

# ¿Qué se debe hacer para prevenir los riesgos psicosociales en el trabajo?<sup>a</sup>

Paul Landsbergis<sup>b</sup>

Cuando examinamos los programas de salud pública o las intervenciones para prevenir enfermedades, normalmente diferenciamos tres categorías o niveles de actuación (Tabla 1)<sup>1</sup>: *prevención primaria*, es decir, prevenir la enfermedad antes de que se desarrolle, y en el caso de las enfermedades ocasionadas por el estrés laboral esto significa cambiar las características del trabajo a nivel de empresa, o implementar cambios sociales, es decir, cambiar el contexto económico o político en el que trabajamos; *prevención secundaria*, que implica ayudar a los trabajadores que comienzan a verse afectados por el estrés y se sienten “quemados”, o a aquellos con indicadores de salud ya alterados (por ejemplo, un aumento en la presión arterial) con el objetivo de que se cuiden mejor; y *prevención terciaria*, que implica la aplicación de un tratamiento o rehabilitación adecuados a los trabajadores que ya están enfermos<sup>2,3</sup>. ¿Cómo se lleva a cabo todo esto?

Existen varias maneras de hacerlo, de sobras conocidas para los especialistas. Para los trabajadores con síntomas de estrés, existen técnicas de relajación (gestión del estrés)<sup>4</sup> o programas que les ayudan a realizar ejercicio físico, dejar de fumar o tener una dieta adecuada (promoción de la salud)<sup>5</sup>. Se pueden modificar las características del trabajo a través de los programas de la empresa o de programas conjuntos en los que participan trabajadores y empresarios y dichos programas pueden utilizar métodos de investigación basada en la acción, en los que trabajadores y/o empresarios colaboran con investigadores y expertos<sup>6</sup>. Los empresarios pueden desarrollar nuevos sistemas de organización del trabajo o los cambios organizativos pueden producirse a través de la negociación colectiva o de otros métodos para ampliar la gestión democrática en el lugar de trabajo. Por último, podemos comprometernos en la lucha política para mejorar la legislación en materia de salud laboral (Tabla 2).

Podríamos empezar preguntándonos: ¿por qué no utilizar simplemente estrategias para la gestión del estrés para prevenir las enfermedades derivadas del mismo? Se aprecian mejoras de la salud en los estudios de programas de gestión

del estrés. Sin embargo, muy pocos de estos estudios tienen un seguimiento a largo plazo, por lo que no sabemos si esas mejoras se mantienen con el tiempo. En ocasiones, se observan también mejoras en los grupos de control o comparación (aquellos sobre los que no se realizan las intervenciones). Adicionalmente, puede resultar difícil aprender y practicar técnicas de relajación de manera regular<sup>4</sup>. Algunas estrategias para combatir el estrés pueden generar bienestar, pero no aportan soluciones a largo plazo.

Los esfuerzos preventivos pueden centrarse en personas con alto riesgo de enfermedad, por ejemplo, trabajadores hipertensos o con trabajos que generan un alto nivel de estrés. O podemos intentar mejorar la salud y las condiciones de trabajo de toda la población<sup>7</sup>. Ambas estrategias son importantes.

Los grupos de alto riesgo incluyen a trabajadores que se enfrentan a labores de altas exigencias y bajo control (tensión en el trabajo)<sup>8</sup>, un alto nivel de esfuerzo unido a bajas recompensas<sup>9</sup>, horarios de trabajo prolongados<sup>10</sup>, trabajo a turnos<sup>11</sup>, reducciones de plantilla<sup>12</sup> y otros factores de estrés, trabajadores que se enfrentan a labores de alto riesgo (conductores de autobuses)<sup>13</sup>, trabajadores con empleos precarios<sup>14,15</sup>, y trabajadores con un bajo nivel de ingresos y un bajo nivel de educación<sup>16,17</sup>. El método poblacional implica la mejora de las condiciones de trabajo para todos los trabajadores en una empresa o industria, no sólo para los grupos de alto riesgo.

Cuando evaluamos los efectos en la salud de los cambios en el lugar de trabajo, dichos cambios pueden ser “intervenciones planificadas” o “experimentos naturales” en las que los cambios operados en el trabajo no tienen nada que ver con un programa preventivo<sup>18</sup>. Un ejemplo de tales “experimentos naturales” se lo debemos a Tage Kristensen. A finales de 1984, comenzaron a escucharse rumores de que se cerraría un astillero en Noruega. Se observó como la presión arterial de los trabajadores aumentaba durante los siguientes tres años como resultado de esa amenaza. Finalmente el astillero no cerró, pero a través de las revisiones médicas anuales de los trabajadores los investigadores pudieron conocer

a Este artículo transcribe la conferencia presentada por el autor en el “V Foro ISTAS de Salud Laboral: Organización del trabajo, factores psicosociales y salud” celebrado en Barcelona, 24-26 de octubre de 2007. Toda la documentación del V Foro ISTAS se encuentra disponible en [www.istas.net](http://www.istas.net).

b Department of Community and Preventive Medicine  
Mount Sinai School of Medicine, New York, NY, USA

Correspondencia:  
[paul.landsbergis@mssm.edu](mailto:paul.landsbergis@mssm.edu)

**Tabla 1.** Niveles de intervención sobre los riesgos psicosociales

Nivel de intervención	Objeto de intervención
Prevención primaria	
Cambios sociales	Contexto económico y político
Cambios organizativos	Contexto organizativo Desequilibrios trabajo-familia Trabajo temporal Reducciones de plantilla Nuevos sistemas de organización del trabajo
Cambios diseño del trabajo	Características del trabajo Bajo nivel de control y recompensa Altas demandas Aislamiento social
Prevención secundaria	
Detección precoz alteraciones	Respuesta (estrés) Fisiológica (presión arterial) Psicológica (“quemados”) Comportamientos (fumar, beber)
Prevención terciaria	
Tratamiento Rehabilitación	Enfermedades relacionadas con el estrés

el efecto que tenía la amenaza de la pérdida del empleo en la salud de éstos<sup>18,19</sup>. Otro ejemplo proviene de un estudio en el que participé en Nueva York. Detectamos que los hombres que dejaron de fumar en los tres primeros años del estudio presentaban un aumento del control sobre su trabajo en esos tres años mayor que aquéllos que no dejaron de fumar o que comenzaron a hacerlo<sup>20</sup>. No sabemos por qué ocurrió esto, pero la realización de encuestas periódicas o exámenes médicos en las empresas nos aporta información importante en la que se podría profundizar. En esto radica el valor de los “experimentos naturales”.

