlado en el que las personas o los grupos pueden someterse a una programación educativa o recibir consejos sin las distracciones propias del hogar o la precipitación habitual de los centros médicos

**Verdadero**

### **Pregunta 9**

En las grandes organizaciones, sobre todo en aquéllas en que las concentraciones geográficas de trabajadores son poco significativas, no se encomienda a los propios empleados a tiempo completo y a tiempo parcial (personal de regencia, educadores sanitarios, psicólogos, abogados, etcétera.) la gestión del programa.

Verdadero

### **Pregunta 10**

Actualmente, la educación sanitaria y el asesoramiento están al alcance de un número cada vez menor de trabajadores de grandes empresas, no incluidos los que desarrollan su actividad en lugares alejados y tienen pocos compañeros y los que trabajan en su domicilio.

Falso

### **Pregunta 11**

La salud no es una función habilitadora, es decir, no permite a las personas alcanzar otras metas, incluida una actuación acertada en el cumplimiento de sus funciones profesionales

Falso

### **Pregunta 12**

La planificación de los programas suele comenzar con una evaluación de las necesidades.

Verdadero

### **Pregunta 13**

El patrocinio financiero debe completarse con el compromiso de la empresa, tanto de la alta dirección como de los mandos intermedios.

Verdadero

### **Pregunta 14**

Las organizaciones de trabajadores, creadas para elevar el bienestar de sus miembros, también tienen un interés intrínseco en patrocinar programas que pueden mejorar el estado de salud y la calidad de vida. Verdadero

### **Pregunta 15**

*En las grandes organizaciones, sobre todo en aquéllas en que las concentraciones geográficas de trabajadores son significativas, se encomienda a los propios empleados a tiempo completo y a tiempo parcial (personal de enfermería, educadores sanitarios, psicólogos, fisioterapeutas, etcétera.) la gestión del programa.*

Verdadero

### **Pregunta 16**

El éxito de los programas depende de su adaptación a la cultura empresarial, de las oportunidades de promoción de la salud y de las limitaciones organizativas de cada uno de los lugares de trabajo.

Verdadero

### **Pregunta 17**

En ocasiones, las organizaciones de trabajadores llevan a cabo sus propios programas para sus miembros o prestan ciertos servicios de promoción de la salud en asociación con la empresa.

Verdadero

### **Pregunta 18**

*Las actitudes de los empleados en relación con el departamento al que se asigne el programa y la confianza que tengan en su integridad, sobre todo en lo que afecta a la confidencialidad de la información personal, puede afectar a la aceptación del programa.*

Verdadero

### **Pregunta 19**

Las tecnologías aplicables van desde los materiales de autoayuda, como libros, folletos y cintas de audio y vídeo tradicionales, hasta el software de aprendizaje y CD interactivo.

Verdadero

### **Pregunta 20**

Son muchos los programas de educación y formación que se han elaborado para preparar a los estudiantes y a los profesionales de la salud en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo.

Verdadero

UNIDAD 2

SEMANA 3 :

INICIO

Cordial saludo, estudiantes del módulo de Medicina Preventiva; el curso presenta un conocimiento general y particular en relación con la promoción y prevención de la salud laboral, en el contexto empresarial; aunado a esto se conceptualiza en temas relevantes como son: promoción y protección de la salud, enfermedades laborales a nivel organizacional. Los contenidos de este curso, fueron distribuidos en cuatro unidades temáticas, acompañados de lecturas, actividades de aprendizaje, videos, teleconferencias, lo que facilitara en gran medida el aprendizaje.La primera Unidad denominada PROTECCION Y PROMOCION DE LA SALUD, contempla las nociones generales de Protección y promoción de la salud con una visión general y la Promoción de la salud en el lugar de trabajo, en cuanto a: concepto, características, elementos esenciales para una adecuada promocion y protección de la salud.La segunda Unidad identificada como EL TRABAJO COMO DETERMINANTE DE LA SALUD, desarrolla la temática de la relación Salud – Trabajo y el Proceso de Trabajo con sus aspectos más relevantes.                              La tercera Unidad trata de la TABLA DE ENFERMEDADES LABORALES, desde la perspectiva de Enfermedades laborales directas y Enfermedades clasificadas por grupos o categorías, como herramienta útil, para una adecuada promoción y protección de la salud a nivel organizacional.  
Y la cuarta Unidad denominada VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ATEL O ATEP CON FURAL(EL), contempla las nociones generales del accidente de trabajo y enfermedad laboral en cuanto a: concepto, características, elementos esenciales para una adecuada correlación clínica-administrativa, reportes a ARL, desde la perspectiva preventiva y de vigilancia.

