



**PROPUESTA DE UN MODELO INTEGRADO DE SALUD  
LABORAL COMO APORTE A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS  
BRASILEÑAS DE LA SALUD DEL TRABAJADOR**

Tesis de Doctorado en Salud Pública de la UCES

**MARCIO ANTONIO MIRANDA DO REGO**

Buenos Aires  
2016

**PROPUESTA DE UN MODELO INTEGRADO DE SALUD LABORAL  
COMO APORTE A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEÑAS DE LA  
SALUD DEL TRABAJADOR**

**MARCIO ANTONIO MIRANDA DO REGO**

Tesis presentada al Curso de Doctorado en Salud  
Pública de la Universidad de Ciencias  
Empresariales y Sociales, como requisito parcial  
para la obtención del Grado de Doctor en Salud  
Pública con la dirección  
de la Profa. Dra. Monica Padró.

Buenos Aires  
2016

MARCIO ANTONIO MIRANDA DO REGO

**PROPUESTA DE UN MODELO INTEGRADO DE SALUD LABORAL  
COMO APORTE A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEÑAS DE LA  
SALUD DEL TRABAJADOR**

Esta tesis fue juzgada y aprobada para la  
Obtención del título de Doctor en Salud Pública de la  
**Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales**

Buenos Aires, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

Prof. (Dr./M.Sc./Esp.).....  
Coordinador del Curso

**JURADO**

.....  
Prof. (Dr./M.Sc./Esp.).....  
Directora de Tesis

.....  
Prof. (Dr./M.Sc./Esp.).....

.....  
Prof. (Dr./M.Sc./Esp.) .....

Examinador

Examinador

## **DEDICATORIA**

A mi madre, Dilma Carvalho de Miranda y a mis padrinos, difuntos, Alfredo Gabriel de Miranda y Cinira Paula de Carvalho, por los ejemplos de dignidad, responsabilidad, religión, ética, trabajo y perseverancia, estos valores me fueron pasados con mucho amor y cariño, a través de sus enseñanzas que constituyen hoy parte de mi cultura y práctica de vida.

A mi amada esposa Beatriz, por el tiempo de abdicación de muchos momentos no compartidos, vividos frente a libros, papeles, postilas, palestras, cursos y principalmente, de un teclado de computador, buscando alcanzar la realización de un trabajo académico y especialmente de un gran sueño personal.

## AGRADECIMIENTOS

Esta tesis cuenta un poco una historia en el cual se convierte un sueño para señalar cosas que me hicieron madurar por una razón: la salud del trabajador en las organizaciones.

Por eso apunto agradecido primeramente a Dios, por mi salud física y mental, por las experiencias vividas, por las posibilidades y por los caminos que se me ofrecieron, por las innumerables oportunidades en el campo personal y profesional y por todo lo que falta por venir.

Y de forma análoga agradezco a las personas que me auxiliaron en la construcción de este trabajo.

Al investigador Dr. Carlos Minayo Gomes (ENSP-Fiocruz), que me despertó, la cuestión social asociada al tema escogido.

Al profesor Dr. Silvio Carlos Andrade da Silva (Auditor Fiscal del MTE), quien a través de su experiencia profesional, me aportó una valiosa percepción de la esfera fiscal estatal.

À las profesionales Tatiana Santos Rodrigues y Vivian Maria Zildan da Fonseca (Asistentes Sociales de Petrobras), por las reflexiones sistematizadas sobre el trabajador y los procesos de trabajo.

A la Dra. Greice Lourenço Quelhas (Médica del Trabajo), por el aporte técnico sobre la gestión organizacional de la salud laboral.

A la Dra. Irina Alejandra Duran (Médica del SUS), por el acceso a los problemas cotidianos que permean la salud del trabajador.

Apunto para los consejeros, sindicalistas y trabajadores, que mismo no hayan sido citados directamente, contribuyeron de forma especial por la formulación de este modelo.

Al profesor Dr. Jorge Reboledo, que me posibilitó a través de sus conocimientos incentivar me en la delimitación de este estudio.

A mi Directora de Tesis, profesora Dra. Mónica Padró, que concedió todo el apoyo y direccionamiento necesario para la consolidación de este trabajo.

A mis compañeros de clase y profesores de la UCES, con los cuales pude aprovechar el aprendizaje compartido y delimitar cada vez más la profundización de mi estudio.

A mis compañeros de trabajo de CENPES, por la confianza, apoyo y comprensión por los interminables compromisos que tuve que asumir, para lograr la realización de este trabajo.

*“Pero la operación de escribir implica leer como su correlativo dialéctico, y estos dos actos conectados necesitan dos agentes distintos. Es el esfuerzo conjugado del autor y del lector que hará surgir el objeto concreto e imaginario que es la obra del espíritu. Solo hay arte para los otros y por los otros”.*  
*Jean-Paul Sartre, in “Situações II”.*

## RESUMEN

La actuación del Estado, reiteradamente marcada por la discontinuidad de las acciones en la política de Salud Pública brasileña, estimula cada vez más a las empresas a buscar nuevas formas, programas o sistemas destinados a cuidar la salud laboral, de forma parcial pero participativa.

Sin embargo, la situación de control de la salud es cada vez peor, debido a la no convergencia de acciones entre las políticas estatales de salud, programas de salud ocupacional y las empresas, lo que lleva a ellos, en contra de sus responsabilidades corporativas y legales, gestionar de manera unilateral la salud de los empleados por los sistemas corporativos de gestión de la salud ocupacional.

El actual trabajo de investigación tiene como objetivo general desarrollar un modelo de gestión de la salud laboral organizacional, construido desde una visión estructurada, transdisciplinaria e integradora, basada en el comportamiento humano e insertada en el contexto de sostenibilidad de la empresa.

De esta forma las organizaciones podrán obtener una mayor eficacia en la gestión de salud laboral, generando beneficios para los trabajadores y el Estado.

Para trabajar en la construcción del modelo integrado de la salud laboral sugerido en esta investigación, es necesario considerar el modo de interface de esta coyuntura del contexto social de la salud laboral brasileña, aplicado en especial a las organizaciones. Por eso, el punto de vista metodológico de este trabajo se define por un abordaje de investigación cualitativa descriptiva con delineamiento para la sugestión de un modelo.

El propósito de usar en la metodología, la adaptación del *Balanced Scorecard*, enfatiza el deseo de medir de forma integrada las necesidades de los trabajadores, los procesos internos de la empresa, el aprendizaje y el crecimiento de los trabajadores para alcanzar la visión estratégica del modelo y administrar los recursos necesarios atribuidos a esta gestión.

La pretensión del referido estudio es presentar una propuesta de un modelo de gestión integrado de la salud laboral dentro de las empresas, que genere calidad de vida al trabajador, creando un vínculo con la política ya establecida en el estado, facilitando así la gestión de las relaciones entre el Estado y las empresas, lo que resultará en trabajadores sanos, las empresas sostenibles y el bienestar social.

Palabras clave: salud del trabajador, calidad de vida, la gestión integrada.

## ABSTRACT

State performance, repeatedly marked by discontinuity of shares in the Brazilian Public Health policy, increasingly encourages companies to seek new forms, programs and systems for occupational health care, partial but participatory.

However, the situation control health is getting worse, due to the non-convergence of actions between state health policies, occupational health programs and businesses, leading to them, against their corporate responsibilities and legal, managed unilaterally health of employees by corporate management systems occupational health.

The current research has the general objective to develop a management model of organizational health at work, built from a structured, cross-disciplinary and integrative vision based on human behavior and inserted in the context of sustainability of the company.

In this way organizations can achieve greater efficiency in the management of occupational health, generating benefits for workers and the state.

To work on the construction of the integrated model of occupational health, it suggested in this research, it was necessary to consider how to interface this juncture of the Brazilian social context of occupational health, applied especially to organizations. Therefore the methodological point of view of this work is defined by a descriptive approach qualitative research outline for the suggestion of a model.

The purpose of using the methodology, the adaptation of the BSC, emphasizes the desire to measure integrated the needs of workers, internal business processes, learning and growth of workers to achieve the strategic vision of the model and manage the resources allocated to this management.

The aim of that study was to present a proposal for a model of integrated management of occupational health in companies that generate quality of life the worker, creating a link with the policy already established in the state, thus facilitating the management of relations between the state and businesses, resulting in healthy workers, sustainable enterprises and social welfare.

Keywords: labor Health, Quality of Life, Integrated Management.

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
<b>Figura 1</b> – Organigrama de Actividades	94
<b>Figura 2</b> – Modelo de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional	112
<b>Figura 3</b> – Red de Vigilancia en la Salud del Trabajador	116
<b>Figura 4</b> – Sistematización de Gestión Personal	123
<b>Figura 5</b> – Pirámide de Maslow	125
<b>Figura 6</b> – Teoría de Alderfer	129
<b>Figura 7</b> – Teoría de la Expectativa	131
<b>Figura 8</b> – Teoría de la Equidad	133
<b>Figura 9</b> – Modelo de CVT de Hackman y Oldham	164
<b>Figura 10</b> – Etapas de análisis de riesgo	176
<b>Figura 11</b> – Perspectivas del BSC	192
<b>Figura 12</b> – Etapas de un programa de promoción de la salud	198
<b>Figura 13</b> – Programa de promoción de la salud en el trabajo en cuatro pasos	202
<b>Figura 14</b> – Interacción de los Sistemas	215
<b>Figura 15</b> – Mapa Estratégico	237
<b>Figura 16</b> – Formato de la Estructura del SGISL	241

## LISTA DE CUADROS

	Pág.
<b>Cuadro 1</b> – El sistema de salud brasileño: historia, avances y desafíos	60
<b>Cuadro 2</b> – Accidentes y enfermedades de trabajo en Brasil: 1970 – 2013	102
<b>Cuadro 3</b> – Costo mensual y anual del accidente – 2013 – Brasil	103
<b>Cuadro 4</b> – Concesión de beneficios del INSS (2006 – 2013) – Brasil	104
<b>Cuadro 5</b> – Estructura de Servicios del SUS	115
<b>Cuadro 6</b> – Desarrollo conceptual de la salud del trabajador	166
<b>Cuadro 7</b> – Agentes causadores de peligros en instalaciones	178
<b>Cuadro 8</b> – Frecuencia de ocurrencia de peligro	179
<b>Cuadro 9</b> – Control asociado a los aspectos/peligros	180
<b>Cuadro 10</b> - Severidad del impacto	181
<b>Cuadro 11</b> – Matriz de clasificación del riesgo	182
<b>Cuadro 12</b> – Clasificación del significado del riesgo	183
<b>Cuadro13</b> – Análisis inicial de control - BS 8800	183
<b>Cuadro 14</b> – Acciones y/o programas de promoción de la CVT y sus resultados	187
<b>Cuadro 15</b> – Indicadores de calidad de vida en el trabajo	189

<b>Cuadro16</b> – Evolución del Concepto de CVT	193
<b>Cuadro 17</b> – Perspectivas de evaluación de programas de promoción de la salud	200
<b>Cuadro 18</b> – Modelos de CVT y sus indicadores determinantes	203
<b>Cuadro 19</b> - Instrumentos de medida de CVRS y CVT	203
<b>Cuadro 20</b> – Criterios del PNCV	205
<b>Cuadro 21</b> – Identificación de los aspectos del Sistema: Estructura Laboral	215
<b>Cuadro22</b> – Identificación de los aspectos del Sistema: Estructura Legal	216
<b>Cuadro23</b> – Identificación de los aspectos del Sistema: Estructura Social	220
<b>Cuadro 24</b> – Identificação de los aspectos del Sistema: Estrutura Organizacional	224
<b>Cuadro 25</b> – Identificación de los aspectos del Sistema: Estructura Situacional	228
<b>Cuadro 26</b> – Perspectiva, Objetivos estratégicos, Iniciativas estratégicas del Modelo	230
<b>Cuadro 27</b> – Relación de causa y efecto entre las perspectivas	238

## LISTA DE REDUCCIONES

### Abreviaturas:

Pág.; p-	Página
Art.-	Artículo
Séc.-	Siglo
Nº.-	Número
Et al-	Y todos los otros autores
PCC-	Punto Crítico de Control
N-	Norma

### Siglas:

ABCD-	Se refiere a cuatro ciudades industriales situadas en la porción sureste de la Región Metropolitana de San Paulo. A. Santo André; B San Bernardo; C San Caetano; yel D, a Diadema.
ABCV-	Asociación Brasileña de Calidad de Vida
ABRASCO-	Asociación Brasileña de Salud Colectiva
ABRESST-	Asociación Brasileña de Empresas de Salud y Seguridad en el trabajo
AEPS-	Anuario Estadístico de la Previdencia Social
AFT-	Auditor Fiscal del trabajo
AIDS-	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ANS-	Agencia Nacional de Salud Suplementar
ANVISA-	Agencia Nacional de VigilanciaSanitaria
APPCC-	Análisis Preliminar de Peligros y Puntos Críticos de Control
APR-	Análisis Preliminar de Riesgos
AS/NZS-	Australian/New Zealand Standards
ASO-	Atestado de Salud Ocupacional
B91, B31-	Codificación de beneficios del SUS
BS -	British Stander
BSC -	Balanced Scorecard
CAT-	Comunicación de Accidente de Trabajo
CB -	Calidad de Bienestar
CEHA-	California Environmental Health Association

CID-	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIPA-	Comisión Interna de Prevención de Accidentes
CLT-	Consolidación de las Leyes del Trabajo
CNAE-	Clasificación Nacional de Actividad Económica
CNPJ-	Registro Nacional de Personas Jurídicas
CNST-	Conferencia Nacional de la Salud del Trabajador
CTPP-	Comisión Tripartita Permanente Paritaria
CTSST-	Comisión Tripartita de Salud y Seguridad en el Trabajo
CRFB-	Constitución de la República Federativa del Brasil
CRVS -	Cualidad de Vida Relacionada a la Salud
CVT -	Cualidad de Vida en el Trabajo
DF-	Distrito Federal
DORT-	Disturbio Osteomuscular Relacionado al Trabajo.
DRT-	Delegación Regional do Trabajo
DSST-	Departamento de Seguridad y Salud del Trabajo
ENSP-	Escuela Nacional de Salud Pública
EPA-	Environmental Protection Agency
EPC-	Equipos de Protección Colectiva
EPI-	Equipos de Protección Individual
EUA-	Estados Unidos de América
EQ-5D -	Estimación de Calidad en Cinco Dimensiones
FAP-	Factor Accidentario de Prevención
FGTS-	Fondo de Garantía por Tiempo de Servicio
FIESP-	Federación de las Industrias del Estado de San Paulo
FNC-	Fundación Nacional de Calidad
FUNASA-	Fundación Nacional de la Salud
Fundacentro-	Fundación Jorge Duprat y Figueiredo
GF-	Gestión Financiera
GO-	Gestión Organizacional
GMA-	Gestión de Medio Ambiente
GRH-	Gestión de Recursos Humanos
GSS-	Gestiónde Servicios de Salud
GS-	Gestión de Seguridad
GSMS-	Gestión Seguridad, Medio Ambiente y Salud
HIV-	Human Immunodeficiency Virus
IAP-	Instituto de Jubilación y Pensiones
ILO-	International Labour Organization
IN-	Instrucción Normativa
INAMPS-	Instituto Nacional de la Asistencia Médica de la Previdencia Social
INPS-	Instituto Nacional de Previdencia Social
INSHT-	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España
INSS-	Instituto Nacional de Seguridad Social
IPS-	International Programme on Chemical Safety
IRPTC-	International Register of Potentially Toxic Chemicals

ISO-	International Organization for Standardization
LER-	Lesión por Esfuerzo Repetitivo
LTCAT-	Laudo Técnico de Condiciones Ambientales de Trabajo
MPS-	Ministerio de la Previdencia Social
MPT-	Ministerio Público del Trabajo
MS -	Ministerio de la Salud
MTE-	Ministerio del Trabajo y Empleo
MTPS-	Ministerio del Trabajo y Previdencia Social
NASF-	Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia
NBR-	Norma Brasileña
NHS-	National Health Service (England)
NOB-	Norma Operacional Básica
NR-	Norma Reguladora
NTDEAT-	Nexo Técnico por Enfermedad Equiparada al Accidente del Trabajo Nexo Técnico Individual
NTEP-	Nexo Técnico Epidemiológico de la Previdencia
NTPT-	Nexo Técnico Profesional o del Trabajo
OHSAS-	Occupational Health and Safety Assessment Series
SSO-	Seguridad y Salud Ocupacional
OIT-	Organización Internacional del Trabajo
OMS-	Organización Mundial de la Salud
ONG-	Organización No Gubernamental
ONU-	Organización de las Naciones Unidas
OPAS-	Organización Panamericana de la Salud
PAE-	Plano de Acción de emergencia
PAG-	Plano de Acción Global
PCMSO-	Programa de Control Médico de la Salud Ocupacional
PEC-	Programa de Extensión de Coberturas
PES-	Planeamiento Estratégico Situacional
PGR-	Programa de Gestión de Riesgos
PHC-	Primary Health Care
PNPS-	Política Nacional de Promoción de la Salud
PNPS-	Política Nacional de Promoción a la Salud
PNCV-	Premio Nacional de Calidad de Vida
PNCV-	Programa Nacional de Calidad de Vida
PNSST-	Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo
PNSTT-	Política Nacional de la Salud del trabajador y de la trabajadora
PPP-	Perfil Profisiográfico Providenciaria
PPRA-	Programa de Prevención de Riesgos Ambientales
PSDB-	Partido Social Democracia Brasileña
PSF-	Programa de la Salud de la Familia
PST-	Promoción de la Salud en el Trabajo
RAIS-	Relación Anual de Informaciones Sociales
RAS-	Red de Atención a la Salud

RAT-	Riesgos Ambientales de Trabajo
RH-	Recursos Humanos
SAMU-	Servicio de Atención Móvil de Urgencia
SAT-	Seguro Accidente de Trabajo
SEBRAE-	Servicio Brasileño de Apoyo a las Micro y Pequeñas Empresas
SEMA-	Secretaría Especial de Medio Ambiente
SESI-	Servicio Social de la Industria
SESMT-	Servicio Especializado en Seguridad y Medicina del Trabajo
SGL-	Sistema de Gestión Integrado
SGISL-	Sistema de Gestión Integrada de Salud Laboral
SGSSO-	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional
SINAIT-	Sindicato Nacional de los Auditores Fiscales del Trabajo
SITAP-	Sistema de Gerenciamiento de la Tabla de Procedimientos y Medicamentos del SUS
SMS-	Seguridad, Medio Ambiente y Salud
SRTE-	Superintendencias Regionales del trabajo y Empleo
SSAM-	Sistema Supletivo de Asistencia Médica
SST-	Seguridad y Salud del Trabajador
ST-	Salud del Trabajador
SUDS-	Sistemas Unificados y Descentralizados de Salud
SUS -	Sistema Único de Salud
SVS-	Secretaría de Vigilancia en Salud
TGS-	Teoría General de los Sistemas
UPA-	Unidad de Pronto Atención
VISAT-	Vigilancia de Salud del Trabajador
WHO-	World Health Organization

### **Símbolos:**

& - e

@ - arroba (signo usado *ene-mail* entre el nombre del usuario y del proveedor del servicio)

## SUMÁRIO

	<b>Pág.</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	5
<b>RESUMEN</b>	7
<b>ABSTRACT</b>	8
<b>LISTA DE FIGURAS</b>	9
<b>LISTA DE CUADROS</b>	10
<b>LISTA DE REDUCCIONES Y SIGLAS</b>	12
<b>LISTA DE SÍMBOLOS</b>	15
<b>CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÒN</b>	20
<b>1.1 Presentación</b>	20
<b>1.2 El problema</b>	22
<b>1.3 Justificación</b>	26
<b>1.4 Objetivos</b>	27
<b>1.5 Organización de la investigación</b>	28

<b>CAPÍTULO 2 BASES TEÓRICAS Y CONCEPTUALES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE SISTEMA INTEGRADO DE LA SALUD DEL TRABAJADOR</b>	29
<b>2.1 La Relación: Trabajo, Ambiente y Salud</b>	29
<b>2.2 Aspectos Legales de la Salud del Trabajador</b>	59
<b>2.3 Aspectos Comportamentales del Ser Humano</b>	120
<b>2.4 Aspectos Organizacionales</b>	151
<b>2.5 Calidad de Vida en el Trabajo</b>	193
<b>CAPÍTULO 3 METODOLOGIA</b>	207
<b>3.1 Contextualización de la aplicación de la metodología</b>	207
<b>3.2 Investigación Exploratoria</b>	207
<b>3.3 Investigación Bibliográfica</b>	208
<b>3.4 Área del estudio</b>	208

<b>3.5</b>	<b>Población</b>	208
<b>3.6</b>	<b>Muestra</b>	209
<b>3.7</b>	<b>Proceso de relevamiento de los datos</b>	209
<b>3.8</b>	<b>Proceso de tratamiento de los datos</b>	209
<b>3.9</b>	<b>Limitaciones de la investigación</b>	210
<b>3.10</b>	<b>Aplicación y Análisis del Modelo Propuesto</b>	210
<b>CAPÍTULO 4 MODELO PROPUESTO</b>		213
<b>4.1</b>	<b>Contextualización</b>	213
<b>4.2</b>	<b>Interacción de los Sistemas</b>	214
<b>4.3</b>	<b>Perspectivas, Objetivos Estratégicos e Iniciativas del Modelo</b>	230
<b>4.4</b>	<b>Mapa Estratégico</b>	236
<b>4.5</b>	<b>Interpretación del Mapa Estratégico del Modelo del Sistema de Gestión Integrada de la Salud Laboral</b>	238
<b>CAPÍTULO 5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>		243
<b>5.1</b>	<b>Conformidad con los objetivos propuestos</b>	243

<b>5.2</b>	<b>Contextualización desde una visión exterior</b>	258
<b>5.3</b>	<b>Recomendaciones</b>	267
<b>5.4</b>	<b>Posibles aplicaciones futuras relacionadas al modelo propuesto</b>	267
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	269

# CAPÍTULO 1

## INTRODUCCIÓN

### 1.1 Presentación

La Salud Pública en su esencia integra un conjunto de áreas del conocimiento y de la práctica que le otorgan, en función de esta diversidad asociada, reconocida importancia de estudio. Por lo tanto, el énfasis relativo dado a las diferentes sub áreas ha variado a lo largo de la historia, pues de una forma o de otra está enlazada a las cuestiones políticas, cronológicas y regionales, que acaban por ejercer determinada influencia en su representación delante de la sociedad en general.

La interrelación existente entre todas las subáreas envueltas: "através de la historia humana, los principales problemas de salud enfrentados por los hombres han tenido relación con la vida en comunidad, por ejemplo, el control de enfermedades transmisibles, el control y la mejora del ambiente físico (saneamiento), la provisión de agua y alimentos en buena calidad y cantidad, la provisión de cuidados médicos, y la atención de los discapacitados y disminuidos. El énfasis relativo colocado en cada uno de esos problemas han variado de un tiempo a otro, pero ellos están todos inter relacionados, y de ellos se originó la salud pública como la conocemos hoy (Rosen, 1958)" (Ribeiro, 2004).

Cuando hablamos del uso de los recursos naturales utilizados por el hombre, debemos alimentar la responsabilidad con la cual debemos usar el medio ambiente de manera sostenible. Visto que las preocupaciones con la problemática ambiental están insertadas en la Salud Pública desde sus orígenes, a pesar de haberse estructurado un área específica para tratar de esas cuestiones solo en la segunda mitad del siglo XX. Según Ribeiro (2004), esa área que trata de la interrelación entre salud y medio ambiente fue denominada Salud Ambiental. Según la definición establecida por la OMS: "Salud Ambiental es el campo de intervención de la salud pública que se ocupa de las formas de la vida, de las sustancias y de las condiciones referentes al ser humano, que pueden ejercer alguna influencia sobre su salud y su bienestar".

Frente a la diversidad de factores ambientales presentes, se entiende que la salud humana además de ser vulnerable a tal exposición, es también un indicativo de complejidad de las interacciones existentes y de la amplitud de acciones necesarias para mejorar los factores ambientales determinantes de la salud. Pero, los programas de mejoras en el ambiente tienen acciones bastantes diferenciadas de aquellas que requieren atención médica, aún cuando no puedan estar desvinculadas de ellas.

Como ya ha sido mencionado, las preocupaciones con los aspectos ambientales, tanto en relación a la Salud Pública como en relación a otras características de los diferentes grupos sociales (organización social, cultural y económica), existen desde los comienzos de la historia humana y constituirán una importante base analítica del pensamiento social del pasado. Hoy, esas cuestiones vuelven a llamar la atención de las diferentes áreas de estudio relacionadas con la salud colectiva.

Se nota por lo tanto, que estamos hablando de un amplio campo de estudio, que envuelve profesionales de diversas formaciones académicas y técnicas, tanto de las áreas biológicas como de las ciencias de la naturaleza y de las ciencias exactas, que poseen como insumo para la realización de este estudio integrador, cuestiones ambientales, sociales, políticas, culturales, económicas y demás factores asociados a estos, que tienden a influir en la salud colectiva. Y en razón de esto, los cuidados de la salud colectiva pasan a ser comandados por políticas y sistemas que irán a demandar profesionales y gestores que deben tener la responsabilidad y el compromiso necesario para el bienestar de los trabajadores y de la sociedad como un todo.

Se verifica que a partir del intenso proceso social del cambio ocurrido en el mundo occidental en los últimos veinte años, algunos de los aspectos del ámbito de las relaciones de trabajo y salud, influyeron en la salud del trabajador. De esta forma, un nuevo campo en construcción en el espacio de la salud pública despuntó en este período, con la tentativa de promover mayor aproximación del trabajador y su ambiente, al mantenimiento de su propia salud considerando la influencia constante de los factores mencionados anteriormente.

Teixeira y Oliveira (1978) comentan que Henry Ford ya decía en la época que el cuerpo médico de su fábrica era la sección “que me da más lucro”. Es decir, destacando a su vez, la importancia de la salud del trabajador frente a las actividades operativas y a la productividad.

El objetivo de la salud del trabajador también puede ser definido como el proceso salud y enfermedad de los grupos humanos, en su relación con el trabajo. Representa un esfuerzo de comprensión de este proceso, como el por qué ocurre, y del desarrollo de alternativas de intervención que lleven a la transformación en dirección a la apropiación por los trabajadores, de la dimensión humana del trabajo. En esta trayectoria, la salud del trabajador rompe con la concepción de hegemonía que establece un vínculo causal entre la enfermedad y un agente específico, o un grupo de factores de riesgo presentes en el ambiente de trabajo e intenta superar el enfoque que sitúa su determinación en lo social, reducido al proceso productivo, descartando el peso de la subjetividad.

En medio a las dificultades enfrentadas en el campo del conocimiento, la salud del trabajador busca la explicación sobre la morbilidad y mortandad de las personas, de los trabajadores en particular, a través del estudio de los procesos de trabajo, de forma articulada y un conjunto de valores, culturas e ideologías, representaciones sociales y la posibilidad de consumo de bienes y servicios, en la moderna civilización urbano industrial. En esta

perspectiva y con las limitaciones señaladas, la salud del trabajador considera el trabajo, en tanto organizador de la vida social, como el espacio de dominación y sumisión del trabajador por el capital, pero igualmente, de resistencia, de constitución y de hacer histórico. En esta historia los trabajadores asumen el papel de actores, de sujetos capaces de pensar y de pensarse, produciendo una experiencia propia, en el conjunto de las representaciones de la sociedad.

En el ámbito de las relaciones entre trabajo y salud, los trabajadores buscan el control sobre las condiciones y los ambientes de trabajo, para convertirlos en espacios más saludables. Esto no es un proceso fácil de lograrse en la esfera de la clase trabajadora, pues es dependiente de la percepción y evaluación del proceso productivo y del contexto socio político de una determinada sociedad.

La salud del trabajador presenta también, configuraciones diferenciadas de acuerdo con la época y el país, como poder ser observado en Italia, en Escandinavia, en Canadá, o en Brasil. Pero, apesar de las diferencias, mantienen los mismos principios, los trabajadores buscan ser reconocidos en su saber, cuestionan las alteraciones en los procesos de trabajo, particularmente, la adaptación de nuevas tecnologías, ejercitan el derecho a la información y la reclusión al trabajo peligroso o arriesgado para la Salud.

La situación de control de la salud se agrava, cuando no hay convergencia entre las Políticas de Salud del Estado, los Programas de Salud del Trabajador y las empresas. En este caso, cabe que los trabajadores o sus representantes, Sindicatos, busquen formas adecuadas e integradas, que obtengan el compromiso con la salud y el bienestar de estos trabajadores, ratificando la responsabilidad del Estado y garantizando la salud pública a la población, tanto en las empresas públicas como privadas, en caso contrario, las empresas a su vez deberán, en función de responsabilidades corporativas, administrar de forma unilateral la salud de estos empleados, mediante sistemas integrados de gestión de la salud de forma complementaria a las políticas del Estado existentes, presentando espacios de monitoreo, control y vinculación a los modelos de gestión de la salud pública y privada.

El objetivo de este estudio se fundamenta en esta cuestión, el compromiso en presentar la propuesta de un modelo de un sistema integrado de Gestión de la salud del trabajador, aún que sea privado, que pueda servir como camino para otros sistemas, que consigan no solo cuidar de la salud del empleado, el bienestar y la calidad de vida, sino también crear una conexión con la política ya establecida en el Estado, facilitando de tal forma la relación de la gestión entre el Estado y las empresas.

## **1.2 El problema**

Inicialmente, cabe resaltar que la concepción de Salud del Trabajador y su propia práctica, se orienta de forma predominante al trabajo industrial, teniendo como referencia un modelo que, en virtud de las profundas transformaciones recientes, es necesario repensar.

Mírese el momento actual como un cuadro en el que conviven situaciones más que evidentes de violencia del trabajo, no resueltas o particularmente enfrentadas como neumoconiosis, enfermedades provenientes de riesgos físicos, intoxicaciones crónicas y agudas, asociadas a la utilización de tecnologías obsoletas y de sustancias expulsadas del mundo desarrollado, así como las formas de organización del trabajo que desconsideran la necesidad de contemplar y expandir las potencialidades humanas como las surgidas de una nueva lógica productiva, marcada por la globalización de la economía.

Las imposiciones del mercado internacional referente a la calidad de productos y procesos productivos, en una economía extremadamente competitiva, inducen a una reestructuración industrial flexible, que alía la automatización y otros avances tecnológicos a las nuevas modalidades organizacionales y de gestión de la fuerza de trabajo. Esos cambios significativos en la cultura de producir apuntan a las mejoras en el ambiente y en las relaciones de trabajo, a un grado mayor de participación y compromiso, pero demandan un trabajador calificado y polivalente, con un repertorio de habilidades y comportamientos específicos. Interpretar las repercusiones de esos compromisos y exigencias, cuyos potenciales impactos son más sutiles particularmente de un punto de vista psicosomático, es una tarea todavía pendiente.

La mayor repercusión de la política de reconversión industrial conduce los destinos de la fuerza de trabajo a su reducción selectiva y re acomodación espuria por medio de nuevos patrones de tercerización y sub contrataciones; a la precarización del trabajo y la progresiva exclusión del mercado formal, de trabajadores cuyo perfil no se ajusta a las recientes imposiciones y cuyos cuerpos están lesionados. Ese contingente de trabajadores desprotegidos, ignorados por las empresas, en constante rotación, sin derecho a la asistencia y al control de su salud o sin reconocimiento de la condición del ciudadano trabajador enfermo, representa uno de los grandes desafíos para la investigación e intervención en el ámbito de la Salud del Trabajador.

En Brasil, la situación de los ciudadanos con la salud del trabajador se deterioraba por la incapacidad del Sector de Salud del Estado de recuperar su responsabilidad de intervenir en el espacio del trabajo. Esta tarea, prevista en la Reforma Carlos Chagas, de 1920, interrumpida con la creación del Ministerio del Trabajo, Industria y Comercio en 1930, que pasó a asumirla, fue rescatada en la Carta Constitucional de 1988 y regularizada por la Ley 8080. Sin embargo, las marcas de un pasado reciente no son fácilmente removibles.

Las Delegaciones Regionales del Trabajo abogan, en varios estados, por la exclusividad de su competencia para inspeccionar los centros productivos. Esa posición, de un modo general, encuentra eco en los segmentos más conservadores del patronado, en la medida en que tales inspecciones, orientadas por un modelo tradicional, puntual y técnico burocrático, incapaz de alimentar un sistema de vigilancia en la salud del trabajador, sirven a sus propósitos al no promover cambios significativos.

De la misma forma, los Servicios Especializados en Seguridad y Medicina del Trabajo (SESMT), instituidos en 1978, se desvían, con algunas excepciones, de la función de reconocer, evaluar y controlar las causas de accidentes y enfermedades. Sus profesionales, asalariados por la empresa y sin respaldo legal para contrariar los intereses, se restringen a la adaptación de las paliativas delante de los riesgos más patentes.

La deficiencia en la formación de recursos humanos en el área, consecuencia de la marginalidad aun atribuida a la cuestión trabajo y salud, aliada a la generalizada insatisfacción profesional, reproduce en la red pública la práctica ineficaz del Servicio Especializado en la Seguridad y Medicina del Trabajo (SESMT), presente también en servicios con convenios con las empresas y con el propio sistema público de salud.

Al deterioro del trabajo, se suman propuestas de flexibilidad en los contratos laborales producidos bajo el dictamen del mercado, socialmente inaceptables. Se constituyen en alternativas para disminuir cargas sociales de las empresas y absorber sectores de la población desempleada, sin protección o garantías, imponiéndoles el pago de la seguridad y agravando las desigualdades.

Según Gomez y Costa (1997), el derecho al trabajo es la demanda más crucial y compleja del momento presente y garantizarlo revertiría significativamente los comprobados resultados del desempleo sobre la salud de la población trabajadora y de sus familias. Se discute, por un lado, que el trabajo está siendo exhaustivo en la sociedad del trabajo, o se cuestiona la centralización del trabajo productivo. Por otro, se reconoce el significado del trabajo, no solo como condición de sobrevivencia, sino por situarse en la propia génesis de la sociedad humana. Mientras tanto, los ajustes a la nueva economía global, particularmente en países como Brasil, han contribuido a los costos de un deterioro de las condiciones sociales y de un hiato, cada vez mayor entre los grupos, en el perfil de distribución de la renta.

El Estado, en sintonía con un ambiente político pautado en la liberación de las fuerzas del mercado, tiende a alejarse de intervenciones significativas en el ámbito de las relaciones de producción hegemónicas, donde se localizan las principales fuentes para el enfrentamiento total de la crisis social. En consecuencia, la mayor parte de los recursos provenientes de los segmentos de la clase trabajadora pasan a ser generados por la iniciativa privada. Parte de ese acervo, en los baúles empresariales, es negociado junto a varias redes de servicios médicos de cuestionable eficacia.

Esa desintegración, conforme argumentan Gomez y Costa (1997) se expresa en acciones fragmentadas, desarticuladas y superpuestas de instituciones con responsabilidad directa o indirecta en el área, agravado por conflictos en las concepciones y prácticas, así como de interpretación sobre competencias jurídico-institucionales, revela la trayectoria caótica del Estado en su función de promover la salud del ciudadano que trabaja. Solo el esfuerzo aislado de profesionales que se articulan en programas de salud del trabajador, centros de referencia y actividades de vigilancia realmente efectivas, son un rayo de luz en este universo sombrío. Pero su actuación está marcada reiteradamente por la discontinuidad,

tanto como por presiones externas de los que se sienten amenazados en su poder de tratar vidas humanas desgastadas por el trabajo, por rechazos de procesos productivos, como por la sucesión de nuevas administraciones que no priorizan esas inversiones.

Gomez y Costa (1997) evalúan, que aún está por establecerse un compromiso social claro con el intento de contraponerse a la reducción del papel institucional y regulatorio del Estado, encontrando a su vez un equilibrio entre los imperativos del mercado y los legítimos derechos al trabajo, a la seguridad y la protección social. Las organizaciones políticas y de la sociedad civil, inclusive las de clase, a pesar del carácter corporativo presente en sus prácticas, pueden desempeñar un papel expresivo en la formulación y defensa de las alternativas viables.

Mientras la cuestión esté vinculada a las políticas más generales, de carácter económico y social, la Salud del Trabajador implica desafíos de los más diversos órdenes. Desde los impuestos a partir del escenario macroeconómico, que define directrices y prioridades del mercado, a los que se relacionan más directamente al sector de la salud.

Formular una política de Salud del Trabajador significa, por lo tanto, contemplar esa amplia gama de condicionantes de la salud y de la enfermedad. Específicamente para el sector público de salud, desde el ámbito municipal al federal, donde es preeminente la necesidad de consolidar acciones que abarquen desde la vigilancia a la asistencia en su amplio sentido. Por eso, la limitada intervención de la Salud Pública en un campo que nunca fue objeto central de preocupación, agudizada por los inconvenientes de la gestión financiera y de los recursos humanos en la implantación del Sistema Único de Salud, se ha reflejado en la tendencia de tratar como cuestión menor a la atención integrada, pero diferenciada, de los trabajadores. Esa ausencia de respuestas efectivas viene sirviendo de justificación para que el sector privado se arroge el cumplimiento de determinadas tareas que en principio serían un compromiso fundamental del Estado. De esa forma, las loables iniciativas de la creación de programas o centros de referencia con esa finalidad, han sido el resultado del empeño de algunas profesiones en lo que debería ser un verdadero proceso de institucionalización, fruto de una política asumida.

Paradójicamente, se llegó a una visibilidad social de los problemas que afectan la calidad de vida de la clase trabajadora. Se avanza en la comprensión del agravamiento de la salud en los diferentes procesos del trabajo industrial.

La ampliación de los objetos de estudio y la reformulación de algunas referencias conceptuales y metodológicas se convierten así en premisas fundamentales, bajo el punto de vista de la investigación. Cada día se hacen más evidentes las proporciones de los grupos en ese campo marcado por avances, limitaciones y en este momento, por muchos impases. Enfrentarlos es una tarea colectiva, que demanda empeño recíproco en el establecimiento de pactos entre centros académicos, instituciones públicas y de la sociedad civil, particularmente con instancias organizativas de trabajadores. Esa tarea forma parte del compromiso democrático de viabilizar un desarrollo sostenible, construido para el rescate de la deuda

social y para la revitalización y revaloración del carácter público del Estado para asegurar la efectividad de los derechos de ciudadanía.

Sin embargo, en el mundo real, la salud de los trabajadores sufre los impactos directos de la política y de los sistemas de las organizaciones en las cuales se insertan y se asocian indirectamente a la política pública del estado. Siendo así, la interacción con la política es necesaria, pero hay que entender la verdadera descentralización de la gestión de la salud pública, frente al público y los sistemas privados de las organizaciones y para hacer que estos sistemas sean eficientes aun siendo independientes, de manera tal que ellos puedan contribuir eficazmente con las políticas públicas de salud .

Es por eso que estos sistemas necesitan ser reevaluados de manera de considerar el estudio parcial de todos los factores que intervengan con la salud de los trabajadores, para generar salud, calidad de la vida y el estado de bienestar, proveyendo aspectos saludables al trabajo circundante, contribuyendo con la sustentabilidad de las organizaciones.

Como corolario de lo antedicho, la presente investigación se plantea las siguientes preguntas:

1.1.1 ¿El modelo de salud laboral, considerando su estudio de forma transdisciplinar de los factores contribuyentes para la salud, puede representar la salud integrada del trabajador?

1.1.2 ¿Las organizaciones pueden conseguir mayor Sustentabilidad, a partir de los sistemas privados de gestión de la salud del trabajo?

1.1.3 ¿Cuáles son los beneficios que estos sistemas pueden generar bajo el control privado y descentralizado de las políticas públicas, si es tratado con eficacia?

1.1.4 ¿Considerando la dimensión de la eficacia, Los programas de recursos humanos tienen alguna importancia en el modelo de salud laboral?

### **1.3 Justificación**

La salud del trabajador es un área de la salud pública que tiene el estudio y la intervención de las relaciones entre el trabajo y la salud como foco principal de atención. Tiene como objetivo, la promoción y la protección de la salud del trabajador, por medio del desarrollo de la supervisión de los riesgos ambientales, de las condiciones del trabajo, de los daños a la salud del trabajador, de la organización y la instalación de ayuda a los trabajadores, alcanzando con procedimientos pertinentes el diagnóstico, el tratamiento y el blanqueo integral de las situaciones de riesgo.

Los aspectos sociales, económicos, tecnológicos, organizacionales, además de los condicionantes y factores de los riesgos existentes en el proceso del trabajo son determinantes de la salud del trabajador. Así, las acciones de control de la salud buscan intervenir en los

procesos del trabajo por medio de un funcionamiento profesional, interdisciplinar e intersectorial.

Todo el esfuerzo para la realización de un planeamiento que promueva la reevaluación de estos sistemas organizacionales, e incluso la creación de nuevos sistemas que se convertirán en el área de la salud del trabajador, es necesario un cambio de posición, en el sentido de entender que la ausencia de la gestión pública no implica necesariamente la pérdida del nexo entre los sistemas independientes y la política pública, máxime en una época en que los sistemas independientes de las organizaciones puedan retroalimentar los espacios vacíos de acción de la gestión de salud pública.

Para entender la complejidad del objeto del estudio considerado, que es la construcción de un modelo teórico de organización, que tenga como objetivo la gestión de la salud del trabajador, es necesario que sea analizado por diversos aspectos que evidencien las conexiones existentes entre los procesos de trabajo, de la enfermedad, de la salud, de la política, de lo social y de la historicidad, que cruza la sala de la clase trabajadora.

Y en este sentido, el presente estudio está basado en las diferentes miradas de los factores políticos, sociales, ambientales, psicológicos, culturales, económicos y organizacionales, que irán a coordinar de forma transdisciplinar e integrada, la construcción del perfil de salud del trabajador frente al pensamiento médico hegemónico, que busca dar al poder público toda la responsabilidad sobre el perfil de morbilidad y mortalidad de la población, incluyendo a los trabajadores.

Para el modelo de gestión propuesto, es fundamental el mantenimiento del vínculo con las políticas públicas, pues toda la dinámica debe estar asociada al estudio de las interacciones de los factores de la salud que a partir de una visión transdisciplinar que contribuye con las políticas públicas, generando beneficios para el Estado, credibilidad organizacional y social y, efectivamente un proceso ideal de la salud laboral.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo general**

El actual trabajo de investigación tiene como objetivo general desarrollar un modelo de gestión de la salud laboral organizacional, construido desde una visión estructurada, transdisciplinario e integradora, basada en el comportamiento humano e insertada en el contexto de sustentabilidad de la empresa.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

1.4.2.1 Evaluar la contribución específica de los principales elementos que estructuran la salud y calidad de vida de los trabajadores.

1.4.2.2 Evaluar la importancia de la visión estructurada de manera transdisciplinaria e integrada como factor diferencial en la gestión de salud laboral.

1.4.2.3 Debatir la cuestión de la gestión del recurso humano, como factor crítico de éxito para la creación del modelo de gestión laboral propuesto.

1.4.2.4 Evaluar los beneficios que podrá generar el modelo propuesto.

## **1.5 Organización de la investigación**

El trabajo se desarrolla en seis capítulos: el primero, con el título de INTRODUCCIÓN, presenta aspectos introductorios generales sobre el asunto abordado, citando los puntos de relevancia a ser considerados.

En el segundo capítulo, bajo el título de BASES TEÓRICAS Y CONCEPTUALES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DEL SISTEMA INTEGRADO DE LA SALUD DEL TRABAJADOR, es presentada la fundamentación teórica que permitirá el análisis conceptual de los asuntos relativos a la construcción del modelo propuesto.

En el tercer capítulo, nominado como METODOLOGIA, será presentada la manera por la cual el estudio fue sistematizado, con el fin de transformarse en el modelo propuesto.

En el cuarto capítulo, MODELO PROPUESTO, es presentada la propuesta de un Modelo de Sistema Integrado de la Salud del Trabajador.

En el quinto y último capítulo, CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE TRABAJO FUTURO, son presentadas las consideraciones sobre las cuestiones o hipótesis, los comentarios sobre el modelo propuesto y las sugerencias de trabajo a futuro.

## CAPÍTULO 2

### **BASES TEÓRICAS Y CONCEPTUALES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE SISTEMA INTEGRADO DE SALUD DEL TRABAJADOR**

Este capítulo presentará el estudio de las bases teóricas y conceptuales para la construcción del modelo de un Sistema Integrado de la Salud del Trabajador. En él se concentra lo medular de la presente investigación, pues es a partir de la identificación y estudio de los conceptos sobre el tema, que será posible la formulación del modelo propuesto.