A continuación se aportan datos y experiencias relacionados con distintas estrategias de prevención primaria para los riesgos psicosociales (Tablas 1 y 2) a través de intervenciones planificadas.

## INTERVENCIONES SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO

Examinemos, a continuación, algunos de los ejemplos de programas (intervenciones planificadas) para mejorar las características del trabajo. En la agencia municipal de transporte de Estocolmo se puso en marcha un programa para reducir la congestión del tráfico y mejorar el servicio a los pasajeros. Durante la planificación, el sindicato de trabajadores municipales y los investigadores estuvieron interesados también en estudiar el estrés en el trabajo y la salud de los conductores de autobuses<sup>21</sup>. En el marco de este programa se realizaron muchos cambios: se cambiaron los recorridos de los autobuses, aumentó el número y el alcance de los carriles bus,

se instalaron luces verdes automáticas para los autobuses, se desplazaron y reconstruyeron las paradas y se instaló un sistema informatizado de información a los pasajeros en los buses y en las paradas. Como resultado de la intervención los conductores registraron menos molestias y menos fatiga después del trabajo, comparando con trabajadores de otras rutas en las que no se habían cambiado las condiciones de trabajo. Había evidencias objetivas de la reducción de las molestias: menos vehículos aparcados en zonas prohibidas, menos demoras por la obstrucción de pasajeros o solicitudes de información, y menos conductas de riesgo por parte de los peatones y/o ciclistas. Se observó un descenso significativo en la presión arterial sistólica de los conductores del grupo intervenido, mucho mayor que el de los conductores de rutas que no habían cambiado<sup>21</sup>.

Otra intervención en Suecia, esta vez con trabajadores de oficina, consistía en técnicas de relajación para combatir el estrés de manera individual, pero también la acción de comités de trabajadores que desarrollaron y ayudaron a aplicar “planes de acción” para reducir las causas de estrés en el trabajo. También hubo un grupo de control (de comparación o no intervención) como en el caso de los conductores de autobuses<sup>22</sup>. En un periodo de ocho meses, en el grupo de intervención se observaron aumentos en la autonomía de trabajo, aumentos en el apoyo de los supervisores y, curiosamente, mejoras en el perfil lipídico (colesterol), un cambio que no se explicaba por cambios en la dieta, el ejercicio, el hábito de fumar o el peso<sup>22</sup>, por lo que sospechamos que esta mejora de la salud estaba vinculada a la reducción del estrés en el trabajo.

En otra intervención en una empresa holandesa se incluyeron tanto acciones a nivel individual (promoción del ejer-

**Tabla 2.** Estrategias para la prevención de los efectos de los riesgos psicosociales

Estrategia	Objetivo
Legislación, normativa Movimientos sociales	Contexto económico y político
Nuevos sistemas de organización del trabajo Negociación colectiva Democracia en la empresa	Contexto organizativo
Rediseño puestos de trabajo Equipos de gestión del trabajo Investigación participativa	Características del trabajo
Promoción de la salud Gestión del estrés	Respuesta (estrés)
Tratamiento, rehabilitación	Enfermedades

cicio físico, educación para la salud, formación de los mandos) como cambios en el lugar de trabajo para potenciar en los trabajadores los comportamientos saludables (una instalación deportiva, una sala de fumadores, oferta de alimentos más saludables en la cafetería). Además, se aplicó un programa de intervención ergonómica, mayores frecuencias de rotación en los puestos y mayor capacidad de decisión en la producción para un subgrupo de trabajadores. Como resultado, el riesgo de enfermedades cardiovasculares, las exigencias en el trabajo y las bajas por enfermedad descendieron, y los niveles de control y ergonomía mejoraron. Los cambios también beneficiaron al empresario por el ahorro que significó la reducción de las bajas por enfermedad<sup>23</sup>.

Esto estudios son ejemplos de “investigación activa” o “investigación participativa”, pero profundicemos más en este método. La investigación participativa implica una colaboración entre trabajadores, sindicatos, dirección de la empresa y expertos externos para cumplir los objetivos de la investigación y de la intervención, definir de manera conjunta los problemas, diseñar las estrategias, introducir los cambios, medir los resultados y evaluar el efecto de las intervenciones<sup>24,25</sup>. Este método se desarrolló en los años 50 y 60 en los países escandinavos. Por ejemplo en Noruega, como parte de los esfuerzos por democratizar las empresas, se ha hecho especial énfasis en el aumento de la influencia y el control de los trabajadores para mejorar la salud y las empresas<sup>6</sup>. El método y las personas involucradas en el mismo contribuyeron al desarrollo de las leyes que regulan la salud laboral en los países escandinavos en los años 70. Dichas leyes ponían énfasis no sólo en la reducción de riesgos químicos y físicos, sino también en la reducción de los factores de estrés, aumentando la influencia de los trabajadores y aplicando un enfoque conjunto de trabajadores y empresarios a las nuevas tecnologías y al ambiente de trabajo<sup>26</sup>. Este movimiento tuvo también su influencia en los Estados Unidos y condujo a programas de investigación conjuntos entre sindicatos e investigadores para mejorar la salud y seguridad en el trabajo<sup>27</sup>.

La investigación participativa plantea preguntas importantes: ¿Cuál es el objetivo de la investigación? ¿Solamente ampliar conocimientos o mejorar también las condiciones de trabajo? La respuesta se encuentra en parte mediante la aplicación de métodos cualitativos, que nos ayudan a comprender el significado de muchas estadísticas cuantitativas. En investigación cualitativa los participantes están involucrados en el proceso. La naturaleza del cambio no es predefinida, sino que surge del proceso de colaboración. Este proceso ayuda a trabajadores y empleadores a desarrollar sus propias habilidades para resolver sus problemas. También pone en tela de juicio la idea de que sólo los expertos pueden aportar respuestas a los problemas.