## ASPECTOS GENERALES

PROGRAMA Y COMPETENCIAS

**Unidad 2: EL TRABAJO COMO DETERMINANTE DE LA SALUD**  
Semana 3:  
Tema 1: La relación Salud-Trabajo.  
Semana 4:  
Tema 2: El Proceso de Trabajo.  
  
Interpreta temas de Medicina Preventiva, con el objetivo de su aplicación en cualquier entorno laboral, manteniéndose permanentemente actualizado

* Argumenta diversas temáticas de promoción y protección aplicables a Medicina Preventiva, con el fin de su aplicación en la estructura básica del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en cualquier entorno laboral.
* Analiza diversas temáticas prácticas de Medicina Preventiva, con el objetivo de la mitigación y seguimiento de enfermedades laborales en cualquier entorno laboral.
* Integra la Medicina Preventiva desde su contexto de promoción y prevención   aplicable en la estructura básica del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en cualquier entorno laboral.

# **BIENVENIDO A LA UNIDAD 2**

El estudio del proceso de trabajo y la salud no es una preocupación reciente. Desde el siglo pasado, y debido a los cambios espectaculares que sobre las condiciones de vida y salud de los trabajadores genero la Revolución Industrial, diversos estudiosos franceses, alemanes e ingleses - identificados con la causa de los trabajadores -, comenzaron a estudiar el impacto de la misma sobre la salud de la población trabajadora.  
  
Se hace alusión al Modelo Médico, el cual identifica la enfermedad como el resultado de la acción de agentes específicos, que son los riesgos, y su solución la centra en la acción curativa. Esta visión no permite clarificar la compleja relación entre el proceso de trabajo y la salud, ya que una parte importante de la salud es ubicada fuera de la esfera del trabajo, que es lo que se ha denominado la enfermedad común, y la otra, la que reconoce como enfermedad del trabajo, se restringe, en última instancia, a una relación unicausal entre los diferentes riesgos presentes en el ambiente de trabajo con una visión principalmente indemnizatoria.

## SEMANA 3

## VIDEO: MICROORGANISMO Relacion causal , ambiente de trabajo y consecuencias sobre la salud

## 2 - PARA REFLEXIONAR

De acuerdo con lo que ha indagado sobre la relación salud trabajo ¿Existe un vínculo directo entre la salud y el trabajo desempeñado?  
  
Se habla de una relación directa entre el trabajo desempeñado, el uso de los Elementos de Protección Personal y la salud de trabajador, entonces ¿Se considera que los Elementos de Protección Personal defectuosos afectan la salud del trabajador?

1. **RECURSO EDUCATIVO**

Hacer un examen de ingreso

1. LECTURA: **MEDICINA PREVENTIVA**

U2 EL TRABAJO COMO DETERMINANTE DE LA SALUD

S3 La relación Salud-Trabajo.

RELACIÓN SALUD-TRABAJO

Este material de asimilación esta tomado textual de la lectura “El trabajo como determinante de la salud: La relación Salud Trabajo”. (pág. 22-27). Medicina Preventiva y del Trabajo. (2016). Fundación Universitaria del Área Andina. [ID Nº. 6250414], para efectos de análisis en esta semana de trabajo.