Para la comprensión del proceso evolutivo que significala trayectoria de la salud ambiental hasta culminar en el impacto en la salud del trabajador, se hace necesario presentar la concepción de la salud ambiental en Brasil, el proceso de creación nacional de la Medicina del Trabajo, así como su respectiva transformación en Salud Ocupacional, considerando no solo la presencia del Sindicalismo y el Trabajador, sino también las políticas nacionales referentes a los cuidados de la salud laboral.

#### **2.1 La Relación: Trabajo, Ambiente y Salud**

##### 2.1.1 La relación Trabajo y Salud

Desde la antigüedad la relación entre el trabajo y la salud ha sido un raro foco de preocupación para los locadores de mano de obra. Solamente a partir de la Revolución Industrial, con el aumento de los accidentes de trabajo, seguido de discapacidades y muertes en los trabajadores, en función del advenimiento de las maquinarias del parque industrial, es que los empresarios de la época comienzan a preocuparse con los factores accidentales.

“El trabajo esclavo o en el régimen servil, no existía la preocupación de preservar la salud de los que eran sometidos al trabajo, interpretado como castigo o estigma: o "tripalium", instrumento de tortura. El trabajador, el esclavo, el siervo eran los engranajes "naturales", pertinencias de la tierra, asemejados a los animales y herramientas, sin historia, sin futuro, sin perspectivas, sin esperanza terrenal, hasta que, consumidos sus cuerpos, pudiesen volar libres por los aires o por los cielos de la metafísica (Nosela, 1989)” (Gomez y Costa, 1997)

Con el advenimiento de la Revolución Industrial, el trabajador "libre" para vender su fuerza de trabajo se convirtió en presa de la máquina, de sus ritmos, de los dictámenes de la producción que atendían a la necesidad de acumulación rápida de capital y de máximo aprovechamiento de los equipos, antes de que se convirtieran en obsoletos.

El trabajo en jornadas, en ambientes desfavorables a la salud, a las cuales se sometían también mujeres y niños, eran frecuentemente incompatibles con la vida. La aglomeración humana en espacios inadecuados propiciaba la acelerada proliferación de enfermedades infecto-contagiosas, al mismo tiempo que la peligrosidad de las máquinas era responsable por mutilaciones y muertes.

En función de la presencia de todos estos factores vivenciados por los trabajadores y por los empleadores, en el universo fabril en la época, se comenzó a pensar de qué forma se darían las intervenciones en las empresas. Y a partir de allí se produjo el surgimiento de una sucesión de normativas y legislaciones, que tienen en el Factory Act de 1833, su punto más relevante, pasando a ser construida, específicamente en Inglaterra, la llamada medicina de fábrica.

La medicina fabril se caracterizaba por la presencia de un médico en el interior de las unidades fabriles, lo que representaba al mismo tiempo, un esfuerzo por identificar los procesos dañinos para la salud, lo que funcionaba como una especie de apoyo al empresario, como efecto de recuperación del trabajador, cuidando su pronto regreso a la línea de la producción, en un momento en el cual la fuerza de trabajo era fundamental para la industrialización emergente. Se instauraba así lo que sería una de las características de la Medicina del Trabajo, mantenida hasta hoy, donde predomina en la forma tradicional: bajo una visión eminentemente biológica e individual, en el espacio restringido de la fábrica, en una relación unívoca y unicausal, se buscan las causas de las enfermedades y accidentes.

Oliveira y Egry (2000) entienden que la Medicina del Trabajo, centrada en la figura del médico, se orienta por la teoría de la unicausalidad, o sea, para cada enfermedad, un agente etiológico. Trasplantada al ámbito del trabajo, se va a reflejar en la propensión a alejar riesgos específicos y, de esa forma, actuar sobre sus consecuencias, medicando en función de síntomas y signos o, cuando mucho, asociándolos a una enfermedad legalmente reconocida.

El análisis contemporáneo de la teoría de la causalidad, “el énfasis recaía sobre las condiciones micro-epidemiológicas o individuales (unicausalidad) y era poco referenciada sobre aquellas que se denominan macro-epidemiológicas o colectivas (multicasualidad). En el sentido de vislumbrar variantes entre esos dos polos de causalidad, el individual y el colectivo, se identifica una estrategia de intervención de base individual que busca la caracterización de grupos de riesgo en contraposición a otra de base colectiva, la que se designa como estrategia poblacional (Barreto y Carmo 1994)” (Oliveira y Egry, 2000). Según los autores, la desventaja en relación a la adopción de la estrategia poblacional reside en la dificultad de su implementación, por colocar la cuestión de la salud por fuera de la organización del cuidado médico o, dicho de otra manera, por fuera del ámbito de las políticas asistencialistas de la salud.

Evaluar el proceso de la salud y la enfermedad, según Evans y Stoddart (1990), citado por Oliveira y Egry (2000), requiere incluir explicaciones para los preceptos generales de que la mortalidad y la morbilidad obedezcan a un gradiente que atraviesa a las clases socio

económicas, de modo que las menores rentas de la población están asociados a una peor condición en términos de salud. Tal evidencia se constituye en un indicativo de que los determinantes de la salud están localizados fuera del sistema de asistencia a la salud. O sea, se atribuye al hecho de que los gradientes de mortalidad y morbilidad atraviesan a las clases sociales, manteniéndose estables a lo largo de grandes periodos de tiempo, hasta tanto las principales causas de quebrantos se modifiquen, lo que demuestra que factores adyacentes influyen la susceptibilidad a las enfermedades, mismo cuando han sido pensado como factores de riesgo. Señalando de tal forma el carácter poco específico, dado que se sitúan en un nivel más general que el de la etiología de las enfermedades. Siendo así, las políticas en respuesta a enfermedades específicas pueden no llegar a comprenderlos.

La salud puede ser definida “por un concepto negativo, como la ausencia de enfermedad o daño. Una aparente ganancia significativa de tal definición y que ayuda a explicar su amplia aceptación, viene del hecho de poder ser representada por fenómenos cuantificables, como la mortalidad y la sobrevivencia, incidencia o prevalencia de determinadas condiciones de morbilidad (Evans y Stoddart 1990)” (Oliveira y Egry, 2000). El sistema de salud se eligió como un representante autorizado para la traducción del conocimiento científico para la mejoría de la salud o para el control de las enfermedades, a través de intervenciones que deberían ser cada vez más eficaces porque son oriundas de una ciencia que se piensa progresivamente mejor.

Gomez y Costa (1997) citan que a menudo las enfermedades originadas en el ambiente de trabajo solo son percibidas en estadios avanzados, incluso porque muchas de ellas en sus fases iniciales presentan síntomas comunes a otras patologías, convirtiéndose difícil la identificación de los procesos que las generan, pues solo pueden estar asociadas a causas más amplias que a la mera exposición a un agente exclusivo. La rotación frecuente de la mano de obra, intensificada actualmente por el proceso de tercerización de la prestación de servicios, representa un obstáculo más en este sentido, toda vez que el paso por procesos productivos diversos puede mascarar nexos causales y diluir la posibilidad de restablecerlos, poniendo de manifiesto los más evidentes, considerando la hipótesis remota de exámenes de admisión que tengan en cuenta la historia laboral progresiva, en una perspectiva aún más remota para alimentar un proceso de vigilancia en la salud del trabajador. La confirmación de enfermedades, en exámenes médicos de admisión, durante la selección de la fuerza de trabajo, representa en la práctica un procedimiento que crea mecanismos para impedir el reclutamiento de individuos cuya salud ya estuviese comprometida, y que se pone de manifiesto en estos exámenes.

Incorporando la teoría de la multicausalidad, en la cual un conjunto de factores de riesgo es considerado en la producción de la enfermedad, evaluada a través de la clínica médica y de indicadores ambientales y biológicos de exposiciones y efecto, la Salud Ocupacional introduce en el campo laboral una propuesta interdisciplinaria, con base en la Higiene Industrial, relacionando el ambiente de trabajo y el trabajador. Gomez y Costa (1997), citando la visión de Leavell & Clark (1976), sobre los fundamentos teóricos, que a partir del modelo de la Historia Natural de la Enfermedad ratifican la teoría de la multi

causalidad aplicada en individuos o grupos, como derivada de la interacción constante entre el agente, el huésped y el ambiente, significando de cierta forma una mejoría de la multi causalidad simple de la relación unívoca entre causa-efecto.

Aun así, si los agentes y los riesgos son asumidos como peculiaridades presentes en los medios de trabajo, descontextualizadas de las razones donde se sitúa su origen, en la práctica pone en evidencia las limitaciones de la Medicina del Trabajo. Las medidas que deberían asegurar la salud del trabajador, en su sentido más amplio, acaban por restringirse a intervenciones puntuales sobre los riesgos más evidentes. En la visión de Machado y Gomez (1995), se enfatiza la utilización de equipos de protección individual, en detrimento de los que podrían significar la protección colectiva; son normalizadas las formas de trabajar consideradas seguras, lo que, en determinadas circunstancias, conforma apenas un cuadro de prevención simbólica. Asumida esa perspectiva, son imputados a los trabajadores los pagos por accidentes y enfermedades, concebidos como consecuencia de la ignorancia y de la negligencia, caracterizando una doble penalización, culpabilizando a la víctima.

Aún cuando los avances significativos en el campo conceptual de la Salud Ocupacional apuntan a un nuevo horizonte pautado en nuevas prácticas para la gestión de esta relación trabajo y salud, consubstanciados bajo la denominación de la Salud del Trabajador, se termina en lo cotidiano, con la hegemonía de la Medicina del Trabajo y de la Salud Ocupacional. Tal hecho coloca en la mira otro elemento villano en este contexto, que es la aplicación de la producción del conocimiento, instado en un campo potencialmente amenazador, donde la búsqueda de soluciones casi siempre se confronta con intereses económicos arraigados e inmediatistas, que no contemplan las inversiones indispensables a la garantía de la dignidad y de la calidad de vida en el trabajo.

De acuerdo con Ribeiro (2008), el perfil de morbilidad y mortalidad de los trabajadores en Brasil se caracteriza por la coexistencia de agravios relacionados directamente con las condiciones de trabajo específicas, como los accidentes de trabajo típicos y las “enfermedades profesionales” además de “enfermedades relacionadas al trabajo” y enfermedades comunes que también impacta en la salud de los trabajadores. Se alían a esta morbilidad un conjunto de síntomas y expresiones nosológicas que están relacionadas a las nuevas formas de relación que el hombre viene estableciendo con el trabajo y rompiendo las barreras de la jornada, del tiempo y del lugar físico donde se ejecutan las actividades laborales.

Las consecuencias de esta morbilidad percibida en las nuevas relaciones hombre y trabajo están expresándose en disturbios psíquicos, desagregación familiar y síntomas inespecíficos relacionados a lo psicosomático. Expresiones de la violencia y de las conflictivas relaciones de trabajo están expresando en el estrés postraumático y en los acosos.

La evidencia de los efectos del trabajo en condiciones adversas es de tamaño importancia que sobrepasa las barreras del conocimiento científico y gana espacio en el ámbito del sentido común. Gomez y Costa (1997), complementan esto diciendo que la

cuestión de esta relación trabajo insalubre y efectos en la salud humana, es una relación presente e incuestionable que forma parte de la vida del trabajador, víctima de enfermedades y accidentes, aún cuando no pueda comprobarse su origen en la actividad ejercida. Lo reconocen sus familias, donde tales situaciones repercuten, en algunos casos de forma drástica, los compañeros que con ellos comparten y también, en cierta medida, la población en general, inclusive porque el tema viene asumiendo relevancia en los medios de comunicación.

En la visión de Gomez y Costa (1997), esta situación se agrava potencialmente a nivel nacional, en función de la incapacidad del área de Salud del Estado en rever su rol de intervenir en el espacio laboral. Esta tarea, prevista en la Reforma Carlos Chagas, de 1920, interrumpida con la creación, en 1930, del Ministerio del Trabajo, Industria y Comercio que pasó a asumirla, fue rescatada en la Carta Constitucional de 1988 y regularizada por la Ley 8080. No obstante, las marcas de un pasado reciente no son fácilmente removibles.

Las Delegaciones Regionales del Trabajo abogan, en varios estados, por la exclusividad de su competencia para inspeccionar los centros productivos. Esa posición, de un modo general, encuentra eco en los segmentos más conservadores del patronato, en la medida en que tales inspecciones, orientadas por un modelo tradicional, puntual y técnico burocrático, incapaz de alimentar un sistema de vigilancia en salud del trabajador, sirven asus propósitos a no promover cambios significativos.

De la misma forma, los Servicios Especializados en Seguridad y Medicina del Trabajo - SESMT, instituidos en 1978, con algunas excepciones, se desvían de la función de reconocer, evaluar y controlar las causas de accidentes y enfermedades. Pues los profesionales del SESMT, en su condición de empleados de la empresa y sin respaldo legal para contrariar los intereses del empleador, se restringen a la adopción de medidas paliativas delante de los riesgos más patentes.

La deficiencia en la formación de recursos humanos en el área, consecuencia de la marginalidad todavía atribuida a la cuestión trabajo y salud, aliada a la generalizada insatisfacción profesional, reproduce en la red pública la práctica ineficaz de los SESMT, presente también en los servicios que tienen convenio con las empresas y con el propio sistema público de salud.

Gomez y Costa (1997) enfatizan, que esta desintegración, expresada en acciones fragmentadas, desarticuladas y superpuestas de instituciones con responsabilidad directa o indirecta en el área de la salud laboral, que a su vez se agrava por conflictos de concepciones y prácticas, bien como de interpretación sobre competencias jurídico-institucionales, demuestra la trayectoria caótica del Estado en su función de promover la salud del ciudadano que trabaja. Apenas el esfuerzo aislado de profesionales que se articulan en programas de salud del trabajador, los centros de referencia y actividades de vigilancia realmente efectivas abre un rastro de luz en este universo sombrío.

De esta forma, la actuación del Estado queda marcada por la discontinuidad, donde consecuentemente viene a sufrir presiones de otros sectores de la sociedad que se sienten amenazados en su papel de tratar vidas humanas desgastadas por el trabajo, como si fuesen rechazados del proceso productivo, donde no hay ningún respaldo de las administraciones estatales que no priorizan las inversiones para la salud del trabajador.

Viendo la situación desde otro ángulo, la forma inconsecuente de lidiar con la salud y la vida, se une a la resistencia de los individuos en aceptar la condición de enfermos. El miedo de perder el empleo, garantía inmediata de sobrevivencia, aliado a los más variados constreñimientos que marcan la trayectoria del trabajador enfermo, alejado del trabajo. Este comportamiento del trabajador encubre en la mayoría de los casos, la percepción de los indicios de compromiso en su salud, inhibiendo, en general, acciones más incisivas de reivindicación a los verdaderos responsables por la garantía de la salud en el trabajo.

El derecho al trabajo es la demanda más crucial y compleja del momento presente. Garantizarlo revertería significativamente los constatados reflejos del desempleo sobre la salud de la población trabajadora y de sus familias. Se discute, por un lado, que el trabajo se está reduciendo en la sociedad del trabajo, o se cuestiona la centralización del trabajo productivo. Por otro lado, “el significado del trabajo es reconocido no solo como condición de sobrevivencia, sino por hacer que el individuo forme parte de la sociedad en el medio en el que vive (Offe ,1989)” (Gomez y Costa, 1997). .

Otro factor que viene afectando la relación trabajo-salud es la condición de ajuste a la nueva economía global. En países como el Brasil, tal hecho puede ser evidenciado por el deterioro de las condiciones sociales, causando una brecha cada vez mayor entre los grupos sociales, en lo que se refiere a la distribución de la renta. El Estado, en sintonía con un ambiente político pautado por la liberación de las fuerzas del mercado, tiende a alejarse de inversiones significativas en el amparo de las relaciones de producción hegemónicas, donde se localizan las principales fuentes que garantizan enfrentar la crisis social. En consecuencia, las mayores parcelas de recursos provenientes de segmentos de la clase trabajadora pasan a ser comandados por la iniciativa privada. Parte de ese acervo, en los baúles empresariales es negociado junto a varias redes de servicios médicos de cuestionable eficacia.

En la visión de Dias (2000), el proceso salud- enfermedad de los trabajadores, como y por qué se enferman y mueren, y como son organizadas y atendidas sus necesidades de salud puede ser considerado una construcción social diferenciada en el tiempo, lugar y dependiente de la organización de las sociedades.

En el comentario de Silva y otros (2003), los agravios a la salud de los trabajadores engloban, además de los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales aquellas que presentan una relación nítida con el trabajo, siendo inherentes a los individuos que desarrollan alguna actividad productiva, que es la causa inequívoca de la enfermedad, y las enfermedades relacionadas al trabajo, aquellas en las que no existe el presupuesto de la inherencia, siendo el trabajo asumido como el cofactor en la etiología de la enfermedad.

### 2.1.2 La relación Ambiente y Salud

Ribeiro (2004), cita que los estudios realizados por Rosen (1958), muestran que el período que va desde el inicio del siglo XVI a mediados del siglo XVIII puede ser considerado un período de transición, llamado como Nuevo Hipocratismo, para designar las tendencias de la Medicina en aquel período, en el cual la observación y la clasificación de las enfermedades permitirían mejorar el conocimiento de las mismas, donde la aplicación del conocimiento científico a las necesidades de la salud de una comunidad pasaba a tener contornos ideológicos. En este período surgen los movimientos políticos que pasaron a reivindicar mejores condiciones de salud para los grupos sociales menos favorecidos.

Se concretizaba en este período la percepción e ideología de que los organismos microscópicos podrían causar enfermedades transmisibles. Y por lo tanto, el conocimiento y entendimiento del medio ambiente y la causa de las enfermedades eran la base para una acción preventiva y de control y constituía la base para la administración de la salud pública de la época.

El reconocimiento del valor de la salud de la fuerza de trabajo como factor de producción, “en el siglo XVII, en Inglaterra, fueron hechas las primeras tentativas de aplicación de métodos estadísticos a la salud pública, a partir de la metodología aplicada de control de incidencia a través de los registros numéricos de morbilidad, hecho este que mostró ser muy importante para el desarrollo de la salud pública (Rosen, 1958)” (Ribeiro, 2004).

Pero, la aplicación efectiva de tales conocimientos, que llevaría a actitudes preventivas, dependía de una variedad de factores científicos, políticos, económicos y sociales, que con eso retratarían el entendimiento de que los problemas de salud eran de interés no solo del individuo sino de toda la sociedad, caracterizando por lo tanto el hecho como un fenómeno social, cuya ideología estaría rumbo a la concepción futura de la necesidad de discusiones más completas, de forma transdisciplinar.

Ribeiro (2004), citando Jones y Moon (1987), relata que a partir del siglo XIX, en Inglaterra, con el desarrollo científico orientado al estudio de la relación medio ambiente y salud, así como el subsidio para la creación de las políticas relacionadas para la salud pública, se inicia en la época el proceso de la Reforma Sanitaria, basada en el relato de Edwin Chadwick, *The Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain*, de 1842, que divulgaba la idea de que la enfermedad causaba pobreza y que eso ocasionaba gastos a la sociedad en su conjunto, en medio de insatisfacciones populares y en la necesidad de trabajadores sanos y fuertes para la industria, los *Factory Act* y el *Public Health Act* fueron promulgados en 1833 y 1848 respectivamente.

La Reforma Sanitaria a su vez promovía una serie de intervenciones, tales como la preocupación con la potabilidad del agua, la disposición adecuada de la basura y el tratamiento de las mismas. Entretanto, predominaba todavía la teoría de los miasmas que

explicaba el origen de las enfermedades, en los olores y vapores infecciosos que emanaban de la suciedad de las ciudades. El método de control infalible en la época era la prevención de enfermedades a partir de la limpieza de las calles, o sea, la recolección de la basura, de la piel de los animales y limpieza de los sumideros.

La Reforma Sanitaria se inaugura en Inglaterra, en el siglo XIX, lugar donde se inicia la Revolución Industrial y sus efectos negativos a la salud humana; todos los países en los cuales el industrialismo es prospero, como Francia, Alemania o Estados Unidos, también sufrieron las consecuencias de la industrialización y tuvieron que adoptar acciones semejantes con el sentido de promover los procesos de control de la salud.

Siendo así, según Jones y Moon (1987), citado por Ribeiro (2004), apuntan que varios fueron los estudios que se siguieron a lo largo del siglo XIX en Europa y Estados Unidos, como formas de control de la relación medio ambiente y salud en estos países, a partir de distintas formulaciones, tales como: la teoría de los organismos microscópicos vivos, como causantes de enfermedades infecciosas, por Henle en 1840. En 1861, Pasteur desarrolló en Francia la teoría de los Gérmenes, llevando al proceso de pasteurización (mostró cómo prevenir el deterioro del vino por su calentamiento a una cierta temperatura). En 1882, Koch descubrió el bacilo de la tuberculosis y, en 1883, el vibrión del cólera. Se estableció la teoría de los gérmenes y las bases científicas de la bacteriología. Los rápidos progresos en esta última, que se seguirían con el descubrimiento de organismos causantes de varias enfermedades, propiciarán el desarrollo de dos conceptos importantes: el de la etiología específica, cada enfermedad tenía una única causa identificable y el de la "medicina mágica", cada enfermedad podía ser curada por un agente específico. El propio Pasteur comenzó a trabajar en el desarrollo de las vacunas para prevenir esas enfermedades.

A mediados del siglo XIX e inicio del siglo XX, el paradigma posibilista se sobrepone al paradigma ambientalista, pautado en el siguiente contexto: "la humanidad usa, desarrolla y por consiguiente modifica el medio ambiente, sujeto a imperativos culturales y sociales. Y el medio ambiente y sus recursos son términos culturales que expresan tanto capacidades técnicas como valores sociales (Sauer, 1963)" (Ribeiro, 2004).

Comenta Ribeiro (2004), que aprovechando la enseñanza de que el estudio de las disciplinas relacionadas para el área ambiental comenzaba a afirmarse ya en el final del siglo XIX, el biólogo Arthur Tansley, en 1935, inspirado en el modelo termodinámico de la física, introdujo el concepto de ecosistema, donde las relaciones entre los organismos y sus entornos, moldeadas en la simbiosis, en el mutualismo, en el comensalismo y en el parasitismo, es integrado por organismos, materia orgánica y hábitats, agrupados en un conjunto funcional. El concepto de Tansley actuó como efecto precursor de la ecología moderna.

Imbuido en el contexto de los impactos de los factores ambientales, Hutt y Burkitt (1986), citados por Ribeiro (2004), entendieron que el patrón de distribución de enfermedades en un país o en una región geográfica, depende de varios factores ambientales que afectan a

cada miembro de su población, desde su nacimiento hasta su muerte. La respuesta de los individuos a un aspecto nocivo del ambiente depende, también, de su constitución genética. Los factores ambientales pueden ser: agentes físicos, sustancias químicas, agentes biológicos y factores nutricionales. Ellos están relacionados con las características geográficas de una región, la cultura de los grupos, el status socioeconómico y los factores ocupacionales.

Según Hutt y Burkitt (1986), citados por Ribeiro (2004), en los países desarrollados, en los últimos 50 años, hubo una mejora generalizada de las condiciones de vida y una dilución de las diferencias culturales. Esto se dio en función del aumento y de la mejor distribución de renta entre sus poblaciones del aumento de la escolaridad y la diseminación de informaciones por vehículos de comunicación. Consecuentemente se percibió cierta uniformidad en las causas de morbilidad, con predominancia de las enfermedades relativas al estilo de vida occidental, cuyas enfermedades más comunes son: enfermedades cardio y cerebro-vasculares, neoplasias, diabetes, entre otras.

El concepto de salud ambiental puede ser ampliado a partir de la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, realizada en Ottawa, Canadá, en 1986; pues anteriormente el control de enfermedades transmitidas por vector y de transmisión hídrica era hecho mediante acciones ambientales. Una de las líneas de acción de la Carta de Ottawa, fue la creación de ambientes favorables a la salud, los llamados ambientes saludables. A partir de allí, sucedieron diversas conferencias internacionales sobre el tema, las cuales vienen influyendo en las políticas de salud colectiva de los más diversos países.

La Salud Ambiental, aliada en una nueva visión, potencializó nuevos horizontes, al paso que simultáneamente desarrolló su base científica y pragmática. Y viene construyendo una base sólida como insumo para la efectividad de políticas y programas de salud colectiva en el enfrentamiento de los complejos problemas científicos, sociales y administrativos, objetivando mejores índices de salud para las poblaciones.

El paradigma, del huésped, del agente y del medio ambiente se expandió, con una ampliación de la definición de cada uno de los componentes, con relación tanto a las enfermedades infecciosas como a las enfermedades crónicas y degenerativas. Las intervenciones para cambiar los factores relativos a los huéspedes, a los agentes o a los ambientes constituyen la esencia de una nueva salud pública.

De acuerdo con la CEHA/WHO (2003), citado por Ribeiro (2004), la salud de los individuos es afectada por factores de riesgo intrínsecos a aquella persona y por factores externos. Se adopta el abordaje de riesgo, que selecciona grupos poblacionales con base en el riesgo y favorece la determinación de intervenciones prioritarias para reducir la morbilidad y la mortalidad. La medida de riesgo para la salud es considerada como un *proxy* de la necesidad. O sea, el abordaje de riesgo presupone algo en común para todos, principalmente para aquellos que más sufren, en proporción a aquella necesidad y que, en términos epidemiológicos, son aquellos con mayor riesgo relativo. La Organización Mundial de la

Salud creó el *Environmental Risk Assessment Programm*, en la década de 1980, orientado al gerenciamiento de riesgos en Salud Ambiental, sobre todo a aquellos relacionados a la polución y contaminación del aire, el ruido, la radioactividad y basura radioactiva, la seguridad química, las emergencias ambientales y el gerenciamiento de demanda de agua.

Según la WHO (1997), citado por Ribeiro (2004), hay que considerar otro factor importante relativo al contexto de la salud pública, representado oportunamente por la declaración de Alma-Ata, evento científico realizado por la OMS en 1978, cuyo documento por la OMS, *Salud para Todos en el Siglo XXI*, de 1997, tuvo como objetivo ofrecer subsidios para convertir en realidad la visión elaborada en la conferencia de Alma-Ata, que es la reafirmación de que la salud es un derecho humano fundamental. Ambos documentos (la Declaración de Alma-Ata y *Salud para todos en el Siglo XXI*) reconocen las enormes disparidades existentes en el estado de la salud de los pueblos, principalmente entre países desarrollados y subdesarrollados, así como en el interior de cada país. La reducción de las desigualdades (inequidades) aparece como la base fundamental para las políticas de la salud, preconizadas por la OMS y la ética como un plano de fondo.

Según Ribeiro (2004), en la Organización Panamericana de la Salud, la relación entre el ambiente y el patrón de salud de una población define un campo de conocimiento referido como “Salud Ambiental” o “Salud del Ambiente”. Y para la Organización Mundial de la Salud esta relación incorpora todos los elementos y factores que potencialmente afectan la salud, incluyendo, entre otros, desde la exposición a factores específicos como sustancias químicas, elementos biológicos o situaciones que interfieren en el estado psíquico del individuo, hasta aquellos relacionados con aspectos negativos del desarrollo social y económico de los países.

La Epidemiología, como una de las representantes de la disciplina moderna del conocimiento científico, tuvo un papel decisivo en la elaboración de cuestiones que abrieron espacios para la incorporación de la relación Ambiente-Salud, en términos actuales: en el campo de la Salud Colectiva. Comenzando por la noción del ambiente, desasociándolo de la visión ecológica tradicional, o sea, la de un ambiente natural donde fluye la energía producida por las relaciones dadas entre los procesos bióticos y abióticos que van a constituir una cadena alimentaria y delimitar eco topos establecidos para las diferentes especies que componen el ecosistema.

La teoría del nicho, creada por Pavlovsky (1939), citado por Giovanella y otros (2012), se preocupa por explicar las diversas epidemias que tendrían sus condicionantes establecidos por la entrada del hombre en los eco topos de otras especies animales, vectores, transmisores o de los propios agentes de enfermedades infecciosas y parasitarias, o sea, es la intromisión del hombre en las cosas de la naturaleza o por ella conservadas, ecosistemas, que crea las condiciones de aparición y difusión de las enfermedades causadas por agentes etiológicos biológicos.

La reestructuración de la Salud Ambiental, como elemento nuevo e integrante del campo de la Salud Colectiva, se hace posible a partir del momento en que, ya establecida como disciplina constitutiva de este campo, la Salud del Trabajador se declara pieza de una relación amplia que abarca la producción, el ambiente y la salud. Tambellini (1984) agrega, que esta discusión técnico y científica considera problemas contenidos en esta relación, donde el abordaje era hecho de forma superficial, a lo largo de los años, bajo diferentes rótulos y visiones teóricas e ideológicas diversas. Tal relación prepara un espacio de conocimiento multidisciplinar y multiprofesional abierto aunque variado, de investigadores y técnicos con diferentes tipos y niveles de formación que han procurado, desde la década de los 70, desarrollar y sedimentar una nueva actitud y comprensión sobre la investigación en salud y la intervención sanitaria sistemática, presente en los sistemas de atención a la salud, especialmente en su sector público.

Al paso que los estudios multidisciplinarios en esta área fueron desarrollando, hubo un crecimiento relativo de la importancia de la relación del trabajo con la salud de la población trabajadora, toda vez que son los profesionales del área de la Salud del Trabajador y afines que detentan el conocimiento de las metodologías y tecnologías para la evaluación y control de los riesgos originados a partir de los ambientes de trabajo. Tal hecho viene haciendo que los grupos de instituciones de investigación y enseñanza vengán a definir un campo de actuación más amplio, cuyo enfoque este direccionado hacia las interrelaciones: producción/ambiente/salud; trabajo, ambiente y salud; salud y trabajo.

Actualmente el área de la Salud Ambiental es vista con más significancia institucional en las universidades y centros de investigación, en los programas educacionales de primer y segundo grado y en las áreas de intervención de los servicios públicos de la salud, entre otros, en los niveles federal, estatal y municipal, además de su presencia en entidades de la sociedad civil, tales como las ya citadas ONG.

Significativo aporte de conocimientos y técnicas están siendo provistos por la Salud Ambiental al campo de la Salud Colectiva por intermedio de varias instituciones que militan en esta área (Organización Mundial de la Salud, Environmental Protection Agency, entre otras). Se trata de las propuestas de gestión de riesgo ambiental que abarcan cuestiones de tecnología ambiental y son estudiadas a la luz de la legislación y las normas, de las políticas económicas y sociales, demográficas y de salud (para citar las principales) utilizándose instrumentos de la administración y gestión de bienes y servicios con el instinto de promover cambios ambientales relacionadas a la prevención de la salud.

Se adopta la concepción de la Salud Colectiva elaborada por Tambellini (1998) que define:

“Un campo de prácticas teóricas y de intervención concreta en la realidad que tiene como objetivo los procesos de salud y de enfermedad en las colectividades. Por lo tanto, que admite dos funciones principales: 1) La producción del conocimiento y de

tecnologías sobre la salud y la enfermedad humana y sus determinantes en términos colectivos, teniendo por base su naturaleza compleja que integra las dimensiones de lo ecológico, lo biológico, lo social y de lo psíquico, articulando las experiencias y las vivencias colectivas del acontecimiento “enfermedad”. 2) La intervención concreta en la colectividad, en el individuo o en cualquier elemento del contexto que compone el complejo de determinantes y condicionantes de los procesos de la salud/enfermedad, teniendo por base la producción científica sobre lo particular (p.51)”

Cuando los riesgos y los efectos ambientales son oriundos del proceso productivo, tienen la probabilidad de envolver a la población no trabajadora, fuera de la empresa, hay que recurrir a metodologías específicas de evaluación, incluyendo la producción, el ambiente y la salud, bajo la óptica de la salud colectiva. Para eso, algunos factores de análisis deberán ser considerados; poblacional (heterogeneidad referente al sexo, edad y niveles socio económicos de salud y distribución); exposición a la contaminación (identificación de fuentes de emisión, tipos de exposición, identificación de los expuestos y vías de absorción de las sustancias tóxicas) y abordaje epidemiológico (acceso a datos de morbilidad y posibilidad de seguimientos).

Por lo tanto, considerando la necesidad de la aplicación de un distinto número de variables para evaluar la Salud Ambiental, la complejidad del estudio inviabiliza cualquier posibilidad de trabajo solitario, requiriendo un abordaje necesariamente multi, inter o trans disciplinar.

Tal como citan Tambellini y Camara (1998), para atender tales evaluaciones, un elenco de disciplinas puede ser necesario para el estudio sobre la exposición y efectos de los contaminadores ambientales.

“Utilizando como ejemplo un estudio sobre la exposición a emisiones atmosféricas de mercurio metálico en una población no trabajadora proveniente de la quema de amalgamas oro-mercurio en tiendas que comercializaban oro, mostramos que fue necesaria la contribución de diversos campos del conocimiento, a saber: la Meteorología, en el cálculo de la dirección de los vientos, de fundamental importancia para la selección de expuestos al mercurio; la Toxicología, para la definición de las formas del metal a ser estudiado; la Biología, en el análisis de los elementos de la naturaleza relacionados con la posibilidad de la metilación del mercurio; la Geología, la Geoquímica, la Química y la Tecnología de Minería, para el análisis de la dinámica ambiental y el cálculo de las concentraciones de mercurio en suelos, aire y polvo; la Epidemiología, en el

desarrollo de la metodología utilizada; la Demografía, en la selección de grupos populares para el plano de las muestras en el área central de la ciudad, según la dirección de los vientos circunscrita a una distancia de 400 metros (local de mayor exposición); la Sociología y el Servicio Social, a través de la determinación de condiciones de vida de la población residente; la Nutrición, especialmente para el cálculo de la ingestión de pescados potencialmente contaminados por metil-mercurio; la Ictiología, en la determinación de los tipos de pescados seleccionados para el análisis de laboratorio; la Bioquímica, en el análisis de las muestras de orina; la Educación, en la definición del tipo de instrumento elaborado para la coleta de los datos de la investigación en lo que se refiere los niveles de conocimiento de la población en estudio acerca de las cuestiones abordadas; la Estadística, para la definición del tamaño de la muestra y métodos para el análisis de los datos; la Odontología, para el cálculo del número de amalgamas dentarias que también están relacionadas con la exposición al mercurio; el Derecho, para los aspectos éticos regulados en la Ley; la Medicina y la Genética, para el análisis de los efectos adversos para la salud. En el caso de la Medicina, además de la Clínica General y de la Medicina del Trabajo, fue necesario buscar el apoyo de varias especialidades, tales como, la Nefrología, la Neurología y la Pediatría (p.53)”.

El desarrollo y las nuevas tecnologías son unos de los mayores responsables por los grandes accidentes industriales que marcaron el siglo XX. Esos cambios caracterizaban una nueva sociedad del riesgo. Los accidentes industriales de gran porte son llamados como accidentes mayores o accidentes industriales ampliados.

Conforme apuntan Freitas y Porto (1997) sobre los accidentes industriales ampliados.

“Serán considerados accidentes industriales ampliados los eventos agudos, como explosiones, incendios y emisiones en las actividades de producción, aislados o combinados, implicando una o más sustancias peligrosas con potencial para causar simultáneamente múltiples daños, sociales y ambientales a la salud física y mental de los seres humanos expuestos. Así, lo que pasa a caracterizar ese tipo de accidente no es apenas su capacidad de causar gran número de óbitos, aún cuando con frecuencia él sea conocido exactamente por eso, pero también su potencial de permitir que la gravedad y la extensión de los efectos sobrepasen sus límites espaciales de barrios, ciudades y

países y temporales como teratogénesis, carcinogénesis, mutagénesis, daños a los órganos blancos específicos en los seres humanos y a las vegetaciones y a los seres vivos en el medio ambiente futuro, además de los impactos psicológicos y sociales sobre las poblaciones expuestas (p.8)”.

De acuerdo con los estudios en el área de la Salud Ambiental, el concepto de riesgos tecnológicos ambientales, viene creciendo y afirmándose como aplicable en estos estudios, siendo asociado a las nuevas tecnologías químicas, radioactivas y genéticamente creadas y transformadas por los procesos productivos y sus efectos para la salud y el medio ambiente. Ese proceso viene dinamizando el análisis científico de los riesgos industriales, pues contempla una discusión más amplia sobre el uso de la tecnología en sus dimensiones: técnica, cognitiva, social, cultural y filosófica, y no solo delimitándolo al nivel de los locales de trabajo.

En la concepción de Freitas y Porto (1997), el hecho de repensar la cuestión del riesgo del punto de vista de la tecnología, nos coloca frente a la necesidad de integrarnos a los análisis relacionados a los riesgos internos y externos a los muros fabriles, fortaleciendo la interface del campo de la salud del trabajador con la dimensión ambiental más amplia. La necesidad de esta integración es visible en la medida en que analizamos los problemas de las industrias químicas: la fragmentación entre las políticas y las acciones institucionales representada por los órganos ambientales responsables, extramuros de la empresa y también relacionados a la salud del trabajador. El análisis que es hecho de forma desintegrada referente a los riesgos y sus causas comunes es artificial. Como resultado de ese proceso viene ocurriendo una tendencia de los abordajes disciplinares clásicos que analizan los riesgos y sus efectos sobre la salud y el medio ambiente a través del paradigma científico del compartimento disciplinar, que fragmenta los análisis en función de los cuerpos (Ciencias Biomédicas) y mentes afectadas (Psicología), del ambiente interno a la fábrica (Ingeniería, Administración y demás disciplinas envueltas en el proyecto y gestión de los procesos productivos) y del ambiente externo, incluyendo la esfera social (Geografía, Sociología, Antropología, Economía y Ecología).

Tambellini y Camara (1998), entienden que la tendencia a la ruptura de ese paradigma significa al mismo tiempo, una crisis del conocimiento científico y un aumento de la complejidad, en el nivel de análisis, de los efectos de los procesos sobre la vida biológica y social del planeta. Otro punto a tenerse en cuenta en esta cuestión es que la crisis se encuentra en los límites de las respuestas sociales e institucionales para asumir la resolución de tales problemas. Es en este contexto de crisis y cambios que vienen siendo desarrollados nuevos conocimientos, las áreas de investigación y prácticas institucionales pautados en equipos multi profesionales y abordajes inter disciplinares, buscando de esta forma generar metodologías menos fragmentadas de análisis y resolución de los problemas en cuestión.

Trabajar de forma conjunta las problemáticas relacionadas con la salud del trabajador y el medio ambiente es un factor preponderante para el desarrollo de nuevas abordajes teórico metodológicos que posibiliten avanzar en los procesos de análisis e intervención sobre las situaciones y eventos de riesgo que son colocados para trabajadores, poblaciones vecinas a las industrias y el medio ambiente como un todo.

En el entendimiento de García (1994), citado por Freitas y Porto (1997), los abordajes teórico-metodológicos integradores envolviendo cuestiones ambientales surgen como respuesta a la complejidad del propio objetivo, no abarcado por los abordajes multi disciplinares, ya que la realidad analizada no es solamente la suma de los estudios realizados por especialistas de distintas disciplinas.

Para tener una idea de la complejidad del estudio de riesgos tecnológicos ambientales, si consideramos solamente uno de los objetivos del análisis, que son las sustancias químicas que afectan la salud humana y el medio ambiente, tendremos según el Programa Internacional de Seguridad Química, más de 750.000 sustancias conocidas en el medio ambiente, siendo de origen natural o el resultado de la actividad humana (IPCS, 1992). Cerca de 70.000 son cotidianamente utilizadas por el hombre, siendo que aproximadamente 40.000 en significantes cantidades comerciales (IPCS & IRPTC, 1992). De ese total, se calcula que apenas 6.000 sustancias poseen una evaluación considerada como mínimamente adecuada sobre los riesgos al hombre y al medio ambiente. Se suma a este cuadro la capacidad de innovación tecnológica en la química, que no solo viene dando una complejidad de los sistemas tecnológicos de producción, sino que al mismo tiempo hacen disponible en el mercado cada año entre 1000 y 2000 nuevas sustancias.

De acuerdo con la observación de Theys (1987), relativo al riesgo tecnológico, citado por Freitas y Porto (1997, p.62):

“El análisis del riesgo tecnológico es cada vez más importante para analizar la vulnerabilidad de las sociedades contemporáneas, pues revela diversas características de disfunción y paro social en las mismas, tales como: la pérdida de la autonomía de los ciudadanos en el control de riesgos; la opacidad de los hechos ocurridos en casos de accidentes; la exposición a riesgos múltiples; la fragilidad de la sociedad frente a las catástrofes; la falta de manejo eficiente de las situaciones críticas; la rígida centralización de los sistemas tecnológicos, generando “efectos dominó” en múltiples áreas interdependientes para el funcionamiento de esos sistemas; el enorme potencial de las pérdidas y daños envueltos, entre otros. En ese escenario, aún con la capacidad todavía limitada, el análisis de los riesgos tecnológicos ambientales vienen cumpliendo un papel importante en las sociedades contemporáneas en lo que se refiere tanto a las respuestas, a los

daños, a la salud y al medio ambiente, como también a los problemas sociales que le son simultáneos”.

En Brasil, los enfoques en el abordaje de problemas de la salud relacionados al medio ambiente seguirán, en líneas generales, los mismos enfoques internacionales, y las preocupaciones con los problemas ambientales y su vinculación con la salud humana fueron ampliadas a partir de la década de 1970. Durante esa década, fue creada la SEMA (Secretaría Especial de Medio Ambiente) y, con el ejemplo de los EUA, fueron establecidos los patrones de calidad del aire y de las aguas. En el estado de San Pablo, en Brasil, fue creado un órgano de control ambiental, buscando controlar en un primer momento, la contaminación de origen industrial de la década de 1980 en adelante y también la contaminación causada por vehículos. A pesar de ser una política sectorial desvinculada del sector de la salud, ella trajo algunos resultados positivos con reflexiones en las condiciones de la salud.

Para título institucional y en carácter nacional, la Constitución Federal de 1988, expresa esa preocupación en diversos de sus artículos:

Art. 196 .- Define la salud como un derecho de todos y deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que resguarden la reducción del riesgo de la enfermedad y de otros agravios y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación.

Art. 225.- Todos tienen derecho al medio ambiente ecológicamente equilibrado, bien de uso común del pueblo y esencial a la sana calidad de vida, imponiéndose al Poder Público y a la colectividad el deber de defenderlo, preservarlo para las presentes y futuras generaciones.

Art. 200 incisos II y VIII.- Fijan, entre otras, como atribución del Sistema Único de Salud (SUS), la ejecución de las acciones de vigilancia sanitaria y epidemiológica, bien como las de la salud del trabajador y colaborar en la protección del medio ambiente, en el comprendido o del trabajo.

La evolución de la legislación nacional aliada a la consciencia de la población es un factor preponderante para el pueblo en la mejora de la calidad ambiental y consecuentemente de la salud individual y colectiva. Esa relación se ha convertido más evidente para la sociedad debido a la sensible percepción de la reducción de la calidad ambiental, verificada en las últimas décadas, consecuencia del patrón de crecimiento económico adoptado en el país y de sus crisis.

En la búsqueda de soluciones para los problemas que afectan la salud ambiental y colectiva, el Sector de la Salud brasileña se viene movilizand para promover cambios en este orden. En 1998, el Ministerio de la Salud, por medio de su Secretaría de Políticas, constituyó un grupo de trabajo, con participantes de las principales universidades del país, de órganos

ambientales y de la Organización Panamericana de Salud (OPAS), para elaborar una Política Nacional de Salud Ambiental.

El documento preliminar quedó listo en junio de 1999. Su propósito era:

“La prevención de agravios a la salud surgidos como consecuencia de la exposición del ser humano a ambientes nocivos y la reducción de la morbi-mortalidad por enfermedades transmisibles, crónicas degenerativas y mentales mediante, sobre todo, la participación del sector de la salud en la creación, en la reconstitución y en el mantenimiento de ambientes saludables, contribuyendo, así, para la calidad de vida de la población brasileña (Brasil-MS, 1999, p. 15)”.

La ABRASCO (Asociación Brasileña de Salud Colectiva), organizó un Grupo Temático Salud y Ambiente, en el V Congreso Brasileiro de Epidemiología, de 2002, de manera para participar en la lucha por el desarrollo sustentable, a través de la asociación política en el campo de la salud colectiva, en busca de ambientes saludables y de la promoción de la salud. Hubo por parte del grupo temático, el estudio de dos ejes principales para el desarrollo de las políticas de salud y ambiente: desarrollo/sustentabilidad orientado a definir acciones inter sectoriales e inter disciplinares, y de acciones en salud y ambiente, de carácter más sectorial.