Una buena guía para la investigación participativa es el manual producido por la OIT conocido como “Barefoot Research”<sup>28</sup>. Es una guía práctica para que los trabajadores lleven a cabo su propia investigación y transformen esa información en acciones para mejorar la salud y seguridad. Los estudios científicos no ofrecen garantías de mejoras en los lugares de trabajo. Los expertos externos no comprenden las cuestiones internas del centro de trabajo y además existen poquísimos científicos para estudiar todos los lugares de trabajo y sus riesgos. Los métodos descritos en este manual incluyen encuestas, observaciones, grupos de discusión, grupos de estudio, entrevistas, mapas de riesgo en el lugar de trabajo y mapas corporales de lesiones y dolor. Esta dinámica atribuye poderes a los trabajadores y ayuda a fortalecer sus conocimientos, su confianza y capacidad de acción. A continuación presentamos algunos ejemplos de investigaciones participativas.

Entre 1999 y 2004 se realizaron más de 200 intervenciones para mejorar la salud, el bienestar y el entorno laboral de 3.500 conductores de autobús de Copenhague utilizando un proceso de colaboración entre trabajadores, investigadores y empresarios<sup>29</sup>. Los ejemplos de intervención incluían horarios más flexibles; modificaciones para satisfacer los esquemas de rotación deseados por los conductores; esfuerzos para “promover la salud” como clases para aprender a dejar de fumar y ofrecer alimentos más saludables en el trabajo; programas de formación para los directivos en gestión del personal y técnicas de comunicación; formación para los conductores para gestionar las amenazas y la violencia; y, finalmente, mejoras en el entorno físico y mantenimiento preventivo del parque de autobuses. Las encuestas realizadas al principio y 4 años después demuestran los beneficios de estos esfuerzos: disminución del estrés y la fatiga en el trabajo, disminución del número de conductores que informaban de que no podían disfrutar plenamente de su tiempo de descanso, de las quejas de que los horarios de “horas pico” eran demasiado cargados y de las quejas de que “los supervisores no tratan a todos los conductores de la misma manera”, y, por último, un régimen de mayor ejercicio físico y mejor alimentación entre los conductores<sup>29</sup>.

En los Estados Unidos, las encuestas realizadas por el sindicato de trabajadores de la hostelería (UNITE-HERE) en colaboración con investigadores y expertos documentaban que un alto porcentaje de camareras de piso en los hoteles padecían dolores debido a las exigencias físicas y el estrés que generaban sus tareas de trabajo<sup>30</sup>. En 1998, los sindicatos de San Francisco comenzaron un proyecto de colabora-

ción con expertos universitarios. Los sindicatos definieron las prioridades del estudio<sup>31</sup>. La mano de obra estaba compuesta en su mayor parte por mujeres, inmigrantes y con salarios bajos. Los grupos de estudio del servicio de limpieza en los hoteles trabajaron para diseñar un mapa de riesgos en los lugares de trabajo, desarrollaron un esquema corporal para demostrar dónde se concentraba el dolor y realizaron encuestas piloto. La versión final de la encuesta se aplicó después del trabajo y cerca de éste con la ayuda de traductores. La participación fue buena, alrededor del 70% de las trabajadoras contactados. Las trabajadoras informaron de que su carga de trabajo había aumentado en los últimos cinco años, de que realizaban sus tareas de manera acelerada y de que se saltaban los descansos. La mayoría informó tener una presión horaria constante y no ser respetada por los supervisores. Se detectó que las empleadas del servicio de limpieza de los hoteles de San Francisco (y más tarde constataron lo mismo en Las Vegas) tenían un nivel muy inferior de salud, según su propia percepción, que la media de la población en EE.UU.<sup>31</sup>.

Los investigadores y los miembros de los grupos de estudio analizaron juntos los resultados de las encuestas para comprenderlos mejor. Los investigadores ignoraban por qué la carga de trabajo había aumentado en los últimos cinco años. Las trabajadoras explicaron que los huéspedes de los hoteles traían consigo más basura (catálogos de conferencias, folletos, comida), había que limpiar las cafeteras, había más sábanas, almohadas y toallas y las camas eran más grandes y más pesadas. La plantilla se había reducido para ahorrar costes a los hoteles. Los investigadores presentaron estos datos ante un comité de negociación compuesto por sindicalistas y empresarios y como resultado, en el convenio sindical que entró en vigor en 1999, la cuota de habitaciones a limpiar en un día se redujo de 15 a 14, y en algunos casos especiales a 13<sup>31</sup>.

Un estudio de intervención muy bien diseñado se desarrolló entre los trabajadores de hospitales de Quebec, Canadá. Se utilizaron cuestionarios estándar para medir las causas de estrés en el trabajo y la sensación de malestar psicológico. Se realizaron entrevistas y se creó un equipo de intervención formado por representantes sindicales, trabajadores, directivos e investigadores. Los investigadores informaban a todas las partes de los resultados de las encuestas y entrevistas<sup>32,33</sup>. Mediante las entrevistas se identificó un total de 56 fuentes diferentes de estrés. Se hicieron recomendaciones para solucionar estos problemas. Las recomendaciones eran muy específicas y prácticas: consultar a las enfermeras sobre la plantilla, horarios y plan de formación, mejoras ergonómicas, mejoras en la comunicación y apoyo de equipo, algunas rotaciones de tareas entre enfermeras y asistentes, enriquecimiento del trabajo y formación para las auxiliares de enfermería, reducción de las demoras para cubrir los puestos vacantes (por ejemplo de enfermeras y personal administrativo), mejor orientación y formación de la nueva plantilla y conversaciones con los médicos que se beneficiaban del trabajo de las enfermeras sin expresar ninguna gratitud. Actualmente, estamos a la espera de futuras publicaciones de este grupo de investigación en las que se evalúe cómo se han aplicado estas recomendaciones y cómo ha afectado esta intervención la salud de los trabajadores<sup>32,33</sup>.