Autor: Leopoldo Yanes

En cuanto la relación salud-trabajo, el autor Yanes afirma:

**La relación Salud-Trabajo:** Al analizar el discurso sanitarista dominante podemos concluir que los problemas generales de salud de una sociedad determinada son analizados desde la perspectiva de las poblaciones agrupadas por las denominadas variables sociodemográficas (edad, sexo, ubicación geográfica, etcétera.), y no desde la perspectiva de los trabajadores. Se analizan los problemas de salud desde la óptica del consumo y de las conductas o actitudes, y no de la producción ni de la actividad laboral (Breilh, 1994).

Esta manera de analizar la realidad sanitaria de la sociedad, si bien permitió avances en la solución de los problemas de salud, sin embargo, hoy día muestra severas limitaciones para dar respuesta a esa misma realidad. Se puede afirmar que, a pesar de los avances de la ciencia médica, todavía permanecen como principales causas de mortalidad aquellas enfermedades consideradas como resueltas por esa misma ciencia; y por otra parte, a pesar del crecimiento de los servicios de salud, éstos no parecen resolver los problemas relevantes de salud de la población (Laurell y Noriega, 1989). A grandes rasgos, y para el objetivo de este estudio, podemos ubicar tres momentos del discurso sanitarista que se corresponden con tres niveles diferentes de análisis de la relación salud-enfermedad (Pacheco, 1989; Rojas, 1982). (Yanes, 2003, p. 22-23).

**Comentario: la relación salud trabajo no se analiza desde una perspectiva real, que permita la generación de estrategias adecuadas.**

Continuando con Yanes:

Un primer momento se refiere a la enfermedad como un proceso que se presenta en un organismo determinado, y para resolver el problema de salud que lo afecta se requiere del concurso de la medicina y otras ciencias afines (la biología, la bacteriología, la fisiología, la anatomía, etc.) En base a las teorías, métodos, técnicas e instrumentos disponibles se realiza un diagnóstico de la enfermedad para lo cual se elaborarán previamente hipótesis de presunción, sobre todo cuando el cuadro clínico es complejo. El diagnóstico permitirá iniciar el tratamiento de la enfermedad a fin de restablecer la salud y eliminar o reducir al máximo las secuelas discapacitantes (Pacheco, 1989). Este momento encuentra su ubicación en el modelo que considera un solo tipo de causas de la enfermedad. Su interés está centrado en eliminar el o los agentes patógenos, físicos o químicos que ocasionan la alteración de las funciones “normales” del organismo. Es lo que se ha denominado como el Modelo Médico. Este modelo orienta la búsqueda de la causa que produjo la enfermedad, pero de acuerdo con una concepción de ésta.

El ideal aquí es establecer una relación en la que una causa es necesaria y suficiente para que se produzca una determinada enfermedad. Si se logra esto, podrá incidirse en forma directa e inmediata en el agente patógeno, físico o químico que daña la salud (Rojas, 1982). En el caso de la medicina del trabajo tradicional, este modelo tuvo y aún tiene una amplia dominancia, es la práctica médica que busca una relación unicausal entre el ambiente de trabajo y su consecuencia sobre la salud, tanto en el caso de las enfermedades ocupacionales como en los accidentes de trabajo. Es la búsqueda de un agente o de una causa que puede determinar la aparición de una patología o de un suceso en el caso de los accidentes (Rojas, 1982). Este nivel de análisis e interpretación de la enfermedad, y la consecuente práctica médica, es el de la medicina curativa que busca la reincorporación de las personas a las actividades que desempeñaban antes de enfermarse o accidentarse. De acuerdo con este enfoque, para resolver el problema de salud individual, basta la acción competente del equipo de salud, apoyada en una infraestructura médica adecuada. Cualquier otra consideración es secundaria. Toda la información sociodemográfica requerida para la historia clínica (sexo, ocupación, edad, escolaridad, etcétera.), se presenta como datos aislados, abstractos, que poco o nada dicen de las verdaderas causas por las que los individuos se enferman o se accidentan (Breilh, 1994). (Yanes, 2003, p. 23).