De esta forma, el Ministerio de la Salud viene estructurando, desde 2003, el área de Vigilancia, donde fue creada la Secretaria de Vigilancia en Salud (SVS), en la cual está inserta una Coordinación General de Vigilancia Ambiental en Salud, que tiene como finalidad prevenir y controlar factores de riesgo de enfermedades y de otros agravios a la salud, derivados del ambiente y de las actividades productivas. Uno de sus objetivos específicos es identificar los riesgos y divulgar, para el SUS (Sistema Único de Salud) y la sociedad, las informaciones referentes a los factores ambientales condicionantes y determinantes de las enfermedades y otros agravios a la salud.

La Vigilancia Ambiental en la Salud fue definida por la Fundación Nacional de Salud (FUNASA) como “un conjunto de acciones que proporciona el conocimiento y la detección de cualquier cambio en los factores y condicionantes del medio ambiente que interfieren en la salud humana, con la finalidad de identificar las medidas de prevención y control de los factores de riesgo ambientales relacionados a las enfermedades u otros agravios a la salud (Brasil-MS, 2001, p.45)” (Fundación Nacional de Salud, 2002).

Según la Organización Panamericana de Salud (OPAS, 1994), los problemas de salud ambiental de América Latina y Caribe están dominados tanto por necesidades no atendidas, a través del saneamiento ambiental tradicional, como por necesidades crecientes de protección ambiental, que se han convertido en más graves debido a la urbanización intensiva en un contorno caracterizado por un desarrollo económico lento.

Según Tambellini y Cámara (1998), en las Américas, la Salud Ambiental, antes relacionada casi exclusivamente al saneamiento y calidad del agua, incorporó otras cuestiones que incluyen la contaminación química, pobreza, igualdad, condiciones psicosociales y la necesidad de un desarrollo sostenible que pueda garantizar una expectativa de vida saludable para las generaciones actuales y futuras.

### 2.1.3 La Salud y el Desarrollo Sostenible

Actualmente, delante de la evidente degradación ambiental ocasionada por el progreso tecnológico, surge la necesidad latente de una relectura de este progreso teniendo en cuenta el análisis multidisciplinaria de los aspectos e impactos sociales que envuelven a la salud de la población y del medio ambiente.

Como importante vector en el campo del conocimiento, específicamente de la ecología social, el concepto de desigualdad ambiental es incluido en la fundamentación de los estudios e investigaciones. “La desigualdad ambiental es la exposición de individuos y grupos sociales a riesgos ambientales diferenciados. Los individuos no son iguales desde el punto de vista del acceso a los bienes ambientales, tales como el aire puro, las áreas verdes, los locales salubres para vivir, aún cuando muchos de esos bienes sean públicos (Torres, 1997)” (Ribeiro, 2004).

Esa discusión trae el debate para el tema ético. “En la visión de, el espectro ideológico del ambientalismo es altamente complejo, yendo de un abordaje más naturalista y egocéntrico, pasando por la ecología social, hasta el eco socialismo (Diegues, 1994)” (Ribeiro, 2004).

Considerando la discusión ambiental y social, Martínez-Alier y Jusmet (2001), citados por Ribeiro (2004), entienden que los principios éticos se basan en el concepto de la justicia ambiental, en la cual ellos desmienten la relación que hace entre la pobreza y la degradación ambiental, mostrando que es la riqueza y no la pobreza la que causa el agotamiento de los recursos naturales.

No obstante, la riqueza permite escapar de la degradación, exportándolo para otros ámbitos. Los grupos más desfavorecidos de la población, insertos en la pobreza, son más dependientes de los recursos locales porque no tienen poder de compra para participar del comercio internacional, ni para habitar en condiciones de menor riesgo para su salud por cuenta de la contaminación y degradación ambiental.

La justicia ambiental, según Freitas y Porto (1997), es entendida como “un conjunto de principios y prácticas que aseguran que ningún grupo social soporte una parcela desproporcionada de las consecuencias ambientales negativas de operaciones económicas, decisiones de políticas y programas, o la ausencia de ellas, asegurando el acceso justo y equitativo a los recursos ambientales del país”.

La Constitución Brasileña, al incluir la idea de que la salud y el medio ambiente constituyen derechos del pueblo brasileño, hace que las políticas medio ambientales sean enfocadas hacia la atenuación de las disparidades regionales en términos de salubridad ambiental, para que todos los individuos estén sujetos a factores ambientales semejantes en cuanto a la probabilidad de sufrir riesgos en su salud.

La Salud Ambiental actual se basa en el conocimiento de la existencia y de las necesidades de todos los seres humanos y en el encuentro de soluciones dentro de los principios de equidad y de universalidad. “El derecho a un ambiente saludable es un derecho humano, y siendo así, cada persona tiene el derecho a un ambiente propicio a la vida, lo que es esencial para el desenvolvimiento de sus capacidades. Los peligros oriundos del medio ambiente actual acarrearán el peligro a la propia existencia. Siendo así, el acceso a un ambiente saludable debe ser concebido como un derecho que impone sobre cada uno, una obligación a ser respetado (Mappes y Zembaty, 1977)” (Ribeiro, 2004).

En líneas generales, los derechos humanos, los derechos inalienables del ser humano eran: equidad, libertad, felicidad, vida y propiedad. Actualmente, un medio ambiente salubre no es solo visto como un elemento de la calidad de vida, pero como un derecho inalienable, por lo tanto sujeto al principio universal de igualdad siendo así se constituye en un derecho legal. De esta forma, los estudios dirigidos para el área de Salud Ambiental han sido pautados en el subsidio de políticas, programas y acciones que cuidan garantizar una mayor justicia ambiental y el consecuente derecho inalienable del ser humano de concurrir a un ambiente salubre lo cual realmente merecemos, apesar de todas las dificultades existentes y que demandan transformaciones en el propio ser humano.

García (2003), citado por Ribeiro (2004), comenta en su discurso de bioética, que él aprendió algo en su experiencia de más de 20 años en la carrera de médico, ese algo no es la necesidad de adquisición de nuevos conocimientos y habilidades, sino algo más profundo, una búsqueda de transformación del propio ser, lo que demuestra que enseñar ética, y más en concreto bioética, es muy difícil.

Freitas y Porto (1997), comentan que la actuación de la Vigilancia Ambiental en la Salud requiere una integración entre las instituciones públicas, privadas y la población; de forma tal que estas acciones sean implementadas de forma eficiente, con el fin de asegurar que los sectores asuman sus responsabilidades de actuar sobre los problemas de salud y ambiente en sus respectivas áreas.

Los cambios presentes en el mundo del trabajo en Brasil acompañan el movimiento mundial de reestructuración productiva y la globalización de los mercados, evidenciando un nuevo perfil de la fuerza de trabajo. Aún cuando permanezcan las formas tradicionales y arcaicas de producción, la rápida incorporación de innovaciones tecnológicas en la producción de bienes y servicios, aliado a los problemas estructurales históricos, traen profundas consecuencias para la vida y la salud de los trabajadores.

Ribeiro (2008) comenta que en las últimas décadas, se vienen constatando grandes alteraciones en la dinámica de empleo y en la composición de la fuerza de trabajo urbano y rural: reducción del trabajo industrial, crecimiento del sector de servicios, tercerización, reducción del grado de formalización de los vínculos del trabajador en las empresas e instituciones (informalidad, cooperativas), desempleo, aumento acelerado de diferentes formas de precarización del trabajo en el amplio laque de ocupaciones del sector informal (incluidas las ocupaciones a la margen de la legalidad) y exclusión social.

Según comenta Ribeiro (2008), citando Druck (1998), la gravedad de la precarización y del desempleo, cuando son instalados, está en la tendencia a ser perpetuados debido a la ausencia de las alternativas previsibles. Pasan a ser parte de la dinámica de la erosión de una modernidad que apunta para la desagregación de la sociedad del trabajo y del modelo del Estado del bienestar social, cuyas bases de sustentación presuponen el pleno empleo, la estabilidad y la seguridad. No cabe esperar que la lógica del libre juego de las reglas del mercado posibilite reabsorber esa población dislocada, a la imagen de cualquier sistema de la previdencia. La competencia y la rentabilidad no combinan bien con la solidaridad y la cohesión social. Frente a este cuadro, es necesario considerar como desafío no solo la creciente exclusión social, sino también la generación de la escasez y penuria social por la destrucción ambiental de los actuales patrones civilizatorios. El desafío político, social y científico consiste en la construcción histórica de sociedades con desarrollo socioambiental, que son hoy las dos caras de la misma moneda. Equidad social e inclusión humana consciente en el medioambiente.

#### 2.1.4 La Salud Pública

En la óptica de Teixeira, Paim y Vilasboas (1998), en el momento actual uno de los factores que más impactan en la Gestión de la salud colectiva para convertirse en una cuestión fundamental en la promoción de la salud, se refiere a los modelos médico asistenciales y asistencial-sanitario, aún hegemónicos en la Salud Pública. En estos modelos, la vigilancia está basada en el modelo ecológico de la enfermedad y en la epidemiología clásica, teniendo por objetivo el control de los modos de transmisión de las enfermedades y de los factores de riesgo, lo que posibilita una cierta gobernabilidad y eficacia de sus acciones en el ámbito intersectorial de la Salud, principalmente para las enfermedades infectocontagiosas clásicas. En esta concepción, la vigilancia incluye el monitoreo del ambiente (vectores, alimentos y agua para el consumo humano) y de posibles casos de enfermedades, que son percibidos como eventos de monitoreo, en conjunto con los análisis epidemiológicos. Varias otras estrategias pueden ser utilizadas en el control y prevención de las enfermedades. Como ejemplo de estas formas de control, tenemos la vacunación, el control de vectores, de alimentos y de agua para el consumo humano; o incluso la creación de barreras de aislamiento de regiones o personas contaminadas.

Según los autores citados, la medicina social, que fundamenta la base de la salud colectiva brasileña, cuestiona la eficacia de este modelo que es refractario a las acciones

intersectoriales y sobre todo porque coloca como paradigma otra visión del proceso salud/enfermedad, centrada en los procesos sociales que promueven o agravan la salud de las poblaciones de una sociedad determinada.

La Salud Pública, actualmente ya consta con nuevos parámetros de evaluación, reorientada por la incorporación de las ciencias sociales y humanas. En esta perspectiva, los límites de las acciones de vigilancia se deparan con las características del medio social, como el nivel de equidad, de distribución de la renta y de la participación de la población en la construcción de las políticas públicas y en el control de las acciones del gobierno.

En este contexto, surge el área de Vigilancia en la Salud del Trabajador (VST), que de forma reciente, se viene afirmando como una área de actuación de la salud pública, y en este sentido se necesita tentar para los cambios en el curso de los procesos de la salud-enfermedad y en la actuación de la salud pública en general, con el fin de poder dar respuestas efectivas a los problemas colocados para los trabajadores. Tales problemas son bastante complejos y de difícil resolución, frente a las acciones puramente de carácter curativo y preventivo.

En la visión de Dias (1994), las presunciones teóricas y metodológicas que envuelven las prácticas en la Salud del Trabajador, en muchos aspectos, guardan algunos puntos en común con la perspectiva de la promoción de la salud y de la Vigilancia en la Salud. Esas aproximaciones hablan, en primer lugar, respecto de la concepción de la salud que orienta a las prácticas en la Salud del Trabajador. La Vigilancia en la Salud del Trabajador, al paso que sufre influencias del movimiento de salud colectiva, de la medicina social latinoamericana y de la reforma sanitaria italiana, rompe con el abordaje hegemónico que vincula la enfermedad a un agente específico o a un grupo de agentes existentes en el ambiente de trabajo

Las intervenciones en la Salud del Trabajador y en particular en la vigilancia se pautan en la concepción de que la salud para el trabajador no significa solo la ausencia de enfermedades ocupacionales y accidentales de trabajo. Conforme comentan Brito y Portó (1991), dado que tales intervenciones están enfocadas principalmente en la transformación de los procesos de trabajo y en sus diversos aspectos, en la dirección de buscar no solamente la eliminación de los riesgos puntuales que pueden ocasionar agravios a la salud, sino también, otra inserción del trabajador en el proceso productivo donde sea potencializada la salud y la vida.

Según Laurell y Noriega (1987), el carácter de la multi determinación, es más enfatizado en el proceso salud-enfermedad, donde se mantiene una relación con los aspectos económicos, sociales, políticos y ambientales; la Salud del Trabajador (ST) y la Vigilancia en la Salud del Trabajador (VST) conciben el proceso salud-enfermedad como socialmente determinado.

Basado en estos conceptos de la salud y promoción de la salud, según Almeida (2000), la ST tiene su objetivo no solamente en los riesgos y los agravios y efectos sobre la salud, sino también en los determinantes de tales riesgos y efectos. Esos determinantes, en ST, se traducen en el concepto de los procesos de trabajo, que en la realidad se convierte en el

objetivo de los estudios e intervención de esa área de actuación y que por lo mismo es responsable por tales riesgos y agravios.

Del mismo modo que, para el encaminamiento y efectividad de las acciones de la promoción de la salud, es definida como necesaria la participación de la comunidad, la VST necesita invariablemente establecer convenios, principalmente con los trabajadores, que son los mayores interesados. Y siendo así, conforme comenta Almeida (2000), el aspecto común entre la ST y el enfoque de la promoción de la salud, se refleja en la necesidad de la búsqueda por la interdisciplina, ya que el campo de la ST está constituido por una diversidad de saberes, oriundos de diversas áreas del conocimiento, que lo constituyen como campo interdisciplinar.

### 2.1.5 La Medicina del Trabajo y la Salud Ocupacional

Fue el período de fines del siglo XVIII e inicio del siglo XIX cuando en Alemania, Francia e Inglaterra se iniciaron los frentes de actuación de la medicina social. Primeramente se difundió la doctrina de la Medicina de Estado que tenía la preocupación con la morbilidad, epidemias y los factores económicos y políticos. Y posteriormente el desarrollo de la medicina social fue orientado al problema de la urbanización creciente, con las cuestiones de alimentación para el pueblo, el saneamiento y las grandes epidemias. Conforme analiza Foucault (1995), la medicina comenzó a convertirse en colectiva, urbana y social. Y más tarde finalmente, fue que la medicina social colocó el problema del cuerpo, de la salud y de la fuerza productiva como campos de interés.

Dias y Hoefel (2005) comentan, que es recién en la primera mitad del siglo XIX que el trabajo productivo es descubierto y la concepción de la salud y enfermedad, con sus causas, gana otras definiciones. El sistema capitalista de producción pasa a demandar el surgimiento de varios abordajes en el campo de la salud, como modo de amparo social al trabajador a través de las relaciones del trabajo y de la salud. Y la categoría médica, por influencia del alto índice de accidente y debilidad en el ámbito productivo, pasa a ser insertada en las fábricas para dar cuenta del cuidado de la salud de los trabajadores. A partir de allí, la Medicina del Trabajo entra en los espacios de las grandes industrias a través de una práctica asistencialista objetivando el mantenimiento de la fuerza de trabajo y de los cuerpos saludables para la producción.

Según Dias y Hoefel (2005), la Medicina del Trabajo se basa en la teoría de la unicausalidad para alejarse de los riesgos y actuar sobre las enfermedades. Centrada en la figura del médico se orienta por la especificación de cada enfermedad correlacionada con un agente etiológico específico.

Siendo así, conforme comentan los autores antes citados, en el siglo XX la medicina tenía su importancia basada en la intervención sobre el trabajador, toda vez que era reforzada por el contexto económico y político de la 2ª Guerra. El escenario mundial presentaba un

acelerado desarrollo de equipos y tecnologías complejas, bien como la intensificación de la producción para dar cuenta de las exigencias del mercado capitalista. Tal hecho sometía al trabajador a los riesgos de la salud, causando enfermedades profesionales, accidentes de trabajo y muertes. Aliado a eso, es en el pos guerra donde nace el proceso de democratización del mundo y de fortalecimiento del movimiento sindical, originando una presión social para la búsqueda de mejores condiciones de trabajo. Todos estos aspectos fueron gravitativamente creando nuevas cuestiones para las limitaciones del modelo de la Medicina del Trabajo, debido a que las cuestiones emergentes relacionadas al ambiente fabril habían sido intensificadas. La forma de intervención utilizada no resultó eficiente, necesitando la inserción de otras disciplinas. Y de esta forma a partir de allí, el abordaje de la Salud Ocupacional se desarrolla como la posibilidad de prevenir la enfermedad a través del control de agentes ambientales.

Basada en la Higiene Industrial, la Salud Ocupacional se desarrolla y presenta una propuesta interdisciplinar pautada en la relación del ambiente del trabajo y del cuerpo del trabajador. Según Gomez y Costa (1997), citando Leavell & Clark (1976), la teoría de la multicausalidad, representa un conjunto de factores de riesgo considerado en la producción de la enfermedad, evaluada a través de la clínica médica y de los indicadores ambientales y biológicos de exposición y efectos. Estos fundamentos teóricos se explican a partir del modelo de la Historia Natural de la Enfermedad, en la comprensión de individuos o grupos, como derivada de la interacción constante entre el agente, el huésped y el ambiente, significando el principio de la multicausalidad simple.

En la visión de Gomez y Costa (1997), a partir de un enfoque individualizado, la propuesta multi-profesional de la Salud Ocupacional se basa en la teoría de la multicausalidad de la enfermedad. Se entiende allí que los factores de riesgo son considerados como el producto de los indicadores ambientales en la relación, exposición y efecto. En la reflexión de Mendes y Dias (1991), la Salud Ocupacional surge con el énfasis puesto en la higiene industrial, con el fin de controlar los riesgos ambientales.

Lacaz (2007) discute el campo de la Salud del Trabajador refiriéndose a él como la base en la Medicina Preventiva cuya centralidad está en el análisis de los agravios a la salud y en los “límites de tolerancia” como conceptos balizadores de la intervención en la realidad laboral, buscando así adaptar el ambiente y condiciones de trabajo. Tales principios preservan el modelo médico hegemónico en el cual la enfermedad es considerada un fenómeno individual. Se limita a controlar los riesgos ambientales a la salud de la fuerza productiva, teniendo al trabajador como objeto de la actuación multi-profesional en los locales de trabajo.

#### 2.1.6 La Salud del Trabajador

Tal como mencionado anteriormente, Gomez y Costa (1997) citando Nosela (1989), reafirma que la relación entre el trabajo y la salud/enfermedad, vista desde la antigüedad, no

siempre se constituyó en foco de atención. El trabajo era interpretado como castigo o estigma: el "tripalium", instrumento de tortura. El trabajador, el esclavo, el siervo eran piezas de engranajes "naturales", pertenecientes de la tierra, asemejados a animales y herramientas, sin historia, sin progreso, sin perspectivas. Con el advenimiento de la Revolución Industrial, el trabajador "libre" para vender su fuerza de trabajo se hizo parte de la máquina, de sus ritmos, de los dictámenes de producción que atendían a la necesidad de la acumulación rápida de capital y de máximo aprovechamiento de los equipos, antes de convertirse obsoletos.

Las jornadas extenuantes, en ambientes extremadamente desfavorables a la salud, a las cuales se sometían también las mujeres y niños, eran frecuentemente incompatibles con la vida. La aglomeración humana en espacios inadecuados propiciaba la acelerada proliferación de enfermedades infecto-contagiosas, al mismo tiempo en que el peligro de las máquinas era responsable por las mutilaciones y muertes.

Las propuestas controvertidas de intervenir en las empresas, en aquella época, se expresan en una sucesión de normativas y legislaciones, que tienen en el Factory Act, de 1833, su punto más relevante, pasando a tomar cuerpo, en Inglaterra, la medicina de fábrica.

La característica principal de este modelo de la época, de la medicina fabril era la presencia de un médico en el interior de las unidades fabril, lo que significaba un esfuerzo del patrón, personificado en la figura del médico, por detectar los procesos dañinos a la salud, para la recuperación del trabajador, preocupándose de su regreso a la línea de la producción. Es el momento en el cual la fuerza de trabajo era fundamental a la industrialización emergente. Se instauraba así lo que sería una de las características de la Medicina del Trabajo, mantenida hasta hoy, donde predomina en la forma tradicional: bajo una visión eminentemente biológica e individual, en un espacio restringido de la fábrica, en una relación unívoca y uní casual, se buscan las causas de las enfermedades y accidentes.

A partir de allí, la Medicina del Trabajo, centrada en la figura del médico, pasó a orientarse por la teoría de la uní casualidad, o sea, para cada enfermedad, un agente etiológico. Desdoblado tal concepto para el universo fabril, vemos la propensión a los aislamientos de los riesgos específicos y, de esta forma, la acción prevalece sobre sus consecuencias, donde los ciudadanos médicos pasan a ser formados en función de síntomas y señales o, cuando mucho, estén asociados a una enfermedad legalmente reconocida.

En el comentario de Nardi (1996), se entiende por salud del trabajador "el conjunto de conocimientos provenientes de varias disciplinas, tales como la Medicina Social, la Salud Pública, la Salud Colectiva, la Clínica Médica, la Medicina del Trabajo, la Sociología, la Epidemiología Social, la Ingeniería, la Psicología, entre tantas otras, que en asociación al saber del propio trabajador, en consonancia con su ambiente de trabajo y con sus experiencias vividas en el ambiente productivo, establece una nueva forma de la comprensión de las relaciones entre salud y trabajo, proponiendo una nueva práctica de atención a la salud de los trabajadores e intervención en los ambientes de trabajo".

En la contextualización de Laurell y Noriega (1987), el concepto de la salud del trabajador no sólo se sitúa en las relaciones entre salud y trabajo, bien como se presenta como un modelo teórico de orientación a las acciones en el área de atención a la salud de los trabajadores, en su sentido más amplio, que envuelve la promoción, prevención, cura y rehabilitación, incluidas allí las acciones de la vigilancia sanitaria y epidemiológica. Ese modelo pasa a orientar la aplicación del conocimiento técnico oriundo de las disciplinas que se atienden a este campo y que fueron ejemplificadas anteriormente. El estudio de las formas de desgaste del trabajador relativo al trabajo presenta una influencia fundamental al proceso histórico. La metodología que orienta ese estudio establece el análisis de los impactos de los ambientes y de las formas de organización y gestión del trabajo en la vida de los trabajadores a partir de la determinación histórica y social de los procesos de la salud y la enfermedad.

De acuerdo con Teixeira (1989), el término la Salud del Trabajador, surge en Brasil en los albores del Movimiento por la Reforma Sanitaria, que se intensificó en el país a partir de la década de 1980, teniendo como efecto inspirador la Reforma Sanitaria Italiana. A partir de allí, surge el nuevo proceso de sindicalismo nacional pautado en la conjunción de efectos técnicos de la salud relacionando a las Universidades, el Ministerio de la Salud y los Trabajadores, estableciendo de esta forma las bases de un conjunto de saberes y prácticas que culminó en el término de la Salud del Trabajador

Parmeggiani (1987) apunta que el término de la Salud del Trabajador nace como el contrapunto a los modelos hegemónicos de las prácticas de intervención y reglamento de las relaciones salud trabajo de la medicina del trabajo, Ingeniería de Seguridad y Salud Ocupacional. La propuesta de la aplicación del nuevo término para referirse al estudio de la relación salud y trabajo, en sustitución al modelo anterior de la Salud Ocupacional, sigue una tendencia mundial en los países que pasaron por movimientos sanitaristas semejantes.

Para Dias (1994), el momento culminante de la movilización popular por la salud del trabajador en Brasil tiene inicio a partir de la VIII Conferencia Nacional de Salud, en 1986, y en la I Conferencia Nacional de la Salud del Trabajador, también en 1986. Y posteriormente, a la confirmación del movimiento dentro del campo institucional, en el momento de la instauración de la IX Conferencia Nacional de la Salud y en la II Conferencia Nacional de la Salud del Trabajador en 1994. Y a partir de este acto, se consolida como concepto dentro de los textos legales de la Constitución de 1988 y en la Ley Orgánica de la Salud (Ley 8.080) de 1990.

Se tiene la siguiente definición legal en el artículo VI de la ley 8.080: “conjunto de actividades que se destina, a través de acciones de la vigilancia epidemiológica y la vigilancia sanitaria, a la promoción y protección de la salud de los trabajadores, así como se preocupa con la recuperación y rehabilitación de la salud de los trabajadores sometidos a los riesgos y agravios surgidos de las condiciones de trabajo (Brasil, 1990)” (Dias, 1994)..

El campo de la Salud del Trabajador, en la visión de Lacaz (2007), fue formado a partir de las reflexiones sobre las prácticas de la Medicina del Trabajo, y, posteriormente, de

la Salud Ocupacional. La contextualización sobre esta nueva óptica de la salud del trabajador pasa a ser el marco teórico de las relaciones entre la organización y los procesos de trabajo, conformando diversas y asimétricas relaciones de poder que contribuyen para la alienación y desinformación del trabajador y , por consiguiente, mayor control del capital sobre el trabajo.

Lacaz (1997), comenta aún que la diferencia de la Salud del Trabajador con los otros campos, como la Medicina del Trabajo y la Salud Ocupacional, se da no solo a partir de los procesos de trabajo, sino que también asume una postura de investigación sobre la relación salud y enfermedad, previendo la participación de los colectivos. El campo diferenciado fue influenciado por las contribuciones de la medicina social latinoamericana basada en los principios de relativización de los métodos cuantitativos en el análisis entre causa y efecto; inter disciplinaria; atravesada por la discusión de la salud; práctica y gestión participativa y la comprensión de la dinámica entre el sujeto individual y colectivo.

El concepto del Proceso de Trabajo como instrumento de análisis posibilita reformar las concepciones aún hegemónicas (establecer articulaciones simplificadas entre causa y efecto, en una perspectiva uni o multicausal no toman en consideración la dimensión social e histórica del trabajo y de la Salud y Enfermedad. El Campo de la Salud del Trabajador define el proceso del trabajo como categoría central para la comprensión de la relación salud enfermedad. Este concepto es el que delimita la diferencia entre este Campo y la Medicina del Trabajo y Salud Ocupacional (Gomes y Costa, p.27).

Según Laurel y Noriega (1989) la discusión sobre la problematización del concepto de la salud, que en el principio es visto a partir de la definición de la medicina dominante, como un simple impacto del trabajo sobre los trabajadores, propone con esto una nueva visión superadora del proceso que sostiene que la relación salud y enfermedad sea apenas una cuestión biológica. Pues la enfermedad es la expresión de un proceso social e histórico desarrollado en un determinado contexto. Y siendo así, esta concepción fragmenta el pensamiento médico, con el carácter histórico de la biología humana. Surge así la necesidad de pensarse en un nuevo objetivo de conocimientos, una vez que el nexo causal no podría ser pensado a partir de la “salud y enfermedad” en un mismo sub la óptica de la “enfermedad”. Se coloca el desafío de pensarse en la biología humana en la adquisición de la historia.

Por lo que se ve la historia del ser humano y de la sociedad se convirtió en un factor importante para el estudio de la relación salud y enfermedad. Para Laurell y Noriega (1989) la demostración del carácter social de la debilidad se da a partir del estudio de la enfermedad mientras en su tipología, frecuencia y la distribución en los grupos sociales.

Como retrata Sodré (2002; p 32)

"La Salud del Trabajador es un proceso en construcción en el campo de la salud pública. Tiene como principal objetivo de análisis el proceso de la salud y enfermedad de los grupos humanos en su relación con el trabajo, como el trabajador

rompe con la concepción de “enfermedad agente específico” o el grupo de riesgo "ambiente de trabajo” y pasa a considerar la subjetividad del trabajador".

Gomez y Costa (1997) con la intención de mostrar los dilemas presentados durante el trayecto de la salud del trabajador, consideran el campo en continuo enfrentamiento con las cuestiones sociales emergentes. Y siendo así, lo caracterizan como un terreno ético-político, cuyo escenario, según ellos, exige la definición y posición de los actores implicados, de una forma para desarticular la idea de una ciencia neutra. Para los autores, esa perspectiva es resultante de la discusión en el campo de la Salud Colectiva.

Según Sodré (2002; p 32) el agravio de los problemas en este campo acontece en la medida en que las acciones de intervención, asistencia, vigilancia y tratamiento de las informaciones no reconocen los nexos entre enfermedad y trabajo.

Machado (1997) sobre otra visión, afirma que la vigilancia es la principal forma de operación de la política de la salud del trabajador, mientras tanto la técnica es fragmentada debido a la dificultad de la sistematización de las informaciones.

Hood (2007), comenta que aún existe otro problema a ser considerado en esta cuestión, la vigilancia y la salud todavía es ejecutado como un modelo policial sin tener en cuenta las diferencias ocupacionales y regionales.

La vigilancia en la salud del trabajador, en la interpretación de Machado (1997) tiene como objetivo promover y proteger la salud de los trabajadores a través de un proceso articulador de acciones de vigilancia en salud y de la salud del trabajador, donde ambos son pertenecientes a la salud pública. La integración de este proceso se establece como objetivo central que es la investigación y la intervención en la relación del proceso de trabajo con la salud.

Machado (1997) comenta que según la práctica de la vigilancia en Salud del Trabajador se observa que el trabajador es conocedor de su actividad en el trabajo, de los enfrentamientos y estrategias producidas en lo cotidiano. En este concepto el trabajador pasa a ser aquel que fundamenta la identificación de los factores de riesgo y de las consecuencias sobre el proceso salud y enfermedad. Este conocimiento del trabajador en relación a los factores de riesgos ambientales que afectan su salud, valida la calidad técnica del estudio y fortalecen las acciones de vigilancia. Por eso, la participación del trabajador es estratégica en la relación entre las instituciones, como también representa un apoyo para la construcción de las acciones transversales y de red, en lo que se refiere a la salud del trabajador.

Lo que vemos actualmente es que el campo de estudios sobre la Salud del Trabajador est  minado de cuestiones que provienen de las nuevas configuraciones del mundo del trabajo. Para Lacaz (2007; p.764):

"Se percibe, que la fragilidad actual del movimiento sindical, aliada a la postura poco comprometida de la academia y al desarrollo de políticas públicas reduccionistas, construye un cuadro de retroceso en el campo de la Salud del Trabajador que es necesario combatir, a partir del rescate de los presupuestos del campo y de la crítica a las reducciones impuestos por la Salud Ocupacional, apesar de observarse aún la hegemonía de su discurso".

Gomez y Lacaz (2005), a través de la revisión de algunos estudios académicos sobre el tema y de los hechos de intervenciones en los servicios de la salud, evidencian dos puntos importantes para los nuevos caminos de la Salud del Trabajador en Brasil. El primero apunta para la dificultad que el área de la Salud del Trabajador encuentra en colaborar de forma orgánica y estratégica para atender a las complejidades de los ambientes, de los procesos de trabajo y de sus actores y según el punto de vista hace mención a la fragilidad de los movimientos sociales y sindicales y la posibilidad eficaz del control social.

También aparece en las producciones académicas y discusiones actuales en el campo de la Salud del Trabajador el concepto del "Principio de Precaución" que tiene como objetivo orientar las medidas en las situaciones en que el conocimiento científico está aún incompleto. En el mundo del trabajo se observa que la incorporación de las medidas de protección en la práctica laboral sólo ocurre tardíamente, después que los efectos a la salud fueron evidenciados y científicamente comprobados.

Lieber (2008) contextualiza el asunto mencionando que hay un duro camino por recorrer en la discusión de la aplicabilidad del ejercicio de la precaución en las situaciones de trabajo. Afirma que se hace necesario el cambio en la argumentación determinística sobre la relación trabajo/ salud. Se refiere a la posibilidad de construir nuevos argumentos pautados en la imprevisibilidad y en las incertezas de las causas.

Silva, Barreto y Sant'Anna (2003), comentan que la intervención en las relaciones entre los procesos de trabajo y el proceso salud/enfermedad requiere la comprensión de esas especificaciones teórico conceptuales que son fundamentales en la elaboración de políticas y programas de salud del trabajador, desde el nivel institucional hasta el local, hasta que sean observados los niveles y competencias de ejecución y elaboración de las acciones de prevención, promoción y recuperación de la salud de los trabajadores.

La comprensión de la dinámica de esas situaciones, implica un empeño permanente de aplicar la teoría a la práctica esforzándose por tener otra mirada sobre las situaciones de trabajo aparentemente dadas e inmutables. Repensar las alternativas tecnológicas y organizacionales para que las repercusiones se atengan a la cuestión central del trabajo es un desafío presente en los estudios actuales sobre el tema.

Gomez y Costa (1007), citando Nosela (1989) comentan que el área de la Salud del Trabajador en Brasil tiene una connotación propia. Ella es el reflejo de la trayectoria que le dio origen y viene constituyendo su marco referencial, como forma conceptual y metodológica. Un desafío creado a partir de una meta, pautada en la voluntad que entrelaza trabajadores, profesionales de servicios, técnicos e investigadores, bajo premisas no siempre explicitadas. El compromiso con la necesidad del cambio del cuadro de la salud de la población trabajadora es su pilar fundamental, lo que abarca desde el ángulo político, jurídico y técnico al posicionamiento ético, obligando a definiciones claras delante de un largo y, presuntamente, convulsionado camino a seguir. Una trayectoria trazada por los movimientos sociales, marcado por la resistencia, conquistas y limitaciones en las luchas colectivas por las mejores condiciones de vida y del trabajo; por el respeto y falta de respeto de las empresas a la cuestionable legislación existente y por la omisión del Estado en la definición e implementación de las políticas en ese campo, tanto como su precaria intervención en el espacio laboral.

Se considera, en la relación trabajo, salud y enfermedad, al cuerpo del trabajador como una máquina que se expone a los factores de riesgo descartando una acción más colectiva y la inserción de la subjetividad.

Barros (2006; p.34) contribuye con esta discusión afirmando que:

"Cualquier abordaje reductor de esa temática es incapaz de dar cuenta de la complejidad de los procesos de salud y enfermedad y puede engendrar prácticas autoritarias y tituladoras que se proponen definir lo que es la calidad de vida. El llamado "discurso médico científico" no ha contemplado ese sentido más amplio de la salud y la debilidad con apenas la responsabilidad de los especialistas, pero también dicen al respecto y, principalmente, a las poblaciones que viven tales procesos".

En la experiencia brasileña, según Andrade (2009) en lo que se refiere a la relación salud/trabajo se observa una alternancia entre los modelos de la Medicina del Trabajo, la Salud Ocupacional y la Salud del Trabajador. Tales modelos "están presentes y se alternan entérminos hegemónicos en función de las relaciones de trabajo predominantes, del nivel de organización de los trabajadores y de las políticas institucionales.

Según Cordoni (1988) la salud de los trabajadores constituye uno de los objetivos integradores de las acciones de la Salud Pública, por su potencial articulador de las acciones de vigilancia sanitaria, de vigilancia epidemiológica y de servicios de la salud, componiendo las tres grandes áreas de actuación del sector de la Salud. Esa red interna, de carácter intersectorial, es establecida por el desarrollo sistemático de las acciones de Vigilancia de la Salud del Trabajador, cuya amplitud considera otros asociados intersectoriales.

El campo de la Salud del Trabajador posee como objetivo de investigación, de acuerdo con Mendes y Dias (1991), el proceso de la salud y enfermedad de los trabajadores en su relación con el trabajo, o también, según Machado y Gómez (1995), la relación entre el proceso del trabajo y de la salud. Significa por lo tanto, un gran desafío para el campo científico y reciente del estudio y prácticas dentro de la esfera de la Salud Pública nacional, donde la meta se resume en el alcance de la integración teórico-metodológica.

Porto y Freitas (1997) entienden que los trabajadores son los sujetos fundamentales para la transformación de sus condiciones de trabajo y de salud. De esta forma, la conformación multiprofesional y la búsqueda de abordajes interdisciplinarios debe posibilitar no solamente una profundización de las disciplinas que pueden componer el campo, provenientes de las áreas biomédica, tecnológica, sociales y humanas, como también, y principalmente, un discurso interactivo entre los diversos actores envueltos, particularmente los trabajadores, dentro de una perspectiva transformadora del conocimiento y de la realidad social.

Para Machado y Porto (2003), las ciudades producen diferentes formas de exposición de las poblaciones a las situaciones de riesgo, donde las personas pasan gran parte de sus vidas en sus lugares de trabajo. Por lo tanto, el hecho es que estos ambientes deben ser encarados como espacios privilegiados para la acción pública.

Con las proposiciones presentadas por los autores estudiados, se puede decir que en términos generales, el modelo de la Vigilancia en la Salud del Trabajador brasileiro posee un carácter híbrido formateado a partir de experiencias institucionalizadas y generalizadas de múltiples facetas, llenas de acciones voluntaristas y de personalismos, en un contexto institucional desestabilizado. En la esfera laboral, esa influencia ha sido limitada y focal, constituida por acciones sectoriales y en grandes empresas, en su relación con los llamados Programas de la Salud del Trabajador o Centros de Referencia en la Salud del Trabajador. Las acciones interinstitucionales, frecuentemente, se basan en convenios con el SUS, con el MTE, los Ministerios Públicos y el poder legislativo.

En síntesis, se comprende por Salud del Trabajador un cuerpo de prácticas teóricas interdisciplinarias: técnicas, sociales, humanas e interinstitucionales, desarrolladas por diversos autores situados en lugares sociales distintos y encolumnados detrás de una perspectiva común. Esa perspectiva es resultante de todo un patrimonio acumulado en el ámbito de la Salud Colectiva, con raíces en el movimiento de la Medicina Social latinoamericano e influenciado significativamente por la experiencia italiana. El avance científico de la Medicina Preventiva, de la Medicina Social y de la Salud Pública, durante los años 60 y el inicio de la década de los 70, al suscitar el cuestionamiento de los abordajes funcionalistas, amplió el cuadro interpretativo del proceso salud-enfermedad, inclusive en su articulación con el trabajo. Se reformula el encuentro "de las relaciones entre el social y las manifestaciones patológicas, la categoría trabajo apareciendo como momento de condensación, a nivel conceptual e histórico, de los espacios individual (corporal) y social" (Donnangelo, 1983, p32).

## 2.2 Aspectos Legales de la Salud del Trabajador

### 2.2.1 La Política Nacional de la Salud del Trabajador

Según Paim y Teixeira (2006, p.40), se entiende como política de salud:

La respuesta social (por acción u omisión) de una organización (como el Estado) delante de las condiciones de la salud de las poblaciones y sus determinantes, bien como en relación a la producción, distribución, gestión y regularización de bienes y servicios que afectan la salud humana y al ambiente. La Política de salud abarca cuestiones relativas al poder en la salud (*Politics*), bien como las que se refieren al establecimiento de directrices, planos y programas de salud (*Policy*). Así, la palabra política *en la lengua* portuguesa expresa tanto las dimensiones del poder como las directrices. Apesar de eso, mientras la disciplina es académica, la política de salud abarca el estudio de las relaciones de poder en la conformación de la agenda, en la formulación, en la conducción, en la implementación y en la evaluación de las políticas. Por lo tanto, la política de salud, comprende los estudios sobre el papel del Estado, la relación Estado sociedad, las reacciones a las condiciones de salud de la población y a sus determinantes, por medio de propuestas y prioridades para la acción pública. Incluye también el estudio de su relación con las políticas económicas y sociales, el control social, la economía de la salud y el financiamiento.

Se denomina política al conjunto de directivas desarrolladas por el Estado para suplir las necesidades o anhelos de los sectores de la sociedad civil. Las políticas públicas pueden ser desarrolladas solamente por el Estado o, en un formato más moderno, con convenio con diferentes entidades representativas de segmentos de la comunidad afectados por la problemática a ser enfrentada. Dentro de una perspectiva democrática, las políticas deben ser desencadenadas por demandas de la sociedad y apoyadas en la determinación política y en el conocimiento técnico para determinar las acciones que conduzcan de una forma eficaz al escenario deseado confrontado con la situación real, (Plan Nacional de la Seguridad del Trabajo, 2011)

Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko (2011) comentan que el Brasil en función de sus dimensiones continentales y las desigualdades regionales y sociales, desarrolló a lo largo de décadas un proceso evolutivo en el campo de la salud pública, con características peculiares de acuerdo con la política social, económica y sanitarista de cada época. Este proceso fue conducido fuertemente a partir de la sociedad civil, reflejando de forma indirecta

en el posicionamiento de las acciones gubernamentales y hasta llamando la atención de las organizaciones internacionales.

Objetivando la demostración de la evolución de la política de la salud brasileña, desde la cuna de su nacimiento hasta el Sistema único de la Salud vigente, el cuadro uno muestra el proceso histórico de la organización del sector de la salud y el antecedente para la creación del sistema brasileiro del cuidado de la salud.