Otro ejemplo interesante son los programas de “ergonomía participativa”, en los que los trabajadores están involucrados en la reducción del estrés físico en el trabajo. En un reciente análisis de diez programas de ergonomía participativa, seis de ellos no sólo incluían los aspectos físicos del trabajo, sino también la creación de equipos de organización del trabajo, nueve de los diez estudios tuvieron un efecto positivo en la salud de los trabajadores. La participación activa y la aceptación por parte de los miembros de estos equipos y la disponibilidad de expertos en ergonomía y de recursos adecuados fueron determinantes para el éxito de estos programas. De manera que si la empresa acude a los especialistas y les pide que participen en un programa de ergonomía participativa para mejorar la salud de los trabajadores, éstos tienen que asegurarse de que esos programas cuentan con los recursos adecuados y de que la participación de los trabajadores es real y aceptada si se quiere que dichos programas tengan éxito<sup>34</sup>.

## INTERVENCIONES SOBRE EL CONTEXTO ORGANIZATIVO: NUEVOS SISTEMAS DE ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

Analicemos, a continuación, los programas para realizar cambios a nivel organizativo, comenzando por los nuevos sistemas de organización del trabajo aplicados por los empresarios. El sistema tradicional de organización del trabajo se suele denominar “taylorismo” o “gestión científica” –la producción en cadena. Ha sido una gran fuente de estrés, lesiones y enfermedades para muchos trabajadores a lo largo de un siglo<sup>26,35</sup>. En los últimos 50-60 años se han sugerido una variedad de métodos para reducir el estrés de los trabajadores. Existen muchos nombres: “gestión de recursos humanos de alto nivel de participación”, “organización del trabajo de alto rendimiento”, “concepto de equipo”, “producción modular”, etc. Todos se basan en la premisa de que los trabajadores no deben ser tratados como máquinas, sino que se debe valorar su conocimiento. El sistema más conocido es el llamado “producción eficiente” o “gestión de la producción al estilo japonés” y hace énfasis en la calidad del producto y en los programas de mejora de la productividad. Sin embargo, también proclama que es el mejor sistema para los trabajadores y su salud. Pero las investigaciones realizadas no apoyan esta conclusión. Los equipos de trabajadores en la “producción eficiente” tienen una autoridad limitada y con frecuencia los trabajadores refieren un aumento del estrés cuando se introduce dicho método<sup>36</sup>.

Existe, sin embargo, otro sistema, que surgió en Inglaterra y en los países escandinavos en los años 50 y 60, y que tiene raíces similares a los métodos de “investigación activa”. Se denomina modelo de “sistemas socio-técnicos”, y se basa fundamentalmente en equipos de trabajadores que tienen un buen nivel de control del ritmo y contenido de trabajo. Las tareas tienen un “ciclo de tiempo” mayor y requieren más habilidades. Este sistema da lugar a una organización del trabajo más flexible<sup>36,37</sup>.

Sólo me consta un estudio sobre los beneficios para la salud de este tipo de organización del trabajo, un estudio que compara este nuevo sistema flexible con la tradicional producción en cadena (taylorismo)<sup>38</sup>. En dicho estudio, traba-

jadores de una línea de montaje de automóviles revelaron tener mayor autonomía en la organización del trabajo flexible, mayor aprendizaje de nuevas habilidades y mayor variedad que en la línea de montaje tradicional. Tampoco terminaban agotados como en la línea de montaje tradicional. Sus niveles de adrenalina no aumentaban durante el turno de trabajo, como sucedía en los trabajadores del sistema habitual<sup>38</sup>. ¿Y qué pasaba después del trabajo? ¿Puede *Charlie Chaplin* (el de la película "Tiempos Modernos") deshacerse del estrés del trabajo y regresar a casa cómodo y relajado? Según este estudio, no. Los niveles de adrenalina de los trabajadores de la línea de montaje habitual continuaban subiendo después del trabajo (especialmente en las mujeres). Sin embargo, la adrenalina bajaba después del trabajo para aquéllos que tenían una organización del trabajo más flexible (y saludable)<sup>38</sup>.

Una vez vistos varios ejemplos de cambios en las características del trabajo y en los sistemas de organización del trabajo, me gustaría comentar un artículo recién publicado y que analiza 90 estudios diferentes sobre intervenciones para prevenir el estrés en el trabajo<sup>3</sup>. Alrededor de la mitad de estos estudios se centran en la gestión individual del estrés – ayudando al individuo a combatir el estrés en el trabajo. Algunos intentaron realizar cambios sólo a nivel organizativo. Pero un tercio de ellos utilizó el método de "sistemas superiores". En otras palabras, incluyeron tanto cambios en la organización del trabajo como en técnicas individuales para el control del estrés. Esos estudios representan una proporción creciente de las investigaciones publicadas en este área. El tiempo necesario para llevar a cabo este tipo de estudios, incluyendo la intervención y su evaluación o seguimiento, es normalmente prolongado, del orden de meses o años.

Muchos estudios que sólo se centraron en las intervenciones individuales utilizaron diseños de investigación de calidad, asignando las personas aleatoriamente a los grupos de intervención o de control, o al menos utilizando grupos de comparación. Pero también muchos de los estudios basados en sistemas superiores (19 de 30) utilizaron diseños de investigación de calidad. Eran estudios bien planificados<sup>3</sup>. Los estudios basados en "sistemas superiores" eran más propensos a contar con la participación de los trabajadores en el desarrollo o aplicación de la intervención que aquéllos que sólo se centran en intervenciones individuales. Por ejemplo, un estudio en Inglaterra demostró que una intervención reorganizativa aumentaba el control de los trabajadores sobre el trabajo, lo que condujo a una mejor salud mental, un mejor desempeño y a menos ausencias por enfermedad. Un estudio sueco, llevado a cabo en once centros de trabajo, demostró que una alta participación de los trabajadores llevaba a un descenso en las exigencias del trabajo, aumentaba el apoyo social y disminuía los niveles de estrés. Y otro estudio, en 217 centros de trabajo en Finlandia, demostró que un método de intervención basado en la colaboración/participación estaba vinculado a la mejora de las relaciones entre compañeros de trabajo y a la percepción de seguridad en el empleo<sup>3</sup>.

Si analizamos los 31 estudios de mayor calidad basados en "sistemas inferiores", 25 de 30 detectaron cambios favorables a nivel individual (como se esperaba), pero sólo 10

midieron cambios organizativos y, de ellos, sólo en 3 se detectaron cambios favorables a ese nivel. Por el contrario, si examinamos los 19 estudios de mayor calidad basados en "sistemas superiores", 17 midieron niveles individuales de salud y 13 de ellos detectaron cambios favorables, y 18 midieron factores organizativos, de los cuales en 17 se detectaron cambios positivos. Los métodos basados en "sistemas superiores" detectaron beneficios donde se plantearon estos objetivos tanto a nivel individual como organizativo<sup>3</sup>.