Comentario: el proceso de salud enfermedad es analizado en este primer momento en los postulados de Kohn: “el microorganismo se halla siempre con la enfermedad, de acuerdo con las lesiones y la etapa clínica observadas; el microorganismo no se encuentra en ninguna otra enfermedad; el microorganismo, aislado de quien padece la enfermedad y cultivado durante varias generaciones, reproduce la enfermedad”; lo cual evidencia el principio de causa-efecto a nivel biológico: “la presencia “regular” y “exclusiva” del microorganismo demuestra una relación causal”; es decir el microorganismo x produce o es responsable de la enfermedad x; lo cual da una visión muy simplista, debido a que al desempeñar una labor el empleado está expuesto a diversos factores de riesgo y no exclusivamente al biológico.

Siguiendo al autor Yanes en su narrativa:

**En el segundo momento** del discurso sanitario, el individuo ya no se concibe en forma aislada, sino como parte de una comunidad que tiene determinadas características socioeconómicas y culturales, y está expuesto a un determinado riesgo de contraer enfermedades. De acuerdo con esto, se analizan algunos elementos con los que está relacionada la enfermedad: factores sociales, económicos, culturales, físicos, químicos, etc., a fin de establecer regularidades empíricas entre estos factores y el tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad. La enfermedad se vincula, por lo tanto, con condiciones deterioradas de vida y de trabajo: hacinamiento, falta de agua potable, desnutrición, educación médica deficiente, presencia de factores físicos, químicos o mecánicos en el medio de trabajo y que resultan adversos a la salud. Se adopta un Modelo Multicausal que permite incorporar el elemento social para poder comprender la enfermedad en cuanto que se consideran variables que hacen mención de aspectos sociales, pero que no permiten una comprensión profunda del verdadero significado de lo social al quedarse en lo meramente descriptivo (Rojas, 1982). Es el modelo de la historia natural de la enfermedad de Leavell y Clark, que rebasa al modelo unicausal en la búsqueda de las causas de la enfermedad, pero es un enfoque ahistórico y mecanicista que no permite establecer una jerarquía entre los factores sociales y físicos, sino sólo señala relaciones externas inmediatas entre los fenómenos (Betancourt, 1995; Breilh, 1994). Este enfoque representa sin duda, un avance cuantitativo respecto al anterior en la concepción de la salud y la enfermedad, y en las prácticas para prevenir los daños y el restablecimiento de la salud. (Yanes, 2003, p. 23). Comentario: acá el enfoque multicausal es muy viable, para el efecto de análisis porque el proceso de enfermedad la mayoría de las veces lleva inmerso muchas causas que ocasionan la enfermedad en el trabajador.

Y así mismo continúa Yanes:

**En el tercer momento** se busca conocer las causas fundamentales de la enfermedad y la muerte, los elementos condicionantes del acceso real a los servicios médicos, de la esperanza de vida en los seres humanos, no vistos en forma abstracta sino como seres históricos que pertenecen a grupos sociales que trabajan y viven de determinada manera, resultado de la forma en que se estructura y organiza la sociedad para producir y reproducirse. En este nivel se trata de descubrir los nexos internos entre los fenómenos a fin de establecer leyes que orienten la búsqueda de las causas determinantes y condicionantes de la enfermedad y de los demás eventos relacionados con la misma, y permitan plantear alternativas de solución dentro de una formación social históricamente determinada (Betancourt, 1995; Laurell y Noriega, 1989; Rojas, 1982). Este tercer nivel supone a su vez un enfoque que supera a los anteriores, ya que implica un cambio cualitativo en el análisis y comprensión del proceso salud-enfermedad. Lo central del planteamiento de este momento del discurso sanitarista es que el proceso saludenfermedad, aun cuando se manifiesta en organismos concretos, es un fenómeno social cuyas causas deben buscarse en la estructura misma de la sociedad a fin de determinar por qué existen situaciones diferenciales entre las clases sociales respecto al tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad; esperanza de vida y muerte; y en el acceso real a los servicios médicos, replanteando además la discusión sobre la concepción misma de la salud y la enfermedad. (Yanes, 2003, p. 24).