**Cuadro 1**  
**El sistema de salud brasileño: historia, avances y desafíos**

	Contexto Macro-económico-y Socio-económico	Contexto político	Sistema de salud	Principales desafíos de salud
Colonialismo portugués (1500-1822)	La Exploración de las materias primas y el monopolio comercial para Portugal	El Control político y cultural de Portugal	Siglo XVI: • Creación del hospital Santa Casa de Misericordia de Santos, São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Belém y Olinda • Organización incipiente de salud	Las enfermedades y la asistencia de la salud a la población
Imperio (1822–1889)	La Apertura de puertos (1808), la aparición del capitalismo moderno y el inicio de la industrialización	El Centralismo político y el sistema de colonialismo, que daba a los propietarios de las tierras, el control político de las provincias y sitios	• Las estructura de la salud con énfasis en la política sanitaria • Administración de la salud en el centro y en los municipios • Creación de las primeras instituciones de control sanitario de los puertos y de epidemias (1828 y 1850)	Las Enfermedades pestilentes y prioridad de la vigilancia de la salud (puertos y el comercio)
Antigua República (1889-1930)	La Economía agro-exportadora (la capital comercial), crisis en el café y la insalubridad de los puertos	Estado liberal-oligárquico, revueltas militares y emergencia de las cuestiones sociales	Oficina Central de Salud Pública (OSSP, 1897) • Reformas a los poderes de la OSSP (Oswaldo Cruz, 1907)	Las Enfermedades pestilentes (fiebre amarilla, la viruela, la peste) y enfermedades masivas (tuberculosis, sífilis, endemias rurales)

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fondos de Jubilaciones y Pensiones (Ley Eloy Chaves, 1923)</li> <li>• Atención médica incipiente por la seguridad social</li> <li>• Dicotomía entre la salud pública y la seguridad social</li> </ul>	
Dictadura Vargas (1930-1945)	La industrialización, pero con mantenimiento de la estructura agraria	Estado Nuevo - Estado autoritario entre 1937 y 1938 se identificó con el fascismo y el nazismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Salud pública institucionalizada por el Ministerio de Educación y La Salud pública</li> <li>• La previdencia social y salud en el trabajo institucionalizado por el Ministerio de Trabajo, Industria y Comercio</li> <li>• Las campañas de salud pública contra la fiebre amarilla y tuberculosis</li> <li>• Institutos de Jubilaciones y Pensiones</li> </ul> <p>Institutos (IJP) se extienden la seguridad social para la mayoría de los trabajadores urbanos (1933-1938)</p>	Las Enfermedades endémicas predominantemente rurales (p. ej., enfermedad de Chagas, la esquistosomiasis anquilostomiasis, la malaria), la tuberculosis, deficiencias, sífilis y nutricionales
Inestabilidad democrática (1945-1964)	Sustitución de importaciones, la urbanización, migraciones, llegada de la industria del automóvil, la penetración del capital internacional	Gobiernos liberales y populistas	<p>Creación del Ministerio de Salud (1953)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leyes unificaron los derechos de la seguridad social a los trabajadores urbanos (1960)</li> <li>• Ampliación de la atención</li> </ul>	Las modernas enfermedades emergentes, (p. ej., las enfermedades crónicas y degenerativas, accidentes laborales y de tránsito)

			hospitalaria •La aparición de empresas de salud	
Dictadura militar (1964–1985)	Internacionalización de la economía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Golpe de Estado militar, la dictadura (1964)</li> <li>• Reforma Administrativa (1966)</li> <li>• Crisis política (1974 elecciones)</li> </ul>	<p>Institutos de Jubilaciones y Pensiones (IJP) unificadas en el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS), la privatización de los cuidados médicos y la capitalización del sector de la salud (1966).</p> <p>•Capitalización de la Medicina por la Seguridad social</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La crisis del sistema de salud</li> <li>• Programa de Extensión de Cobertura (PEC) a las poblaciones rurales bajo 20000 residentes.</li> <li>• Crisis en la Seguridad Social Instituto Nacional de la Asistencia Médica y Previdencia Social (INAMPS; 1977)</li> <li>• Centralización del sistema de salud, la fragmentación institucional, beneficiando al sector privado</li> <li>• INAMPS finanzas estados y municipios para ampliar la cobertura.</li> </ul>	<p>La Morbilidad predominantemente moderna (p. ej., las enfermedades crónico-degenerativas, accidentes de trabajo y de tránsito)</p> <p>La persistencia de las enfermedades endémicas rurales con la urbanización. Las enfermedades infecciosas y parasitarias predominando en el noreste, norte y medio oeste</p>
	Milagro económico (1968–1973) Final del milagro económico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apertura política lenta, segura y Gradual (1974-1979).</li> <li>Liberalización.</li> <li>Creación del Centro Brasileño Estudios de la Salud (1976); movimientos sociales</li> <li>• 1º. Simposio de Política Congreso de la Salud (1979)</li> <li>• Transición Política (1974 a 1984)</li> </ul>		
	Penetración del capitalismo en el campo y en el servicio	Creación de la Asociación Brasileira enPos-Graduación en Salud Colectiva (1979)		
Transición democrática (1985–1988)	Fin de la recesión, el reconocimiento de la deuda	Fin de la recesión, el	INAMPS sigue financiando estados y	La reducción de la mortalidad infantil y enfermedades

	social y planes estabilización económica	reconocimiento de la deuda social y planes estabilización económica Inicio de la "Nueva República" (1985) • La salud en la agenda política • 8ª Conferencia Nacional de Salud • Ampliación del Movimiento Salud • Asamblea Nacional de Reforma constitutiva • Nueva Constitución (1988)	municipios • Sistemas Unificados y Descentralizados de Salud y SUDS (1987) • Contención de las políticas privatizadoras • Nuevos canales participación popular.	prevenibles por vacunación • Persistencia de enfermedades cardiovasculares y cánceres • Aumento de las muertes violentas y relacionadas a la SIDA. • Epidemia de dengue
Democracia (1988-2010)	Crisis económica (hiperinflación)  Ajuste macroeconómico (Plan Real, 1994)  La estabilidad económica, niveles de recuperación ingresos, movimiento cíclico (altos y bajos) persistente desigualdades, la continuidad de la política	El presidente Fernando Color de Mello elegido se sometió a la Acusación  Resto del mandato presidencial (1993-1994) que desempeña Vicepresidente Itamar Fran  Los gobiernos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 y 1999-2002) - Partido de la Social-Democracia Brasileña (PSDB)	• Creación del SUS • La descentralización del sistema de salud.  9ª Conferencia Nacional de Salud • Terminación del INAMPS (1993) • Creación del Programa de la Salud de la Familia (1994) • Crisis de financiación y la creación de la Contribución Provisional del Movimiento Financiero (1996) • Tratamiento gratuito para el VIH / SIDA por el SUS. • Financiación a	Las epidemias de cólera y el dengue, la mortalidad por causas externas (especialmente homicidios y accidentes de tráfico) Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de la muerte, seguido por causas externa y cánceres  Reducción de la mortalidad infantil, sin cambios ,prevalencia de la tuberculosis, estabilización de la prevalencia del SIDA, aumento de la prevalencia del dengue y aumento de la incidencia de la leishmaniosis visceral y la malaria

	monetarista	<p>Reforma del Estado (1995)</p> <p>Gobiernos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006 y 2007-2010) — Partido de los Trabajadores</p>	<p>través del Plan de Atención Primaria (1998)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10ª y 11ª Conferencias Nacionales de Salud</li> <li>• Normas Básicas Operacionales (NOB) y atención de la salud (regionalización)</li> <li>• Regulación de los planes de salud privados</li> <li>• Creación del Organismo Nacional Vigilancia de la Salud (1999)</li> <li>• Creado la Agencia Nacional de Salud para regular y supervisar los planes de salud privada (2000)</li> <li>• Creado la ley de medicamentos genéricos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley Arouca establece la salud de los indígenas como parte del SUS</li> <li>• Enmienda Constitucional 29 dirigida a la estabilidad financiación SUS define las responsabilidades de la Unión, estados y municipios (2000)</li> </ul> </li> <li>• Aprobó la Ley de la Reforma Psiquiátrica (2001)</li> <li>• Ampliación y consolidación de la APS</li> </ul>	<p>La esperanza de vida (72,8 años - (69,6 para los hombres y 76,7 para las mujeres) al comienzo del siglo XXI.</p> <p>Mortalidad infantil de 20,7 por 1000 nacidos vivos (2006)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción de la prevalencia de la lepra y enfermedades prevenibles por vacunación</li> <li>• La esperanza de vida aumentó a 72,8 años (69,6 para los hombres y 76,7 para las mujeres; 2008)</li> </ul>
--	-------------	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creado el Servicio de Atención Móvil de Urgencia - SAMU (2003)</li> <li>• Se estableció el Pacto por la Salud (Pacto de Defensa del SUS, Pacto de Gestión para la Vida; 2006)</li> <li>• Política Nacional de Atención Primaria (2006)</li> <li>• Política Nacional de Promoción de la Salud (2006)</li> <li>• 12ª y 13ª Conferencias Nacionales de Salud</li> <li>• Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud y Política Nacional de Salud Oral (Sonriendo Brasil; 2006)</li> <li>• Las unidades de atención de emergencia (UAE 24) creados en municipios con poblaciones &gt; 10000 residentes (2008)</li> <li>• Creación de Centros de Apoyo a la Salud de la Familia (CASF) en conjunto con el PSF (2008)</li> </ul>	
--	--	--	--	--

Fuente: Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko (2011)

Conforme lo constatado por Gomez y Lacaz (2005), las acciones de la Vigilancia de la Salud del Trabajador, en términos regionales, reflejan la fragmentación y discontinuidad de las políticas de salud, con relación a las instituciones que poseen culturas y prácticas diferenciadas. Otro factor limitante se relaciona con el nivel de salud local, sus respectivos programas y Unidades de Salud, que a su vez deberían crear mayor amplitud en el sentido de proveer la extensión de atendimento a los trabajadores y a los respectivos ambientes de trabajo, como fuente de evaluación y posibles intervenciones considerando las cuestiones de la salud local, con la intención de integrar la salud y la población en una concepción ampliada de desarrollo regional y local sostenible.

En la visión de Dias (2000), para invertir en la salud del trabajador se hace necesario combinar distintos enfoques, como la reestructuración productiva en la globalización de la economía, las transformaciones urbanas, los cambios organizacionales en el trabajo, los factores de riesgo industriales y ambientales y los aspectos de la salud psicofísica del trabajador.

A partir de esta visión puede ser verificado que los riesgos y los desafíos a ser enfrentados por los trabajadores y sus representaciones sindicatos, centrales y federaciones, así como por la sociedad en su conjunto, ha sido motivo de preocupación para los estudios del tema y principalmente para los planeadores de las políticas públicas. Se ha visto, que los problemas de la salud del trabajador difícilmente serán solucionados por el sector de la salud por su especificidad y complejidad.

Conforme comentan Gomez y Lacaz (2005), la comprensión de esa visión multidisciplinar debe estar presente en la elaboración de políticas y programas de la salud del trabajador desde el nivel nacional hasta el local, observadas las nuevas bases de relación entre la Unión y los Estados, donde la competencia de la Unión sería la de establecer las normas generales, que pueden ser suplementadas por los Estados y municipios, en lo que le compete, y a esta le corresponde la ejecución de las acciones de prevención, promoción y recuperación de la salud de los trabajadores.

En la visión de Wünc (1995), al paso que los procesos de salud y enfermedad se distancian del modelo asistencial sanitarista, crece la necesidad de construir prácticas alternativas que superen tales demandas. O sea, no existen recetas prontas para solucionar de forma inmediata los procesos de salud enfermedad. No existen vacunas para accidentes de tránsito. Comenta que aún son analizadas las génesis de esos riesgos y sus efectos, más se encamina para un enmarañado de políticas públicas, prácticas sociales y procesos decisorios que se encuentran fuera del ámbito del sector Salud.

Se sabe que la dinámica social del trabajo está intrínsecamente relacionada al proceso de salud y enfermedad de las sociedades humanas. Por lo tanto, lo que se ve en el mundo actual es la nueva relación entre la política económica y la salud. Esto se explica por el hecho del avance tecnológico, visto a través de la mecatrónica, microelectrónica, informatización, robotización, modernización de las plantas industriales, acarreado con esto el trabajo

informal, los accidentes, las enfermedades del trabajo, en fin, el presente cambio en el estilo de la población que retroalimenta la preocupación con las políticas públicas, en especial a la de la salud.

En los comentarios de Sodré (2002), las acciones relacionadas con la política de salud del trabajador deben ser organizadas de tal modo que permitan contemplar la asistencia multiprofesional a las víctimas de las enfermedades ocupacionales, de las enfermedades relacionadas al trabajo, incluyendo las acciones de diagnóstico, identificación de nexo causal, tratamiento, recuperación y rehabilitación, bien como la vigilancia de ambientes de trabajo y prevención de riesgos.

Imbuido de esta visión, las acciones de vigilancia buscan identificar las situaciones de riesgo de accidentes y agravios a la salud y promover las mejoras en las condiciones de la seguridad y salud en el trabajo, mediante el proceso de visitas a las empresas y notificaciones sobre cambios necesarios a ser realizados.

La cuestión de la salud del trabajador, de forma general está vinculada no solo a la política de salud, sino también a otras políticas públicas, entre ellas la económica y la social, que a partir de un escenario macro económico ir  a influir indirectamente al sector de la salud de la población, a través de directrices y prioridades impuestas por el mercado productivo. Y a partir de este contexto diversificado del mercado, se hacen presentes las resultantes de las políticas actuales de empleo, salario, habitación, transporte, educación, entre otras, que reflejan el descompromiso del Estado con los segmentos de la población marginalizada de bolsones de riqueza y sus cercanías.

Nos hace comprender que, formular una política de salud del trabajador no es tarea trivial, lo que significa por lo tanto la razón de completarse esa amplia gama de condicionantes de la salud y la enfermedad. En especial, hablándose del sector público de la salud, del ámbito municipal al federal, se hace necesaria la consolidación de acciones de la salud del trabajador que abarquen de la vigilancia a la asistencia en su sentido amplio. Por lo tanto, la limitada intervención de la Salud Pública en un campo que nunca fue objeto central de preocupación, ocupada en la gestión financiera y de recursos humanos en la implementación del Sistema  nico de Salud, se han reflejado en la tendencia de tratar como cuestión menor la atención integrada, pero diferenciada, de los trabajadores. La falta de resultados efectivos en este proceso viene sirviendo de justificación para que el sector privado se ocupe específicamente de determinadas tareas que, en principio, serían un compromiso fundamental del Estado. Y siendo así, las iniciativas de la creación de programas o centros de referencia formateados por el Estado con esa finalidad, en función de la precaria actuación, los resultados, de modo general han sido percibidos como, más del empeño de algunos profesionales que del proceso de institucionalización, como fruto de una decisión política.

Según Campos (1994), citado por Lacaz (1997), en la mayoría de las sociedades, la política de asistencia a la salud ha sido utilizada como s nimo de política de salud, en función de su aplicabilidad, más inmediata y de su aparente cientificidad. En consecuencia de

esto, gran parte de los recursos de las sociedades modernas han sido gastado en la producción y distribución de lo que se denomina asistencia a la salud, reflejando una concepción difundida de que su uso es fundamental para la salud de los individuos y de las poblaciones, resultando de hecho que las políticas de la salud colectiva sean predominantemente políticas de asistencia a la salud, como respuesta a las demandas sociales de salud.

En la visión de Oliveira y Vasconcellos (1992), una característica marcante en la política de la Salud del Trabajador es la fragmentación de las responsabilidades, percibida claramente en la existencia de innumerables instituciones con atribuciones de intervención en el área. Y con relación a la atribución del Sistema Único de Salud (SUS) regularizado por la Ley 8080, de 19 de septiembre de 1990, en la cual se presupone la responsabilidad por la asistencia médica al enfermo y al accidentado en el trabajo, el atendimento en la red como un todo continúa siendo prestada en los moldes antiguos del Instituto Nacional de Asistencia Médica y Previdencia Social — INAMPS, manteniendo el modelo anacrónico de convenios específicos con prestadores de servicios privados.

Las acciones de rehabilitación no fueron incorporadas al SUS, manteniéndose bajo la responsabilidad del Ministerio del Trabajo y Previdencia Social (MTPS), dentro de la estructura del Instituto Nacional de Seguridad Social - INSS. Este hecho contraría frontalmente la misma ley del SUS en su artículo 6º, párrafo 3º, en que, la atención de la Salud del Trabajador, para efecto de la ejecución de las acciones del SUS, pasa por la rehabilitación de la salud de los trabajadores. Las acciones de fiscalización de los ambientes de trabajo continúan siendo ejecutadas por el MTPS/INSS, por las Coordinaciones de las Relaciones de Trabajo, ex Delegaciones Regionales del Trabajo (DRT). Entendemos que la fiscalización de los ambientes de trabajo es parte esencial en la ejecución de las acciones de la vigilancia sanitaria. Estas acciones deben ser realizadas en una perspectiva de prevención, a partir del mapeo de riesgos, los mecanismos de vigilancia epidemiológica, los programas de control y otras formas de abordajes. Cabe resaltar que las acciones de vigilancia sanitaria son de alzada del SUS, no siguiendo la lógica del modelo tradicional del MTPS, en el que el ejercicio de las fiscalizaciones se da a través de denuncias y demandas puntuales (p.150).

Según Oliveira y Vasconcellos (1992), la gestión por parte del SUS, como parte integrante de la Política de Salud del Trabajador viene presentando diversos problemas que muestran la ineficacia y la dejadez en la cual está siendo tratada la salud del trabajador. Razones por las cuales van desde la subnotificación de enfermedades y accidentes, la fragmentación de las atribuciones y responsabilidades en el área y culminan con la falta de integración institucional. La discusión que se presenta permite apuntar algunas premisas fundamentales para avanzar en el análisis político actual para el área:

El modelo anterior de atención a la Salud del Trabajador, en el cumplimiento de intereses hegemónicos, encierra una lógica perversa que viene penalizando a los trabajadores con la pérdida de su salud. Es un modelo fracasado, desde el punto de vista de los intereses de la clase trabajadora, que, por eso, debe ser

sustituido por otro que tenga en la preservación de la salud de los trabajadores su objetivo real;

La clase trabajadora brasileña por razones múltiples históricamente determinadas, no han dado a la cuestión de Salud del Trabajador la importancia necesaria, capaz de dar cuenta de su magnitud;

Las tentativas de intervención en el área de Salud del Trabajador, buscando superar sus dificultades, han llevado a la creación de nuevos espacios institucionales, que de cierta forma, contribuyen para aumentar la fragmentación ya existente;

La intervención del aparato de Estado en los ambientes de trabajo han servido para la legitimación del riesgo, en la medida en que, por un lado es estrictamente técnico, considerando al trabajador como el apéndice de la máquina y, por otro, legaliza el riesgo, a través de la indemnización por el trabajo insalubre y peligroso (p.153).

Debido a las innumerables críticas a la política de salud de la época, el estudio evolutivo sobre el asunto culminó con la creación de una comisión tripartita y paritaria representada por los tres ministerios (Trabajo y Empleo, Previdencia Social y Salud), empleadores, Confederación Nacional de la Agricultura y Pecuaria del Brasil, la Confederación Nacional de la Industria, la Confederación Nacional de las Instituciones Financieras, la Confederación Nacional del Comercio de Bienes, Servicios y Turismo y la Confederación Nacional del Transporte) y trabajadores (La Central Única de los Trabajadores, La Central General de los Trabajadores del Brasil, La Fuerza Sindical, La Nueva Central Sindical de los Trabajadores y La Unión General de los Trabajadores), de forma de ser coordinada por el gobierno.

Mediante el advenimiento de los estudios en este tema, fueron creadas por el gobierno en el año 2011 La Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo – PNSST, con los objetivos de promover la salud y la mejora de la calidad de vida del trabajador y la prevención de accidentes y de daños a la salud, relacionados al trabajo o que ocurran en su curso, por medio de la eliminación o reducción de los riesgos en los ambientes de trabajo. Y basada en los principios de la: universalidad; prevención; prevalencia de las acciones de promoción, protección y prevención sobre la asistencia, rehabilitación y reparación; diálogo social e integralidad.

El Ministerio de Salud, con el uso de la atribución que le confiere el inciso II del párrafo único art. 87 de la Constitución, para coordinar nacionalmente la política de la salud del trabajador, conforme el dispuesto en el inciso V del art. 16 de la Ley nº 8.080, del 19 de

septiembre de 1990; alineado con la Política de la Salud del Trabajador y la Política Nacional de la Seguridad en el Trabajo (PNSST), instituye en el año 2012 la Política Nacional de Salud del Trabajador y de la Trabajadora, que tienen como finalidad definir los principios, las directrices y las estrategia a ser observados por las tres esferas de la gestión del Sistema Único de la Salud (SUS), para el desarrollo de la atención integral a la salud del trabajador, con énfasis en la vigilancia, cuidando la promoción y la protección de la salud de los trabajadores y la reducción de la morbimortalidad decurrente de los modelos de desarrollo y de los procesos productivos.

La Política Nacional de Salud del Trabajador y de la Trabajadora observará los siguientes principios: universalidad; integralidad; participación de la comunidad, de los trabajadores y del control social; descentralización: jerarquía; equidad y precaución.

Entre los principales objetivos de esta política podemos citar:

- ✓ Identificación de las actividades productivas de la población trabajadora y de las situaciones de riesgo de los trabajadores en el territorio;
- ✓ Realización del análisis de la situación de la salud de los trabajadores;
- ✓ Intervención en los procesos y ambientes de trabajo;
- ✓ Producción de tecnologías de intervención, de evaluación y de monitoreo de las acciones de VISAT;
- ✓ Control y evaluación de la calidad de los servicios y programas de la salud del trabajador,
- ✓ Participación de los trabajadores y sus organizaciones en las instituciones y empresas públicas y privadas;
- ✓ Establecimiento y adopción de parámetros protectores de la salud de los trabajadores en los ambientes y procesos de trabajo;
- ✓ Fortalecimiento y articulación de las acciones de vigilancia en la salud, identificando los factores de riesgo ambiental, con intervenciones tanto en los ambientes y procesos de trabajo, como alrededor, teniendo en vista la calidad de vida de los trabajadores y de la población circunvecina;
- ✓ inclusión de los parámetros de protección de la salud de los trabajadores y del mantenimiento de los ambientes de trabajo saludables en los procesos de concesión de incentivos al desarrollo, en los mecanismos de fomento y otros incentivos específicos;
- ✓ Desarrollo de estrategias y acciones de la comunicación de riesgos y de la educación ambiental y en la salud del trabajador;
- ✓ Promoción y vigilancia a la salud, incluyendo la vigilancia a la salud, del trabajador;
- ✓ Incorporar la categoría trabajo como determinante del proceso salud enfermedad de los individuos y de la colectividad, incluyendo a los análisis de la situación de la salud y en las acciones de promoción en la salud;
- ✓ Asegurar que la identificación de la situación del trabajo de los usuarios sea considerada en las acciones y servicios de la salud de SUS y que la actividad de trabajo realizado por las personas, con sus posibles consecuencias para la salud, que sea considerada en el momento de cada intervención en la salud;
- ✓ Asegurar la calidad de la atención del trabajador usuario del SUS.
- ✓ Estímulo a la participación de los trabajadores y sus organizaciones, siempre que sea pertinente, en el acompañamiento de las acciones de la vigilancia

epidemiológica, sanitaria y en la salud ambiental, además de las acciones específicas de VISAT;

- ✓ Transparencia y facilitación del acceso a las informaciones a los representantes de la comunidad, de los trabajadores y del control social;
- ✓ La Adopción de criterios epidemiológicos y de relevancia social para la identificación de las líneas de investigación, estudios e investigaciones, de modo para fornecer respuestas y subsidios técnicos científicos para el enfrentamiento de los problemas prioritarios en el contexto de la salud del trabajador;
- ✓ El Incentivo a las investigaciones y la aplicación de tecnologías limpias y/o con un reducido impacto a la salud de los trabajadores y el medio ambiente, bien como dirigidas a la producción de alternativas y sustitución de los productos y procesos ya reconocidos como dañinos a la salud, y formas de organización de trabajos saludables;
- ✓ Compartir informaciones de interés para la salud del trabajador, mediante la colaboración infra e intersectorial, entre las esferas del gobierno, y entre las instituciones, públicas y privadas, nacionales e internacionales;
- ✓ Garantizar la transparencia, la integralidad y la equidad en el acceso a las acciones y a los servicios de la salud del trabajador;

Todo este cuadro caótico que reviste la Política Nacional de Salud del Trabajador nos suscita una serie de cuestiones:

¿Por qué la Política Nacional de la Salud del Trabajador es tratada de forma marginal dentro de la Política Nacional de la Salud?

¿Por qué esta política continua siendo organizada en una lógica de fragmentación?

¿Hasta qué punto las tentativas de romper con la fragmentación del área han obtenido resultados satisfactorios?

¿De qué forma los trabajadores perciben la Política de la Salud del Trabajador?

¿Hubo un cambio de concepción de los accidentes de trabajo para la Salud del Trabajador, a partir del movimiento de la Reforma Sanitaria, que culminó con la creación del SUS?

¿Cómo los varios autores institucionales trabajan la cuestión de la Salud del Trabajador los últimos años y cuál es la relación con el proyecto sectorial de la salud?

¿Cuál fue la contribución traída por la 1a Conferencia Nacional de Salud de los Trabajadores para el área?

¿En qué medida los cambios recientemente ocurridos en la legislación modificaron la realidad del área?

¿Las diferentes acciones ejecutadas en diversas regiones del país tienen como base la discusión general de la Reforma Sanitaria o estas diferencias expresan la inexistencia de los presupuestos generales para el área?

Responder a estas y otras cuestiones es el desafío presentado a todos aquellos que están insertados en el proceso de la mejora de la salud y la calidad de vida del trabajador.

Por lo tanto, los cuestionamientos que inciden sobre la Política de Salud del Trabajador deben considerar el abarque de la Política de la Salud, con todas sus interfaces y en todos sus aspectos de la determinación estructural y conjetural. O sea, las cuestiones que envuelven a la salud laboral deben ultrapasar los límites institucionales y ser inseridos en la realidad nacional, donde el comprometimiento con el cambio debe contener el aspecto del derecho a la vida.

Gomez y Lacaz (2005) comentan que, al pensarse en la construcción de la política para el área, el principio de la participación de los trabajadores debe ser fundamental, sin ella continuaremos escribiendo la historia de las enfermedades, y nunca la historia de la salud, como parte de un proceso real de conquista de la democracia en Brasil.

En la opinión de Oliveira y Vasconcellos (1992) los principales problemas que la política presenta, destacando las cuestiones como la sub notificación de las enfermedades profesionales y de los accidentes de trabajo; la competencia de las acciones, denunciando la fragmentación de responsabilidades a partir de la existencia de diversas instituciones y órganos con atribuciones de intervención en el área; la forma marginal, históricamente establecida, como es tratada la Política de la Salud del Trabajador en el contexto de la Política Nacional de la Salud; las dificultades en la formación de los recursos humanos, entre otras. Apunta para la necesidad de una política que asegure a los trabajadores brasileiros la transformación real del grave cuadro de muertes y enfermedades al que se encuentran sometidos, desencadenando procesos preventivos de hecho, a partir de la reestructuración de los procesos productivos y teniendo a los trabajadores como conductores de esta política. Finalmente, levanta una serie de cuestiones, aún sin respuesta, que puedan servir de materia para estudios e investigaciones en el área (p.150).

### 2.2.2 La Política Nacional de la Promoción de la Salud

El Decreto del Ministerio de la Salud, nº 2.446, del 11 de noviembre de 2014, redefine la Política Nacional de Promoción de la Salud (PNPS). Y en el Art. 6º tiene por objetivo general promover la equidad y la mejora de las condiciones y modos de vivir, ampliando la potencialidad de la salud individual de la salud colectiva, reduciendo vulnerabilidades y riesgosa la salud decurrentes de los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales.

Considerando los objetivos específicos de la PNSP en su Art. 7º (MS, Portaria 2446, 2014, p.4):

Estimular la promoción de la salud como parte de la integridad del ciudadano en la RAS, articulada a las demás redes de protección social;

Contribuir para la adopción de las prácticas sociales y de la salud centradas en la equidad, en la participación y en el control

social, cuidando reducir las desigualdades sistemáticas, injustas e evitables, con respecto a las diferencias de clase social, de género, de orientación sexual e identidad de género, entre generaciones, étnico y raciales, culturales, territoriales y relacionadas a las personas con discapacidad y necesidades especiales;

Favorecer la movilidad humana y la accesibilidad y el desarrollo seguro, saludable y sustentable;

Promover la cultura de paz en las comunidades, territorios y municipios;

Apoyar el desarrollo de espacios de producción social y ambientes saludables, favorables al desarrollo humano y al buen vivir;

Valorizar los saberes populares y tradicionales y las prácticas integradoras y complementarias;

Promover la potenciación y la capacidad para la toma de decisión y autonomía de sujetos y colectividades por medio del desarrollo de habilidades personales y de competencias en promoción y defensa de la salud y de la vida;

Promover los procesos de educación, formación profesional y capacitación específicas en promoción de la salud, de acuerdo con los principios y valores expresados en esta Portaría, para los trabajadores, gestores y ciudadanos;

Establecer estrategias de comunicación social y medios direccionados al fortalecimiento de los principios y las acciones en promoción de la salud y a la defensa de políticas públicas saludables;

Estimular la investigación, producción y difusión del conocimiento y estrategias innovadoras en el ámbito de las acciones de la promoción de la salud;

Promover los medios para la inclusión y calificación del registro de actividades de promoción de la salud y de la equidad en los sistemas de información, permitiendo el análisis, monitoreo, evaluación y financiamiento de las acciones;

Fomentar las discusiones sobre los modos de consumo y producción que estén en conflicto de intereses con los principios y valores de la promoción de la salud y que aumentan vulnerabilidades y riesgos a la salud;

Contribuir para la articulación de políticas públicas intra e intrasectoriales con las agendas nacionales e internacionales.

En la opinión de Carvalho et al (2011), el objetivo de la adopción de esas políticas sería crear una buena atmosfera de trabajo, con trabajadores satisfechos y confiados en las buenas intenciones de los programas implantados, lo que tendría un impacto positivo y sustentable en la salud de los trabajadores y posibilitaría un aumento de productividad en el local de trabajo.

Hay que considerar que las políticas nacionales, bien como los planes y programas nacionales referentes a la salud, son de una forma general directrices, que aún establecidas de una forma macro, generan perspectivas en las organizaciones y que estas a su vez asociadas a los saberes científicos y a los demás aspectos legales de la salud, se propone la construcción de nuevos programas organizacionales en favor de la promoción de la salud de los trabajadores.

### 2.2.3 La Organización Mundial de la Salud (OMS)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo sanitario internacional integrante de la Organización de las Naciones Unidas, fundado en 1948, define la salud como “el estado de completo bien estar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez”. La referencia a la ausencia de enfermedad o invalidez es el componente esencial de este concepto de la salud y de él no debe ser separado bajo pena de reducirlo a la total utopía. Principalmente desde el punto de vista médico. La definición consta en el preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional realizada en Nueva York (19 hasta 22 de junio de 1946) y firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, con vigor a partir de abril de 1948, sin cambios desde entonces.

En el año 2007, la Organización Mundial de la Salud – OMS aprobó el “Plan de Acción Mundial sobre la Salud de los Trabajadores”, que refuerza la necesidad de sus Miembros formular una política de salud del trabajador, que considere el dispuesto en las convenciones de la OIT y que establezca mecanismos de coordinación intersectorial de las actividades en el área. En 2008, los Ministerios de Trabajo y Empleo, de la Salud y de la Previdencia Social vuelven a destacar la necesidad de la continuidad de la construcción de una Política en el área, enfocándose de forma coherente y contemplando la articulación entre las acciones de los diversos órganos. Observan aún las necesidades del enfoque tripartita, de acuerdo con los principios y directrices de la OIT e instituyen la Comisión Tripartita de la Salud y Seguridad en el Trabajo CTSST (Anexo II), teniendo como competencias:

Revisar y ampliar la propuesta de la Política Nacional de la Seguridad y la Salud del Trabajador - PNSST, elaborada por el Grupo de Trabajo instituido por la Portaría Interministerial n.º 1.253, de 13 de febrero de 2004, de tal forma para atender a las Directrices de la OIT y al Plano de Acción Global en la Salud del Trabajador, aprobado en la 60ª Asamblea Mundial de la Salud ocurrida el 23 de mayo de 2007;

Proponer el perfeccionamiento del sistema nacional de seguridad y la salud en el trabajo por medio de la definición de papeles y de mecanismos de interlocución permanente entre sus componentes;

Elaborar un Programa Nacional de Salud y la Seguridad en el Trabajo, con una definición de estrategias y planos de acción para su implementación, monitoreo, evaluación y revisión periódica, en el ámbito de las competencias de Trabajo, de la Salud y de la Previdencia Social. En su composición, tripartita y paritaria, son representados los tres ministerios (Trabajo y empleo, Previdencia Social y Salud), empleadores (La Confederación Nacional de la Agricultura y Pecuaria de Brasil, La Confederación Nacional de la Industria, La Confederación Nacional de las Instituciones Financieras, La Confederación Nacional del Comercio de Bienes, Los Servicios y Turismo y La Confederación Nacional del Transporte) y trabajadores (La Central Única de los Trabajadores, La Central- General de los Trabajadores de Brasil, La Fuerza Sindical, La Nueva Central Sindical de los Trabajadores y la Unión General de los Trabajadores).

La coordinación es efectuada por los representantes del gobierno, con un sistema de variación anual. En su 9ª reunión, la Comisión aprobó, por consenso, el texto básico de la Política Nacional de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, que fue sometido a la apreciación de los Ministros de Trabajo y Empleo, de Previdencia Social y Salud, y oportunamente a la decisión de la Presidencia de la República. Este movimiento terminó con la publicación del Decreto n.º 7.602 del 7 de noviembre de 2011. Es importante destacar la experiencia de la construcción colectiva del documento, bien como del propio funcionamiento de la Comisión, teniendo como base el ejercicio y la concretización del principio del diálogo social, explicitado inclusive como uno de los principios de la Política.

A partir de su 13ª reunión, la CTSST pasó a discutir la formulación del Plano Nacional de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, proponiendo las estrategias y las acciones

a desarrollarse para cada una de las directrices de la Política Nacional de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

#### 2.2.4 La Organización Internacional del Trabajo (OIT)

La OIT es una agencia multilateral relacionada a la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y especializada en las cuestiones de trabajo. Tiene, entre sus objetivos, la mejora de las condiciones de vida y la protección adecuada a la vida y a la salud de todos los trabajadores, en sus más diversas ocupaciones. Se busca promover una evolución armónica de las normas de protección a los trabajadores. Desempeñó y continua desempeñando un papel fundamental en la difusión y padrón de las normas y conductas en el área del trabajo (SALIM et al, 2011, p.27).

Salim y col. (2011) referenciando a ILO (2010), informa que la OIT elaboró 188 convenciones desde el año 1919, de las cuales 158 están actualizadas. De estas, Brasil ratificó 96, aún cuando solo 82 estén en vigor, teniendo la última ratificación, de la Convención 151, ocurrido el 15 de junio de 2.011. A título de comparación, tenemos que, hasta mediados de junio de 2010, Noruega había ratificado 91 convenciones, Finlandia, 82, Suecia, 77, Alemania, 72, el Reino Unido, 68, Dinamarca, 63 y los Estados Unidos, apenas 14. O sea, Brasil está entre los países que más siguen, por lo menos formalmente, las convenciones de la OIT.

De las 82 convenciones ratificadas y en vigor en Brasil, podemos decir que 20 tratan específicamente de SST. Las Convenciones 148 y 155 de la OIT, ya ratificadas por Brasil, pueden ser consideradas las más amplias y paradigmáticas en el abordaje de las cuestiones de SST.

También Chagas y otros (2001) referenciando a ILO (2010) comenta que la Convención 148, contra los riesgos ocupacionales en el ambiente de trabajo debidos a la contaminación del aire, ruido y vibración, adoptada por la OIT en 1977, fue ratificada por Brasil el 14 de enero de 1982, si bien solo fue promulgada por el Decreto en el 93.413 del 15 de octubre de 1986. Define que la legislación nacional debe determinar la adopción de medidas que previenen y limiten los factores de riesgo ambientales en el local de trabajo, privilegiando las medidas de protección colectivas en detrimento de las individuales (como el uso de los equipos de protección individual). Establece que los representantes de los trabajadores y de los empleadores sean consultados al establecer parámetros de control, por la aplicación de las medidas prescritas. Determina que los representantes puedan acompañar las acciones de fiscalización en el SST. Establece la necesidad del control médico ocupacional de los trabajadores, sin pagos para los mismos.

La Convención n° 155 de la Organización Internacional del Trabajo – OIT, que dispone sobre la Seguridad y La Salud de los Trabajadores y el Medio Ambiente de Trabajo, del 22 de junio de 1981, aprobada por el Congreso Nacional el 18 de mayo de 1992 e

incorporada al ordenamiento jurídico brasileño a través del Decreto n.º 1.254, del 29 de septiembre de 1994, establece el deber de cada Estado-Miembro de, en consulta con las organizaciones más representativas de empleadores y trabajadores, formular, implementar y revisar periódicamente una política nacional de la seguridad y la salud en el trabajo, con el objetivo de prevenir accidentes y enfermedades relacionados al trabajo por medio de la reducción de riesgos a la salud existentes en los ambientes de trabajo. Ella recomienda que el trabajo deba ser adaptado al hombre y no viceversa. Establece que los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales sean comunicados al poder público, bien como sean efectuados el análisis de los mismos con la finalidad de verificar la existencia de una situación grave. Exige también la adopción de dispositivos de seguridad en los equipos utilizados en los locales de trabajo, siendo eso la responsabilidad de los empleadores. Proporciona al trabajador interrumpir la actividad laboral donde haya riesgo significativo para su vida y la salud, sin que sea punido por eso, bien como refuerza el derecho a la información, por parte de los trabajadores y sus representantes, de los riesgos por aventura existentes en los locales de trabajo.

En este contexto surgieron las Directivas de Seveso y la Convención n.º 174 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), donde la primera, según De Marchi; Funtowicz y Ravetz (2000), citados por Machado (2003), fue una respuesta a las necesidades de reglamentación de los riesgos presentes en la de Europa y la segunda, de acuerdo con Machado (2003), surgió en recurrencia de los accidentes globales, en especial el accidente de Bhopal, en India, que amplió lo que llamó como "conciencia mundial" referente a los peligros asociados a la producción de sustancias químicas.

La Convención n.º 174 es una norma de impacto local, regional y nacional, bien como internacional de extrema importancia. Fue aprobada en la Conferencia General de la OIT, en Ginebra, el 02/06/1993, en su 80ª reunión, y fue adoptada el 22/06/1993 (Machado, 2006)" (Barbosa, 2009).

Machado (2006), citado por Barbosa (2009, p.14), explicita que el accidente de Bhopal contribuyó para:

"Demarcar los contornos sociales del evento y para generar una síntesis normativa, por medio de los activistas políticos y de los emprendedores de normas". En el período que se siguió a la Directiva de Seveso, el accidente de Bhopal posibilitó la efectuación de la Convención 174 de la Organización Internacional del Trabajo - OIT para la prevención de los accidentes industriales ampliados. Esta convención señaló una preocupación internacional con la prevención de accidentes y llevo a las naciones a iniciar un proceso preventivo de la elaboración de la ley que complementa la orientación internacional, estimulando la prudencia en relación a la posibilidad de la ocurrencia de accidentes. La creación de una normativa internacional propició un proceso de padrón mínimo

de los procedimientos utilizados en la producción y en la organización de las relaciones entre industrias y operarios, comunidad, ambiente, y el Estado del país que abriga las industrias. En el plano internacional, se vio una preocupación creciente con las implicaciones éticas de los desastres industriales, promoviendo las acciones relacionadas para la defensa de los derechos humanos de los potenciales atingidos o afectados y para la justicia social. (Barbosa, 2009, p.14)".

Según el Resumen de la Organización Internacional del Trabajo OIT, presentado en la XIV Reunión Regional Americana, realizada en Lima, en agosto de 1999, con el tema *Trabajo Decente y Protección para Todos como Prioridad de las Américas*, presenta que la globalización de los mercados de capital y la ausencia de mecanismos de reglamentación financiera aumentan la dependencia de las economías con relación a la deuda externa de corto plazo y los préstamos de alto riesgo, lo que presiona que los países adopten políticas de ajuste recesivo, afectando significativamente el mercado de trabajo.

Mismo con el crecimiento de las economías de la América Latina en los años 90 con una consecuente reducción de inflación, esto no significó una mejoría en el campo de trabajo, en la situación del empleo y del salario, pues fue caracterizado con un período de moderado crecimiento económico, pues se necesitaba aún el aumento del desempleo y la reducción del crecimiento, acompañado por la reducción del salario mínimo y el abrupto aumento de los empleos informales. En este cuadro económico, los trabajadores relacionados a las industrias de pequeño porte, los autónomos y temporarios, o los del sector informal tuvieron menos garantía de empleo. Con eso, otro fenómeno importante aparece, el aumento de la tercerización, que remite las tareas insalubres, monótonas y peligrosas, cuya pulverización de las actividades en diversas unidades dificulta las acciones del sector de la salud, lo que constituye un desafío a la propuesta de la promoción de la salud.

En 2006, la OIT aprueba la Convención n.º 187, sobre la estructura de la Promoción de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, apuntando la necesidad de la promoción continua de una cultura preventiva y resaltando la necesidad de un comprometimiento de los Estados – Miembros con una mejora continua de la seguridad y la salud en el trabajo. Para tanto, preconiza el desarrollo, la implantación y la revisión periódica, de la consulta tripartita, de una estructura de sustentación en el área, edificada sobre un trípode compuesto por una política coherente de seguridad y salud en el trabajo, un sistema que de la infraestructura necesaria a la adopción de la política y un plano nacional de seguridad y salud en el trabajo. Apesar de aún no ratificada por Brasil, la evaluación y proposición de las medidas para su implementación debe ser hecha, en el atendimento al Artículo 19º de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo.

Como ya hemos observado, varias convenciones de la OIT, ratificadas por Brasil, versan sobre aspectos de seguridad y la salud en el trabajo, principalmente las elaboradas a

partir de 1960. Apenas citando las más recientes y con impactos significativos en las normas de SST en vigor en Brasil, podemos enumerar la que establece pesos máximos a ser transportados (127, de 1967), las condiciones del funcionamiento de los servicios de la salud en el trabajo (161, de 1985), el uso de asbesto en condiciones de seguridad (162, de 1986), la protección a la salud de los trabajadores marítimos (164, de 1987), la seguridad y la salud en la construcción civil (167, de 1988), la seguridad con los productos químicos (170, de 1990), el trabajo nocturno (171, de 1990), la prevención de accidentes industriales mayores (174, de 1993), la prevención de accidentes industriales mayores de trabajo en tiempo (175, de 1994), la seguridad y la salud en la minas (176, de 1995) y las peores formas de trabajo infantil y su eliminación (182, de 1999) (ILO, 2010a). Actualmente se encuentra sub análisis del Congreso Nacional la Convención 184, de 2001 (la seguridad y salud en la agricultura).

Lacaz (2007), al analizar las proposiciones de los órganos internacionales considera un avance a las recomendaciones que llaman la atención a la salud de los trabajadores a través de la red pública, utilizándose del principio de la amplia participación y actuación multi profesional. En contraposición a esa ampliación de derechos del trabajador, Brasil desconsidera las orientaciones más recientes de esos mismos órganos y se inspira en la Recomendación OIT número 112 de 1959, relativa a los Servicios de la Medicina del Trabajo de carácter privado, para crear los Servicios Especializados de la Seguridad y la Medicina del Trabajo (SESMT) regulado por el Poder Ejecutivo, a través de la Portaria del Ministerio del Trabajo de 1975 – Portaria MTE nº 3.460/75.

En la visión de Andrade (2009) la implementación de un Servicio Especializado en Seguridad y Medicina del Trabajo, se convierte en una obligación para el sector formal además de caracterizarse muchas veces como una práctica de inspección del trabajo legal y burocrática cuya práctica está pautada en la intervención individual para el mantenimiento de la producción lo que muchas veces lleva a perder la credibilidad frente a los trabajadores. Mismo debido a los modelos tradicionales de Medicina del Trabajo y de Salud Ocupacional, cuyo control del capital, no evidencia el valor de los daños causados a la salud de los trabajadores y al ambiente, pues se ampara en un arcabuco legal e institucional.

Se configura, un complejo tablero de piezas que se ajustan o se repelen, demandando estrategias diferenciadas, en función de las coyunturas locales, regionales o nacionales. Obtener estrictas, pero significativas conquistas se requiere habitualmente enfrentar un camino controvertido en su esencia, a lo largo del cual la contribución de las instituciones académicas y, sin duda un imperativo. La incorporación de conocimientos de la Medicina del Trabajo y de la Salud Ocupacional, la aplicación de las normas limitadas de la Higiene y Seguridad del Trabajo hacen parte de ese trayecto, en una perspectiva permanente de la definición de marcos conceptuales y prácticos que expresan una visión totalizante del ser humano en su relación con el trabajo.

De acuerdo con las recomendaciones de la OIT, y teniendo en vista nuestra fase de desarrollo económico (país en proceso de industrialización), debe haber un inspector de trabajo (Ministerio del Trabajo y Empleo) para cada grupo de 15.000 trabajadores.

En 2007, la Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud aprobó la Salud de los Trabajadores: Plano de Acción Global (PAG) para proporcionar un nuevo estímulo para la acción de los Estados Miembros. Ese plano tiene por base la Estrategia mundial de la salud ocupacional para todos de la Asamblea Mundial de la Salud de 1996. La declaración Stresa de 2006 sobre la Salud de los Trabajadores, el Marco promocional para la seguridad en el trabajo – Convención de la OIT 187 de 2006 y la Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado también ofrecen importantes referencias orientadoras. El Plano de la Acción Global establece cinco objetivos: elaborar e implementar instrumentos de políticas y normas para la salud de los trabajadores; proteger y promover la salud en el medio ambiente de trabajo; promover el desempeño y el acceso a los servicios de la salud ocupacional; distribuir y divulgar evidencias, objetivando la Acción y la práctica; incorporar la salud de los trabajadores en otras políticas.

El Pacto Global de las Naciones Unidas es una plataforma de liderazgo internacional voluntaria para los empleadores. Ella reconoce la existencia de los principios universales relativos a los derechos humanos, las normas laborales, el medio ambiente y la lucha contra la corrupción.

#### 2.2.5 La Fundación Nacional de la Salud

La Fundación Nacional de la Salud (FUNASA), con base en el Decreto n.º 3.450, del 9 de mayo de 2000, estableció como su competencia institucional la gestión del sistema nacional de la vigilancia ambiental, con la visión de implantar en todo el territorio nacional la Vigilancia Ambiental en Salud.

Según la que preconiza la Fundación Nacional de la Salud (FUNASA), Para la implementación de la Vigilancia Ambiental en la Salud ya existen instrumentos legales del SUS, definidos por medio de las leyes, decretos e portarías. Ley n.º 8.080, del 19 de septiembre de 1990, que en los artículos 3º, 6º, 7º, 15º e 16º, se refiere a la organización del Sistema Único de la Salud (SUS) y las atribuciones relacionadas al área de la salud ambiental, conforme transcrito está a seguir:

Art. 3º - La salud tiene como factores determinantes y condicionantes, entre otros, la alimentación, la morada, el saneamiento básico, el medio ambiente, el trabajo, la renda, la educación, el transporte, el placery el acceso a los bienes y servicios esenciales; los niveles de la salud de la población expresan la organización social y económica del país.

Art. 6º, incisos V, VIII y X; - Incluye en el campo de la actuación del SUS, la colaboración en la protección del medio ambiente, en el comprendido el del trabajo; la fiscalización y la

inspección de los alimentos, el agua y las bebidas para el consumo humano; el incremento, en su área de actuación, del desarrollo científico y tecnológico;

Art. 7º, incisos II e X, la integralidad de las acciones de los servicios preventivos y curativos y la integración de las acciones de la salud, el medio ambiente y el saneamiento básico.