El parámetro de medición más común a nivel organizativo en estos estudios eran las ausencias por enfermedad: ocho de los nueve estudios de mayor calidad basados en "sistemas superiores" que midieron las ausencias por enfermedad detectaron una disminución en estas ausencias como resultado de la intervención. Por ejemplo, en el estudio de los 217 centros de trabajo en Finlandia, había menos ausencias por enfermedad cuando existían intervenciones participativas. En un estudio de 52 lugares de trabajo en Dinamarca, la mayor disminución en las ausencias por enfermedad se detectó en aquellos lugares donde se trabajó más para mejorar el entorno psicosocial<sup>3</sup>. En el estudio danés la intervención tenía como objetivo evitar el exceso de exigencias psicológicas en el trabajo y mejorar el control sobre el trabajo, o sea la predicibilidad y el apoyo social<sup>18</sup>. Los primeros resultados del período 1996-98 demostraron que las ausencias por enfermedad tuvieron menor incremento en los centros de trabajo donde se realizaron intervenciones, comparados con aquéllos en los que no se llevaron a cabo estas intervenciones (centros de comparación o "control").

Ocho de los estudios que hemos analizado intentaron integrar la salud laboral (mejorando el lugar de trabajo) a través de la "promoción de la salud" (esfuerzos para mejorar los hábitos de los trabajadores como fumar, beber, dietas saludables y ejercicio físico)<sup>3</sup>. Los trabajadores manuales presentaban más factores riesgos de enfermedad cardiovascular como el hábito de fumar, dietas poco saludables y falta de ejercicio físico. También estaban expuestos a más factores de riesgo en el trabajo, pero tendían a participar menos en los programas de promoción de la salud, en parte porque tienen menos control sobre sus horarios de trabajo, pero como se señala en la "Declaración de Barcelona acerca del desarrollo en Europa de buenas prácticas en salud en el trabajo" ([www.mtas.es/insht/descarga/Declabarna.pdf](http://www.mtas.es/insht/descarga/Declabarna.pdf)), el hábito de fumar y el consumo de alcohol también están relacionados con el trabajo y "sólo se pueden combatir a través de la promoción de la salud en los lugares de trabajo"<sup>3</sup>.

Un estudio realizado en los Estados Unidos intentó abordar este problema autorizando a los trabajadores a participar en estos programas durante su jornada laboral. El estudio detectó que, cuando los trabajadores conocían los cambios realizados los empresarios para reducir los riesgos en el lugar de trabajo, eran más propensos a participar en los programas de salud laboral, así como en programas para dejar de fumar y programas para promover una alimentación saludable<sup>5</sup>. Tal vez sintieran que el empresario no estaba simplemente tratando de culparles por su salud, sino que se esforzaba seriamente por mejorar el entorno laboral y la salud.

## INTERVENCIONES SOBRE EL CONTEXTO ORGANIZATIVO: NEGOCIACIÓN COLECTIVA

Está claro que los cambios a nivel organizativo se producen además a través de la negociación colectiva. Existen muchos ejemplos de acuerdos contractuales que no sólo tratan el tema de los riesgos físicos, químicos y el trabajo a turnos, sino también las exigencias de tipo psicológico y la carga de trabajo<sup>39,40</sup>. Por ejemplo, el número mínimo de enfermeras en los hospitales o el número de camareras de piso en los hoteles de San Francisco. Otro ejemplo es el aumento del control de las tareas, a través de la flexibilidad horaria (por ejemplo, horas extra voluntarias), menos trabajo repetitivo, participación en la toma de decisiones, formación y oportunidades de promoción. El apoyo social en el trabajo se puede mejorar con programas de formación para los supervisores o con el trabajo en equipo. La seguridad en el empleo es una cuestión importante en la negociación. Los convenios pueden proteger a los trabajadores contra el acoso y la discriminación e incluir programas para ayudar a los trabajadores a compensar las responsabilidades familiares, como los proyectos de guardería, de atención a personas de la tercera edad, las bajas por motivo familiar y los horarios de trabajo flexibles<sup>41,43</sup>. Por último, los convenios pueden incluir procesos de resolución de conflictos, la tramitación de quejas y los comités mixtos de salud y seguridad<sup>39,40</sup>. Siempre que sea posible debemos intentar evaluar este tipo de programas para determinar si realmente mejoran la salud de los trabajadores.

Una de las causas actuales de estrés en el trabajo es el seguimiento electrónico de la ubicación de los trabajadores, de su desempeño o sus conversaciones. Varios sindicatos en los Estados Unidos han resuelto este problema a través de la negociación colectiva. Por ejemplo, en un centro de llamadas en Arizona, el Sindicato de Trabajadores de las Comunicaciones de América y la AT&T eliminaron las mediciones individuales y el seguimiento secreto. El tiempo medio de las llamadas (AWT), sólo se midió colectivamente. La supervisión se realizó de manera tradicional por compañeros sentados junto a los operadores, escuchando las llamadas y discutiendo los resultados con el trabajador. Este método dio como resultado menos quejas por parte de los clientes y por parte de los trabajadores y menos absentismo laboral. El tiempo medio de espera en las llamadas fue incluso mejor que con el seguimiento electrónico<sup>44</sup>. De manera similar, en la compañía Federal Express, tras una serie de quejas de mal servicio por parte de los usuarios, se concedió menos importancia al número de llamadas que realizaba un operario y más a la calidad del servicio. Algunas empresas instalan sensores GPS en las furgonetas y en los teléfonos móviles como método de seguimiento de los operarios. En Chicago, los empleados urbanos se negaron a utilizar móviles con GPS y obtuvieron el derecho a apagar los móviles durante los descansos y después del trabajo. El sindicato de transportistas acordó con la UPS que se utilizara el GPS sólo para hacer un seguimiento de los envíos y no para controlar la disciplina de los trabajadores<sup>45</sup>.