Comentario: el tercer momento incluye el ámbito y rol social, desde la perspectiva capitalista para acceder de una forma adecuada a los servicios de salud en el momento justo, para preservar la salud del individuo en determinados momentos críticos.

Y así mismo continúa Yanes: En los tres niveles que hemos descrito pueden emplearse métodos, técnicas e instrumentos para obtener información empírica de la realidad concreta; la diferencia estriba en el tipo de realidad que se estudia en cada nivel. En el primero, la realidad es el individuo y se hace abstracción de sus condiciones materiales de existencia, ya que el interés radica en resolver a la brevedad posible un problema de salud, y el método que se utiliza es el clínico. El segundo nivel se refiere a la búsqueda de un conocimiento sobre una realidad en la que el individuo ya no se concibe aislado del acontecer físico y social; pero la realidad que se investiga es lo fenoménico, lo externo e inmediato de los vínculos y aspectos de los elementos físico-sociales y su relación con el proceso salud-enfermedad. Aquí pueden emplearse diversos métodos y técnicas que la práctica ha demostrado que son de gran utilidad para alcanzar conocimientos objetivos, con la limitación que se han centrado en los aspectos externos. Estos métodos y técnicas pueden ser, entre otros, el experimento social, la observación, la encuesta o la entrevista. En el tercer nivel, se estudia a la realidad en su conjunto, en sus múltiples nexos y determinaciones; es la realidad vista como una totalidad concreta, histórica, en la cual se encuentran y desarrollan todos los procesos y objetos. En este nivel de análisis, el proceso salud-enfermedad es parte de esa totalidad. Por tanto, la explicación de dicho proceso se encuentra en la base material de la sociedad, es decir, en la forma en que ésta se organiza para producir y reproducirse. En este nivel de análisis se recurre también a los métodos y técnicas antes mencionados, pero tales herramientas se encuentran ubicadas en una perspectiva teórica que da cuenta de determinada concepción del mundo, de la sociedad, de los fenómenos inherentes a ésta, y que guía, además el manejo de los métodos y técnicas de investigación, así como la aplicación de los resultados de los estudios. Este tercer momento del discurso sanitarista se caracteriza fundamentalmente en definir la relación salud-enfermedad como un proceso que incorpora el análisis de la realidad social como uno de los elementos determinantes del mismo, de manera que se habla del proceso salud-sociedad y que tiene su expresión más estructurada en el concepto salud-trabajoenfermedad. (Yanes, 2003, p. 24).

Comentario: los tres momentos corresponden a palabras claves: primer momento – realidad del individuo; el segundo momento – conocimiento de la realidad; tercer momento – estudio de la realidad en conjunto.

Como afirma el autor:

El contexto histórico de este planteamiento se ubica en el marco de un auge importante de la lucha de clases a finales de los años sesenta e inicios de los setenta, que plantea un cuestionamiento global de la organización capitalista del trabajo. Es decir, ocurre justo cuando renace – contra la parcialización de la problemática del mundo laboral impuesta por la lógica de la negociación problema por problema, una visión que recupera al proceso de trabajo como el espacio concreto de la explotación. De ahí no hay un paso largo para recuperar a la salud obrera como expresión -igualmente concreta-, de esta explotación. Simultáneamente, en esta época se desarrolla un movimiento dentro del mismo campo de la medicina que cuestionaba la validez del modelo médico dominante. Durante aquellos años no sólo se daba la desmitificación de la inevitabilidad de una determinada manera de organizar la producción social, sino también una reflexión crítica sobre las prácticas sociales imperantes, entre ellas la práctica médica.

Surge de esta manera, la crisis de la medicina como crisis de un paradigma científico y de una práctica. Esta crisis se mostraba con particular fuerza en América Latina. (Laurell, 1983). Desde la perspectiva de la medicina social, la salud de los trabajadores se convirtió en un tema privilegiado para la construcción de un nuevo modo de entender y analizar el proceso de salud-enfermedad colectiva como proceso social. Independientemente de los puntos de partida de los investigadores para estudiar la producción social del proceso salud-enfermedad, hubo una tendencia a converger en el tema salud-trabajo como eje central para la comprensión de la manera como se articula la salud-enfermedad en el proceso social.