Art. 15º, incisos III, IV, XV y XIX; - Las Atribuciones de la Unión, estados, DF y municipios: el acompañamiento, la evaluación y divulgación del nivel de la salud de la población y de las condiciones ambientales; la organización y coordinación del sistema de información de la salud; proponer y celebrar convenios, acuerdos y protocolos internacionales relativos a la salud, el saneamiento y el medio ambiente; realizar investigaciones y estudios en el área de la salud.

Art. 16º, inciso II, Alinea “a” e inciso IV; - las competencias de la dirección nacional del SUS: participar la formulación e implementación de las políticas de control de las agresiones al medio ambiente; participar en la definición de normas y mecanismos de control, con los órganos afines, de agravio sobre el medio ambiente o de los decurrentes, que tengan repercusión en la salud humana.

El Decreto nº 1.399, del 15 de diciembre de 1999, regula la NOB SUS 01/96, en lo que se refiere a las competencias de la Unión, los estados, los municipios y del Distrito Federal, en el área de epidemiología y control de enfermedades y define la sistemática del financiamiento; define los criterios para la habilitación y certificación de los estados y municipios y establece la competencia de la FUNASA, de los estados, de los municipios y del Distrito Federal, en la gestión del Sistema Nacional de la Vigilancia Epidemiológica y Ambiental en la Salud.

## 2.2.6 La Constitución de la República Federativa de Brasil (CRFB)

El derecho a la salud fue incluido en la Constitución Federal Brasileña de 1988 con el título destinado a la orden social, que tiene como objetivo el bienestar y la justicia social. En esa perspectiva, la Constitución Federal de 1988, en su Art. 6º, establece como derechos sociales fundamentales la educación, la salud, el trabajo, el placer, la seguridad, la previdencia social, la protección a la maternidad y la infancia.

El Artículo 114 de la Constitución Brasileña establece la competencia de la Justicia del Trabajo (órgano del Poder Judicial) para conciliar y juzgar los conflictos individuales y colectivos entre los trabajadores y empleados, inclusive los relacionados a las cuestiones de la

salud y la seguridad. Se asocia a eso el poder del Ministerio Público del Trabajo (MPT) en promover el inquérito civil y la acción civil pública, para la protección de los intereses difusos y colectivos (los derechos del trabajo se encuadran en esta categoría) concedidos por el Artículo 129, inciso III. Así, el Poder Judicial tiene competencias para tutelar judicialmente la salud del trabajador, pudiendo actuar coactivamente, cuando sea demandado, por intermedio de la reclamación del trabajo, de la decisión colectiva y de la acción civil pública. Este último instrumento, juntamente con el Término de Ajustamiento de la Conducta, posee un enorme poder para determinar la mejora de las condiciones de la seguridad y la salud en el ámbito de las empresas.

En el Art. 196, la Constitución Federal de 1988 reconoce la salud como el derecho de todos y deber del Estado, garantizando mediante políticas sociales y económicas que cuiden la reducción del riesgo de enfermedades y de otros agravios y al acceso universal e igualitario a las acciones de servicios para su promoción, protección y recuperación.

La Constitución Federal de 1988 determina que la salud es un derecho fundamental y siendo así, el Estado se compromete en promover la formulación de las políticas públicas sociales y económicas destinadas a la promoción, la protección y a la recuperación de la salud, concediendo de este modo, la protección jurídica diferenciada en el orden jurídico constitucional brasileño.

En lo que se refiere al derecho a la salud, fueron inseridos, en el propio texto constitucional, relevantes matices de la dimensión y procedimental. La Constitución Federal de 1988, en los Artículos 198 a 200, atribuyó al Sistema Único de la Salud la coordinación y la ejecución de las políticas para la protección y promoción de la salud en Brasil.

Como puede ser visto la Constitución Federal Brasileña de 1988 no se limitó apenas en la construcción de una estructura organizacional para garantizar el derecho a la salud, fue aún más amplia, en el sentido de como este órgano administrativo actuaría según sus objetivos, manteniendo un plano de cómo sería la estructura global del Sistema Único de Salud. Aunque ya tuviese la prevención constitucional y los procedimientos para el adecuado funcionamiento del Sistema Único de Salud (SUS), bien como las atribuciones específicas de los órganos, aun así, solo pudieron ser concretizados a partir de la elaboración de las Leyes específicas de la Salud.

A partir de este fundamento, fue creada la Ley Federal 8080, del 19 de septiembre de 1990, que dispone sobre las atribuciones y funcionamiento del Sistema Único de Salud, bien como la Ley Federal 8142, del 28 de diciembre de 1990, que trata sobre la participación de la comunidad en la gestión del Sistema Único de Salud y sobre las transferencias intergubernamentales de recursos financieros en el área de salud.

Es innegable el beneficio para la salud de la población, traído por la Constitución Federal de 1988. Pero la efectuación de ese derecho es largo, siendo relevante, que el debate sobre el concepto de la salud y el cuidado de ese derecho sea realizado no solamente por los

juristas, y sí por toda la sociedad brasileira, buscándose el perfeccionamiento de las políticas promovidas por el Sistema Único de Salud y por la mayor inversión gubernamental en ese sector.

De esa forma, Machado y Porto (2003), enfatizan que la posibilidad de que las normas sean firmes y que no emerjan de los espacios institucionales, pero de embates políticos entre las diversas percepciones sobre el cual sería más adecuada para crearse.

A partir de allí surgieron diversas discusiones envolviendo los aspectos como: riesgo, morbidez, accidente, daño y demás asuntos que vengán a causar impacto en la salud de la sociedad y de que presumidamente necesitan ser abordados y discutidos en busca de soluciones para un mundo mejor.

En resumen, se puede decir que, aún que la reducción de los riesgos laborales sea un derecho constitucional, o sea, un derecho de todos los trabajadores brasileños, conforme determina el Artículo 7o, inciso XXII de la CRFB; las normas infra-constitucionales de la Seguridad y Salud en el Trabajo sólo protegen específicamente a los empleados urbanos regidos en el Código de Trabajo, empleados rurales, trabajadores temporales y aprendices.

Según Dias (2000), la Constitución Federal de 1988 sirve como base de referencia para la salud del trabajador, pues es a partir de sus preceptos que son elaborados los instrumentos legales y que son definidas las políticas de la salud y la seguridad en el trabajo. Las responsabilidades por la atención a la salud del trabajador son compartidas de forma diferenciada por empleadores, trabajadores (através de sus representaciones) y Estado (en su papel de mediador y condensador de las fuerzas sociales). En la esfera del Estado, actúan en esa cuestión los Ministerios del Trabajo, de la Previdencia Social, de la Salud y del Medio Ambiente, la Justicia del Trabajo y la Promotora Pública.

### 2.2.7 La Consolidación de las Leyes del Trabajo (CLT)

La legislación brasileña en seguridad y salud ocupacional se desarrolló inicialmente en la misma época y del mismo que la legislación del trabajador en general. O sea, fue fruto del trabajo asalariado, de la rápida urbanización y del proceso de la industrialización que se inició en el país después de la abolición de la esclavitud. Como el restante de la legislación del trabajador, tiene como principal documento normativo la CLT (BRASIL, 1943). Mismo que ni todas las relaciones de trabajo subordinado sean reguladas por este instrumento jurídico, sus principios, específicamente en el área de SST, son comunes las otras legislaciones en el área. Para un análisis de la legislación del trabajador nacional, algunos conceptos son necesarios:

Empleador: se considera empleador la empresa, individual o colectiva, que, asumiendo los riesgos de la actividad económica, admite, asalaria y dirige a prestación personal de servicios. Se equiparan al empleador, para los efectos exclusivos de la

relación del empleo, o profesionales liberales, las instituciones de beneficencia, las asociaciones recreativas u otras instituciones sin fines lucrativos, que admiten trabajadores como empleados.

Empleado: se considera empleado toda persona física que presta servicios de naturaleza no eventual al empleador, sub la dependencia de este mediante el salario (BRASIL- Diario Oficial de la Unión, 1943).

Empleado doméstico: es aquel que presta servicio de naturaleza continua, mediante la remuneración, la persona o familia, en el ámbito residencial de esta, en una actividad sin fines lucrativos” (BRASIL- Diario Oficial de la Unión, 1999).

Trabajador por cuenta propia o autónomo: “quien presta servicio de naturaleza urbana o rural, de carácter eventual, a una o más empresas, sin relación de empleo” y también la “persona física que ejerce, por cuenta propia, la actividad económica de naturaleza urbana, con fines lucrativos o no” (BRASIL- Diario Oficial de la Unión, 1999).

Pasante: es aquel que está desarrollando una pasantía, siendo este “acto educativo escolar supervisado, desenvuelto en el ambiente de trabajo, que cuida en la preparación para el trabajo productivo de educandos que están frecuentando el ensino regular en instituciones de educación, de educação profesional, de ensino medio, de la educación especial y de los años finales del ensino fundamental, en la modalidad profesional de la educación de jóvenes y adultos ” (BRASIL- Diario Oficial de la Unión, 2008).

Conforme menciona Arruda (2013), referenciando a Carrion (2006), la Consolidación de las Leyes de Trabajo (CLT), en su Capítulo V – De la Seguridad y la Medicina del Trabajo Art. 154, hasta el artículo 223, dicta normas y medidas de seguridad para los locales de trabajo, la obligación por parte de las empresas de mantener los servicios especializados en seguridad y en la medicina del trabajo, la constitución de la CIPA, el fornecimiento de equipos de protección individual (adecuado al riesgo), los exámenes médicos (en la admisión, demisión y periódicos), requisitos técnicos para la seguridad de los trabajadores en edificaciones, iluminaciones, conforto térmico, instalaciones eléctricas, almacenamiento, movimientos y manoseo de materiales en los locales de trabajo, de las máquinas y equipos utilizados por los colaboradores, calderas, hornos y recipientes sub presión, las actividades insalubres o peligrosas, medidas especiales de protección y penalidades.

La CLT solamente se aplica a las relaciones de trabajo entre empleados y empleadores urbanos. Para las relaciones de empleo en las actividades rurales, tenemos la Ley no 5.889, del 8 de junio de 1973. Por eso, de acuerdo con el Artículo de esta última norma, son aplicables a las prescripciones de la CLT en aquello que con ella no coincidir (BRASIL-Diario Oficial da União, 1973).

## 2.2.8 Los Ministerios: Trabajo y Empleo, Previdencia Social y Salud

El primer avance significativo fue la convocatoria de la Tercera Conferencia Nacional de la Salud del Trabajador - III CNST por los ministerios MPS/MTE/MS, mediante la portaría interministerial n° 774, del 28 de abril de 2004 - DOU de 29/04/2004, con el objetivo de implementar la Política Nacional de la Salud del Trabajador, bien como definir nuevas directrices. En la secuencia fue creado el Grupo de Trabajo compuesto por los Ministerios de Trabajo y Empleo, de Previdencia Social y de Salud, para la elaboración de un documento base, sometido a la consulta pública por medio de la Portaria Interministerial n.º 800, del 3 de mayo de 2005.

Conforme comenta Salim et al (2011), mismo en la esfera de las relaciones salud/trabajo exista alguna sobre posición de atribuciones con el Ministerio de la Salud (MS) y el Ministerio de la Previdencia Social (MPS), se queda básicamente a cargo del MTE la reglamentación complementaria y la actualización de las normas de la salud y la seguridad en el trabajo (SST), bien como la inspección de los ambientes laborales para verificar su efectivo cumplimiento. De modo más específico, el MTE actúa sobre las relaciones de trabajo en los cuales hay la subordinación jurídica entre el trabajador y el tomador de su servicio (excepto cuando expresamente establecido lo contrario en las normas legales vigentes).

### 2.2.8.1 El Ministerio del Trabajo y Empleo (MTE)

Creado en noviembre de 1930, el Ministerio de Trabajo, Industria y Comercio fue organizado en febrero del año siguiente (Decreto n° 19.667/31) y después de pasar por diversas modificaciones en su estructura, a partir del Decreto no 5.063, del 3 de mayo de 2004, fue instituido como el Ministerio del Trabajo y Empleo, teniendo como competencia las siguientes áreas: la política y directrices para la generación de empleo y renda y del apoyo al trabajador; la política y directrices para la modernización de las relaciones del trabajo; la fiscalización del trabajo, inclusive del trabajo portuario, bien como la aplicación de las sanciones previstas en las normas legales o colectivas; la política salarial; la formación y el desenvolvimiento profesional; la seguridad y la salud en el trabajo; la política de inmigración; y cooperativismo y las asociaciones urbanas.

El Departamento de Seguridad y la Seguridad del Trabajo (DSST) es el órgano del MTE, con la competencia de fiscalizar las Normas Regulatoras (NR) de la seguridad y la salud del trabajo, en las organizaciones cuyos empleados son regidos por la CLT. Esta fiscalización es hecha por los Auditorios Fiscales del Trabajo (Ley no 10.593, de 6/12/ 2002).

El Decreto del MTE 393 (09/04/1996) consolidó las prácticas de la participación sindical que venían siendo desarrolladas de un modo asimétrico desde 1985 e instituyó la Comisión Tripartita Permanente Paritaria (CTPP). En esta comisión, formada por sindicatos, empleadores y empleados son discutidos (cuatro veces al año) todos los aspectos referentes a las normas de la seguridad y la salud del trabajo. La CTPP tiene como misión promover la mejora de las condiciones de trabajo, contribuyendo para la elaboración y el acompañamiento de las políticas de la salud y la seguridad. Se nortea por el principio de lo tripartitas preconizado por la OIT.

Chagas y otros (2011), comentan que algunos impases hacen ineficaces a las inspecciones del SST en función de los problemas tales como: el número reducido de AFT para atender a la demanda de los trabajadores a nivel nacional; el aumento constante de las normas de la seguridad y la salud, micro e investigaciones y pequeñas en general no tienen condiciones económicas y la capacidad técnica de montar una estructura adecuada para la implementación de las normas del SST, en muchas condiciones, la falta de cumplimiento de las normas del SST con un impacto importante para la salud y la seguridad de los trabajadores es sancionado con multas de valor pecuniario igual o menor que lo de actuaciones por situaciones menos graves; la enorme cantidad de normas imperativas puede determinar (y habitualmente determina) las conductas muy diferentes entre los diversos AFT, habiendo una variación significativa en el número de notificaciones y actuaciones durante las inspecciones del SST en establecimientos con situaciones semejantes. La decisión reciente de ampliarse el abarque de todas las inspecciones de los trabajadores, estimulando la fiscalización de los aspectos relativos a la salud y a la seguridad por todos los AFT, especialistas o no, debe tornar esa cuestión aún más crítica. Otra línea de acción es mejorar la calificación en el SST de los AFT no especialistas, además del aumento del efectivo de auditores especializados, lo que no ha ocurrido en los años recientes conforme ya han sido observados.

Otro punto tratado por Chagas y otros (2011), es que teniendo en cuenta que las exigencias contenidas en las NR no tienen igual importancia cuando se considera su paso para la reducción y el control de los riesgos ocupacionales, llama la atención el hecho de que las NR que más frecuentemente son objetivo de actuación por sus incumplimientos al referirse a los aspectos en su mayoría de carácter documental. O sea, son apuntadas las irregularidades referente a los exámenes médicos ocupacionales, la elaboración de las constancias de la salud ocupacional, los comprobantes de fornecimiento de equipos de protección individual, la elaboración de programas y la organización de la Comisión Interna de la Prevención de Accidentes de Trabajo, representando esta forma las normas que apenas de modo indirecto tiene relación con la reducción de los riesgos habitualmente presentes en los ambientes de trabajo.

Actualmente cabe al MTE la responsabilidad por la casi totalidad de la normalización de la seguridad y la salud en los ambientes laborales donde ocurre el trabajo subordinado (hay un empleador, o tomador de servicio, responsable por el emprendimiento). El MTE tiene también la atribución legal de verificar el cumplimiento de estas normas, por intermedio de

las inspecciones realizadas por sus AFT en todos los estados de la Federación, en sus más diversos municipios.

El Ministerio del Trabajo y el Empleo (MTE) compone las Delegaciones Regionales del Trabajo (DRT), en la calidad de actor, la red que gravita entre el polo empresarial y el de los trabajadores, en contacto directo con su núcleo. Desarrolla las acciones de inspección a los locales de trabajo; de articulación, por medio de la coordinación de foros; y de la mediación de los acuerdos entre los trabajadores y las empresas. Su característica institucional más relevante es el amplio reconocimiento de su poder de policía y normalización en el campo de las relaciones entre el trabajo y la salud – mismo que sus acciones de inspección aún sean criticadas por restringir normas, en un proceso fiscalizador puntual y poco participativo.

#### 2.2.8.2 El Ministerio de la Previdencia Social (MPS)

Siempre cupo al Ministerio de la Previdencia Social (MPS), a través de su Instituto Nacional del Seguro Social (INSS), anteriormente Instituto Nacional de la Previdencia Social (INPS), dar amparo a los trabajadores víctimas de accidentes y enfermedades profesionales.

Es importante recordar, conforme ha sido descrito anteriormente, que la acción de cohibir los accidentes y las enfermedades profesionales siempre cupo al Ministerio del Trabajo, muchas veces unificado en los diversos períodos con el Ministerio de la Previdencia y la Asistencia Social. Y la legislación que inicio el detalle de los cuidados con el ambiente de trabajo fue la Consolidación de las Leyes de Trabajo (CLT), en 1943, cuando fue editado el capítulo V, que definió una serie de reglas que las empresas debían observar para mantener las condiciones salubres del trabajo. Por lo tanto, Chagas e otros (2011) muestra que por otro lado, en el inicio de 1960, por medio de la Ley no 3.807, la Ley Orgánica de la Previdencia Social se instituyó el adicional de insalubridad donde persistiesen las condiciones insalubres, con desdobles en las llamadas jubilaciones especiales insalubres.

Y en función del creciente número de accidentes de trabajo en Brasil, que tuvo su punto más alto en 1975, el gobierno decide crear la Fundacentro en 1966, para dar mayor atención a las cuestiones de la Salud y la Seguridad en el Trabajo, cuya acción sería dirigida a los estudios, investigación, formación y perfeccionamiento de la legislación del trabajador en el área.

Uno de los frutos de este trabajo, movido también por presiones sindicales en este período agitado por el elevado número de accidentes de trabajo en Brasil, el Ministerio del Trabajo mediante la creación de el Decreto n° 3.214 de 1978, instituyó las Normas Regulatorias del Medio Ambiente, la Seguridad y la Salud del Trabajo, estableciendo los parámetros y límites en el manejo de sustancias químicas peligrosas, los mayores controles de los riesgos físicos en general; la ampliación de los servicios propios de la seguridad y la medicina del trabajo en las empresas (SESMT); y los procedimientos de fiscalización e inspección previa de las empresas que se instalaban, entre otras.

El Consejo Nacional de la Previdencia Social (Ley no 11.430/2006 y el Decreto no 6.042/2007), crea el Nexo Técnico Epidemiológico de Prevención (NTEP), una nueva metodología para reconocer mejor las enfermedades profesionales. Esta metodología, acoplada en un primer momento a una acción de cobranza diferenciada por la empresa, llamada Factor Accidental de Prevención (FAP) estableció que toda vez que hubiese incidencia epidemiológica elevada de una determinada enfermedad en todo el Sistema Único de Beneficios de la Previdencia Social, habrá el encuadramiento de esa enfermedad, como siendo de naturaleza accidental. Básicamente, el encuadramiento permitido por el Decreto no 6.042/2007 y por el actual Decreto no 6.957/2009, en su Anexo II, Lista C, dice que, si un trabajador pertenecer a una determinada actividad económica de la Clasificación Nacional de la Actividad Económica (CNAE) con alta incidencia de enfermedades según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CID), el caso será encuadrado como enfermedad profesional. Este procedimiento utiliza la clásica tabla cruzada en la epidemiología de pertenecer a un CNAE, comparado al de no pertenecer al mismo CNAE, relacionado con las personas enfermas afectadas y las personas enfermas no afectadas. Estas relaciones, además de la lista normal de las enfermedades profesionales y del trabajo, permiten establecer actualmente 2.691 correlaciones entre CID y CNAE. Así, se invirtió el pago de la prueba. Anteriormente era necesario que tal reconocimiento partiese básicamente del médico de la empresa o del encaminamiento de los servicios públicos; ahora, el propio médico perito verifica compulsoriamente, independiente de la Comunicación del Accidente del Trabajo de la empresa, si hay esta relación establecida por la lista, C, Anexo II, del actual Decreto nº 6.957. Al lado, eso, hubo el perfeccionamiento de las instrucciones Normativas del INSS, para el mejor reconocimiento de las enfermedades profesionales en general, independiente de la CAT (Comunicación de Accidente de Trabajo), conforme es expresado en la IN nº 31, de setiembre de 2008.

Chagas y otros (2011) referenciando a Machado (2010) argumenta que el NTEP trajo una gran evolución de los casos de las enfermedades profesionales reconocidos por la Previdencia Social, sin la obligación de la Comunicación de Accidentes de Trabajo (CAT). El NTEP presenta claramente la flaqueza en el interior del local de trabajo y desnuda principalmente los sectores de servicio, que, hasta entonces, presentaban bajo registro de enfermedades profesionales y del trabajo (como los sectores bancarios y de servicios en general). La ganancia con el NTEP es el combate a la subnotificación y al reconocimiento del motivo de la flaqueza, en todos los sectores económicos, decurrentes de las condiciones y de la organización del trabajo inadecuado.

También se amplían, en el ámbito de la Procuraduría del INSS, a partir del 2008, las llamadas Acciones Regresivas providenciarias, con el instinto de resarcir los baúles de la Previdencia aquellos beneficios de naturaleza grave (pensiones e invalidez accidental) en los nos cuales fuesen constatadas negligencia y dolor de las empresas. Lo que pasó con este acontecimiento fue una revolución silenciosa, como si fuesen lamentadas sin grandes lamentaciones por la Previdencia Social.

Aún en 2002, la Previdencia Social, por medio del Consejo Nacional de la Previdencia Social, propuso la flexibilidad de la cobranza de la tarifa colectiva del seguro de accidente, llamado como Riesgos Ambientales de Trabajo (RAT). La Ley n° 10.666/2003, en su Artículo 10°, permitió que el Seguro de Accidente (RAT), o sea, la Tarifa Colectiva por actividad económica, pudiese ser flexibilizado. El RAT de 1%, 2% o 3% podría ser disminuido por la mitad o cobrado en doble, por razón del desempeño de la empresa con relación a la respectiva actividad económica, apurado en conformidad con los resultados obtenidos a partir de los índices de frecuencia, gravedad y costo, calculados según la metodología aprobada por el Consejo Nacional de la Previdencia Social.

El 22 de febrero de 2010, la CTSST aprobó la Política Nacional de la Seguridad y la Salud en el Trabajo (PNSST), expresando el compromiso del gobierno, trabajador y empleador con la promoción del trabajo decente, en condiciones de la seguridad y la salud. La PNSST se fundamenta en la Constitución Federal, en la Convención no 155 y las Recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), así como en el Plano de Acción Global en la Salud del Trabajador de la Organización Mundial de la Salud (OMS), reflexionando la adhesión del Estado al abordaje global preconizada por tales instituciones. La PNSST tiene por objetivo la promoción de la salud y la mejora de la calidad de vida del trabajador, la prevención de accidentes y los daños a la salud venidos del trabajo o a ellos relacionados, o que ocurran en el curso de ellos, por medio de la eliminación o de la reducción de los riesgos en los ambientes de trabajo. Para el alcance de su objetivo, la PNSST deberá ser implementada por medio de la articulación continua de las acciones del gobierno, que deberá ocurrir en el campo de las relaciones de trabajo, la producción, el consumo, el ambiente y la salud, con la participación de las organizaciones representativas de trabajadores y empleadores.

La gestión de la política será conducida por el Comité Ejecutivo constituido por los Ministerios de Trabajo y Empleo, de Salud y de Previdencia Social, al cual le tocará coordinar y supervisar la ejecución de la PNSST y del Plano Nacional de la Seguridad y la Salud del Trabajo.

#### 2.2.8.3 El Ministerio de la Salud (MS)

El Sistema Único de la Salud (SUS), dirigido en el ámbito de la Unión por el MS, tiene entre sus atribuciones ejecutar las acciones de la salud del trabajador, bien como colaborar en la protección del medio ambiente del trabajo, conforme prevé el Artículo 200 de la CRFB y el Artículo 6° de la Ley no 8.080, del 19 de septiembre de 1990 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). Estas incluyen, entre otras, la asistencia a los trabajadores víctimas del accidente de trabajo y las enfermedades ocupacionales, la participación en las normas y el control de los servicios de la salud del trabajador, bien como la fiscalización de los procesos productivos y el uso de los productos, las máquinas y equipos que presentan riesgos a la salud de los trabajadores.

El Decreto 3.252/09 del MS también trae como importantes directrices/desafíos, en la dirección de la construcción de la integridad de la atención a la salud de la población, la consolidación de una Vigilancia en la Salud integrada, a partir de sus diversos componentes: la promoción de la salud, la vigilancia epidemiológica, la vigilancia de la situación de la salud, la vigilancia en la salud ambiental, la vigilancia de la salud del trabajador y la vigilancia sanitaria y la integración entre la Vigilancia en la Salud y la Atención Primaria a la Salud (la denominación más actual de la atención Básica). Es importante destacar que ese camino ha sido recorrido por la Salud del Trabajador en los últimos años, en procesos que traen avances, pero necesitan un permanente perfeccionamiento.

El MS instituye en 2012 la Política Nacional de la Salud del Trabajador y de la Trabajadora, que tiene como finalidad definir los principios, las directrices y las estrategias a ser observados por las tres esferas de la Gestión del Sistema Único de la Salud (SUS), para el desarrollo de la atención integral a la salud del trabajador, con énfasis en la vigilancia protegiendo la promoción y la protección de la salud de los trabajadores y la reducción de la morbimortalidad decurrente de los modelos de desarrollo y de los procesos productivos.

## 2.2.9 Las Normas Regulatoras de la Salud y la Seguridad en el Trabajo

Con la recurrencia de los cambios ocurridos en la CLT con la sanción de la Ley n° 6.514/1977, el 8 de junio de 1978 es aprobada por el ministro del Trabajo y Empleo el Decreto MTE n° 3.214 (BRASIL, 1978), compuesta por 36 Normas Regulatoras, conocidas como NR, que vienen teniendo la redacción modificada periódicamente, cuidando atender lo que recomiendan las convenciones de la OIT. Las revisiones permanentes buscan adaptar las exigencias legales a los cambios ocurridos en el mundo del trabajo, principalmente a lo que se refiere a los nuevos riesgos ocupacionales y las medidas de control y son realizadas por el propio MTE, inclusive, por la delegación de competencia por la Secretaria de Inspección del Trabajo. Las NR están en gran parte basadas en normas semejantes existentes en países económicamente más desarrollados.

No se puede ver la seguridad del trabajador apenas como una obligación legal, pero principalmente como la forma de promover el desarrollo y la valorización del ser humano, respetando su salud, su integridad física y bienestar. Arruda (2013) comenta que la función de los Servicios Especializados en Ingeniería de Seguridad y Medicina del Trabajo (SESMT-NR4) es promover una relación positiva entre el empleador y el empleado y actuar en el desarrollo de la conciencia colectiva, tanto dentro como fuera de la empresa, transmitiendo al trabajador los conocimientos que le permitan asumir su parcela de responsabilidad en lo que se dice al respecto a su salud y a su seguridad.

Las Normas Regulatoras, también conocidas por NR, son normas que además de tener la función reguladora, dan parámetros e instrucciones sobre la Salud y la Seguridad del Trabajo. Son 41, siendo 36 las Normas Regulatoras y 5 las Normas Regulatoras Rurales. Las NR son elaboradas por una comisión compuesta por representantes del gobierno, de los empleadores y de los empleados. Si bien todas ellas son importantes para la seguridad y la

salud de los trabajadores, algunas de ellas son de gran importancia en las organizaciones en el campo de la prevención de la salud laboral.

La NR-4, que trata del Servicio Especializado en Ingeniería de Seguridad del Trabajo SESMT, que es formado por un equipo multidisciplinar compuesto por técnicos de seguridad del trabajo, ingenieros de seguridad del trabajo, médico del trabajo y enfermero. Este programa es obligatorio en instituciones que admitan empleados regidos por la CLT. El número de componentes de este equipo varía de acuerdo con el número de funcionarios y el grado de riesgo de la actividad ejercida en el ambiente de trabajo. El principal objetivo de este programa es proteger la salud y la integridad de los funcionarios en el local de trabajo.

La NR-9 trata del Programa de Prevención de Riesgos Ambientales – PPRA, por lo cual es hecho la anticipación, el reconocimiento, la evaluación y el control de los riesgos ambientales. Este programa también debería ser desarrollado en todas las instituciones que admitan trabajadores como empleados. Tiene como objetivo principal la preservación de la salud y de la integridad de los colaboradores, haciendo parte de un conjunto de medidas que buscan la calidad de vida de las personas.

En Brasil la legislación del trabajo obliga a todas las empresas a elaborar e implementar el PPRA, además de mantener un documento base de registro de esas acciones, que incluyen: el levantamiento de los riesgos; el planeamiento anual con el establecimiento de metas y prioridades; cronogramas; la estrategia y metodología de acción; la forma del registro, el mantenimiento y divulgación de los datos; la peligrosidad y la forma de evaluación del desarrollo del PPRA.

La NR-5 La Comisión Interna de la Prevención de Accidentes – CIPA tiene como objetivo la prevención de accidentes y enfermedades recurrentes del trabajo. Esta Comisión es obligatoria en las empresas, siendo constituida por representantes del empleador y de los empleados. La CIPA tendrá como atribuciones elaborar el Mapa de Riesgos de la empresa, elaborar un plano de trabajo de seguridad y de la salud en el trabajo, realizar reuniones de evaluación y control de las metas, colaborar con el desarrollo e implementación del PPRA y el Programa de Control Médico de la Salud Ocupacional (PCMSO).

Exigido, en principio, por la Consolidación de las Leyes del Trabajo (CLT), a través del Decreto 3214/78, el Programa de Control Médico y la Salud Ocupacional (PCMSO) es disciplinado por la NR-7. Actualmente, después la promulgación de la Ley Estadual nº 9505/97, que determina, en su inciso VI del Artículo 11, que todos los empleadores, públicos o privados, quedan obligados a elaborar el PPRA (Programa de Prevención de Riesgos Ambientales) y el PCMSO (Programa de Control Médico de la Salud Ocupacional), queda claro que todas las reparticiones del Servicio Público Estadual también quedan sujetas a esas normas.

La NR-7 establece la obligación de la elaboración e implementación, por parte de todos los empleadores e instituciones que admitan los trabajadores como empleados del

Programa de Control Médico de la Salud Ocupacional- PCMSO, con el objetivo de promoción y preservación de la salud del conjunto de sus trabajadores.

El PCMSO es un programa que especifica procedimientos y conductas a ser adoptadas por las empresas en función de los riesgos en los cuales los empleados se exponen en el ambiente de trabajo. Su objetivo es prevenir, detectar precozmente, monitorear y controlar posibles daños a la salud de los empleados. Implementar el PCMSO es importante sobretodo para cumplir la legislación en vigor. Además de eso, el empleador puede estar previniendo las posibles consecuencias jurídicas, recurrentes del apareamiento de las enfermedades ocupacionales, como las demandas civiles, las criminales y de providencias.

El médico de trabajo hará el reconocimiento previo de los riesgos ocupacionales existentes en la empresa en función de las actividades desarrolladas. El PCMSO debe estar articulado con todas las normas reguladoras, principalmente la NR-9 (PPRA). Todas las empresas que posean empleados, independientemente del tamaño y el grado de riesgo, ya que desde que son regidos por la CLT, están obligadas a implantar el PCMSO.

La NR-7 preconiza las siguientes directrices relativas al PCMSO, conforme determina el Decreto SSST nº 24 (1994, p1):

El PCMSO es parte integrante del conjunto más amplio de iniciativas de la empresa en campo de la salud de los trabajadores, debiendo estar articulado con el dispuesto en las demás NR.

El PCMSO deberá considerar las cuestiones incidentes sobre el individuo y la colectividad de trabajadores, privilegiando el instrumental clínico y epidemiológico en el abordaje de la relación entre su salud y el trabajo.

El PCMSO deberá tener carácter de prevención, el rastreo y el diagnóstico precoz de los agravios a la salud relacionados al trabajo, inclusive de naturaleza subclínica, además de la constatación de la existencia de casos de enfermedad profesionales o daños irreversibles a la salud de los trabajadores.

El PCMSO deberá ser planeado e implantado con base en los riesgos a la salud de los trabajadores, especialmente los identificados en las evaluaciones previstos en las demás NR.

Referente a su desarrollo el PCMSO debe incluir, entre otros, la realización obligatoria de los exámenes médicos: el examen de admisión; la revisión periódica; el de regreso al trabajo; el de cambio de función y el de demisión. Estos exámenes comprenderán

la evaluación clínica (abarcando la anamnesis ocupacional y el examen físico y mental) y los exámenes complementares realizados conforme la demanda de riesgos laborales.

La evaluación clínica referente a los exámenes médicos obligatorios deberá obedecer a los siguientes plazos y peligrosidad establecidos en el Decreto SSST n° 24 (1994, p1):

El examen de admisión, deberá ser realizado antes que el trabajador asuma sus actividades;

En el examen médico periódico: para los trabajadores expuestos a los riesgos o situaciones de trabajo que impliquen el desencadenamiento o agravamiento de la enfermedad, o, aún, para aquellos que sean portadores de enfermedades crónicas, los exámenes deberán ser repetidos: cada año o a intervalos menores, a criterio del médico encargado, o si es notificado por el médico agente de la inspección del trabajo, o, aún, como el resultado de la negociación colectiva de trabajo. Y para los trabajadores expuestos a condiciones hiperbáricas de acuerdo con el peligro especificado en el anexo n° 6 da NR 15. Para los demás trabajadores: anual, cuando sean menores de dieciocho años y mayores de cuarenta y cinco años de edad y a cada dos años, para los trabajadores entre dieciocho años y cuarenta y cinco años de edad.

El examen médico de regreso al trabajo, deberá ser realizado obligatoriamente en el primer día de regreso al trabajo del trabajador ausente por un período igual o superior a 30 (treinta) días por motivo de enfermedad o accidente, de naturaleza ocupacional o no, o parto.

El examen médico de cambio de función, será obligatoriamente realizado antes de la fecha de cambio.

El examen médico de dimisión, será obligatoriamente realizado dentro de los quince días que anteceden a la desvinculación definitiva del trabajador.

Conforme la NR-7, para cada uno de los cinco exámenes médicos obligatorios citados anteriormente, el médico emitirá el Atestado de la Salud Ocupacional - ASO, en 2 (dos) vías, siendo que la primera vía del ASO se quedará archivada en el local de trabajo del trabajador, a la disposición de la fiscalización del trabajo y la segunda vía del ASO será obligatoriamente entregada al trabajador, mediante un recibo de la primera vía.

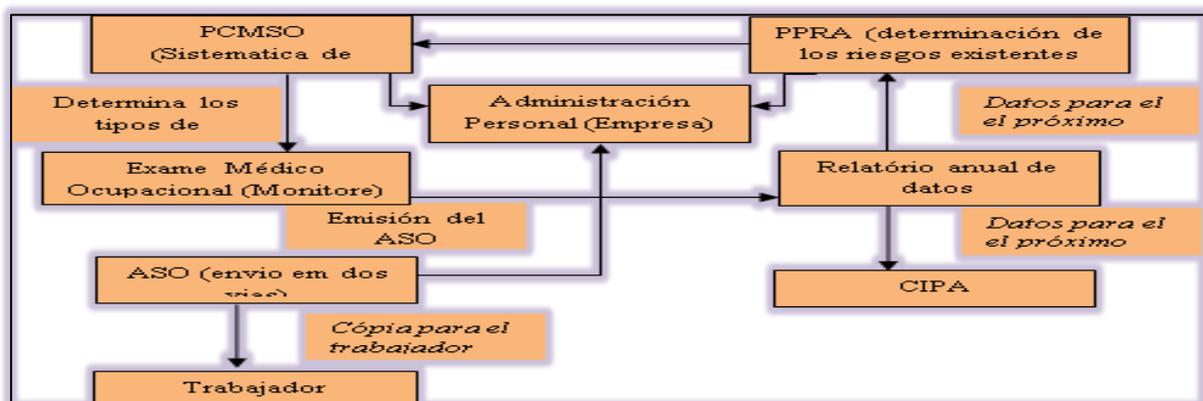
Del punto de vista médico, gran parte de las enfermedades ocupacionales tienen muchos años de tiempo de latencia entre la exposición y la aparición de la molestia. En algunos casos, ese período es aproximadamente unos cuarenta años. Por esa razón, no solo por la obligación legal, la conservación de los registros es importante para recuperar la historia profesional del trabajador en un caso de necesidad futura. También para los estudios epidemiológicos, es importante la conservación de esos registros. Los diagnósticos de las enfermedades relacionadas al trabajo y a las no relacionadas al trabajo – pero que tienen influencia en el trabajo deben ser codificados de acuerdo con el CIE 10 (Código Internacional de Enfermedades n° 10), posibilitando los estudios epidemiológicos (ABRESST: SESI, 2007. p.19).

El Ministerio del Trabajo a través de la Secretaría de Seguridad y la Salud en el Trabajo entiende que todos los trabajadores deben tener el control de su salud de acuerdo con los riesgos que están expuestos. Además de ser una exigencia legal prevista en el artículo 168 de la CLT, está respaldada en la convención 161 de la Organización Internacional del Trabajo - OIT, respetando los principios éticos, morales y técnicos.

La responsabilidad por la implementación de ese Programa es única y total del empleador, debiendo aún cuidar por su eficacia y costear despensas, además de indicar el médico del trabajo para coordinar la ejecución del mismo. En el caso de los trabajadores temporales el empleador responsable por el PCMSO es la Empresa contratada para fornecer mano de obra temporaria.

El documento base del PCMSO debe contener las acciones en el campo de la salud, planeadas para el período de doce meses y una organización de tal forma para facilitar su entendimiento. La figura uno muestra las interrelaciones del PCMSO.

**Figura 1**  
**Organigrama de actividades**



Fuente: Autor

## 2.2.10 El Costo de los Accidentes y las Enfermedades

La aplicación de los conceptos económicos para medir el valor de la salud y de la vida humana es un ejercicio que mueve mucho nuestras emociones. Los economistas, además, se sienten cómodos analizando los costos de los accidentes y de las enfermedades del trabajo, pues eso es crucial para resaltar la importancia de la prevención.

Pero, conforme nos informa Pastore (2011), el análisis de los costos de los accidentes necesita tener en cuenta varias dimensiones. Al mismo tiempo que la prevención tiene beneficios para las personas, para la sociedad y para las propias empresas, para estas, ella tiene un costo.

En lo que se refiere a la empresa hay dos tipos de costos a considerar, según Pastore (2011, p.2), los asegurados y los no asegurados. Los asegurados son los más visibles: es cuando las empresas gastan con el seguro de los accidentes de trabajo. Los costos no asegurados son menos visibles y más diluidos:

*El tiempo perdido con accidentes y enfermedades:* consisten en las despensas con los primeros socorros; la destrucción de equipos y materiales; la interrupción de la producción; el reentrenamiento de mano de obra; la sustitución de trabajadores; el pago de horas extras; la recuperación de los empleados; los salarios pagos a los trabajadores alejados; las despensas administrativas; los gastos con medicina e ingeniería de reparación; etc.

*El adicional que los trabajadores reciben para trabajar en condiciones peligrosas.* Las personas que trabajan en situaciones de alto riesgo tienden a demandar salarios más altos. Pero, como en ese mercado hay innúmeras imperfecciones, los gobiernos establecen jerarquías de riesgos en las diversas empresas que, por su vez, implican los pagos de premios más altos en los seguros de accidentes o adicionales de riesgo.

*La pérdida de la imagen de la empresa en el mercado en la que actúa.* Los desastres de grandes proporciones o la ocurrencia de accidentes de forma repetitiva, afecta el nombre de la empresa, espanta los consumidores, y atrae la atención de las autoridades que tienen la responsabilidad de cuidar el cumplimiento de los patrones de seguridad.

*Los costos de las acciones de los trabajadores.* En Brasil, la presencia creciente del Ministerio Público del Trabajo y de las demás autoridades del gobierno - inclusive las sentencias condenatorias de la Justicia del Trabajo—y de la acción sindical

constituyen los costos adicionales importantes para las empresas.

Según Pastore (2011), durante mucho tiempo, se consideró que la relación entre los costos asegurados y no asegurados era una proporción de 1:4. Usándose esa proporción, y considerándose que, en 2009, las empresas gastaron cerca de R\$ 8,2 billones con el pago del seguro de accidentes de trabajo (SAT), eso nos lleva al gasto total para ellas llegó aproximadamente R\$ 41 billones en aquel año. Aún considerando eventuales imperfecciones de estimación, es una cifra impresionante, pues significa aproximadamente 5% de la hoja salarial del país.

Los gastos de la Previdencia Social con el pago de los beneficios accidentales y las jubilaciones especiales para el año 2009 fueron estimados aproximadamente en R\$ 14 billones que sumados al costo de las empresas (R\$ 41 billones) eleva la cuenta para R\$ 55 billones.

Aún hay que considerar los costos que los accidentes y las enfermedades del trabajo causan para la sociedad. Según Pastore (2011), la cifra que la sociedad paga se refiere a los accidentes y las enfermedades del trabajo que causan daños a los trabajadores y a sus familias en la forma de reducción de la renta, la interrupción del empleo de familiares, los gastos con la acomodación en el domicilio, y lo más importante, el dolor y el estigma del accidentado o el enfermo. O sea, los trabajadores y los familiares de los accidentados y enfermos costean una gran parte de los costos de los accidentes y las enfermedades profesionales. Si elevamos la relación de 1:4 para 1:6 (que es bastante conservadora), eso daría un aumento de costo de aproximadamente R\$ 16 billones por año, pasando el subtotal a R\$ 71 billones.

De esta forma, Pastore (2011), concluye que la sociedad brasileña paga aproximadamente R\$ 800 billones de salarios (datos de la RAIS) y gasta R\$ 71 billones con accidentes y enfermedades de trabajo, casi 9%. Es una cifra estratosférica y que más que justifica un esfuerzo adicional de prevención. Recordando aún, que este costo está subestimado porque se refiere apenas al sector formal del mercado de trabajo. Por el sistema del SUS, que es universal, Brasil atiende un gran número de personas que se accidentan y se enferman en el mercado informal cuyas despesas van por cuenta del Ministerio de la Salud y no por la Previdencia Social.

Según la investigación efectuada por Ribeiro (2008), referenciando a Pastore (2003), para los trabajadores sin vínculo formal de trabajo, y que representan más de la mitad de la fuerza de trabajo brasileña, las estadísticas oficiales no se aplican. Se estima que aproximadamente diecinueve millones de personas trabajan por cuenta propia o que no tienen remuneración. Este mercado informal es formado, en su mitad, por personas que tienen insuficiencia de renta para filiarse a la Previdencia Social y la otra mitad por menores de dieciséis años, los mayores de 60 años y trabajadores en las empresas de pequeño porte. Según los datos del SEBRAE, de las 4.124.343 empresas formales e informales, 4.082.122

(98%) son micro y pequeñas. Es en esos segmentos que el empleo informal y formal florece conforme la tendencia observada en el final de la década de los años 90, en la que 55% de los nuevos puestos de trabajo surgieron en los micros y pequeñas empresas.

Brasil no cuenta con un sistema de información que identifique los riesgos de los trabajadores por cuenta propia, los domésticos, los servidores públicos, los rurales y autónomos. Una investigación de base comunitaria conducido en Salvador/Bahía, identificó la incidencia anual de accidentes de 5,80%, discretamente mayor entre los trabajadores sin contrato de trabajo y en mujeres que fue de 5,92%. Estos trabajadores normalmente están insertados en las actividades con mayor peligro y no cuentan con la protección de seguridad social.

Lacaz (2007) localiza la situación brasileña con la siguiente. La Gestión de fuerza de trabajo, la desregulación y la precarización de las relaciones de trabajo bajo el neoliberalismo globalizado interfiere en la constitución de las identidades colectivas y no el reconocimiento que construye las subjetividades. Delante de ese cuadro, la intensificación del trabajo, la polivalencia y la sumisión se imponen de forma gritante, lo que origina la situación propicia a los cambios del perfil patológico de las poblaciones trabajadoras.