## INTERVENCIONES SOBRE EL CONTEXTO ORGANIZATIVO: DEMOCRACIA EN LA EMPRESA

Estas mejoras, como es bien sabido, se logran a menudo a través de los convenios. Los convenios colectivos son una importante herramienta para aumentar el nivel de influencia, es decir, para conseguir más democracia en el lugar de trabajo. Otro método utilizado en Estados Unidos es la planificación, cuando los trabajadores son accionistas de la empresa<sup>46</sup>. Sin embargo, esto rara vez otorga a los trabajadores y sindicatos influencia sobre las decisiones de la empresa. En ocasiones, algunos empresarios confieren cierto nivel de control a sus trabajadores<sup>47</sup>. Las cooperativas son un modelo interesante de democracia en el lugar de trabajo. Tenemos ejemplos en la zona de Mondragón, en España, o las llamadas “recuperadas”, en Argentina, empresas abandonadas por sus dueños durante la depresión, hace seis o siete años y que ahora son propiedad de sus antiguos trabajadores<sup>48,49</sup>. Sería interesante saber si el entorno psicosocial es más saludable en este tipo de empresas cooperativas que en las empresas tradicionales.

## INTERVENCIONES SOBRE EL CONTEXTO ECONÓMICO Y POLÍTICO: LEGISLACIÓN, NORMATIVA

Por último, las leyes y los reglamentos pueden tener un impacto importante en el entorno laboral y en el estrés. En los Estados Unidos no existe legislación o reglamentos específicos sobre el estrés laboral. Hace diez años, la OSHA propuso una normativa de mejoras ergonómicas en el trabajo y dichas disposiciones sí incluían directrices sobre factores de estrés, como las horas extraordinarias, el ritmo de trabajo, el control del ritmo de trabajo a través de máquinas, los descansos y la rotación<sup>50</sup>. Sin embargo, la administración Bush revocó estas disposiciones en 2001. Desde entonces, los sindicatos han reclamado a los gobiernos estatales la aprobación de nuevas leyes para mejorar la salud laboral. Varios estados tienen ahora normativa que establece una plantilla mínima de enfermeras en hospitales, la prohibición de las horas extraordinarias obligatorias para el personal sanitario, y la concesión de trabajadores permisos remunerados por responsabilidades familiares<sup>51</sup>.

Las leyes de salud laboral en los países escandinavos en los años 70 fueron más allá<sup>52</sup>. Por ejemplo, la ley sueca establece que: “los trabajadores deben tener la oportunidad de participar en la planificación de su trabajo (...) la tecnología, la organización y el contenido de trabajo deben planificarse de tal manera que el trabajador no se vea sometido a presiones físicas o mentales que puedan provocar enfermedades o accidentes.” Y dicho trabajo debe ofrecer “oportunidades de variedad, contacto social, cooperación y desarrollo personal y profesional”<sup>53</sup>.

En relación con estos temas, en Europa se han aprobado diferentes normativas, así como el acuerdo entre las federaciones sindicales y las organizaciones empresariales en 2004<sup>54</sup>. Pero, ¿qué diferencia hay entre las leyes nacionales (o internacionales) en cuanto a la salud de los trabajadores

en diferentes países? Apenas disponemos de información para responder a esa pregunta. No obstante, un estudio reciente comparó la salud de la población entre 55 y 64 años de edad en Inglaterra y en los Estados Unidos<sup>55</sup>. En ambos países, el riesgo de enfermedad aumentaba al descender los niveles educativos y los ingresos. Pero las personas en esta franja de edad en los Estados Unidos tenían un riesgo mucho mayor de padecer enfermedades cardiovasculares que en Inglaterra (este tipo de enfermedad es la mayor causa de muerte en los países desarrollados y está asociado al estrés en el trabajo). Los niveles de presión arterial eran similares en ambos países, pero los norteamericanos padecían más diabetes y tenían más fibrógenos en la sangre (lo que provoca el endurecimiento de las arterias) y mucho menos HDL, (el colesterol bueno). ¿Por qué? Norteamericanos y británicos en esta franja de edad tenían el mismo porcentaje de fumadores y de obesidad. Hay más obesidad en EE.UU., pero hay un mayor consumo de alcohol en Inglaterra, por lo que estos factores de riesgo “estándar” no explican las diferencias en la salud entre las poblaciones de ambos países. Las diferencias tampoco se debían a diferencias raciales, ya que el análisis se limitó a individuos de raza blanca (caucásianos). Los resultados eran similares entre hombres y mujeres y los resultados clínicos de laboratorio eran similares a las respuestas reflejadas en los cuestionarios. La falta de un sistema nacional de salud pública en EE.UU. no parece explicar las diferencias. La mayoría de las personas con poder adquisitivo en EE.UU. tienen un seguro de salud e incluso ellos tienen peor salud (en algunos indicadores) que los británicos con menores ingresos. La desigualdad en ingresos, es decir, la diferencia de ingresos entre ricos y pobres es mayor en EE.UU. Esta diferencia está vinculada con peores niveles de salud, según demuestran varios estudios, y esa podría ser una posible explicación<sup>55</sup>. Sabemos que los británicos en los últimos diez años de gobierno laborista, han fortalecido su red de seguridad social y han realizado esfuerzos para contrarrestar el aumento de la desigualdad y la pobreza que tuvo lugar en los años 80. El índice de pobreza en Inglaterra se ha reducido a la mitad desde 1997. El salario mínimo en el Reino Unido es el doble en valor al de Estados Unidos y los británicos con menores ingresos gozan de beneficios fiscales<sup>56</sup>. Algo va terriblemente mal en el contexto económico y político de los Estados Unidos y creo que eso empieza a notarse en nuestra salud.