Es importante señalar que el estudio del proceso de trabajo y la salud obrera no ha sido una preocupación reciente. El impacto de la revolución industrial en Europa durante el siglo XIX fue tan espectacular y expoliador de la vida obrera, que necesariamente se convirtió en una temática de estudio y de acción. Marx y Engels dedican una parte de su obra a analizar este problema como una de las expresiones concretas de la explotación capitalista, basándose en diversos estudios realizados sobre todo en Inglaterra. De igual manera, existieron en Francia y Alemania corrientes importantes de médicos identificados con la causa obrera, que documentaron, a través de una serie de estudios, los efectos devastadores de la industrialización sobre la salud y la vida obrera entre los que destacan Villerme, Guépin y Penot, Benoiston de Chateauneuf (Dejours, 1990; Rosen, 1972). La situación era tan seria, que de hecho ponía en peligro la reproducción de la fuerza de trabajo al superar las tasas de mortalidad a las de natalidad. Es decir, la reproducción de la fuerza de trabajo sólo tenía solución mientras existiera la posibilidad de transferir población de las zonas rurales a las urbanas. Este permite comprender el porqué de la violencia del proceso de expropiación de los campesinos libres de toda Europa, especialmente de Inglaterra (Marx, 1959). Estos fueron los inicios del proletariado inglés: expropiados como campesinos, echados a los caminos como vagabundos, y castigados por no tener trabajo. Por supuesto que estos campesinos se vieron obligados a migrar del campo a la ciudad e incorporarse a las filas del naciente proletariado inglés. (Yanes, 2003, p. 25).

Comentario: la Medicina social amplia la perspectiva de salud- enfermedad al ámbito industrial y rol desempeñado en la comunidad, lo cual analiza el individuo de una forma más integral, lo cual facilita su bienestar como ser social.

Siguiendo con los aportes de Yanes:

De la necesidad compartida por el capital y el trabajo de modificar las condiciones creadas por la industrialización, surgieron medidas que fueron hegemonizadas finalmente por la burguesía. De esta manera se tendió a parcializar la problemática de la salud de los trabajadores enmarcándola en dos vertientes; la de la atención médica y la de los “riesgos del trabajo”. Con esta visión resulta oscurecida la comprensión de la compleja relación entre el proceso de trabajo y la salud por cuanto una parte importante de ella es ubicada fuera del trabajo, se restringe a los riesgos físicos, químicos, biológicos y mecánicos, a los que se trata de dar respuesta desde la prevención vista ésta como en proceso exclusivamente técnico, desvinculada de las relaciones de la producción, y cuando ésta falla, proceder a la indemnización, siendo muchas veces ésta última la de mayor peso en las políticas patronales. Es importante destacar que la “realidad cotidiana del trabajo” ha sido un área inaccesible no solamente a la mirada del sanitarista, sino también de la mayoría de los observadores y analistas de la sociedad. El ambiente fabril es considerado como un “ghetto” o área de la sociedad al que no hay acceso para el estudio de las condiciones de vida y salud, y que por el contrario es un espacio reservado a las relaciones privadas entre personas. La fábrica, aun, siendo un espacio “especialísimo” de lo público, donde se expresan relaciones y derechos fundamentales del ser humano, sigue siendo considerada como un área donde predomina fundamentalmente el concepto de la propiedad privada, individual. Derechos fundamentales como el de la salud, el trabajo, la organización, la libre expresión del pensamiento, quedan coartados y limitados al traspasar los límites de la sacrosanta propiedad privada. A partir de la puerta de acceso a las instalaciones, los derechos fundamentales del ser humano quedan sometidos a un derecho que pareciera superior a los anteriores: el derecho de propiedad. Se plantea entonces una reconceptualización del espacio laboral para que deje de ser ámbitos de la experiencia individual, de lo “privado”, y se conviertan en áreas socializadas y legítimas, de acción y transformación para garantizar los derechos humanos fundamentales. (Yanes, 2003, p. 25).