En la percepción de Ribeiro (2008), en Brasil, se observa el surgimiento de las patologías recurrentes de cada vez mayor sobrecarga, esto es: o *burn out*, las LER, las alteraciones cognitivas, las tentativas de suicidio en los locales de trabajo, los indicadores de estrés en el trabajo. Un nuevo perfil patológico se configura con mayor prevalencia las enfermedades crónicas, cuyo nexo de casualidad con el trabajo no es tan evidente, proliferan las enfermedades cardio circulatorias, gastrológicas, psicósomáticas, los cánceres, la morbilidad músculoesquelética expresada en las lesiones por esfuerzos repetitivos (LERs), a las cuales se suman el desgaste mental y físico patológicos y mismo las muertes por exceso de trabajo (“karosh”) y las enfermedades psicoafectivas, neurológicas relacionadas al estrés, un malestar difuso y por enfermedades que ocurren en la población general, pero que entre los trabajadores pasan a ocurrir en la edad más precoz cuando es comparada con la población en general.

En el estudio hecho por Lacaz (2000) referenciado por Ribeiro (2008), los datos de la mortalidad de la región del ABCD paulista (São Paulo- Brasil) para la década de 1980 demuestran esta tendencia de manera clara. Son muertes por enfermedades cardio vasculares que pueden relacionarse con la baja autonomía de decisiones en el trabajo, a las actividades poco creativas y al pequeño apoyo social. A esto se le suman las muertes por causas externas, relacionadas a la violencia de los centros urbanos, muchas de ellas como resultado de los accidentes y trayecto o del trabajo (de tránsito) de los conductores de autobuses y vehículos de carga) y por los cánceres relacionados al uso de sustancias químicas cada vez más tóxicas.

Varios datos demuestran que, a largo plazo, las empresas que promueven y protegen la salud de los trabajadores están entre las más exitosas y competitivas, y también disfrutan de las mejores tasas de retención de funcionarios. Algunos factores que los empleadores

necesitan considerar son: los costos de prevención versus los costos resultantes de los accidentes; las consecuencias financieras de las violaciones jurídicas de las leyes y normas de seguridad y la salud en el trabajo; la salud de los trabajadores como un importante patrimonio de la empresa. La adhesión a esos principios evita los alejamientos e incapacidades para el trabajo, minimiza los costos con la salud y los costos asociados con la alta inestabilidad tales como el entrenamiento, y aumenta la productividad a largo plazo bien como la calidad de los productos y servicios.

Las empresas que no proporcionan ambientes de trabajo saludables, no sólo dejan los trabajadores, sus familias y la población expuesta a un riesgo innecesario, así como la administración puede estar involucrada en costosas demandas judiciales relacionadas con las leyes laborales nacionales o internacionales. Tal hecho puede resultar con multas o mismo con la prisión de los gerentes y directores considerados culpados de las violaciones. Otro punto de vulnerabilidad, es que las compañías multinacionales que intentan cortar los costos de la seguridad y la salud de los trabajadores, transfiriendo sus procesos industriales más peligrosos para los países donde la salud, la seguridad y la legislación de los trabajadores o su cumplimiento son considerados más débiles. Esta acción puede hacer que las empresas y productos se conviertan en un intenso enfoque crítico de los medios de comunicación y de la comunidad internacional, con la posibilidad de perjuicio en el mercado y en la rentabilidad.

#### 2.2.10.1 El Accidente de Trabajo y el CAT

La ocurrencia de los accidentes de trabajo implica en los daños sociales que comprometen la salud e integridad física del trabajador y también a sus dependientes que pueden eventualmente perder la base de sustentación familiar. Y consecutivamente habrá generación de los costos para las áreas sociales, principalmente en la Salud y en la Previdencia Social, en razón de los beneficios de la previdencia pagados al empleado y sus dependientes, conforme la característica del accidente.

De acuerdo con la NBR 14280/2001 (Registro de accidente de trabajo), el accidente del trabajo se caracteriza por la ocurrencia imprevista e indeseable, instantánea o no, relacionada con el ejercicio del trabajo, de que resulte o pueda resultar una lesión personal.

Conforme la característica de la NBR-14280, los llamados mórbidos laborales son clasificados en enfermedades de trabajo: la enfermedad decurrente del ejercicio continuo o intermitente de actividad laboral capaz de provocar una lesión por una acción inmediata y la enfermedad profesional: la enfermedad del trabajo causada por el ejercicio de actividad específica, y la constante de la relación oficial.

De acuerdo con la Ley 8.213/91 (Plano de Beneficios de la Previdencia Social), en el art. 19; caracteriza el accidente de trabajo como aquel que ocurre por el ejercicio de trabajo a servicio de la empresa, provocando una lesión corporal o una perturbación funcional que le

cause la muerte, la pérdida o la reducción de la capacidad laborarí (permanente o temporaria).

En el art. 20 – incisos I y II de la Ley 8.213/91, se considera accidente de trabajo, en los términos del art. 19, las siguientes entidades mórbidas:

I –la enfermedad profesional, así entendida la producida o desencadenada por el ejercicio del trabajo peculiar la determinada actividad y la constante de la respectiva relación elaborada por el Ministerio del Trabajo y de la Previdencia Social;

II –la enfermedad de trabajo, así entendida la adquirida o desencadenada en función de condiciones especiales en que el trabajo es realizado y con él se relacione directamente, constante de la relación mencionada en el inciso I.

Presente en el art.21 de la Ley 8.213/91, el accidente de trabajo puede ser llamado como accidente equiparado, cuando es sufrido en el local y horario de trabajo en consecuencia de la acción de un colega o terceros por motivos de: agresión, sabotaje, terrorismo, ofensa física intencional, por disputa relacionada al trabajo, imprudencia, negligencia o impericia, el acto de la persona privada del uso de la razón, la fuerza mayor y la contaminación accidental. O aún aquel accidente sufrido fuera del local de trabajo incluyendo las siguientes situaciones: el cumplimiento de la orden, el servicio, la prestación espontanea de servicio para evitar prejuicios a la empresa o proporcional provecho, un viaje por servicio, un estudio, cuando se trata que fue financiado por la empresa, el trayecto de la residencia trabajo y viceversa, los periodos de comida, descanso y otras necesidades fisiológicas.

La CAT (La Comunicación de Accidente de Trabajo) es el documento que informa al INSS que el trabajador sufrió un accidente de trabajo o se sospecha que haya adquirido una enfermedad de trabajo. La CAT está prevista en el artículo 169 de la CLT (La Consolidación de las Leyes de Trabajo), en la ley 8213/1991 (La ley que dispone sobre los Planos de Beneficios de la Previdencia Social) y en la Ley Estatal nº 9505/1997, que disciplina los servicios de la salud del trabajador del SUS.

La empresa tiene la obligación de emitir la CAT en caso de ocurrencia de un accidente de trabajo o una sospecha médica de la enfermedad de trabajo, mismo que estos sean sin el impedimento de trabajar del empleado. La CAT deberá ser rellena por el sector de Recursos Humanos de la empresa y en caso de que ella no lo haga, el propio accidentado, o sus dependientes, la entidad sindical competente, el médico que lo asistió, o aún, cualquier autoridad pública puede comunicar el accidente a la Previdencia Social, conforme el artículo 22 de la Ley 8213/1991. La ley no habla en plazos para el trabajador, pero para la empresa, tiene un plazo de un día útil después del día del accidente para emitir la CAT, pudiendo ser multada, en caso que no lo haga. Si la comunicación del accidente ha sido por él propio, por los dependientes o por la entidad sindical o pública, no vigora el plazo arriba mencionado.

La ventaja que el trabajador tiene sobre la emisión de la CAT, es que el registro del accidente en el INSS, significa que la enfermedad o accidente sufrido puede ser decurrente del trabajo, lo que va a ser comprobado, o no, en la pericia médica. Y a partir de la comprobación del nexo causal del accidente o enfermedad con el trabajo, el trabajador tiene derecho al beneficio auxilio enfermedad accidentario (B91) y no al beneficio auxilio enfermedad común (B31). El auxilio enfermedad accidentaria tiene las siguientes ventajas con relación al auxilio enfermedad:

La estabilidad de un año en el empleo, después de la alta médica del INSS, o sea después del regreso al trabajo;

La posibilidad de recibir el auxilio accidente, en especie de auxilio indemnizatorio que el trabajador tiene derecho cuando el accidente de trabajo o enfermedad ocupacional resulte con secuela que implique la reducción de capacidad para el trabajo que habitualmente ejercía.

Depósito del FGTS mismo durante el período de ausencia.

El número de días de ausencia por el auxilio enfermedad accidentario como tiempo de jubilación.

La pericia médica es fundamental en la determinación de estas ventajas, por eso, el trabajador debe quedarse atento a ella, ver los documentos necesarios para la comprobación del nexo causal sea hecho.

Los beneficios referentes al auxilio enfermedad, son pagados por el INSS al trabajador, a partir de 15 días de ausencia en el trabajo, cuando el trabajador aún se encuentra incapacitado para trabajar y conforme la Ley 8213/91, se presentan sub dos formas:

El auxilio enfermedad por accidente de trabajo/enfermedad ocupacional o auxilio enfermedad accidentario (B.91), en el cual el trabajador hace uso de él cuando hay una comprobación, por la pericia médica del INSS, del nexo causal (relación de la causa y efecto entre el trabajo y la enfermedad) entre el trabajo ejercido y el accidente o enfermedad presentada. Después del alta de este tipo de beneficio y consecutivamente al regreso del trabajo, el trabajador tiene un año de estabilidad en el empleo. Después del alta, si hubo una reducción en la capacidad del trabajo debido a las secuelas, el trabajador puede tener derecho al auxilio accidente (B.94) (Anexo III, del Decreto 3048/99).

El auxilio enfermedad común (B31), es el beneficio concedido al trabajador que está alejado para el tratamiento de la salud, en los casos en que no hay comprobación del nexo causal entre el

trabajo ejercido y la enfermedad o accidente. En este Caso, después del alta y consecutivamente regresa al trabajo, el trabajador no tiene derecho a ningún tipo de beneficio indemnizatorio, mismo que haya tenido una secuela de la enfermedad o accidente. Después del alta también no hay estabilidad en el empleo, a no ser que haya una Convención Colectiva determinando lo contrario (SITAP, 2015).

El SEBRAE y SESI (SESI, 2007) realizan el cálculo del costo total de un accidente, por la suma de dos partes: una parte se refiere al costo directo (o costo asegurado), relativo al recogimiento mensual hecho por la empresa a la Previdencia Social, para el pago del seguro contra los accidentes de trabajo, garantizando una de las modalidades de los beneficios establecidos en la legislación de la Previdencia. La otra parte se refiere al costo indirecto (costo no asegurado). Los estudios informan que la relación entre los costos asegurados y los no asegurados es la siguiente, para cada real gastado con los costos asegurados, son gastados cuatro con los costos no asegurados.

El Brasil retrocede en la prevención de accidentes en 2013, al registrar en el último año 717.911 accidentes (un aumento de 0,55% con relación a 2012) y 2.797 muertes (un incremento de 1,05%). El país sigue acumulando prejuicios de todo orden. Pérdidas financieras con la concesión de beneficios accidentarios, la reducción de la productividad y las vidas precozmente interrumpidas por las condiciones y la salud y la seguridad en el ambiente laboral son los daños más visibles de una realidad en la cual los indicadores negativos avanzan cuando deberían recaer (Anuario Brasileiro de Protección, 2015).

En la opinión de Carlos Silva, vice presidente del Sinait (Sindicato Nacional de los Auditores Fiscales de Trabajo), apesar de los esfuerzos del gobierno, de las empresas, de las entidades y profesionales del área de la Salud y la Seguridad del Trabajo en adoptar las medidas preventivas, ellas aún no son suficientes para proteger la vida y la seguridad del trabajador. "Los números son reveladores y muy preocupantes, principalmente cuando se observa la tendencia creciente de accidentes típicos, los cuales nosotros tenemos las condiciones de evitar porque acontecen dentro del ambiente de trabajo, donde los riesgos deberían ser conocidos y controlados. Los accidentes de trayecto y los óbitos también aumentaron, demostrando que la reducción de accidentes y enfermedades no es una prioridad para Brasil. Precisamos evaluar la eficacia de nuestra Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Aún cuando las estadísticas de los accidentes de trabajo divulgadas en el AEPS 2013 (Anuario Estadístico de la Previdencia Social) constituyan un dato importante para el análisis accidentaria en Brasil, los números deben ser relativizados. La radiografía tiene en cuenta apenas los 48.948.433 trabajadores con vínculos formales (celestitas, temporarios, unitarios, entre otros). Se excluyen los empleados informales, los trabajadores domésticos informales, los profesionales autónomos, los empleadores, los militares y estatutarios.

En otras palabras, lo que se verifica en los cuadros: dos, tres y cuatro a seguir es un recorte (y no el panorama completo) de los registros de accidentes en el ámbito nacional. De cualquier forma, el relevamiento de la Previdencia muestra índices preocupantes de agravios y óbitos, que pueden ser aún mayores se fuesen considerados los casos de subnotificación.

**Cuadro 2**  
**Accidentes y enfermedades de trabajo en Brasil: 1970– 2013**

Accidentes y enfermedades de trabajo en Brasil: 1970 - 2013								
			Cantidad de accidentes de trabajo					
			Con CAT registrada					
Año	Trabajador	Evolución año	Típico	Trayecto	Enfermedad	Sin registro de la CAT	Total accidente	Evolución año (%)
1970	7.284.022	-	1.199.672	14.502	5.937		1.220.111	
1971	7.553.472	3,70%	1.308.335	18.138	4.050		1.330.523	9,05
1972	8.148.987	7,88%	1.479.318	23.389	2.016		1.504.723	13,09
1973	10.956.956	34,46%	1.602.517	28.395	1.784		1.632.696	8,50
1974	11.537.024	5,29%	1.756.649	38.273	1.839		1.796.761	10,05
1975	12.996.796	12,65%	1.869.689	44.307	2.191		1.916.187	6,65
1976	14.945.489	14,99%	1.692.833	48.394	2.598		1.743.825	-9,00
1977	16.589.605	11,00%	1.562.957	48.780	3.013		1.614.750	-7,40
1978	16.638.799	0,30%	1.497.934	48.511	5.016		1.551.461	-3,92
1979	17.637.127	6,00%	1.388.525	52.279	3.823		1.444.627	-6,89
Media años 70	12.428.828		1.535.843	36.497	3.227		1.575.566	
1980	18.686.355	5,95%	1.404.531	55.967	3.713		1.464.211	1,36
1981	19.188.536	2,69%	1.215.539	51.722	3.204		1.270.465	-13,23
1982	19.476.362	1,50%	1.117.832	57.874	2.766		1.178.472	-7,24
1983	19.671.128	1,00%	943.110	56.989	3.016		1.003.115	-14,88
1984	19.673.915	0,01%	901.238	57.054	3.233		961.575	-4,14
1985	21.151.994	7,51%	1.010.340	63.515	4.006		1.077.861	12,09
1986	22.163.827	4,78%	1.129.152	72.693	6.014		1.207.859	12,06
1987	22.617.787	2,05%	1.065.912	64.830	6.382		1.137.124	-5,86
1988	23.661.579	4,61%	926.354	60.202	5.025		991.581	-12,80
1989	24.486.553	3,49%	825.081	58.524	4.838		888.443	-10,40
Media años 80	21.077.804	69,59%	1.053.909	59.937	4.220		1.118.071	-29,04
1990	23.198.656	-5,26%	632.012	56.343	5.217		693.572	-21,93
1991	23.004.264	-0,84%	579.362	46.679	6.281		632.322	-8,83
1992	22.272.843	-3,18%	490.916	33.299	8.299		532.514	-15,78
1993	23.165.027	4,01%	374.167	22.709	15.417		412.293	-22,58



Incapacidad												
Beneficio – Enfermedad	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Beneficio Accidente	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Beneficio Adicional	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Total	11080											
Valor anual de los gastos del INSS (R\$ Mil) – costo de los accidentes - 2003 – 2013												
Tipos	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Jubilación Especial	4893	5379	5710	5999	5682	6388	6858	7239	7873	8607	12068	
Jubilación / Incapacidad	828	999	1190	1374	1356	1628	1850	2062	2371	*	*	
Beneficio – Enfermedad	1001	1292	1432	1258	1468	1676	2103	2408	2628	*	*	
Beneficio Accidente	838	956	1069	1191	1182	1455	1467	1674	1818	*	*	
Beneficio Adicional	89	97	102	109	111	307	124	112	125	*	*	

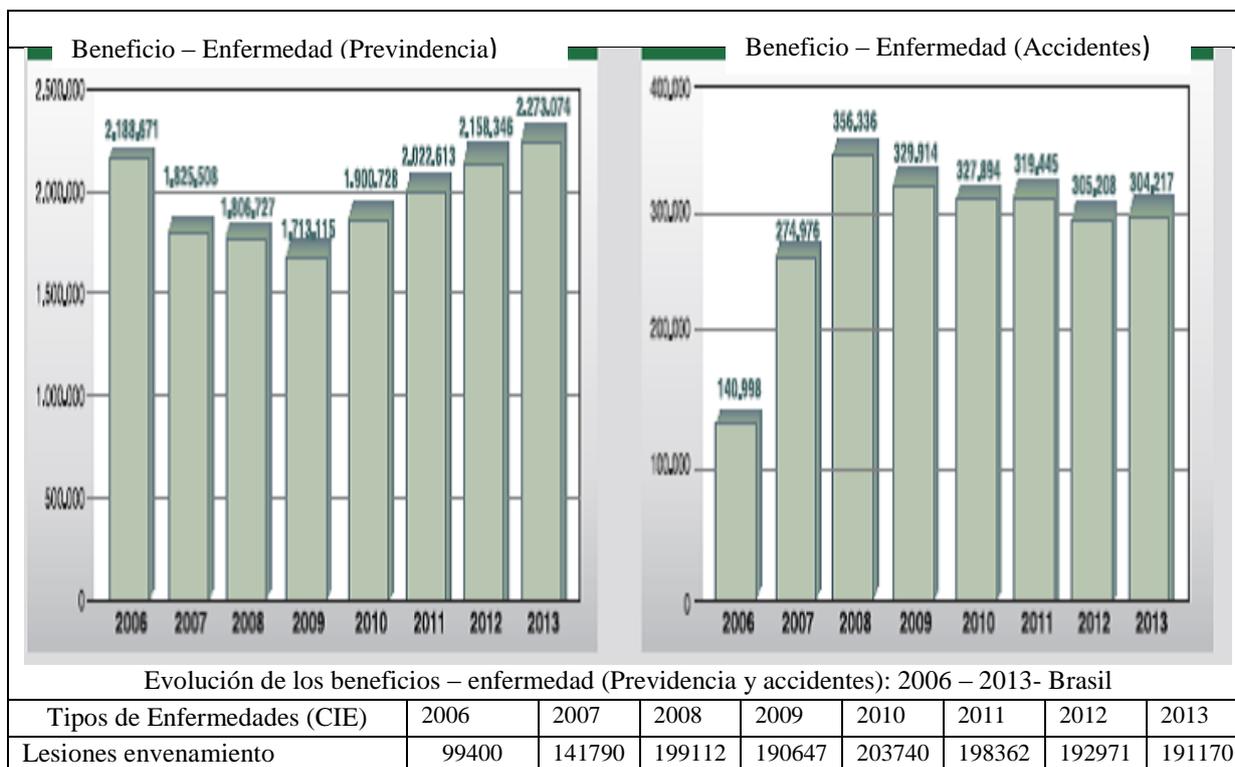
Fuente: MPS/AEPS

Notas: Las cifras han sido redondeadas.

\* Accidente de trabajo: las cifras referentes no fueron informadas.

#### Cuadro 4

#### Concesión de beneficios del INSS (2006 – 2013) – Brasil



Sistema osteomuscular	19956	95473	117353	98415	88270	83837	77384	76400
Transtornos mentales y comportamentales	612	7690	12818	13478	12150	12337	11597	12688
Sistema nervioso	1835	7487	9306	7723	7033	6751	6329	6535
Sistema digestivo	248	494	3490	5536	4407	4460	4485	4543
Sistema circulatorio	223	2549	4179	4474	3527	3404	2834	2944
Enfermedades ignoradas	16617	12093	454	642	815	1185	1272	1800
Infecciosas y parasitarias	67	1864	2286	1899	1794	1625	1389	1371
Sistema respiratorio	237	1575	2082	1953	1667	1431	1254	1264
Piel	409	907	1400	1504	1378	1452	1318	1250
Ojo y otros	843	1472	1739	1647	1677	1570	1348	1237
Causas externas de morbilidad y mortalidad	-	-	-	-	323	702	818	887
Neoplasias	35	635	884	749	668	641	631	630
Tumores que influyen el estado de salud	103	136	231	279	454	523	494	495
Sintomas anormales-exámenesclínicos	-	-	-	-	162	349	391	379
Sistema genituario	101	283	346	345	279	268	201	204
Endócrinas, nutricionales y metabólicas	15	40	149	200	147	179	146	143
Sistema auditivo	168	339	315	262	230	184	143	133
Embarazo, parto y pos-parto	20	32	63	74	83	74	60	54
Sangre y órganos hematopoyéticos	17	81	126	83	72	64	53	52
Afecciones del periodo pre-natal	-	-	-	-	10	21	18	23
Deformidades y anomalías cromosómicas	2	6	3	4	8	26	12	15
Total	140998	274946	356336	329914	327894	319446	306208	304217

Fuente: MPS

Nota: Los valores han sido redondeados

Para Carlos Silva, del SINAFT (Sindicato Nacional de los Auditores Fiscales del Trabajo), "los accidentes y óbitos han aumentado apesar del cuadro alarmante de subnotificaciones. La situación real es mucho peor. Lo que las estadísticas revelan ya es motivo de lamento porque no estamos consiguiendo estancar los casos notificados, lo que dirá son notificados", critica.

#### 2.2.10.2 La Acción Regresiva del INSS

En la visión de Mello y Alouche (2013), la legislación de la previdencia citada es clara alestablecer que en caso de negligencia referente a las normas padrón de seguridad e higiene del trabajo indicados para la protección individual y colectiva, la Previdencia Social propondrá una acción regresiva contra los responsables.

Art. 120 de la Ley 8213/91. En los casos de negligencia referente a las normas padrón de seguridad e higiene del trabajo indicados para la protección individual y colectiva, la Previdencia Social propondrá una acción regresiva contra los responsables.

Art. 121 de la Ley 8213/91. El pago, por la Previdencia Social, de las prestaciones por accidente del trabajo no excluye la responsabilidad civil de la empresa o de otra.

Cabe esclarecer que el Código Civil Brasileño (Ley 10.406/02. Art. 934) también dispone sobre el derecho de regreso en hipótesis que, "aquel que resarza el daño causado por otro puede rever lo que hubo pago de aquel por quien pago, a menos que el causador del daño fue descendiente suyo, absoluta o relativamente incapaz".

En la óptica de los abogados Mello y Alouche (2013), como alternativa, las empresas necesitan cada vez más preocuparse por la seguridad de sus empleados en el ambiente de trabajo, como también estar atentos a los motivos de alejamiento de estos junto al INSS, controlando cada beneficio concedido por el órgano de la previdencia y verificando si realmente tiene el debido nexo de causa con el ambiente de trabajo, pues, en caso el beneficio sea concedido en recurrencia de otra molestia, se debe adoptar las medidas administrativas posibles junto al INSS para que el beneficio sea correctamente mientras, evitando que en el futuro los valores sean cobrados de una forma indebida de las empresas.

#### 2.2.10.3 La Tributación Previdenciaria: NTEP, RAT, FAP

Y en el art. 18, la ley dispone sobre los beneficios de concesión del INSS (Instituto Nacional de Seguridad Social) por razón de los eventos decurrentes de los accidentes de trabajo, a favor del asegurado: la jubilación por invalidez; la jubilación por edad; la jubilación por tiempo de contribución; la jubilación especial; el auxilio enfermedad; el salario familia; el salario de maternidad; el auxilio de accidente. Y en favor del dependiente: la pensión por muerte; el auxilio de reclusión y comúnmente a los dos beneficiarios: el servicio social y la rehabilitación profesional.

Conforme preconiza la CRFB (1988), la protección accidentaria en Brasil es determinada por la Constitución Federal (CRFB) como la acción integrada de la Seguridad Social de los Ministerios de la Previdencia Social (MPS), el Trabajo y Empleo (MTE) y el Ministerio de la Salud (MS). Esa protección deriva del art. 1º de la Constitución Federal que establece como uno de los principios del Estado de Derecho el valor social del trabajo. El valor social del trabajo es establecido sobre pilares estructurados con garantías sociales tales como el derecho a la salud, a la seguridad, a la previdencia social y al trabajo. El derecho social al trabajo seguro y la obligación del empleador por el costo del seguro de accidente del trabajo también están inscritos en el art. 7º de la Constitución Federal de 1988.

La fuente del coste para la cobertura de eventos acontecidos como consecuencia de los riesgos ambientales del trabajo - accidentes del trabajo-, así como las jubilaciones especiales, se basa en la tabla colectiva de las empresas, según el encuadramiento de las actividades preponderantes establecido conforme la Sub Clase de la Clasificación Nacional de las Actividades Económicas (CNAE). La tabla colectiva está prevista en el art. 22 de la ley 8.212/1991, que establece las alícuotas de 1% (uno por ciento) para las empresas cuya actividad preponderante sea considerado leve, 2% (dos por ciento) para las empresas cuya

actividad preponderante a ese riesgo sea considerado medio, y 3% (tres por ciento) para las empresas cuya actividad preponderante a ese riesgo sea considerado alto, calculados sobre el total de las remuneraciones pagas a los asegurados empleados y trabajadores unitarios (Ley 8212, 1991). Esos porcentajes podrán ser reducidos o mejorados, de acuerdo con el art. 10 de la Ley 10.666/2003. Esto representa la posibilidad de establecer la tarifa individual de las empresas, flexibilizando el valor de las alícuotas reduciéndolas por la mitad o elevándolas al doble.

Conforme comenta Pastore (2011), cuando un empleado formal sufre un accidente de trabajo y es alejado de sus actividades profesionales por más de quince días, o se queda incapacitado de trabajar, tiene derecho a recibir un beneficio de la Previdencia Social, sea un auxilio temporario en el primer caso, sea una jubilación en el segundo. En un caso extremo, cuando el empleado fallece por razón de un accidente de trabajo, también es generado un beneficio de previdencia, en este caso una pensión por muerte en un accidente de trabajo es pagado a su dependiente. La Previdencia Social paga también un auxilio vitalicio a los accidentados que quedaron con secuelas del accidente mismo que, una vez recuperados, vuelvan a trabajar. Con el empleado alejado, sea de forma temporaria o permanente, tanto ellos como sus empleadores dejan de contribuir para la Previdencia, lo que reduce la arrecadaría de la previdencia. Y la situación financiera del INSS empeora si llevamos en consideración el desequilibrio actual, que provienen de la jubilación o pensión por muerte en accidente de trabajo. Generalmente, un empleado que se jubila por accidente de trabajo mismo que no tenga edad y ni tiempo de contribución suficiente para una jubilación regular, lo que significa que él tuvo un tiempo de contribución menor de lo esperado y tiene una gran probabilidad de recibir la jubilación por un tiempo mayor de lo esperado.

En razón de eso, con el fin corregir tales distorsiones financieras de la Previdencia, fue creado en 2003 el SAT (Seguro de Accidente de Trabajo), formado por alícuotas que son pagas por las empresas sobre el total de la Hoja de Pagos mensual. Estas alícuotas son determinadas por el Ramo de la Actividad Económica - CNAE (La Clasificación Nacional de Actividades Económicas) y conforme el Art. 86 de la IN 03/2005 – INSS, por el Grado de Riesgo de la empresa cuya Actividad Preponderante el Riesgo de Accidente de Trabajo sea considerado: Leve: 1%, Medio : 2% o Grave: 3%. Este seguro a partir de 2010 pasó a ser llamado RAT (Riesgos Ambientales de Trabajo), adaptándose a los mismos porcentajes.

Con el objetivo de ampliar la cultura de la prevención de accidentes y la reducción de las enfermedades del trabajo en las empresas y fomentar la flexibilidad de las alícuotas del RAT pagas por las empresas, fue creado el FAP (Factor Accidentario de Prevención) que consiste en un mecanismo que permite disminuir en 50%, o aumentar en hasta 100%, las alícuotas mensuales del RAT de 1%, 2% o 3%, sobre la Hoja de Pago de la empresa. Las empresas pasarán a ser tachadas de acuerdo con el grado individual del siniestro para la Previdencia Social, por medio de la medición de la frecuencia, gravedad y coste de los accidentes y enfermedades ocupacionales de cada uno de ellas. O sea, el FAP individualiza la tributación para cada empresa. Por ejemplo, una empresa que haya sido reclasificada como de riesgo grave (alícuota de 3%), en función de los resultados obtenidos con su gestión en

seguridad y salud ocupacional, su alícuota podrá variar entre 1,5% y 6%. El FAP es un coeficiente que va de 0,5 a 2,0 y que es multiplicado por el Grado de Riesgo de la empresa.

La empresa estará impedida de utilizar la bonificación (reducción) del FAP, si presenta casos de muerte o invalidez permanente o una rotatividad funcional encima de la media nacional.

Si la empresa presenta casos de muerte o invalidez permanente, decurrentes de accidentes o enfermedades de trabajo, su FAP no podrá ser inferior a 1 (un), a menos que, la hipótesis de la empresa compruebe, de acuerdo con las reglas establecidas por el INSS, inversiones en recursos materiales, humanos y tecnológicos en la mejora de la seguridad del trabajo. Y en el bloqueo de la rotación, no será concedida la bonificación para las empresas cuya tasa de media de rotación de trabajadores inscritos en su CNPJ fuese superior a 75%, a no ser que haya una comprobación que hayan sido observadas las normas de seguridad y la salud del trabajador en caso de demisiones voluntarias o de término de obra (FIESP, 2011).

Para proveer el desbloqueo del FAP, en los casos mencionados, la empresa debe comprobar la realización de inversiones en los recursos materiales, humanos y tecnológicos para la mejora en la seguridad del trabajo. Y posiblemente debe obtener un subsidio con los sindicatos de los trabajadores.

El NTEP – Nexo Técnico Epidemiológico de la Previdência es la relación estadístico - epidemiológica que se establece la Clasificación Internacional de Enfermedades – CID y la Clasificación Nacional de las Actividades Económicas- CNAE, constante respectivamente de la Lista “B” (CID) y Lista “C” (CNAE) del Anexo II del Decreto 3.048/99 (insertada por el Decreto 6.042/2007).

Para ser considerado como accidente del trabajo o enfermedad ocupacional, toda ocurrencia debe estar encuadrada en uno de los nexos técnicos. Los nexos técnicos son los criterios que posibilitan presumir que determinada molestia está directa o indirectamente relacionada con las actividades desempeñadas por el empleado, aún cuando la empresa no concuerde y están así divididos:

Nexo Técnico Profesional o del Trabajo (NTP-T): fundamentado en las asociaciones entre patologías y exposiciones constantes de las Listas A y B del Anexo II del Decreto 3.048 de 1999.

Nexo Técnico por Enfermedad Equiparada a Accidente del Trabajo o Nexo Técnico Individual (NTDEAT): decurrente de accidentes del trabajo típicos o de trayecto, bien como de condiciones especiales en que el trabajo es realizado y con él es

relacionado directamente, en los términos del Párrafo 2º del art. 20 de la Ley 8.213/1991.

Nexo Técnico Epidemiológico de la Previdencia (NTEP): es utilizado para la caracterización de un accidente o enfermedad del trabajo haciendo el cruce de datos entre la CNAE (Clasificación Nacional de Actividades Económicas) y la cantidad de alejamientos de trabajadores en aquella actividad, y estableciendo una relación entre lesión o agravio y la actividad desenvuelta por ellos (FIESP,2011,p27).

Siendo así, si el atestado médico tuviese una Clasificación Internacional de Enfermedad (CID) relacionada con la CNAE de la empresa, por ocasión de la pericia médica en el INSS, es considerado un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, independiente de la prueba, cabiendo a la empresa demostrar que el alejamiento no tiene relación con las actividades desenvueltas. Esa situación influye directamente en el cálculo del FAP individual de la empresa, aumentando el índice atribuido por el INSS.

Las empresas a su vez, deben estar preparadas para la contestación del FAP, caso sea necesario, y para tal deben estar llenas de documentos probatorios que demuestre la gestión de riesgos laborales. Conforme la orientación de la FIESP (2011, p.30), en lo mínimo los siguientes programas deben hacer parte de esta documentación:

PPRA – Programa de Prevención de Riesgos Ambientales: permite la anticipación, reconocimiento, evaluación y consecuentemente el control de las ocurrencias de los riesgos ambientales existentes o que vienen a existir en el ambiente de trabajo.

PGR – Programa de Gerenciamiento de Riesgos: determina métodos y procedimientos en los locales de trabajo que proporcionen a los empleados unas satisfactorias condiciones de seguridad y salud en el trabajo de minero.

PCMAT – Programa de Condiciones del Medio Ambiente de Trabajo en la Industria de la Construcción: establece las directrices de orden administrativa, de planeamiento y organización, con el objetivo de implementar los procedimientos de aspecto preventivo relacionados a las condiciones de trabajo en la construcción civil.

NR-5- Comisión Interna de Prevención de Accidentes - CIPA o la comprobación de la designación del trabajador, conforme

previsto en la Norma Reguladora - NR 5, del Ministerio del Trabajo y Empleo – MTE.

Las características cuantitativas cualitativas de la capacitación y entrenamiento de los empleados.

NR-4 - Servicios Especializados en Ingeniería de Seguridad y en la Medicina del Trabajo - SESMT, conforme dispuesto en la Norma Reguladora NR 4, del Ministerio del Trabajo y Empleo – MTE.

NR-7 El Programa de Control Médico de la Salud Ocupacional - PCMSO realizado en el período que compone la base de cálculo del FAP procesado.

La inversión de Equipos de Protección Colectiva -EPC, Equipo de Protección Individual - EPI y la mejora ambiental.

La inexistencia de multas, decurrentes de la falta de observación de las Normas Reguladoras, junto a las Superintendencias Regionales del Trabajo y Empleo - SRTE, del Ministerio del Trabajo y Empleo - MTE.

#### 2.2.10.4 LTCAT y PPP

El Laudo Técnico de las Condiciones Ambientales de Trabajo (LTCAT) es un documento que atesta las condiciones ambientales de trabajo, registrando los agentes nocivos y concluyendo si la exposición a estos es o no es perjudicial a la salud o a la integridad física del colaborador. De acuerdo con el art. 58 de la Ley N°8.213/91, las empresas están obligadas a mantener LTCAT, elaborado por el médico del trabajo o un ingeniero de seguridad, para comprobar la efectiva exposición del asegurado los agentes nocivos para fines de requerimiento de jubilación especial.

La elaboración del LTCAT es una de las etapas obligatorias del PPRA (evaluación de los riesgos). El LTCAT es el documento que atesta las condiciones de trabajo y da los subsidios para la definición de las medidas de control de los riesgos ambientales. Se trata de un parecer conclusivo de las condiciones ambientales a la que el funcionario fue expuesto, debiendo, reflexionar la realidad en el momento de la revisión. Tiene la función de dispensar la revisión in loco de la pericia de la previdencia del INSS.

Para el INSS, la comprobación será hecha mediante un formulario padrón, el Perfil Profesional de la Previdencia (PPP), con campos a ser rellenados con todas las informaciones relativas al empleado, como por ejemplo, la actividad ejercida, los agentes nocivos en los cuales haya exposición, la intensidad y la concentración de los agentes, los exámenes médicos

realizados, además de los datos referentes a la empresa.

El PPP debe ser rellenado por las empresas que ejercen actividades que expongan a sus empleados a los agentes nocivos químicos, físicos, biológicos o una asociación de agentes perjudiciales a la salud o a la integridad (el origen da concesión de la jubilación especial después de los 15, 20 o 25 años de contribución), para la comprobación de la efectiva exposición de los empleados a los agentes nocivos, para el conocimiento de todos los ambientes y para el control de la salud ocupacional de todos los trabajadores.

La presentación del LTCAT es exigida para los períodos de la actividad ejercida sub las condiciones especiales apenas a partir del 14 de octubre de 1996, excepto en el caso del agente nocivo ruido, que exige la presentación de un laudo para todos los períodos declarados. Referente a la desconexión del trabajo, la empresa es obligada a fornecer una copia auténtica del PPP al trabajador, sub la pena de multa, en caso que no lo haga.

#### 2.2.11 Certificaciones

De acuerdo con las competencias del mundo corporativo, las empresas vieron la necesidad de cada vez más buscar formas de satisfacer a sus clientes. Conforme menciona Lago (2006), las empresas invirtieron de una forma maciza en la calidad y en la seguridad y salud en el trabajo.

En la argumentación de Arruda (2013), las organizaciones pueden implementar un sistema de gestión de la calidad para la mejora interna y estar, o no, interesada en el reconocimiento externo (certificado). En el área de la Seguridad y Salud del Trabajo uno de los modelos publicados para auxiliar este proceso es la norma británica BS 8800 (*British Standards*). Por su vez, el Sistema de Gestión de la Higiene, Seguridad y Salud en el Trabajo fue iniciado con la norma por la BS 8750, alterada posteriormente para BS 8800 en 1996, que más adelante llevó la formulación en 1996 de un conjunto de normas intituladas de OHSAS, cuidando la realización de auditorías y la certificación de programas de gestión de seguridad, salud y medio ambiente.

La norma británica BS 8800 fue la primera tentativa exitosa para establecer una referencia normativa para la implementación de un sistema de gestión en la seguridad, salud y medio ambiente (Daniel y otros, 2012). Esta norma viene siendo utilizada en la implantación de un sistema de Gestión de seguridad y salud cuidando la mejora continua de las condiciones del medio ambiente del trabajo. Los principios de esta norma están alineados con los conceptos y directrices de las normas de la serie ISO 9000 (Sistema de la Calidad) y serie ISO 14000 (Gestión Ambiental).

De acuerdo con Daniel y otros (2012), la norma BS 8800 se trata de un guía que se destina a ayudar a las organizaciones a desarrollar un abordaje gerencial de la seguridad y la salud ocupacional que posibilite proteger a los empleados cuya salud y seguridad pueden ser afectadas por las actividades organizacionales. Muchas de esas características gerenciales de

la seguridad y la salud ocupacional se confunden con las prácticas consistentes de gerencia defendidas por proponentes de la excelencia de la calidad y de los negocios. Los elementos presentados en la norma son esenciales para un sistema de gerenciamiento eficaz. Los factores humanos, incluyendo la cultura, la política, y otros dentro de las organizaciones, son factores decisivos para la eficacia del sistema de gerenciamiento y necesitan ser considerados en la implantación de la norma. Un ciclo de perfeccionamiento continuo en el gerenciamiento y la forma como se integra al sistema global de gerenciamiento son expuestos en la Figura 1, llevando en consideración todas las pasantías de la implantación.

La OHSAS 18001 es una especificación para sistemas de Gestión de la SST, que fue creada de manera de ser compatible con las normas ISO 9000 y ISO 14000 con el objetivo de posibles integraciones con estos sistemas. La norma no posee requisitos, pero si reglas a ser seguidas. Tiene como objetivo principal minimizar los riesgos para los colaboradores y otras personas que puedan estar asociados a sus actividades. Fue desenvuelta para fornecer un modelo para los sistemas de Gestión de SST y sus auditorías internas y externas y/ o certificado en la falta de una Norma Internacional (ISO) adecuada. La nueva versión de 2007 fue desenvuelta para ayudar a su organización a cumplir con sus obligaciones de salud y seguridad de un modo eficiente.

Esta especificación de la Serie de Evaluación de la Seguridad y la Salud Ocupacional, *Occupational Health and Safety Assessment Series* (OHSAS) y el documento que la acompaña OHSAS 18002, *Directrices para la implementación de la OHSAS 18001*, fueron desarrollados en respuesta a la urgente demanda de clientes por una norma reconocida para Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud Ocupacional, con base en la cual las organizaciones puedan ser evaluadas y certificadas.

Esta especificación de la Serie de Evaluación de la Seguridad y la Salud Ocupacional (OHSAS) fornece los requisitos para un Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud Ocupacional (SSO), permitiendo a una organización controlar sus riesgos de accidentes y enfermedades ocupacionales y mejorar su desempeño. Ella no prescribecriterios específicos de desempeño de la Seguridad y la Salud Ocupacional, ni fornece especificaciones detalladas para el proyecto de un sistema de gestión, conforme demuestra la figura dos.

**Figura 2**  
**Modelo de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional**



Fuente: Norma OHSAS 18001

En la a visión de Arruda (2013), la metodología propuesta por la OHSAS permite a la organización una visión sistemática de las cuestiones de seguridad y salud del trabajo, lo que constituye principal ventaja de la gestión, pues abarca todos los aspectos relacionados al SSO. Estos riesgos, a través de la OHSAS son analizados sub la óptica de la legislación existente, que regula el asunto, además de las cuestiones del planeamiento, de los documentos y de capacitación, y también de prever la comunicación y la consulta del cuadro funcional de las diferentes escalas jerarcas de la empresa contratada, que tienen sus responsabilidades claramente definidas de la especificación.

#### 2.2.12 La Contribución del Sistema Único de Salud Brasileiro - SUS

En la visión de Eibenschutz (1996), los Sistemas de salud son construcciones sociales que tienen como objetivo garantizar los medios adecuados para que los individuos hagan frente a los riesgos sociales como enfermarse y necesitar asistencia, para los cuales, por medios propios, no estarían en condiciones de proveerse. De esta forma, los sistemas de la salud tienen como compromiso primordial garantizar el acceso a los bienes y servicios disponibles en cada sociedad para el mantenimiento y la recuperación de la salud de los individuos.

Los modelos del Sistema de Salud más adoptados son los instituidos por el Estado caracterizando dos grandes tipologías: los ocupacionales o de seguro y los universales o de seguridad. Según Eibenschutz (1996), las iniciativas de construcción de sistemas de salud de orden del Estado son oriundas del final del Siglo en Alemania XIX, donde Bismark estructuró un modelo centrado en la protección a los trabajadores alemanes, financiando con recursos del estado y descuentos obligatorios en la hoja de pago, caracterizándolo como de tipo ocupacional o seguro social, en la cual el acceso era solamente para los que contribuían. Ya en el siglo XX hubo una ampliación del seguro, tipo particular de seguro no exclusivamente ocupacional, los sistemas privados de la salud, pero dadas las características sociales y las necesidades de financiamiento de este tipo de aparato, el se destina apenas a parcelas restrictas de la población (trabajadores y camadas medias y alta) conviviendo con sistemas nacionales de salud frecuentemente conformando un tipo particular de relación público/privado en los sistemas de salud.

En suma, los sistemas de salud son construcciones sociales generalmente implementadas por Estados con el objetivo de garantizar el acceso a la población de los medios necesarios para mantener y recuperar la salud. Son financiados con participación mayoritaria de fondos públicos y poseen una red asistencial para la realización de acciones individuales y colectivas. Los servicios generalmente se organizan por niveles de atención (primario, secundario y terciario) con el objetivo de promover la racionalización y el acceso de los usuarios. Los países que hacen valer los derechos sociales en el cotidiano de la población poseen unos sistemas de salud universales e igualitarios.

De acuerdo con Elías y Viana (2011), son varias las formas adoptadas por los sistemas de salud para racionalizar el acceso de la salud. Sin embargo, la forma adoptada inicialmente por el NHS inglés se consagró y pasó a ser referencia en el debate sobre el tema. El sistema adopta tres niveles de atención y distribuye los servicios entre ellos. La lógica subyacente a esta racionalización es económica, pero también bastante operacional al permitir la jerarquía de la tecnología material para las acciones de la salud en situaciones bastante diversas de su oferta, bien como la distribución de los eventos a ser atendidos según su frecuencia en la población.

La Constitución Federal de 1988 consagra la salud como el derecho de todos y deber del Estado e instituye el Sistema Único de Salud, pero también legitima la actuación del sector privado la salud que se rigen el Sistema Supletivo de Asistencia Médica. El Sistema de Salud Brasileño es constituido por lo menos por dos subsistemas: uno del gobierno (SUS) y otro privado (SSAM).