## INTERVENCIONES SOBRE EL CONTEXTO ECONÓMICO Y POLÍTICO: MOVIMIENTOS SOCIALES

Finalmente, creo que es importante señalar que los cambios en las legislación y la normativa, los cambios en el contexto económico y político pueden producirse como consecuencia de los movimientos sociales. Las organizaciones ecologistas, sindicales, comunitarias, religiosas, de mujeres y grupos pro derechos humanos conforman estos movimientos sociales. Vinieron juntos al Foro Social Mundial en Porto Alegre, Brasil en 2001. Las campañas mundiales impulsadas por estos grupos han llevado a pequeñas, pero importantes mejoras en las condiciones de trabajo de cientos de fábricas

en países en vías de desarrollo. En la actualidad, han tenido lugar protestas contra el Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos y Corea, organizadas por los trabajadores coreanos. Una representante del sindicato coreano de trabajadores del metal ha declarado que este acuerdo “pone en peligro los salarios y condiciones de trabajo de los coreanos” y que “creará condiciones que restringirán el ejercicio de los derechos laborales”. Dicha representante ha criticado el tratado por “antidemocrático” ya que tanto los trabajadores coreanos como norteamericanos ha quedado excluidos del proceso de toma de decisiones<sup>57</sup>. Los acuerdos comerciales internacionales tienen consecuencias que afectan el entorno psicosocial en el trabajo, por lo tanto, deben ser objetivos adicionales de debate y acción.

Para concluir, quiero expresar mi deseo de que estos ejemplos de intervenciones, programas y políticas para reducir el estrés y mejorar la salud de los trabajadores sean de utilidad. El programa del “V Foro ISTAS de Salud Laboral: Organización del trabajo, factores psicosociales y salud” aborda muchos de los aspectos necesarios para mejorar la salud y el entorno psicosocial en el trabajo. En general, para avanzar en este campo creo que son necesarias las siguientes acciones:

- Más formación de trabajadores, representantes sindicales y empresarios en el diseño de puestos de trabajo y de una organización del trabajo saludables.
- Más investigación sobre el estrés, las tareas y puestos de trabajo de alto riesgo
- Intervenciones en los lugares de trabajo para reducir los factores de estrés
- Evaluación de los efectos para la salud de las intervenciones y “experimentos naturales” realizados en el lugar de trabajo
- Cuando sea posible, combinar las intervenciones sobre el estrés con programas ergonómicos (prevención primaria) y con programas de promoción de la salud y de gestión del estrés (prevención secundaria)
- Promover (y evaluar los efectos para la salud de) los convenios colectivos que incluyan intervenciones para la reducción del estrés en el trabajo
- Promover (y evaluar los efectos para la salud de) la legislación y la normativa para mejorar la salud en el entorno laboral y reducir las desigualdades sociales

## AGRADECIMIENTOS

A Jeffrey Johnson por la información facilitada para la conferencia en la que se basa este artículo.

1. Last J. A Dictionary of Epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 1995.
2. Murphy L, Sauter S. Work Organization Interventions: State of Knowledge and Future Directions. *Soz-Pravenivmed.* 2004;40:79-86.
3. LaMontagne A, Keegel T, Louie A, Ostry A, Landsbergis P. A Systematic Review of the Job Stress Intervention Evaluation Literature: 1990-2005. *Int J Occup Environ Health.* 2007;13:268-280.
4. Murphy LR. Stress management in work settings: A critical review of the health effects. *Am J Health Promot.* 1996;11:112-135.
5. Sorensen G, Stoddard A, Ockene JK, Hunt MK, Youngstrom R.