Comentario: la propiedad privada debe comprender que el empleador tiene seres humanos y no trabajadores concebidos como medios productivos desechables al momento de disminuir su productividad, por lo tanto se deben garantizar los derechos humanos fundamentales a todo ser humano sin importar credo, raza, etc.

Siguiendo al autor Yanes en su narrativa: Algunas precisiones de carácter teórico en la relación salud-trabajo

Cuando analizamos la visión de la salud de los trabajadores que se tiene desde las distintas concepciones presentes en la literatura científico-social, podemos observar como la mayor parte de ella la define bajo la concepción tradicional de la medicina ó simplemente como un indicador del impacto del trabajo sobre los trabajadores. En este sentido es a la medicina social -o epidemiología crítica-, a quién le ha correspondido problematizar y avanzar hacia una nueva concepción de ella planteando “...la necesidad de entender a la salud-enfermedad no sólo como un proceso bio-psíquico sino ante todo como un proceso social” (Laurell y Noriega, 1989). El aporte central de esta corriente reside en el planteamiento de la necesidad de entender el nexo biopsíquico (proceso salud enfermedad) como la expresión concreta en el ser humano del proceso histórico en un momento determinado, es decir, los procesos biológicos y psíquicos humanos sólo pueden ser entendidos en su contexto histórico. Esta posición plantea una ruptura fundamental con la concepción médica tradicional que entiende los procesos biológicos y psíquicos humanos como procesos naturales y, por tanto, ahistóricos. Identificar el carácter social del proceso salud-enfermedad equivale a reconocer que los procesos biopsíquicos no son ahistóricos e inmutables, sino que asumen formas históricas específicas que caracterizan a los distintos grupos sociales. Levins y Lewontin (1985) formularon teóricamente el problema de historicidad de los procesos naturales al plantear que las formas históricas de la biología humana son la expresión de la capacidad del cuerpo para responder con plasticidad ante sus condiciones específicas de desarrollo, es decir, son procesos de “adaptación” que en esta concepción se distinguen en dos aspectos esenciales de la concepción de adaptación manejada por la fisiología y la corriente darwiniana dominante: en primer lugar, no se trata de una adaptación que restablece un equilibrio inicial, sino que produce una nueva condición corporal; en segundo lugar, estos procesos de adaptación no son teleológicos en el sentido de que ocurren para alcanzar un objetivo determinado. En esencia, significan la transformación de los procesos biológicos y psíquicos con el desarrollo o la destrucción de potencialidades y capacidades. (Yanes, 2003, p. 25-26).

Comentario: la psique o parte pensante e intangible de un individuo influye su biología, motivo por lo cual los factores de riesgo psicosociales, pueden afectar el rendimiento de un rol laboral, por comportamientos poco ortodoxos de los compañeros de trabajo a nivel empresarial.

Y así mismo continúa Yanes: Para abordar el nexo biopsíquico humano como una expresión de las condiciones concretas del proceso histórico, es imposible mantener el instrumental metodológico y técnico de la medicina tradicional. Se hace necesaria la construcción de un nuevo objeto de conocimiento. Un primer problema que aparece es el cómo “pensar” el hecho de la historicidad de la biología humana (Laurell y Noriega, 1989). En el marco de esta propuesta, el abordaje de la biología humana no es posible desde los procesos celulares ó subcelulares, cómo tradicionalmente se ha venido realizando, debido a que esta historicidad se manifiesta en un nivel de complejidad diferente al nivel celular o sub-celular. Hay que abordarlo en el nivel de complejidad que representa el cuerpo humano en su integralidad. Es aquí donde se expresa el concepto de estereotipos de adaptación ó “modos de andar por la vida” (Tambellini, 1975), siempre dejando claro que el concepto de adaptación que permite entender la historicidad de los procesos biológicos es diferente del concepto de adaptación entendido como un continuo retorno a la normalidad. Es decir, se entiende la adaptación más bien como procesos complejos, multidireccionales, los cuales no siempre significan un retorno a la normalidad del organismo.