Los principios del SUS son: la universalidad en el acceso, igualdad en el tratamiento y equidad en la distribución de los recursos. El financiamiento del Sistema cuenta con recursos de las tres esferas del gobierno: unión, estados y municipios (solidaridad de los entes federados); unión: recursos del tesoro (impuestos y contribuciones) estados: recursos propios (impuestos estatales) y transferencias de la unión (fondo de participación de los estados) municipios: recursos propios (impuestos municipales), transferencias de la unión (fondo de participación de los municipios).

La estructura del SUS sigue la siguiente configuración, demostrando de forma resumida en el cuadro siguiente:

#### Servicios Asistenciales:

- Hospitales: red propia (principalmente, estadual y municipal) y red contratada de segmento lucrativo y nolucrativo);
- Ambulatorios Especializados;
- Unidad Básica de Salud y Centros de Salud;
- Servicios de Diagnósticos y Terapéutica (radiología y laboratorios clínicos)

#### Funciones:

- El Ministerio de la Salud y las Secretarías Estadales y Municipales de la Salud (sistemas de planeamiento, información, control e evaluación)
- Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) y la Agencia Nacional de Salud Suplementar (ANS)

El Sistema privado de salud (SSAM), que por la Constitución debería ser complementario al SUS; financiado por medio del desembolso directo (pagamento con recursos propios por el adquirente del plano) o por renuncia fiscal: el abatimiento del impuesto de renta debido para persona física (integral) o jurídica (95%). Se organiza en varias modalidades siendo las principales: la medicina de grupo, el seguro de salud, las cooperativas

médicas y autogestión; objetivan el lucro o la prestación de servicios de la salud para las comunidades cerradas.

La estructura del SSAM se presenta de la siguiente forma:

Los Servicios Asistenciales:

- Los Hospitales: la red propia y la red contratada (segmento lucrativo y no lucrativo);
- Los servicios clínicos especializados y ambulatorios
- Los consultorios;
- Los servicios de diagnóstico y terapéutica (radiología y laboratorios clínicos)

Funciones:

- Las operadoras de planos, las unidades de auto Gestión y cooperativas
- El seguro de salud no posee una estructura propia y cuenta con el escaso aporte de toda la red privada de servicios disponibles.

**Cuadro 5**  
**Estructura de Servicios del SUS**

<b>Estructura de Servicios del SUS</b>	
SUS – Sistema Único de Salud	SSAM – Sistema Supletivo de Asistencia Médica
	Modalidades: planes de salud; seguro-salud; cooperativa médica; autogestión.
Red propia: •Federal, •Estatad, •Municipal	Red propia • Plan de Salud •Cooperativa Médica •Municipal •Autogestión
Red Contratada •Hospitales Lucrativos •Hospitales sin fines lucrativos (Santas Casas de Misericordia)	Red Credenciada o Contratada •Plan de Salud •Cooperativa Médica • Autogestión
	Intermediación •Seguro Salud
Tipos de Equipos	
• Unidades Básicas de Salud/Centros de Salud •Ambulatorios •Hospitales •Servicios de Diagnósticos y Terapéutica	•Consultorios Médicos •Ambulatorios y Servicios Clínicos •Hospitales •Servicios de Diagnósticos y Terapéutica

Fuente: Elías y Viana (2011)

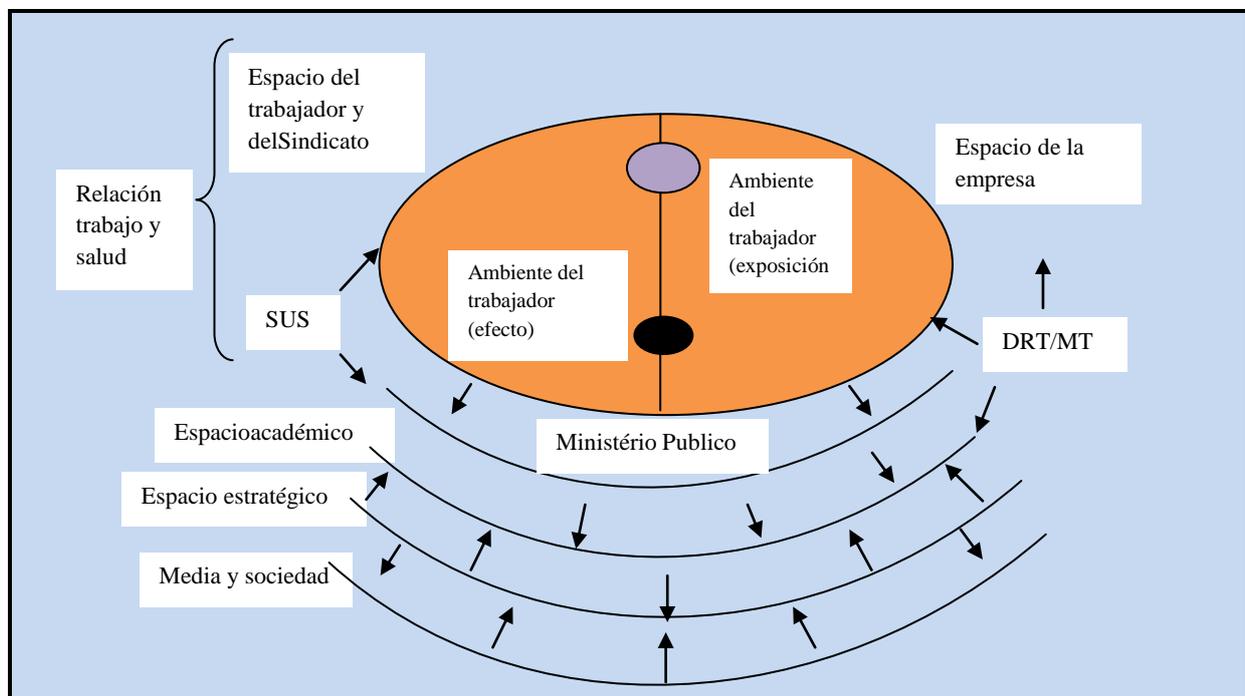
Según Machado y Porto (2003), la construcción de un sistema de redes realizadas a partir de las acciones de Vigilancia de Salud del Trabajador tiene como características: el dinamismo y la estabilidad provisoria, interpretando la integración de diferentes actores envueltos e intereses en las acciones frente a determinados problemas específicos, bien como la fuerza de los trabajadores y del Sector de Salud en la sociedad. La construcción de redes,

en esos casos, surge como estrategia de fortalecimiento de un actor en especial, el SUS, incapaz de forma alejada, de solucionar todos los problemas.

De acuerdo con Cordoni (1988), en el SUS, la Vigilancia y la Salud del Trabajador (VST) viene siendo construida conforme prevé la Ley N° 8.080/90, basada en las diversas experiencias desenvueltas por programas, centros de referencia, servicios, núcleos o coordinaciones en estados y municipios. La VST constituye uno de los objetivos integradores de las acciones de la Salud Pública, por su potencial articulador de las acciones de vigilancia sanitaria, de vigilancia epidemiológica y de servicios de salud; las tres grandes áreas de actuación del sector de la Salud. Esa red interna, de carácter intrasectorial, es establecida por el desarrollo sistemático de las acciones de VST y se amplia para un conjunto de instituciones y actores sociales, configurando una serie de puentes intersectoriales.

Esquemáticamente, la figura tres, representa una red de vigilancia en la salud del trabajador a partir del foco de las acciones en la salud del trabajador, o sea, la relación entre el proceso de trabajo y la salud, y las esferas que condicionan la calidad del trabajo en las empresas.

**Figura 3**  
**Red de Vigilancia de la Salud del Trabajador**



Notas: DRT: Delegación Regional del Trabajo; MT: Ministerio del Trabajo, SUS: Sistema Único de Salud  
Fuente: MT

De acuerdo con Machado (1996), la red de la figura tres puede ser mejor representada si fuese comentada de una forma detallada, para que haya una mejor comprensión de los actores de la red y sus respectivas atribuciones integradoras en el contexto de la red.

En el centro de la figura, como objetivo referente del cual la red de vigilancia es tejida, están los trabajadores y el ambiente de trabajo. Esa estructura presenta dos polos dinámicos y fundamentales: o dos representantes de los trabajadores y el de las empresas. Las instituciones constituyen los puntos de encuentro y desencadenamiento de las uniones en varias capas concéntricas y polares, que corresponden al tipo de poder de intervención en el núcleo en cuestión.

En general estas redes son formadas, a partir de sus núcleos, por denuncias de los trabajadores envueltos directamente en situaciones de riesgo o que se convirtieron en casos de enfermedades con el trabajo. Esas denuncias llegan a las instituciones vía representantes y comisiones de los trabajadores, las Comisiones Internas de Prevención de Accidentes (CIPA), las asociaciones, los sindicatos, las centrales sindicales, la ONG y media en general.

Las instancias ejecutivas de la red de VST representan la primera capa o nivel de contacto directo con el núcleo, el trabajador y el ambiente de trabajo, siendo las dos instituciones principales el SUS y el Ministerio del Trabajo.

El SUS, ejerce una función múltiple, configurando un espacio estructurador de las conexiones de las redes. En su estructura se encuentran básicamente, los servicios asistenciales, de vigilancia epidemiológica y sanitaria y los programas de salud del trabajador. Esos programas representan los focos de articulación del propio SUS y de este con otras instituciones. Ellos ejecutan, directamente, las funciones de referencia clínica, la vigilancia sanitaria y epidemiológica de los agravios relacionados al trabajo, que constituyen un sub sistema de vigilancia en la salud del trabajador y desencadenan un proceso de vigilancia por medio de la integración de las acciones referente a los casos específicos.

Las acciones desenvueltas por la propia empresa corresponden al segundo polo del núcleo de la red de vigilancia. Son ejercidas, en las grandes empresas, por Servicios Especializados de Ingeniería de Seguridad y Medicina del Trabajo (SESMT); o, en las pequeñas empresas, por la propia gerencia. Esas acciones de cuidados inmediatos con el ambiente y con los trabajadores son las primeras a ser analizadas y modificadas en un proceso de vigilancia. Los procesos de vigilancia han ocasionado cambios significativos en las prácticas gerenciales y en los servicios especializados en ingeniería de seguridad y en medicina del trabajo de las empresas, particularmente de aquellas de mayor porte y con alto riesgo.

Las instituciones que componen una red de vigilancia en la salud del trabajador, como los órganos ambientales, las Secretarías del Estado de Trabajo, las instancias relacionadas a la previdencia social, como la pericia médica y la rehabilitación y los órganos de planeamiento y

desarrollo económico y social, entre otros, se sitúan, por el aspecto ejecutivo y complementar de sus acciones, en las interdicciones entre la primera y la segunda camada.

Aún en ese nivel, se destacan las articulaciones con el Ministerio Público Estadual y el Ministerio Público del Trabajo. Son actores con mayor poder de investigación y seguimiento, que impulsan los procesos de negocios con las empresas y de concientización del empresariado, utilizando como instrumento de compromiso los llamados términos de ajuste de la conducta. Las acciones del Ministerio Público ocurren, principalmente, en situaciones críticas de mayor conflicto y resistencia, y funcionan como elemento desestabilizador de las prácticas gerenciales atrasadas y aún frecuentes en varios sectores económicos y regiones del país.

En una segunda camada de apoyo se destacan las acciones desencadenadas por proyectos académicos y de enseñanza, desenvueltas principalmente por instituciones de la salud colectiva. Ellas han colaborado en la estabilización de experiencias mediante los soportes técnicos científicos, la divulgación y el apoyo interdisciplinar en los casos de mayor complejidad. Son, aún fundamentales en la formación de nuevos profesionales y en la legitimación técnica, posibilitando una contraposición al saber empresarial. La relativa estabilidad de algunas acciones regionales del SUS constituye en la cooperación con las instituciones académicas, un importante componente contra la vulnerabilidad institucional.

En una tercera camada, se encuentra la esfera estratégica de negocios y definición de las políticas públicas, de leyes y acuerdos desenvueltos por acciones intersectoriales en diferentes niveles de agregación, del local al global, como el geográfico (distrito, municipio, Estado, país, ámbito internacional), institucional (salud, trabajo, medio ambiente, previdencia social, Ministerios Públicos, representaciones políticas en el Congreso Federal, asambleas estaduais, cámaras de vereadores) y económico (empresa, ramo económico o grupo de empresas por tipo de riesgo).

La media, última camada en el esquema propuesto, desempeña la función de contacto con la sociedad en las que están inseridos los procesos de vigilancia, siendo, por lo tanto, estratégicamente importante para la visibilidad y la legitimación social de las acciones. La media contribuye para la formación de consensos sociales alrededor de ciertas situaciones de riesgo, presentándolas como inaceptables y transformándolas en prioridades. Aquí, el sector Salud posee un importante papel, forneciendo a la sociedad las informaciones sobre el sufrimiento de los trabajadores y sus familiares en función de las muertes y enfermedades decurrentes de los riesgos existentes y mal gerenciados en los procesos de trabajo.

La colaboración de la media ha sido, frecuentemente, restricta y contradictoria, con la publicación de historias y datos descontextualizados y discontinuos que banalizan la muerte de trabajadores “subciudadanos” y no enfrentan las empresas de grande poder económico. Pero, cuando ese bloqueo es traído y los escándalos son divulgados por los órganos de la prensa y los periodistas con mayor independencia, la imagen de confianza de la empresa es cuestionada por la revelación de los peligros y efectos, colocando en jaque el gerenciamiento

empresarial artificial adoptado, que niega la existencia de los riesgos e intenta responsabilizar a los propios trabajadores por sus muertes y enfermedades.

Conforme comenta Machado y Porto (2003), las estrategias de vigilancia y construcción de redes deben pasar a llevar en consideración la opinión pública, en especial en las regiones de mayor concentración de riesgos, como los polos industriales, donde las poblaciones de sus entornos sean punto de programas educacionales específicos, generando una consciencia ecológica y una preparación para las situaciones de emergencia.

Según Dias (2000), el proceso de la reconstrucción productiva en curso, con el crecimiento del desempleo y de la precarización del trabajo, aumentan las responsabilidades del SUS, única alternativa para los ciudadanos con la salud de expresivo contingente de trabajadores y trae al sistema de salud el desafío de comprender y lidiar con la compleja situación en que las enfermedades profesionales se entrelazan a las enfermedades comunes agravadas por el trabajo.

Corroborando con el proceso de VST, la Constitución Brasileña establece que es competencia del Sistema Único de Salud, además de las otras atribuciones, ejecutar las acciones de vigilancia sanitaria y epidemiológica, bien como las de la salud del trabajador (art. 200, II). La ley Orgánica de la Salud reglamentó los preceptos constitucionales y definió la participación del municipio en la ejecución, el control y la evaluación de las acciones referente a las condiciones y a los ambientes de trabajo, bien como la ejecución de los servicios de salud del trabajador.

En este dispositivo legal, se entiende por salud del trabajador el conjunto de actividades que se destinan, por intermedio de las acciones de vigilancia epidemiológica y vigilancia sanitaria, a la promoción, a la protección, a la recuperación y a la rehabilitación de la salud de los trabajadores que se sub someten a los riesgos y agravios venidos de las condiciones de trabajo, abarcando:

La asistencia al trabajador víctima del accidente del trabajo o portador de enfermedad profesional y del trabajo;

La participación, en el ámbito de la competencia del SUS, en estudios, investigaciones, evaluaciones y control de riesgos y agravios potenciales a la salud, existentes en el proceso del trabajo;

La participación, en el ámbito de la competencia del SUS, de la normalización, la fiscalización y el control de las condiciones de extracción, el almacenamiento, el transporte, la distribución y el manoseo de sustancias de productos, de máquinas y de equipos que presentan riesgos a la salud del trabajador;

La evaluación del impacto que las tecnologías provocan a la salud;

La información al trabajador y a su respectiva entidad sindical y a las empresas sobre los riesgos de accidente de trabajo, enfermedad profesional y del trabajo y sobre los resultados de las fiscalizaciones, las evaluaciones ambientales y los exámenes de salud, de demisión, respetados a los preceptos de la ética profesional;

La participación en la normalización, fiscalización y control de los servicios de salud del trabajador en las instituciones y empresas públicas y privadas;

La revisión periódica de la lista oficial de enfermedades originadas en el proceso de trabajo, teniendo en su elaboración la colaboración de las entidades sindicales;

La garantía al sindicato de los trabajadores que requiere a los órganos competentes la interdicción de la máquina, del sector de servicio o de todo el ambiente de trabajo, cuando haya la exposición al riesgo eminente para la vida o la salud de los trabajadores. (CRFB, art. 200, II)

Los principios de construcción del SUS se desarrollan a la luz de esa visión: la mejora de la calidad de vida y la salud de la población no se limita apenas al sistema de salud en sí, pero depende de cómo la sociedad se organiza y prioriza sus necesidades. Es necesario universalizar la salud, descentralizar sus acciones y abrir la gestión del sistema a la participación de la población. Muchos avances han ocurrido desde entonces, en especial con la creación de los Consejos de la Salud, en los tres niveles de gestión y con el proceso de preparación y realización de las Conferencias Nacionales de Salud. Con todo, tales avances no son, en sí, suficientes para direccionar los paradigmas médico asistencialista y sanitarista que componen las acciones clásicas del sector de la salud.

De un lado, el contexto político internacional y nacional de la década de 90 no llegó a ser favorable a los cambios sociales más radicales, con un cuadro socio económico que viene manteniendo, o mismo ampliando la exclusión social. El sistema de salud continúa presionado por la demanda asistencial de las poblaciones más carentes y por una crisis financiera agravada por el déficit público y por la política económica en curso.

## **2.3 Aspectos Comportamentales del Ser Humano**

### **2.3.1 Las Teorías del Comportamiento Humano**

La Escuela de las Relaciones Humanas, o Teoría de las Relaciones Humanas, es un grupo de teorías administrativas que ganaran fuerzas a partir de la gran depresión, generada por la quiebra de la bolsa de valores de Nueva York, en 1929. Estas teorías crearon nuevas perspectivas para la administración, toda vez que procuraban identificar los sentimientos y las actividades de los trabajadores y el entendimiento de esta respectiva unión. Hasta el surgimiento de la teoría de las relaciones humanas, el trabajador era percibido en la organización de una forma poco profunda, muy mecánica.

En función de esas nuevas teorías, la organización pasó a ver el trabajador como “hombre social”, con un comportamiento dinámico y complejo y no más como “hombre económico”, como mera pieza de producción. Y a partir de esta nueva óptica, las empresas pasaron a considerar a sus funcionarios y sus necesidades, como factores pertinentes al trabajo, es decir, la Teoría de las Relaciones Humanas vino a contribuir con la interacción entre los aspectos de efectividad humana y el control burocrático ejercido por las organizaciones como forma de regularizar social de la misma.

Bueno (2002), comenta que diversos autores consideran que la Teoría de las Relaciones Humanas surgió efectivamente junto con la Experiencia de Hawthorne, realizada en 1927, por el Consejo Nacional de Investigaciones de los Estados Unidos (National Research Council), en una fábrica de la *Western Electric Company*, situada en Chicago, en el barrio de Hawthorne y su finalidad era determinar la relación entre la intensidad de la iluminación y la eficiencia de los operarios, medida a través de la producción. La experiencia fue coordinada por Elton Mayo y colaboradores, y se extendió a la: la fatiga, los accidentes en el trabajo, la rotación del personal (*turnover*) y al efecto de las condiciones de trabajo sobre la productividad de las personas. Por eso ese ensayo acabó por dar inicio a la Teoría de las Relaciones Humanas, porque pudo demostrar que entre los factores más importantes para el desempeño individual están las relaciones interpersonales. Algunos puntos conclusivos de la Experiencia de Hawthorne, auxiliaron a Mayo en la fundamentación de algunos de los aspectos de la Teoría de las Relaciones Humanas:

El nivel de producción es el resultado de la Integración Social: el nivel de producción no es determinado por la capacidad física o fisiológica del empleado (como afirmaba la Teoría Clásica), pero por normas sociales y expectativas grupales. Es la capacidad social del trabajador que determina su nivel de competencia y eficiencia y no su capacidad de ejecutar movimientos eficientes dentro de un tiempo establecido. Cuanto mayor sea la integración social del grupo, mayor será la disposición para trabajar.

El Comportamiento Social de los Empleados: los trabajadores que no actúan o reaccionan de una forma alejada como individuos, pero si como miembros de grupos. Por lo tanto, la administración no puede tratar a los empleados uno por uno, pero si como miembros de grupos y sujetos a las influencias sociales de esos grupos. La Teoría de las Relaciones Humanas contraponen el comportamiento social del empleado al comportamiento del tipo máquina, propuesto por la Teoría Clásica.

Las Recompensas y Sanciones Sociales: los precursores de la Administración Científica, basados en el concepto de *homo economicus*, por lo cual el hombre es motivado e incentivado por estímulos salariales, elaboraban planos de incentivo salarial, para elevar la eficiencia y bajar los costos operacionales. Para la Teoría de las Relaciones Humanas, la motivación económica es secundaria en la determinación del rendimiento del trabajador. Para ella, las personas son motivadas por la necesidad de reconocimiento, de aprobación social y la participación en las actividades de los grupos sociales en los cuales conviven. De allí el concepto del hombre social.

Los Grupos Informales: mientras los clásicos se preocupaban con los aspectos formales de la organización como la autoridad, la responsabilidad, la especialización, los estudios de tiempo y movimiento, los principios generales de la administración, la formación de departamentos, etc., los autores humanistas se concentraban en los aspectos informales de la organización como grupos informales, el comportamiento social de los empleados, las creencias, la actitud y la expectativa, la motivación, etc. La empresa pasó a ser visualizada como una organización social compuesta por grupos sociales informales. Esos son los que definen sus reglas de comportamiento, las formas de recompensas o sanciones sociales, los objetivos, la escala de valores sociales, las creencias y expectativas que cada participante va asimilando e integrando en sus actitudes y comportamiento.

Las Relaciones Humanas: son las acciones y actitudes desenvueltas a partir de los contactos entre personas y grupos. Cada persona posee una responsabilidad propia y diferenciada que influye en el comportamiento y actitudes de las otras con quien mantiene contacto. La comprensión de las relaciones humanas permite al administrador mejores resultados de sus subordinados y la creación de una atmosfera en la cual cada persona es encorajada a expresarse de forma libre y sana.

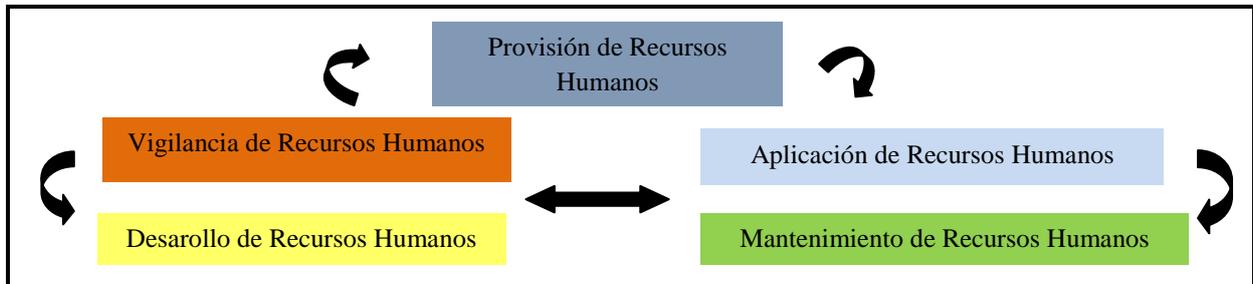
La Importancia del Contenido del Cargo: la especialización no es la forma más eficiente de la división del trabajo. Los trabajos simples y repetitivos se convierten monótonos y afectando negativamente la actitud del trabajador y reduciendo su satisfacción e ineficiencia.

El énfasis en los Aspectos Emocionales: los elementos emocionales no planeados e irracionales del comportamiento humano merecen atención especial de la Teoría de las Relaciones Humanas. De allí la denominación de sociólogos de la organización a los autores humanistas.

En la visión de (Chiavenato, 2004), la gestión de personas, o la administración de recursos humanos, es un conjunto de habilidades y métodos con el objetivo de administrar los comportamientos internos y potencializar el capital humano de una organización. Tiene como finalidad básica direccionar los colaboradores para los objetivos y metas de la empresa. Se puede decir que la Gestión de personas es el conjunto integrado de las actividades de especialistas y gestores como agregar, aplicar, recompensar, desenvolver, mantener y

monitorear personas, en el sentido de proporcionar competencias y competitividad a la organización. La figura cuatro demuestra resumidamente la sistematización de la gestión personal.

**Figura 4**  
**Sistematización de Gestión Personal**



Fuente: [www.portal-administração.com](http://www.portal-administração.com)

Ese planeamiento estratégico de los recursos humanos, mostrado a partir de la figura cuatro, tiene como principal finalidad buscar un mayor involucramiento por parte de los colaboradores en los objetivos y metas de la organización. Y este involucramiento puede ser mejorado a través de un trabajo de desenvolvimiento y valorización de las personas inseridas en la organización. El Sector de Recursos Humanos (RH), estratégico, de ciertas empresas, procuran hacer que sus colaboradores sean felices en el ejercicio de la función. Por eso, invierten en acciones basadas en esos cinco procesos de los recursos humanos. Antiguamente la Administración Personal se limitaba a las funciones burocráticas y operacionales, poseyendo como principal trabajo la elaboración mensual de la hoja de pago de acuerdo con los datos de la tarjeta de punto del colaborador.

Según Chiavenatto (2004), actualmente las atribuciones de los profesionales de RH, están más ampliadas, haciendo con que la gestión de recursos humanos actúe directamente en la atracción, el desarrollo y el mantenimiento de los colaboradores en la empresa. Hoy, el foco de RH se basan en el relacionamiento entre las personas y la organización, donde los objetivos están centrados en la atracción de personas para la organización (reclutamiento y selección); desarrollo de la cultura organizacional; la mejora del ambiente de trabajo; la estructuración de la remuneración de los funcionarios; la evaluación del desempeño de los colaboradores; el mantenimiento de un ambiente de estudio y la vigilancia por la salud y la seguridad en el trabajo.

De cierta forma, la administración de recursos humanos puede ser reconocida como una mezcla de habilidades, métodos y prácticas que poseen el objetivo de administrar los comportamientos y motivaciones intrínsecas y extrínsecas del colaborador. Corroborando con lo que menciona Chiavenatto (2004), la principal finalidad de la gestión de un RH estratégico, es la de potencializar y desarrollar el capital humano de una empresa. Es esto o que ocurre mediante la participación y capacitación de los colaboradores de la organización. El capital

humano ha sido cada vez más valorado, ya que las empresas percibieron que las personas deben ser valoradas, para que ambas crezcan como un todo.

Lo que trae a las organizaciones la importancia de tener la consciencia de que los funcionarios necesitan, así como, cuáles son sus metas y objetivos dentro de la empresa. Visto que, la sociedad está cada vez más basada en el conocimiento, en la información, y se hace necesario que los gestores estén atentos a los aspectos que rodean sus colaboradores, sabiendo como estimular su motivación, con el fin de que los mismos se destaquen dentro y con la empresa. Generar recursos humanos es saber agregar, aplicar, mantener, desenvolver y recompensar. Juntos esos factores contribuyen significativamente para el crecimiento de la organización.

Según Faccioli (2008), las palabras: motivo, motivación, mover y motor son todas modernas que tienen el mismo origen y están asociadas a la misma idea: la palabra latina *motivus*, que significa aquello que mueve que hace andar. De esta forma, la palabra motivación representa una causa que mueve la naturaleza humana en la búsqueda de algo, estando directamente relacionada con el comportamiento de las personas, por ofrecer la energía necesaria para la acción practicada. Las teorías de contenido motivacional cuidan en estudiar los factores que actúan sobre las personas para mover su comportamiento. Sus estudios revén a los filósofos griegos, en las discusiones sobre el concepto de felicidad con base en la teoría hedónica, que entiende el comportamiento del hombre cambiado para el placer. Las teorías motivacionales modernas aún no se inspiran en esas antiguas ideas que identificaran tres tipos principales de motivos e hipótesis correspondientes sobre la naturaleza del hombre: la ganancia material, el reconocimiento social y la realización personal.

Antes de explorar la teoría comportamental, Faccioli (2008), nos explica que el comportamiento procura explicar el mecanismo de la motivación a partir de un modelo simple de interpretación de las motivaciones individuales que determinan el comportamiento humano. Y para esto, tres hipótesis básicas son consideradas: la primera, es que como la motivación es la base del comportamiento, si no hay motivación, el comportamiento es prácticamente nulo. La segunda considera que todo comportamiento es dirigido para algún objetivo. Y la última considera que el comportamiento puede sufrir alteraciones, debido a conflictos, perturbación o ansiedad.

Faccioli (2008), comenta que la Teoría Comportamental o *Behaviorista*, se caracteriza por el abandono de las posiciones normativas y prescriptivas de las teorías anteriores (La Teoría Clásica, de las Relaciones Humanas y de la Burocracia) y la adopción de posiciones explicativas y descriptivas. El énfasis permanece en las personas, pero dentro del contexto organizacional más amplio y está relacionada con estímulos o recompensas que traen satisfacción, haciendo con que el comportamiento se repita. De la misma forma, las personas evitan repetir los comportamientos que les traiga insatisfacción, o hasta mismo cuando son provenientes de punición, definida como la consecuencia desagradable que ocurre por algún comportamiento que dificulta con ciertos padrones de la sociedad.

Basado de lo que fue dicho anteriormente por Faccioli (2008), cuando cita en sus investigaciones, que la base del comportamiento humano es la motivación; Alfonso (2009) considera entonces que las teorías motivacionales, que determinan el comportamiento se dividen por su vez en: teorías de contenido o satisfacción (Maslow, McGregor, Herzber, Alderfer, McClelland), que estudian y consideran los aspectos tales como: las necesidades, las aspiraciones y el nivel de satisfacción que pueden motivar a las personas y a las teorías del proceso (Vroom, Stacy Adams, Skinner) que son aquellas que estudian o envuelven el proceso de pensamiento por el cual la persona es motivada y a partir de allí estas teorías son presentadas, como estudio y base conceptual del entendimiento del comportamiento humano, que en el estudio presentado sirve de base para la estructuración del modelo integrado de gestión de la salud.

### 2.3.1.1 Las Teorías Motivacionales – El Contenido o Satisfacción (Maslow, McGregor, Herzber, Alderfer, McClelland)

#### 2.3.1.1.1 La Teoría Motivacional (Maslow)

De acuerdo con Godoy (2009), la teoría motivacional o jerarquía de necesidades de Maslow fue introducida por Abraham Maslow (psicólogo americano) en el final de la década de 50 y se refiere a una pirámide que representa una división de Jerarquía a respecto de las necesidades humanas. En la base de la pirámide están las necesidades de nivel más bajo, siendo que, apenas cuando son satisfechas se escala en dirección a las Jerarquías más altas para atingir la autorrealización que es el nivel más alto.

**Figura 5**  
**Piramide de Maslow**



Fuente: Psicologialaboral.net

Tal como lo demuestra la figura cinco, las necesidades del ser humano que determinan su comportamiento, según Maslow, pueden ser demostradas a través de cinco niveles de necesidades dispuestas en orden de jerarquía desde las más primarias e inmaduras hasta las más civilizadas y maduras. En la base de la pirámide, se encuentra el grupo de necesidades que él considera ser el más básico e reflexivo de los intereses fisiológicos y de sobrevivencia.

Este es el nivel de las necesidades fisiológicas, que estimulan los comportamientos caracterizados por el verbo tener.

El segundo nivel de la jerarquía, es constituido por una serie de necesidades de seguridad, que cuando son atendidas las necesidades fisiológicas, la tendencia natural del ser humano será la de mantener. Secuencialmente surgen las necesidades de pertenecer a grupos, asociarse a otras personas, o sea, de igualarse. En este nivel se encuentran las necesidades llamadas sociales, o asociación. El nivel siguiente es el de la auto estima, que también puede ser representada por el *status* social, donde el individuo busca por el destaque, por el reconocimiento y la admiración de las personas, donde está la búsqueda por la diferenciación.

Mismo en este nivel de la pirámide, el individuo aún puede sentir la necesidad de superar sus expectativas. Y cuando esto ocurre, se inicia el proceso de maximizar las potencialidades y la necesidad de testar la propia capacidad y hace con que el individuo sea destinado para el tope de la pirámide, conocido como el local de las necesidades de auto realización.

Godoy (2009), comenta que, mismo que la teoría de Maslow nos auxilie a entender que las necesidades son factores de motivación, el psiquiatra austríaco Victor Frank, atenta para el hecho de que ni siempre las necesidades más básicas son aquellas que el hombre escoge satisfacer primero. Lo que nos mueve es nuestra “voluntad de sentido”, o sea: aquello que hace con que nuestra vida tenga.

Así, confrontando las ideas de Maslow y Frank podemos concluir observando la pirámide, que las necesidades son motivaciones que nos llevan a movernos. Y también podemos decir que estas acciones nos impulsan a alcanzar nuestros deseos y metas. Por lo tanto, no podemos decir que exista una jerarquía de estas necesidades, pues ellas aparecen de forma aleatoria en los individuos, compiten con nuestra voluntad de sentido, o muchas veces colaboran con ella.

#### 2.3.1.1.2 Las Teorías X e Y (McGregor)

Según Siqueira (2011), McGregor buscó a través de sus teorías, la forma más neutral posible para decir que existe un grupo de personas que piensan, sienten, y por lo tanto, se mueven según las suposiciones de lo que llamó como la Teoría X; y que otro grupo se mueve según las suposiciones de lo que la llamó de la Teoría Y.

Los supuestos de la Teoría X: "el trabajo es en sí mismo desagradable para la mayoría de las personas; las personas en su mayoría no son ambiciosas, evitan correr riesgo, asumir responsabilidades y prefieren ser dirigidas. La creatividad y la iniciativa no son el fuerte de la mayoría de las personas en la resolución de los problemas de las organizaciones; la mayoría de las personas deben ser rigurosamente controladas y frecuentemente inducidas a realizar los objetivos de la organización".

La Teoría Y propone que: "el trabajo es tan natural como el placer, si las condiciones fuesen favorables; el autocontrol, frecuentemente solicitado en el ambiente organizacional, se convierte indispensable a la consecución de los objetivos de la empresa; la creatividad y la iniciativa son la tónica encontrada en las personas efectivamente envueltas en la resolución de los problemas; las personas pueden ser creativas y autodirigirse en el trabajo, si están motivadas".

La Teoría X no es la antítesis de la Teoría Y, sino apenas diferente. La grand fuerza de la Teoría Y está principalmente en negar lo que la Teoría X afirma, y no en afirmar lo contrario.

Conforme Siqueira (2011) afirma, las Teorías X e Y no son patrones de administración, y si apenas presuposiciones sobre la naturaleza humana en el trabajo, o sea, representan estrategias y no técnicas o prácticas gerenciales. Son concepciones que se basan en los comportamientos gerenciales en el mundo del trabajo y en el universo de las organizaciones.

Las Teorías X e Y tienen una fuerte presencia en el aspecto de las necesidades. Para la Teoría X, las personas son motivadas por la búsqueda de la satisfacción de sus necesidades y para la teoría Y no basta solamente el atendimiento de las necesidades básicas, una vez que existen otras dimensiones de necesidades del ser humano, conforme la Teoría de Maslow, que deben ser consideradas.

Las necesidades básicas son apenas preventivas y ambientales, mejoran el medio ambiente, pero no evitan que las personas enfermen. Si no hay una satisfacción de ellas las personas estarán necesariamente desmotivadas. Si existe la satisfacción, las personas no están desmotivadas, pero también no están motivadas. Lo que motiva al ser humano en el mundo de las relaciones organizacionales tiene que ver con el propio trabajo, con aquello que el individuo hace. Lo que desmotiva tiene que ver de como el individuo es tratado.

Lo que la Teoría Y propone, según su idealizador McGregor, es que el ser humano en función de su complejidad, se motiva también, además de las necesidades estructurales, básicas e inmediatas, como sentirse bien y en seguridad en la organización, sentir seguridad en el empleo, pero también por las motivaciones más elevadas del espíritu humano, relacionadas esencialmente a las necesidades de auto realización, que básicamente en el trabajo son decurrentes de aquello que el individuo hace y no solamente en los dictamen de la Teoría X, que corrobora el personaje laboral de Adam Smith, en la búsqueda de los intereses materiales directos.

#### 2.3.1.1.3 La Teoría de los Dos Factores (Herzberg, 1923)

Conforme el informe de Periard (2011), la Teoría de los dos factores desenvuelta por el americano Frederick Herzberg en 1923, tuvo como base las entrevistas realizadas con diversos profesionales del área industrial de Pittsburgh, con la finalidad de identificar los

factores que causaban la satisfacción y la insatisfacción de los empleados en el ambiente de trabajo. Para eso cuestionó el entrevistado sobre que les agradaba y desagradaba en las empresas en que trabajaban. Y separó los relatos en dos factores: los motivacionales (los que agradaban) e higiénicos (los que desagradaban). Diferentemente de Abraham Maslow, que estudió la satisfacción de las necesidades de las personas en diversos campos de su vida, Herzberg procuró estudiar el comportamiento y la motivación de las personas dentro de las empresas, específicamente.

El estudio de los factores higiénicos (extrínsecos o ambientales) es relativo a las condiciones físicas del ambiente de trabajo, salario, beneficios sociales, las políticas de la organización, el clima organizacional, las oportunidades de crecimiento, etc. Según Periard (2011), Herzberg entendía que estos factores son suficientes apenas para evitar que las personas se queden desmotivadas, o sea, la ausencia desmotiva, pero la presencia no es necesariamente un aspecto motivador.

Por otro lado, los factores motivacionales (intrínsecos o satisfactorios) se refieren al contenido del cargo, a las tareas y a las actividades relacionadas con el cargo en sí. Incluyen la libertad de decidir como ejecutar el trabajo, el uso pleno de las habilidades personales, la responsabilidad total por el trabajo, la definición de las metas y los objetivos relacionados al trabajo y auto evaluación del desempeño. La presencia produce motivación, mientras que la ausencia no produce satisfacción.

Comenta Periard (2011), que Herzberg concluyó a través de su teoría que los factores que llevan a la insatisfacción profesional no tenían que ver con aquellos que influían en la producción de la insatisfacción de los trabajadores. El constató que los factores que causaban la satisfacción de los empleados estaban relacionados a la tarea desempeñada en el trabajo, su naturaleza, la responsabilidad, la promoción, etc. Y consecuentemente que los factores que causan la insatisfacción de los empleados son puramente ambientales, que no dicen al respecto a la tarea desempeñada, son relacionadas a la naturaleza de las relaciones interpersonales, las condiciones del ambiente de trabajo, el sueldo, etc.

#### 2.3.1.1.4 La Teoría de la Motivación (Alderfer, 1969)

Comenta Faccioli (2008), que el psicólogo Clayton Alderfer, con base en la teoría de Maslow y de otras investigaciones, dice que la motivación puede ser medida siguiendo una jerarquía de necesidades, con todo eso, no concuerda con la Teoría de Maslow en algunos puntos básicos. Alderfer entiende que debe haber mayor flexibilidad entre las diversas necesidades, pues según él, las personas suben y bajan dentro de la jerarquía de las necesidades. Por lo tanto, la idea de la reducción del número de niveles de las necesidades de la pirámide de Maslow (figura seis) de cinco para tres, permitiendo que las necesidades continuas sean un padrón independiente del individuo, presentando según él, un nuevo formato de su teoría, demostrada en la figura seis.

**Figura 6**  
**Teoría de Alderfer**



Fuente: portalmarketing.com.br

Esa teoría evalúa los aspectos de frustraciones, a partir del punto de que una necesidad inferior puede ser activada, cuando una necesidad más elevada no puede ser satisfecha. Y aún sustenta la presuposición que, más de una necesidad puede ser enfocada a partir de una única necesidad. De acuerdo con lo postulado de Alderfer, los tres niveles de necesidades son entendidos de la siguiente forma:

**La necesidad existencial:** son todas las formas de deseos físicos y materiales fundamentales a la sobrevivencia, iguales a los de Maslow, que consisten en las necesidades básicas. En la falta de recursos para ellas no existe la satisfacción de las necesidades básicas de un individuo, donde inmediatamente ocurre la frustración.

**Las necesidades de relacionamiento:** son las que dicen al respecto del deseo humano por las relaciones interpersonales y la sociabilidad, o sea, la necesidad que un individuo tiene en compartir sus pensamientos y sentimientos. Estas relaciones pasan tanto con individuos como con grupos, lo que incluye la familia, amigos y enemigos. Para la satisfacción de ese deseo, es necesaria la interacción con otros individuos en una relación mutua y, así habrá una satisfacción o frustración de los envueltos en esa relación tienden a ser correlacionadas. El grado de madurez es definido por la cantidad de aceptación de las ideas y sentimientos compartidos de una persona para otra. La aceptación, la comprensión, la confirmación e influencia son elementos presentes en las necesidades de una relación. Tal necesidad solo será considerada para el compartimiento humano cuando las necesidades anteriores, fisiológicas y de seguridad estuviesen relativamente satisfechas.

**Las necesidades de crecimiento:** es la necesidad que el ser humano tiene de crear, dar sugerencias y participar. La satisfacción de esas necesidades se da por realizar su potencial y desarrollar las competencias en la resolución de los problemas. Al entender esas necesidades, la persona se siente más realizada y completa como ser humano. El reconocimiento y la autoestima son algunos elementos relacionados a las necesidades de crecimiento.

#### 2.3.1.1.5 La Teoría de McClelland (1961)

Según Teixeira (2005), la teoría de McClelland es un modelo motivacional que pretende explicar cómo tres tipos de necesidades motivadoras (la realización, el poder y la afiliación) interfieren en las acciones de las personas a nivel organizacional y de gestión. Él

afirma aún, que todas las personas poseen estas tres necesidades motivadoras, independientemente del género, la cultura o edad y que ellas son adquiridas a través de la experiencia que cada persona tiene. Para cada persona, una de las necesidades motivadoras será siempre más dominante que las otras dos y depende mucho de la cultura y experiencias de vida.

Y las necesidades en sí, reflejan respectivamente los anhelos del ser humano, de acuerdo con su personalidad. La necesidad de la realización refleja la voluntad de alcanzar los objetivos que presentan algún desafío; de hacer alguna cosa mejor que lo hecho anteriormente. La necesidad de la afiliación, tal como el nombre lo indica, traduce el deseo de establecer las relaciones personales próximas y la necesidad de poder, representa la voluntad de controlar, influenciar y ser responsable por las otras personas.

En la visión de Teixeira (2005), esta teoría puede ser útil en la identificación de la necesidad motivadora en los grupos de trabajo, permitiendo de esta forma mejorar la definición de los objetivos, la realimentación y la verificación de la mejor manera de motivar a las personas y de recompensarlas.

Colocar esta teoría en práctica significa hacer una evaluación de su equipo, con la finalidad de determinar cuál de las tres necesidades motivadoras pueden surgir en cada una de las personas. Una forma de acción es analizar la personalidad, los comportamientos y las acciones de las personas demostrado en el pasado. Después de la detección de las necesidades motivadoras dominantes en cada miembro de su equipo, se convierte más fácil estructurar cual es el estilo de liderazgo más apropiado, bien como a quien deben ser atribuidos ciertos proyectos/actividades. De esta forma se consigue asegurar que las personas se sienten motivadas, envueltas y felices con el trabajo que están realizando.

### 2.3.1.2 Las Teorías Motivaciones – Proceso (Vroom, Stacy Adams, Skinner)

#### 2.3.1.2.1 La Teoría de la Expectativa (Vroom - 1964)

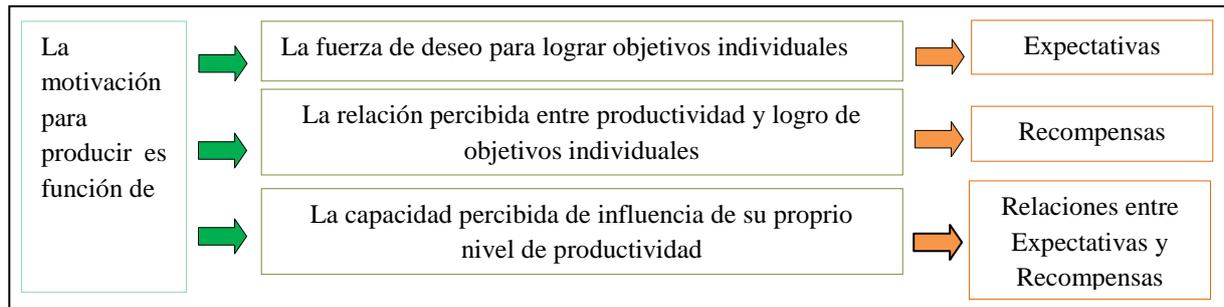
De acuerdo con Chiavenato (2004), la Teoría de la Expectativa, también llamada del Modelo de Contingencia de Vroom, implica en la presuposición de que la motivación es un proceso que orienta tipos de comportamientos diferentes a la medida que camina por los objetivos intermediarios en dirección a los objetivos finales. Existe una percepción por el individuo de las consecuencias de cada tipo de comportamiento practicado a esos resultados que aparecen como una relación de medio y fin o de causa y efecto.