- Worker participation in an integrated health promotion/health protection program: Results from the WellWorks Project. *Health Educ Quart.* 1996;23:191-203.
6. Deutsch S. The contributions and challenge of participatory action research. *New Solutions.* 2005;15(1):29-35.
  7. Tunstall-Pedoe H, Connaghan J, Woodward M, et al. Pattern of declining blood pressure across replicate population surveys of the WHO MONICA project, mid-1980s to mid-1990s, and the role of medication. *BMJ.* 2006;332:629-635.
  8. Belkic K, Landsbergis P, Schnall P, Baker D. Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scand J Work Environ Health.* 2004;30(2):85-128.
  9. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The measurement of Effort-Reward Imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med.* 2004;58(8):1483-1499.
  10. Caruso C, Hitchcock E, Dick R, Russo J, Schmit J. Overtime and extended work shifts: Recent findings on illnesses, injuries, and health behaviors. Report No.: 2004-143. Cincinnati: NIOSH; 2004.
  11. Steenland K. Shift work, long hours, and CVD: A review. *Occup Med Sta Art Rev.* 2000;15(1):7-17.
  12. Vahtera J, Kivimaki M, Pentti J, Linna A, Virtanen M, Virtanen P, et al. Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study. *BMJ.* 2004; 328(7439):555.
  13. Greiner B, Krause N, Ragland D, Fisher J. Occupational stressors and hypertension: a multi-method study using observer-based job analysis and self-reports in urban transit operators. *Soc Sci Med.* 2004;59:1081-1094.
  14. Benach J, Muntaner C, Benavides F, Amable M, Jodar P. A new occupational health agenda for a new work environment. *Scand J Work Environ Health.* 2002;28:191-6.
  15. Kompier M. New systems of work organization and workers' health. *Scand J Work Environ Health.* 2006;32(6(special issue)):421-430.
  16. Landsbergis P, Schnall P, Pickering T, Warren K, Schwartz J. Lower socioeconomic status among men in relation to the association between job strain and blood pressure. *Scand J Work Environ Health.* 2003;29(3):206-215.
  17. Landsbergis P. The changing organization of work and the health and safety of working people: A commentary. *J Occup Environ Med.* 2003;45(1):61-72.
  18. Kristensen T. Workplace intervention studies. *Occup Med Sta Art Rev.* 2000;15(1):293-305.
  19. Erikssen J, Knudsen K, Mowinckel P, Guthe T, Holm JPL, Brandtzaeg R, et al. Blodtrykksstigning hos stresseksponeerte industriarbeidere (Increase in blood pressure among stress exposed industrial workers). *Tidsskr Nor Laegeforen.* 1990;110:2873-2877.
  20. Landsbergis PA, Schnall PL, Deitz DK, Warren K, Pickering TG, Schwartz JE. Job strain and health behaviors: results of a prospective study. *Am J Health Promot.* 1998;12(4):237-245.
  21. Rydstedt LW, Johansson G, Evans GW. The human side of the road: Improving the working conditions of urban bus drivers. *Journal of Occupational Health Psychology.* 1998;3:161-171.
  22. Orth-Gomer K. International epidemiological evidence for a relationship between social support and cardiovascular disease. In: Shumaker S, Czajowski S, editors. *Social support and cardiovascular disease.* New York: Plenum Press; 1994. p. 97-117.
  23. Maes S, Verhoeven C, Kittel F, Scholten H. Effects of a Dutch worksite wellness-health program: the Brabantia Project. *Am J Public Health.* 1998;88(7):1037-41.
  24. Susman G, Evered R. An assessment of the scientific merits of action research. *Admin Sci Quart.* 1978;23:582-603.
  25. Israel B, Schurman S, House J. Action research on occupational stress: Involving workers as researchers. *Int J Health Serv.* 1989;19(1):135-155.
  26. Gardell B, Gustavsen B. Work environment research and social change: current developments in Scandinavia. *J Occup Behav.* 1980;1:3-17.
  27. McQuiston T. Empowerment evaluation of worker safety and health education programs. *Am J Ind Med.* 2000;38:584-597.
  28. International Labour Organization. *Barefoot Research.* Geneva: International Labour Organization; 2002.
  29. Poulsen K, Jensen S, Bach E, Schostak J. Using action research to improve health and the work environment for 3500 municipal bus drivers. *Educ Act Res.* 2007;15(1):75-106.
  30. Frumin E, Moriarty J, Vossen P, Halpin J, Orris P, Krause N, et al. *Workload-related musculoskeletal disorders among hotel housekeepers.* New York: UNITE-HERE; 2006.
  31. Lee P, Krause N. The impact of a worker health study on working conditions. *J Public Health Policy.* 2002;23:268-285.
  32. Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, Vezina M, Lower A. Development and Implementation of a Participative Intervention to Improve the Psychosocial Work Environment and Mental Health in an Acute Care Hospital. *Occup Environ Med.* 2006;63:326-334.
  33. Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, Vezina M, Lower A. Effectiveness of a participatory intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Occup Environ Med.* 2006;63:335-342.
  34. Cole D, Rivlis I, Van Eerd D, Cullen K, Irvin E, Kramer D. Effectiveness of participatory ergonomics interventions: A systematic review. Toronto: Institute for Work & Health; 2005.
  35. Karasek R, Theorell T. *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life.* New York: Basic Books; 1990.
  36. Landsbergis PA, Cahill J, Schnall P. The impact of lean production and related new systems of work organization on worker health. *J Occup Health Psychol.* 1999;4(2):108-130.
  37. Gardell B. Worker participation and autonomy: a multilevel approach to democracy at the workplace. *Int J Health Services.* 1982;12:527-558.
  38. Melin B, Lundberg U, Soderlund J, Granqvist M. Psychophysiological stress reactions of male and female assembly workers: a comparison between two different forms of work organization. *J Organizat Behav.* 1999;20:47-61.
  39. Landsbergis P. Collective bargaining to reduce CVD risk factors in the work environment. *Occup Med Sta Art Rev.* 2000;15(1):287-292.
  40. Landsbergis PA, Cahill J. Labor union programs to reduce or prevent occupational stress in the United States. *Int J Health Serv.* 1994;24:105-129.
  41. AFL-CIO Working Women's Department. *Bargaining Fact Sheet: Control Over Work Hours and Alternative Work Schedules.* Washington D.C.: AFL-CIO Working Women's Department; 2001.
  42. Grundy L, Bell L, Firestein N. *Labor's Role In Addressing The Child Care Crisis.* New York: Foundation for Child Development; 1999.
  43. Dones N, Firestein N. Labor's Participation in Work Family Issues: Successes and Obstacles. In: Beem C, Heymann J, editors. *Learning from the Past - Looking to the Future.* Racine: The Work, Family and Democracy Project; 2002.
  44. Office of Technology Assessment. *The Electronic Supervisor: New Technology, New Tensions, OTA-CIT-333.* Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1987.
  45. Gruber J. GPS monitoring and the global workforce. *Labor and Employment Law Summer;* 2005.



46. Padgham J. Worker Cooperatives. Bulletin of the University of Wisconsin Center for Cooperatives; 2002(5).
47. Semler R. The Seven Day Weekend. New York: Portfolio; 2003.
48. Ballve M. The silent revolution. Orion Magazine. 2006(July/August).
49. Magnani E. El cambio silencioso. Buenos Aires: Prometeo; 2003.
50. Warren N. U.S. regulations for work organization. Occup Med Sta Art Rev. 2000;15(1):275-280.
51. Milkman R, Appelbaum E. Paid family leave in California: new research findings. In: The state of California labor 2004. Berkeley: University of California Press; 2004.
52. Levi L. Legislation to protect worker CV health in Europe. Occup Med Sta Art Rev. 2000;15(1):269-273.
53. Levi L. Work stress and health: Research approaches and health promotion strategies. In: Araki S, editor. Behavioral medicine: An integrated biobehavioral approach to health and illness. New York: Elsevier; 1992.
54. European Trade Union Confederation, Union of Industrial and Employers Confederations of Europe, European Association of Craft Small and Medium-Sized Enterprises, European Centre of Enterprises with Public Participation and of Enterprises of General Economic Interest. Framework agreement on work-related stress; 2004.
55. Banks J, Marmot M, Oldfield Z, Smith J. Disease and disadvantage in the United States and England. JAMA. 2006;295(17):2037-2045.
56. Krugman P. Helping the Poor, the British Way. New York Times. December 25; 2006.
57. Lim S. Korean Unionists Protest Free Trade Agreement with U.S. Labor Notes; August 2007.

## XVIII Congreso mundial sobre seguridad y salud en el trabajo Seguridad y salud en el trabajo: una responsabilidad social

29 junio – 2 julio 2008, Seúl (Corea)

*Información:*

Korea Occupational Safety and Health Agency 34-4,  
Gusan-dong, Bupyeng-gu, Inchon, República de Corea.

Tel.: +82 32 5100.740. Fax: +82 32 512.8482

E-mail: [safety2008@ksha.net](mailto:safety2008@ksha.net)

<http://www.safety2008korea.org>

## Se buscan

Revisores externos para Archivos de Prevención de Riesgos Laborales.  
Queremos ampliar y renovar nuestra base de revisores. Si estás interesado/a  
envía tu nombre completo, lugar de trabajo, correo electrónico y 5 palabras clave  
definiendo tus áreas de conocimiento y experiencia a  
[archivos@scsmt.cat](mailto:archivos@scsmt.cat)

¡Gracias por tu colaboración!