Esta manera de concebir o de construir el objeto de científico de estudio proceso salud-enfermedad colectivo tiene implicaciones importantes que es necesario explicitar. Una primera consecuencia es que centra la atención en las características del proceso biopsíquico complejo y no en la enfermedad clínica, es decir, permite analizar otras dimensiones de la salud que la clínica no reconoce, pero que pueden significar un grave “malestar” corporal y psíquico. Es decir, abre las posibilidades para el estudio de otras nuevas realidades hasta ahora no reconocidas como “problemas de salud” por la visión dominante de la ciencia médica. Otra consecuencia es que esta manera de abordar el proceso salud-enfermedad obliga a una visión histórica, dinámica, que reconoce que las formas históricas biopsíquicas específicas, son estereotipos de adaptación presentes pero que a la vez hunden sus raíces en el pasado, y prefiguran el “malestar” futuro. Un tercer elemento inherente a esta construcción del objeto científico destaca que el proceso salud-enfermedad colectiva caracteriza a las colectividades humanas definidas en función de su inserción específica en los procesos sociales. Por tal motivo, es en éstas en las colectividades humanas-, en donde se pueden estudiar sus expresiones concretas, y no en individuos aislados o en una suma de individuos. Pero es importante comprender que no son colectivos ahistóricos y difusos, sino grupos sociales definidos por su manera de inserción en la sociedad, es decir, en el proceso productivo, donde se encarna el nexo biopsíquico históricamente específico. (Yanes, 2003, p. 26).

Comentario: el trabajador es un ser psíquico y biológico que interactúa para potencializar sus talentos o para deteriorarse como individuo productivo a nivel empresarial.

Como afirma el autor: Si entendemos el trabajo como la relación que establece el ser humano con la naturaleza para su aprovechamiento, en determinadas condiciones históricas; y que es el lugar que ocupa el ser humano con relación a ese proceso de trabajo lo que nos da la pista para entender el lugar que ocupa en una sociedad históricamente determinada; será a partir del estudio del proceso laboral que podremos entender los estereotipos de adaptación que corresponden a los diferentes sectores de esa sociedad concreta (Laurell y Noriega, 1989). El problema de la construcción del objeto de estudio de la medicina social se ubica en el cómo conceptualizar la subsunción de lo biológico en lo social.

A pesar de que los procesos de adaptación se expresan en los individuos concretos, para poder comprenderlos es necesario comprender el “ambiente” como un producto de la realidad social, y que además, dependiendo de la inserción del individuo en ese “ambiente” presentará distintas modalidades que son características de la manera de insertarse en el proceso social. Es decir, los estereotipos de adaptación o “modos de andar por la vida”, son característicos de las colectividades humanas concretas, más allá de las características individuales de cada individuo que la integra. Como expresión de los planteamientos anteriores, se puede ir construyendo el nuevo objeto de estudio -la relación salud-trabajo-enfermedad-, a partir de donde se puede generar el nuevo conocimiento. Entendiendo que los estereotipos de adaptación caracterizan a las colectividades humanas, es en éstas donde podemos estudiar el nexo biopsíquico y no en los individuos aislados. Es por ello que una herramienta de primera línea para abordar el estudio de la relación salud-trabajo-enfermedad es la epidemiología, la cual ha tenido que sufrir a su vez profundas transformaciones en sus bases conceptuales para dar respuesta a los nuevos problemas que surgen de esta propuesta. (Yanes, 2003, p. 26-27).

Comentario: la Medicina ocupacional o Medicina Laboral es más amplia que la Medicina Social, ya que evoluciono de ella, para contemplar al trabajador como un ser pensante, corpóreo, social, familiar, que interactúa permanentemente con sus semejantes, a todo nivel sin ajustarse a horarios preestablecidos para tal fin.