En la concepción de Maximiano (2007), algunas empresas ofrecen a los trabajadores un conjunto de incentivos en el ámbito laboral, tales como, recompensas materiales y psicológicas, como premio y el reconocimiento por el buen desempeño.

Actualmente una de las explicaciones más ampliamente aceptada sobre la motivación es la Teoría de la Expectativa de Victor Vroom, donde él, a pesar de las críticas sobre su

teoría, desarrolló un modelo de contingencia de motivación, basado en la observación de que el proceso motivacional no depende solamente de los objetivos individuales y sí también, del contexto del trabajo en lo cual el individuo está inscrito. El Modelo de Contingencia de Vroom, presentado en la figura siete, determina que la motivación para producir dentro de una empresa se basa en tres factores fundamentales: la expectativa, la recompensa y las relaciones entre expectativa y recompensa.

**Figura 7**  
**La Teoría de la Expectativa**



Fuente: Google imágenes

Para que el Modelo de Vroom pueda ser mejor comprendido, Chiavenato (2004), presenta los factores integrantes del modelo de manera más explícita.

El primer factor, la expectativa, está asociada a los objetivos individuales y a la fuerza del deseo de alcanzar cada objetivo. Los objetivos individuales pueden incluir el dinero, la seguridad en el cargo, la aceptación social y una infinidad de otros objetivos complementares que una persona puede alcanzar dentro de una organización.

Las recompensas están relacionadas a la productividad y el alcance de los objetivos individuales, o sea, si un individuo se esfuerza por tener un mayor salario y si él trabaja en el proceso de remuneración por producción, podrá tener una motivación mayor para producir más debido a la recompensa que él va a recibir.

Las relaciones entre expectativas y recompensas significan la capacidad que la empresa tiene en influenciar su productividad, porque el empleador sabe que de ese modo va a satisfacer su expectativa a través de la recompensa que el empleado va a recibir. De esta forma, el nivel de productividad va a depender de la relación entre esos tres factores determinantes, que irán a determinar el nivel de motivación para producir en cualquier situación en la que el individuo se encuentre. Para Chiavenato (2004), la teoría sugiere que un funcionario se siente motivado a producir en un nivel de esfuerzo mayor, cuando esto va a resultar en una buena evaluación de su desempeño; y que consecuentemente una buena evaluación de desempeño va a resultar en recompensas organizacionales para él, tales como la bonificación, el aumento de salario o promoción; y que estas recompensas van a atender sus metas personales. El modelo de expectativa motivacional se basa en la hipótesis de que la motivación es un proceso que gerencia elecciones u opciones de comportamientos, donde el

individuo percibe las consecuencias de cada alternativa de acción para buscar un posible resultado que sea compatible con aquel su comportamiento escogido.

Según Chiavenato (2004), la Teoría de la Expectativa es un modelo de contingencia o situacional, donde no hay un principio universal que explique las motivaciones de todas las personas.

La principal crítica hecha a la Teoría de las Expectativas, se basa en el hecho de percibir que las necesidades que una persona quiere satisfacer, no asegura que perciba el alto desempeño como medio necesario para satisfacerlas. Para que una persona sea capaz de establecer una relación clara entre su desempeño y los resultados que va a obtener, es necesario tener una gama de informaciones, analizarlas y sacar las conclusiones, lo que en términos prácticos, no es fácil de realizar.

En la visión de Maximiano (2007), esta teoría tiene una ventaja importante con relación a las teorías basadas en las necesidades, pues ella preconiza las diferencias de los individuos y valoriza el lado racional de las personas, además de considerar el contexto de la acción.

Según Faccioli (2008), es la Teoría de las Expectativas, que se propone explicar como la influencia de las diferencias individuales produciendo algún tipo de motivación en las personas, convalidadas en sus creencias y expectativas, con base en tres puntos: el desempeño alcanzado es proporcional al esfuerzo realizado; el esfuerzo realizado es proporcional al valor que se da a la recompensa y si la recompensa fuese atrayente, la motivación de realizarse, el esfuerzo será grande.

#### 2.3.1.2.2 La Teoría de la Equidad (Stacy Adams)

La Teoría de la Equidad, conforme comenta Alfonso (2012), se manifiesta y se basa en el criterio que las personas tienen sobre la recompensa que reciben en comparación con las recompensas que las otras personas reciben por el mismo servicio o por los mismos resultados. Fue en este sentido que su idealizador Stacy Adams dice: “En la Teoría de la equidad, la motivación, el desempeño y la satisfacción de un funcionario depende de la evaluación subjetiva que él hace de las relaciones entre su propia razón de esfuerzo, la recompensa y la razón de esfuerzo, la recompensa de los otros en situaciones parecidas”.

En el comentario de Audy (2014), la teoría de la equidad de John Stacy Adams propone que las relaciones sociales, personales o profesionales, sean equilibradas de forma que las inversiones y las ganancias de cada individuo sean lo más proporcional posible, pues de lo contrario, habrá una aflicción e inestabilidad con relación, uní o bilateralmente.

La figura ocho formateada por Audy (2014), presenta de forma resumida el modelo de la teoría de Adams, en la cual cada individuo en una relación participa con algunos atributos, tales como, el conocimiento, los recursos, las habilidades, la dedicación y energía y en

contrapartida la retira de beneficios como la satisfacción, el conocimiento, los bienes y proventos. Solamente habrá equidad cuando haya la percepción de justicia, con entradas y salidas justas a cada uno de los participantes.

**Figura 8**  
**Teoría de la Equidad**



Fuente: <https://www.google.com.br>

En la visión de Audy (2014), la percepción de los aspectos envueltos en cada relación, responsables por generar entropía o sinergia y al mismo tiempo increíblemente simple y extremadamente complejo, visto que en las relaciones existen datos tangibles e intangibles, generadores de percepciones y necesidades, ni siempre explícitos.

La Teoría de la Equidad discute la percepción de injusticias como generadora de angustia y aflicción, la equidad no significa la igualdad de beneficios, y si la relación existente entre beneficios y empeño, visto que es correcto imaginar que quien más invierte tiende a retirar más y quien menos invierte retirara menos.

En la visión de Correa (2013), es totalmente desaconsejable cuando se va a planear o actuar estratégicamente en cuestiones de motivación de los trabajadores observarse apenas una teoría. La propia Teoría de la Equidad si es vista de una forma aislada no genera motivación. Por ejemplo, si en una empresa ella fuese plenamente observada existiendo un real equilibrio salarial y de desempeño y abandonando otras teorías motivacionales, como por ejemplo, la Teoría de Maslow, ignorando las necesidades humanas, o la Teoría de Herzberg y sus factores de satisfacción e insatisfacción. De la misma forma la Teoría de Hackmann y Oldham, referente al enriquecimiento de los cargos no podría ser ignorada y ni la Teoría de la Expectancia de Vroom en cuanto a las expectativas de los trabajadores. Otra teoría también importante es la de Locke de que las personas crían sus objetivos y son movidas por decisiones que favorezcan el alcance de estos.

### 2.3.1.2.3 La Teoría del Aprendizaje (Skinner - 1945)

Según Ogasawara (2009), Skinner desarrolló inúmeros estudios científicos sobre el comportamiento, la mayoría de ellos utilizando comportamientos animales como base comparativa del humano. Así, desarrolló instrumentos básicos y construyó una sistematización para el estudio de las relaciones comportamentales del organismo con su medio ambiente. En ese sentido, creó una metodología que denominó como *Análisis Experimental del Comportamiento*. Y a partir de allí decidió firmar su base filosófica, estudiando y escribiendo sobre el *behaviorismo*.

Para Skinner, el aprendizaje se concentra en la capacidad de estimular o reprimir comportamientos, deseables o indeseables. En la sala de clase, la repetición mecánica debe ser incentivada, pues esta lleva a la memorización y así al aprendizaje. El enseñar es obtenido cuando lo que se necesita ser enseñado puede ser colocado sub condiciones de control y sub comportamientos observables. Los comportamientos son obtenidos puniendo el comportamiento no deseado y reforzado o incentivado el comportamiento deseado con un estímulo, repetido hasta que él se convierta en automático. De esa forma, según Skinner, el aprendizaje se concentra en la adquisición de nuevos comportamientos.

De acuerdo con Ogasawara (2009), Skinner observa que el aprendizaje ocurre a través de estímulos y refuerzos, de modo que se torna mecanizada, pues según su teoría, los alumnos reciben pasivamente el conocimiento del profesor. En su visión, conocida como Behaviorismo, los comportamientos son obtenidos por el esfuerzo, el estímulo del comportamiento deseado, donde el papel del profesor es crear o modificar los comportamientos para que el alumno haga aquello que el profesor desea. La comprensión del comportamiento humano se apoya en su comportamiento operante. De acuerdo con Skinner, se interesa en comprender el comportamiento humano, no en manipularlo.

Skinner atacó la psicología cognitivista, afirmando que la educación es un modelo que se da del medio para el individuo, y no lo contrario. El modelo Behaviorista de Skinner, en su unidad conocida como Behaviorismo Radical, donde los fenómenos mentales deben ser discutidos como padrones de comportamiento, una vez que según Skinner todo comportamiento es el fruto de un condicionamiento, y así no existen habilidades innatas en los organismos.

#### 2.3.1.2.4 La Teoría de la Inmadurez - Madurez

En los comentarios hechos por Ramos (1980, p. 61), cuando menciona la Teoría de la Inmadurez-Madurez formulada por Argyris (1969), se lleva en consideración que el desarrollo o crecimiento del individuo en el trabajo depende de las condiciones que la organización le ofrece y de qué forma esta organización crea papeles y situaciones que mantienen la inmadurez de los empleados preocupándose en adaptarlos al trabajo. El autor de la teoría aún propone cambios para ser incorporados en las organizaciones que posibiliten el desarrollo del empleado, partiendo de la inmadurez para llegar a la madurez, donde ese empleado será más participativo, independiente, con intereses más profundos, con el comportamiento más complejo y la conciencia y el control sobre sí. En esta propuesta de

cambios organizacionales está implícita la idea del hombre valorizado e identificado con los objetivos de la organización, posibilitando, de esta manera, el alto grado de satisfacción en el trabajo y la mayor productividad.

### 2.3.2 Los Aspectos Sociales contribuyentes a la Salud Laboral

Aliado a los factores comportamentales, otros aspectos sociales también están presentes en la concepción de los factores humanos y juzgados como complementares, serán evaluados en este estudio como factores contribuyentes a los demás factores comportamentales presentados anteriormente. Los aspectos humanos de igual relevancia son caracterizados en este estudio por la cultura organizacional y capital humano, que se asocian a los análisis de los riesgos tecnológicos ambientales presentes en el ambiente laboral y que para fines de gestión del proceso de la salud de los trabajadores, deben por su vez ser estudiados de forma tras disciplinar e integrada.

#### 2.3.2.1 La Dimensión social en el proceso de la salud laboral

Para Freitas y Porto (1997), los riesgos tecnológicos ambientales no pueden ser evaluados solamente por los análisis realizados por la Ingeniería, la Toxicología y la Epidemiología, una vez que el objetivo científico seguramente deberá reconocer la inevitabilidad de los procesos y las relaciones sociales que envuelven la generación y las consecuencias de las situaciones y eventos de riesgo, bien como la sistemática subjetividad de los *experts* como parte objetiva del proceso científico. Esa interacción, a veces, es sutil y compleja, es reconocida por los analistas de riesgo, como inexistente o lo mínimo una imperceptible barrera entre los mundos físico y social. Entretanto se sabe que la tecnología y el medio ambiente son continuamente construidos y des construidos a través de procesos sociales, siendo el riesgo un producto de esta constante interacción.

En la argumentación de Freitas y Gomez (1997, p.15), mismo que el involucramiento de las ciencias sociales haya crecido bastante en el campo de análisis de riesgos, permanecen aún algunos desafíos que los estudiosos en el asunto deben perseguir. Y de estos, se destacan los principales:

Lo primero es el diálogo necesario para la integración entre los diversos abordajes teóricos metodológicos de las ciencias sociales en el campo de los riesgos, lo que no significa anular la pluralidad inherente a su naturaleza y dinámica.

El segundo es el dialogo necesario de las ciencias sociales con las diversas disciplinas que componen el campo de los análisis de riesgo en la búsqueda de los abordajes multidisciplinares e interdisciplinares, ya que ninguna de ellas, solita, puede ser considerada satisfactoria para dar cuenta de un problema eminentemente complejo. Los análisis de riesgos no pueden ser reducidas a las disciplinas de las áreas tecnológicas y

biomédicas, pues los riesgos tecnológicos, entendidos como "experimentos" artificiales en larga escala social, proporcionan daños y datos no apenas sobre los sistemas tecnológicos y biológicos, no posibles de ser obtenidos en los modelajes matemáticos, pero también sobre los propios procesos sociales que conforman los riesgos. Eso implica que los análisis de riesgo deben envolver el esfuerzo duplo de llevar cada vez más las ciencias sociales para el campo de los análisis de riesgos como traer este para las mismas.

El tercero es la necesaria incorporación del saber y de la participación de aquellos que vivencian y se encuentran expuestos a los riesgos en su día a día. Las tecnologías y sus riesgos envuelven muchas incertezas y constituyen inevitables experimentos en larga escala social, siendo sus análisis de riesgos fuertemente influenciados por valores subjetivos e intereses sociales. Tanto los intereses como los conocimientos de los que vivencian o se exponen a los riesgos deben ser incorporados, pues es en lo mínimo una deformación técnica, además de antiético, desconsiderar aquellos que acostumbran en la mayoría de las veces ser las primeras y principales víctimas. El conocimiento de los trabajadores y miembros de comunidades, mismo que sea menos formal y más intuitivo de lo que los especialistas, representa una especie diferente de *expertise* de los riesgos en el contexto en el que viven o trabajan.

Nos cabe apenas a los especialistas analizar los riesgos y a los que potencialmente están expuestos, aceptar lo que a partir de allí es definido, convirtiéndose urgentemente en una nueva dinámica en la que la participación de los trabajadores y de las comunidades expuestas sea reconocida como inherente y necesaria tanto para la mejora de los análisis y del gerenciamiento de riesgos como para la deseable sustitución del poder por la legitimidad en los complejos procesos decisorios que envuelven los riesgos tecnológicos.

Comentan Freitas y Gomez (1997), que existen en Brasil, específicamente en el campo de la salud del trabajador, algunas experiencias concretas de investigación de accidentes industriales y de la exposición de trabajadores a los agentes químicos que primaron por la consideración de las ciencias sociales en sus análisis, caminando por lo tanto en la superación de algunos de los desafíos mencionados anteriormente. Y de esta forma, tal integración de las disciplinas tecnológicas y sociales sugiere el necesario diálogo entre esas

diferentes disciplinas, revelando la dimensión social del proceso de trabajo y su relación con los accidentes y la enfermedad. Por otro lado, teniendo la contribución de las ciencias sociales en la investigación de los procesos de trabajo y la salud, apuntan la necesaria incorporación del conocimiento de los trabajadores en los análisis y en el gerenciamiento de los riesgos, convirtiendo las decisiones sobre los criterios de aceptación de accidentes o de límites de tolerancia para los casos de exposiciones más crónicas, más participativas y democráticas.

Según Freitas y Gomez (1997), la salud del trabajador es por naturaleza, un campo interdisciplinar y multiprofesional, donde los análisis de los procesos de trabajo, por su complejidad, convierten la interdisciplina una exigencia intrínseca que necesita al mismo tiempo, preservar la autonomía y la profundidad de la investigación en cada área envuelta y articular los fragmentos de conocimiento, ultrapasando y ampliando la comprensión pluridimensional de los objetos.

Comenta Otway (1992), criticando los analistas de riesgos que no consideran la dimensión social y la cuestión de la subjetividad, que él considera importante no solamente incorporar las percepciones y actitudes de aquellos que se encuentran expuestos a los riesgos, como también desenvolver estrategias de análisis y decisión que posibiliten una efectiva participación de esos actores sociales, como trabajadores y comunidades vecinas a las industrias.

Conforme presenta Renn (1992), las diversas perspectivas que componen el campo de Análisis de Riesgos poseen conceptos de riesgos bastante diferenciados, de acuerdo con la elección de las metodologías de los riesgos que son evaluados y su complejidad unidimensional o multidimensional, de las funciones instrumental y social de las perspectivas de riesgo, e dos sus objetivos entérminos de aplicación. Los abordajes de Ingeniería, de la Toxicología y de la Epidemiología se caracterizan por ser unidimensionales, teniendo como objetivo proteger los sistemas tecnológicos, la salud y el medio ambiente através de la detección de riesgos y, cuando posible, los alertas anticipados. Los abordajes que integran la perspectiva social: la Psicología, la Sociología y la Antropología, se caracterizan por ser multidimensionales, teniendo como objetivo comprender y subsidiar los procesos decisorios y la regulación de riesgos, buscando contribuir para la resolución de los conflictos sociales y para un proceso de comunicación de riesgos más efectivo en términos de protección a la salud y al medio ambiente.

Las empresas ejercen un impacto sobre las comunidades en las cuales operan y son impactadas por estas. Por lo tanto, la salud de los trabajadores también es de cierta forma afectada por el ambiente físico y social de las comunidades circunvecinas. De esta forma, según la OMS, las organizaciones pueden contribuir con el bienestar físico y social de las comunidades en las cuales la empresa está inserida. La OMS orienta algunas maneras por las cuales las empresas pueden involucrarse con la comunidad, previendo recursos para apoyarla:

Iniciar actividades de control de emisiones de contaminantes y producciones limpias en las operaciones, o ayudar a resolver los problemas de polución del aire y de los recursos hídricos en la comunidad.

Apoyar el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades como el HIV, tuberculosis, hepatitis y otras enfermedades prevalentes.

Ampliar la atención básica en la salud gratuita o subsidiada para los trabajadores y sus familias, o apoyar la creación de las instalaciones destinadas a la atención básica en la salud de la comunidad. Esas opciones pueden servir a los grupos que, de otra forma, no tendrían acceso a la asistencia, como por ejemplo: los trabajadores de pequeñas y medias empresas y trabajadores autónomos.

Instituir políticas de igualdad de género en el local de trabajo para proteger y apoyar a las mujeres, o políticas de protección para otros grupos vulnerables, mismo cuando no sean legalmente obligatorios.

Proporcionar la alfabetización suplementar gratuita o con precios accesibles a los trabajadores y sus familias.

Proporcionar liderazgo y experticia relacionados a la seguridad y salud en el trabajo para pequeñas y medias empresas. Ir más allá de las normas legales existentes con vista en minimizar las emisiones de carbono de la empresa.

Ampliar el acceso a los medicamentos antirretrovirales a las familias de los trabajadores.

Trabajar en conjunto con los administradores de las comunidades en la construcción de ciclovías, aceras, etc.

Viabilizar el transporte gratuito o en bicicletas, para que los profesionales puedan ir a trabajar. En un país, ciudad o región con un sistema universal de salud y una legislación fuerte en salud y que tenga su cumplimiento asegurado con relación a la salud, la seguridad, la emisión de contaminantes y los derechos humanos, las iniciativas de las empresas junto a la comunidad pueden llegar hacer una profunda diferencia en los sectores más vulnerables de la fuerza de trabajo de la empresa o para los que viven en la comunidad. En un escenario donde el acceso a la

atención de la salud es precario o la legislación del trabajo y ambiental son débiles o inexistentes, el involucramiento de la empresa en la comunidad puede hacer una grande diferencia para la salud ambiental de la comunidad, bien como para la calidad de vida de los trabajadores y de sus familias (OMS, 2010, p.19)

### 2.3.2.2 La Cultura Organizacional

Se entiende que la prevención de la salud laboral no es una acción alejada, y sí el resultado de una política de gestión en la salud del trabajador, cuyo enfoque es más amplio, una vez que busca identificar y enfrentar los aspectos macrodeterminantes del proceso salud enfermedad en la respectiva de transformarlos en el perfil de la salud para el trabajador.

Este perfil de la salud debe ser basado en la prerrogativa de que la salud del trabajador sufre un fuerte impacto del capitalismo contemporáneo, en el cual la productividad y la competencia se sobreponen a los aspectos humanos y sociales, donde la salud del trabajador, por la óptica corporativa, acaba siendo un factor irrelevante en los factores capital y trabajo.

Por lo tanto, en la visión de Mendes (1995), es necesario ver también además de los “muros” de la empresa y construir estrategias que articulen la participación y el involucramiento de las diferentes instancias, compuestas por trabajadores, empresarios y el gobierno para generar un desarrollo, que no es solo sostenible, pero socialmente es capaz de enfrentar las consecuencias de la actual relación económica. Y como auxilio a este proceso una de las estrategias que puede ser adoptada es la evaluación de la Política Nacional de Seguridad y la Salud del Trabajador, que a través de sus directrices, irá a sustanciar la integridad de las acciones en el área.

Vemos actualmente una amplia discusión sobre la importancia de la evaluación de riesgos ambientales laborales y el proceso de salud enfermedad y consecuentemente, sus repercusiones sobre la salud del trabajador, bien como el impacto social que estos agravios producen. A pesar de los avances científicos y tecnológicos en la sociedad, que traen resultados benéficos para la salud de la población y de los trabajadores en general, ocurre contradictoriamente, una expresiva elevación de la morbimortalidad y en esta área. Se nota que es necesario avanzar en la construcción de una nueva cultura en la salud del trabajador, de forma que al establecer los pactos, principio y valores que nortean prácticas y conductas que atiendan a las demandas de este tema.

Conforme comenta Vieira (1999), el concepto de cultura tiene como base las formulaciones gramscianas y se presenta en dos direcciones: de un lado, la cultura significa el modo de vivir, de pensar y de sentir la realidad por parte de una civilización y, por otro lado, es concebida como un proyecto de formación del individuo, como ideal educativo a ser transmitido para las nuevas generaciones.

La cultura está compuesta de múltiples ambientes: la familia, la religión, la lengua, la clase social, la escuela, el trabajo, en fin, parafraseando Gramsci, las diversas sociedades son las que producen los horizontes culturales de la formación del individuo en la sociedad. En esta óptica, la cultura de una época es el resultado del choque y de la integración de las concepciones de mundo, de las experiencias y de las prácticas sociales que pasan esas diferentes ambientes culturales, donde diferentes posiciones presentes en la estructura económica de la sociedad originan diferentes relacionamientos de los hombres con la cultura, con la sociedad, con la naturaleza.

El centro de la cuestión a ser debatido y la estructura en favor de la salud del trabajador, es la construcción de una cultura basada en los aspectos políticos, sociales y organizacionales que consideren estrategias de abordaje de determinados cambios sociales, que implican las concepciones de la sociedad y los valores que son socialmente aceptados y transmitidos. Para eso es imprescindible crear un conjunto de valores y conductas dirigidas para un proceso educativo y participativo que contribuya para el desarrollo individual y colectivo del ser humano, en lo cual, la salud y el trabajador sean vistos de forma integral.

Uno de los enfoques de este estudio, centrado en los principios de los factores humanos es, fundamentalmente, la construcción de una cultura de integrar el conocimiento científico, envolviendo la realización de las acciones interdisciplinarias e integradas a las complejas relaciones y determinaciones que inciden sobre la salud del trabajador.

Según Vieira (1999), el establecimiento de una cultura dirigida para la formación y el desarrollo humano requiere organizaciones y sujetos capaces de responder a los cambios en curso sin omitirse de su papel en este proceso y aceptarlos como naturales o inevitables. Requiere especialmente, la defensa sin concesiones, de un proyecto corporativo que enfrente las contradicciones presentes en el proceso de salud y trabajo.

Mendes (1995), comenta que, por razón de la relevancia de los riesgos ambientales, de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales como expresión y síntesis de los procesos de la salud, la enfermedad y el trabajo, es necesaria la búsqueda de una estrategia inversa, que trabaje en la perspectiva de la salud y la seguridad en el trabajo como estrategia organizacional, fundamentada en procesos participativos y educativos, en las diferentes instancias de toma de decisión. Los modelos de gestión participativa, que consisten en cambios en las condiciones físicas, ergonómicas y organizacionales, los pactos alrededor de las prioridades, los establecimientos de las prácticas innovadoras y las relaciones horizontales se han revelado importantes instrumentos para una nueva cultura en la salud y seguridad en el trabajo, desde que no sean utilizados como meros instrumentos de lucro.

En la propuesta citada, no es una tarea fácil para los profesionales que actúan en el área, llevándose en cuenta la complejidad de la gestión de una organización, principalmente, por la acción secundaria del trabajador en esa dinámica. Para que los avances obtenidos con la construcción de un nuevo concepto de la salud del trabajador, en las últimas décadas, puedan

ser consolidados socialmente, es necesario que haya la participación efectiva del trabajador en ese proceso, con la finalidad de proteger la discusión conjunta de los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales presentes en la sociedad actual que consecuentemente irán a posibilitar la construcción de una nueva cultura organizacional, donde haya efectivamente la preocupación con la salud del trabajador.

Las relaciones de trabajo y consecuentemente las relaciones de poder, pasan a tener un nuevo componente, que es la tentativa por parte del empresario de entender la cultura organizacional que, según Ferretti, consiste en:

Un conjunto de supuestos básicos que un grupo descubrió.  
Desenvolvió al aprender a lidiar con los problemas de adaptación externa e integración interna y que funcionan bien para ser considerados válidos y enseñados a los nuevos miembros como una forma correcta de percibir, pensar y sentir con relación a esos problemas (FERRETTI, 1994, p.22).

Esto es, comprender los elementos que le permitirán “gerenciar y manejar” la cultura organizacional de la empresa.

En el entendimiento de Silveira (2013), la cultura organizacional retrata la vida de la organización y el comportamiento de los colaboradores que de ella hacen parte a través de sus historias, normas y reglas, una forma propia de actuar, interactuar y de ser. Las organizaciones, así como las personas, son diferentes, y esa diferencia es marcada por la cultura organizacional.

### 2.3.2.3 El Capital Humano - Intelectual

Martins (2015), defiende que el Capital Intelectual puede ser definido como el conjunto de conocimientos e informaciones presentes en las organizaciones, que añaden valor a los productos y servicios fornecidos por estas, mediante la aplicación de la inteligencia y no del capital monetario, traduciéndose en la capacidad de transformar conocimientos en recursos generadores de valor para las empresas.

Según Martins (2015), se emplea una metáfora al comparar el Capital Intelectual de una empresa a un árbol. Refiriendo que las partes visibles del árbol (el tronco, las ramas y hojas) representan las organizaciones conforme esta está expresada en las Demostraciones Financieras y los relatos financieros. Los frutos producidos por ese árbol son comparados a los lucros y productos o servicios de la empresa. Las raíces, escondidas debajo de la superficie, no visibles pero a través de ellas que el árbol se alimenta, representa el valor oculto que ni siempre es relatado por la contabilidad, de una forma renombrada, a su Capital Intelectual.

El conocimiento humano es el activo más importante de una organización y Stewart (1998, p.76) exprime esto de la siguiente forma:

Imagine, entonces el valor del capital humano representado por todos los funcionarios de una empresa. En una reflexión posterior del famoso anuncio, hecho en 1996 por la AT&T, de la reducción de su fuerza de trabajo de 40.000 funcionarios, el consultor Tom Demarco estimó que el Downsizing macizo, resultaría en una pérdida de US\$4 a US\$8 billones en el capital humano – lo equivalente a la eliminación de más de un tercio del estoque de la empresa en términos de inmuebles, fábricas y equipos. (...) Existen muchos indicios del valor de ese activo para las organizaciones. Resumiendo: los trabajadores inteligentes trabajan de forma más inteligente. (...) en media, un aumento de 10% en la instrucción de la fuerza de trabajo llevaba a un aumento de 8,6% un factor de producción total. Por otro lado un aumento de 10% en las acciones representativas del capital – o sea, el valor de los equipos – aumentaba la producción en apenas 3,4%.

Esto significa que la inversión en el capital humano trae un retorno mayor que la inversión en los activos tangibles. Por esta razón, en las organizaciones, lo tangible comienza a ceder paso a algo intangible en grado de importancia para las organizaciones y en lo que se refiere a contabilizar su patrimonio en el balance patrimonial.

En la visión de Stewart (1998), el capital humano es el activo más importante de las organizaciones y no puede ser visto como un costo, y sí como una preservación del patrimonio de la compañía. Para él, el valor efectivo de la inversión del capital humano es aproximadamente de tres veces mayor, del valor de la inversión en equipos. Por lo tanto, invertir en personas deja de ser un gasto sin retorno y pasa a ser estratégico en el momento que se establecen los objetivos para esta inversión.

Chiavenato (2005), comenta que el capital humano de las organizaciones tiene un rol fundamental en el mantenimiento y creación de ventajas competitivas y de éxito en los negocios. Con los cambios de los escenarios internos y externos, las organizaciones necesitan prepararse continuamente para enfrentar la competencia; adecuarse a las nuevas exigencias del mercado y mantener su capacidad de innovación.

Según Lobo (2010), considerando la importancia del capital humano para las organizaciones, la gestión del conocimiento aplicado al capital humano, garantiza la creación de esa ventaja competitiva de forma sostenible, pues el ambiente de interacción de conocimiento tácito garantiza la constante renovación y la recreación del conocimiento organizacional. Eso garantiza con que las empresas críen diferenciales sobre sus concurrentes a cada oportunidad detectada o creada por esas personas.

Se verifica por lo tanto, que actualmente las organizaciones son compuestas por personas que contribuyen en la sustentación de los negocios y en el creciente desarrollo de sus actividades, ya que el capital intelectual o humano formado por ella es que representa y encamina la empresa en dirección a sus objetivos, con base en las estrategias establecidas y en los objetivos trazados. O sea, significa decir, que son estos trabajadores, el capital humano de esas organizaciones que conducen esas empresas rumbo al éxito o su fracaso. Siendo así, se convierte necesario y fundamental que las organizaciones cuiden de este capital humano. O sea, cuiden de la salud de este activo, para que los desafíos organizacionales o cualquier variable puedan ser superados de modo que puedan causar un impacto positivo en el negocio, generando así ventaja competitiva en el mercado.

#### 2.3.2.4 La Psicodinámica del Trabajo

De acuerdo con Dejours (2004, p.28), la psicodinámica del trabajo:

Es una disciplina clínica que se apoya en la descripción y el conocimiento de las relaciones entre el trabajo y salud mental; es una disciplina teórica que se esfuerza para inscribir los resultados de la investigación clínica de la relación con el trabajo en una teoría del sujeto que engloba, al mismo tiempo, la psicoanálisis y la teoría social.

El estudio en Psicodinámica del Trabajo posibilita a los gestores y trabajadores, avanzar en sus interpretaciones de la organización del trabajo. Es en la elaboración que existe un análisis más exacta de las condiciones de trabajo y una mejor condición de proponer las acciones adecuadas con vistas para modificar la organización del trabajo.

Para Dejours (1992), la carga psíquica del trabajo es aumentada cuando la libertad de la organización del trabajo sufre una disminución. Cuando no hay más una posibilidad de organizar el trabajo por parte del trabajador, se tiene entonces el dominio del sufrimiento, que pasa a designar el campo que separa la enfermedad de la salud.

En la visión de Baierle, Merlo y Bottega (2007), existe a veces, entre el hombre y la organización prescrita para la realización del trabajo, un espacio de libertad que autoriza una negociación, inventos y acciones de modulación del modo operario, esto es, un invento del trabajador sobre la propia organización del trabajo, para adaptarla a sus necesidades y mismo para convertirlas más congruentes con su deseo. Luego que esta negociación es conducida a su último límite y que la relación hombre y organización del trabajo se queda bloqueada, comienza el dominio del sufrimiento y la lucha contra el sufrimiento.

Conforme evalúa Dejours (1994), los postulados de la Psicopatología del Trabajo, o más recientemente, de la Psicodinámica del Trabajo, abre nuevas perspectivas en la visión monolítica y restrictiva de la nocividad del trabajo que induce a caminar por el terreno de las afecciones mentales. Por otro lado, buscan desvendar en la organización real del trabajo las estrategias adaptativas intersubjetivas, de defensa y oposición, latentes en la tensión entre la procura del placer y reconocimiento de los sujetos y los constreñimientos externos impuestos, independientemente de sus voluntades, por las situaciones de trabajo.

Laurell y Noriega (1987), apuntan que las manifestaciones patológicas de sufrimiento son la expresión del fracaso de esa morbilidad subjetiva. Sobre esa óptica, cabría entender la dimensión psicosocial de la noción de desgaste mientras "*la perdida de la capacidad potencial y/o efectiva corporal y psíquica*", mismo que esos autores afirmen, al referirse a las cargas psíquicas, que estas dicen al respecto sobre todo a las manifestaciones somáticas y no tanto a las psicodinámicas.

La organización del trabajo ejerce sobre el hombre una acción específica, cuyo impacto es el aparato psíquico. En ciertas condiciones emerge un sufrimiento que puede ser atribuido al encontrarse entre una historia individual, portadora de proyectos, de esperanzas y de deseos del trabajo que los ignora (Dejours, 1988: 64).

Wisner (1994), comparte la visión de Dejours, considerando que la dimensión psíquica del trabajo definida en términos de niveles de conflictos en el interior de la representación consciente o inconsciente de las relaciones entre personas y organización del trabajo, interfieren en la percepción positiva o negativa del trabajador referente a su trabajo. Comenta Wisner, que los individuos reaccionan de forma diferente a las dificultades de las situaciones de trabajo y llegan a este trabajo con su historia de vida personal. Los problemas, en este contexto, nacen de las relaciones conflictivas, donde de un lado, se encuentra la persona y su necesidad de placer, y de otro, la organización, que tiende a la institución un automatismo y a la adaptación del trabajador a un determinado modelo.

De acuerdo con Martínez y Paraguay (2003), la satisfacción en el trabajo ha sido apuntada como un factor de influencia sobre el trabajador, que puede manifestarse sobre su salud, calidad de vida y comportamiento, con consecuencias para los individuos y para las organizaciones. Los individuos más satisfechos con su trabajo presentan mejor calidad de salud y menor ocurrencia de enfermedades, tanto a lo que se refiere a la salud física como mental, bien como a la longevidad.

Locke (1976), comenta que el nivel de satisfacción en el trabajo afecta el comportamiento, en la forma de ausentismo, rotación, caída de la productividad, paros, accidentes de trabajo, dependencia de alcohol o drogas. Existe un amplio espectro de tendencias de acciones que se puede desarrollar en respuestas a las emociones, pero esas tendencias no son necesariamente seguidas por alguna acción. La forma como un individuo reaccionará con la emoción depende de sus valores, creencias, dificultades y oportunidades

ofrecidas en la situación y en la forma de como el aspecto es percibido, si es como beneficio o perjudicial.

El trabajador puede procurar formas de evitar la situación que provoca insatisfacción; una de esas formas es mantenerse alejado del trabajo por medio de faltas, alta rotación de empleados, atrasos o pausas prolongadas y/o no autorizadas. La ausencia psicológica ocurre cuando el trabajador se convierte en pasivo y desinteresado de su trabajo.

En la óptica de Mendes (1995), considerando las formulaciones teóricas de la psicodinámica, se concluye que el trabajo puede favorecer condiciones estabilizadoras que neutralizan el sufrimiento, muchas veces existencial, asumiendo este papel cuando los estímulos corresponden a los deseos inconscientes del sujeto y tiene lugar el proceso de sublimación y/o o proceso de movilización subjetiva, que permite la transformación del sufrimiento.

El estudio de los aspectos psicodinámicos de la relación hombre y trabajo, no puede despreciar que las vivencias de placer y sufrimiento decurrentes de la organización del trabajo son dialécticas, y por eso no pueden ser estudiadas separadamente. No obstante, podemos identificar elementos específicos de la organización del trabajo que favorecen una u otra vivencia, así como la dinámica entre ellas. Esto solo es posible por medio del comentario de los trabajadores, del discurso manifiesto y latente, del análisis de la palabra, que se constituye mediadora entre las representaciones psíquicas y la realidad.

Pinto (2015), referenciando Leplat (1977), comenta que el trabajo está inserido en una organización /sistema, con una red relacional bastante compleja, donde hay por lo menos tres aspectos psicodinámicos que interfieren en el comportamiento humano en el trabajo: las relaciones interpersonales en el trabajo, las relaciones del hombre con la tecnología y la relación simbólica y transferencial del hombre con la empresa.

Freud (1974), comenta que la actividad profesional constituye una fuente de satisfacción, cuando libremente escogida, esto es, por medio de la sublimación, hacer posible el uso de las inclinaciones existentes, de impulsos instintivos (pulsionales). Sin embargo, como camino para la felicidad, el trabajo no es altamente apreciado por los hombres, pues ellos no se esfuerzan por él, tal como lo hacen con relación a otras posibilidades de satisfacción. La grande mayoría de las personas trabajan por necesidad y esta aversión humana al trabajo originán problemas sociales extremadamente difíciles.

Actualmente las organizaciones y sus respectivos gestores están más preocupados con el comportamiento humano en el trabajo y para la gestión de tales aspectos es necesario comprender la importancia de los aspectos psicodinámicos correlacionados con el desempeño humano en las organizaciones. Y según Dejours (1999), este entendimiento debe incluir los comportamientos saludables, vinculados a la experiencia de placer y que constituyen la base psíquica para la productividad, la calidad, la proactividad, la creatividad, la motivación y el compromiso con el trabajo. Además de los comportamientos citados anteriormente, se debe

analizar los comportamientos desajustados y patológicos estrechamente asociados al sufrimiento psíquico. Se incluye en esta categoría las fallas operacionales, el absentismo, el alcoholismo, la desmotivación y los accidentes.

Brito y Porto (1991) consideran que con la adopción de los nuevos modelos gerenciales, ocurre la intensificación del proceso de alineación y explotación del trabajo, donde, para que tales procesos sean viables, necesitan no solo del consentimiento, pero del compromiso del trabajador con sus resultados. Siendo así, la situación del trabajador se presenta cada vez más compleja, apuntando para el aumento de la tensión, la exclusión y deterioración de las relaciones que el hombre realiza consigo propio, con el cuerpo, con el otro y con la naturaleza.

Imbuido en este contexto, Brito y Porto (1991), comentan que los modelos de gestión empresarial en construcción, relacionados a la gestión del conocimiento, gestión de competencias y organizaciones de aprendizaje, buscan esencialmente los intereses del capital invertido, al cual están listos para sacrificar los intereses del trabajador tales como: la garantía de trabajo, las condiciones y relaciones saludables del trabajo y las perspectivas profesionales, entre otros aspectos que irán a influenciar en la psicodinámica del trabajo.

El ambiente psicosocial en el trabajo engloba la organización del trabajo y las relaciones sociales de trabajo. Los factores psicosociales en el trabajo son aquellos que se refieren a la interacción entre el medio ambiente de trabajo, el contenido del trabajo, las condiciones organizacionales y habilidades del trabajador, las necesidades, la cultura, las causas personales externas que pueden, por medio de percepciones y experiencias, influenciar la salud, el desempeño en el trabajo y la satisfacción en el trabajo (Organización Internacional del Trabajo, 1984).

Detrás de las vidrieras brillantes está finalmente el sufrimiento de quienes temen no poder satisfacer las exigencias, no estar a la altura de las obligaciones de la organización del trabajo: las obligaciones de tiempos, el ritmo, la formación, la información, el aprendizaje, el nivel de conocimiento y diplomas, la experiencia, la rapidez en la adquisición de habilidades intelectuales y prácticas, así como adaptación a la cultura o a la ideología de la empresa, a las exigencias del mercado y las relaciones con los clientes, los particulares o el público (Desjours, 2006, p.24)

Martinez y Paraguay (2003), comentan el estudio hecho por Aasland y otros, en 1997, donde fueron evaluadas las quejas de la salud y el stress en el trabajo, de médicos noruegueses. Identificaron que el bajo nivel de satisfacción en el trabajo estaba significativamente asociado con relato de la salud subjetiva insatisfactoria, operado por un alto nivel de quejas de la salud;

Dejours (1994) establece como alerta, que el trabajo se convierte peligroso para el aparato psíquico cuando se opone a la libre actividad, cuando la libertad para la organización del trabajo es limitada, oponiéndose a los deseos del trabajador, generando el aumento de

carga psíquica y abriendo espacio para el sufrimiento en el trabajo. Resalta Dejours que el sufrimiento en el trabajo ocasionado por la percepción de "carga psíquica", se refiere a los elementos afectivos y de relación de la carga mental del trabajo, donde la carga mental comprende fenómenos de orden neurofisiológica y psicológica.

En la contextualización de Dejours (1994), el bienestar, en materia de carga psíquica, sería decurrente de la existencia de un sentido atribuido al trabajo ejecutado, o sea, un trabajo cuando es libremente escogido y organizado pasa a ofrecer al trabajador formas e descarga de la carga psíquica y es considerado, un trabajo equilibrado, estructurado y fuente de placer para el trabajador. De lo contrario, la descarga de la energía psíquica acumulada, convirtiéndose en una fuente de tensión y de desplacer, donde la carga psíquica origina la fatiga y a partir de allí, la patología pasa a ser el trabajo fatigante, dando origen al sufrimiento y a la patología.

Dejours y otros (1999), interpretan el sufrimiento laboral como una vivencia subjetiva intermediaria entre la enfermedad mental descompensada y el bienestar psíquico, implicando en un estado de lucha contra las fuerzas que lo empujan con dirección a la enfermedad mental.

Una de las grandes cuestiones de la psicodinámica, consiste por lo tanto en el hecho de buscar identificar cuáles son los componentes de trabajo que se oponen a la descarga de energía, que traban el libre juego del sistema de motivación satisfacción, deseo o placer.

Locke (1976), argumenta que hay efectos en la satisfacción con la vida que resultan de hacer frente a las alternativas y la acción frente a la insatisfacción en el trabajo. Como el trabajo es un componente de la vida, puede afectar la actitud referente a la vida como un todo. La forma como eso ocurre no es la misma para todos y dependerá de la importancia del trabajo en la jerarquía de los valores de los individuos y del grupo.

Martinez y Paraguay (2003), referenciando Steuer (1989), establece que la diferencia entre motivación y satisfacción es claramente asimilada al explicar que la motivación manifiesta la tensión generada por una necesidad y la satisfacción expresa la sensación de respuesta a esa necesidad.

Henne y Locke (1985), consideran que una vez que la satisfacción es un estado emocional y que las emociones implican en respuestas físicas involuntarias, donde el nivel de satisfacción (estado emocional) puede actuar como fuente de estrese actuando sobre el trabajador de forma a provocar reacciones orgánicas involuntarias. Por eso, se debe tener cuidado en la consideración de estos resultados, pues pueden ser interpretados de otras maneras: el nivel de satisfacción en el trabajo puede ser debido al estrese (y no su causa) o, aún, el nivel de satisfacción en el trabajo y el estado de la salud pueden ser influenciados por algún otro factor en común. O sea, sería más conveniente considerar que son variables del estado de satisfacción y no consecuencia del nivel de insatisfacción, lo que implica en decir

que la asociación entre la salud física y la satisfacción en el trabajo puede ser difícil de ser establecida

Dejours (2006, p.25-33), alerta sobre algunos aspectos preponderantes vividos en la organización, que apuntan para el sufrimiento del trabajador:

El temor de la incompetencia: consiste en el desfase irreductible de la organización prescrita del trabajo y la organización real del trabajo,

Ser forzado a trabajar mal: consiste en el clima social organizacional desastroso, con retención de informaciones, falta de cooperación, dificultando las ejecuciones de las tareas del trabajador;

No tener esperanza de reconocimiento: consiste en el sufrimiento mental, en función del no reconocimiento después del desprendimiento de energía, empeño y compromiso en la realización del trabajo.

Los sufrimientos y defensas: consiste en la creación de defensas individuales o colectivas para soportar momento de sufrimiento laboral. Mismo que existan defensas, estas no son suficientes y pueden causar desgaste psicológico en el trabajador.

Martinez y Paraguay (2003) comentan que en la visión de Zalewska (1999), la satisfacción en el trabajo es uno de los principales componentes para la satisfacción general con la vida y una estimativa subjetiva de bienestar, además de también ser importante para la salud mental del individuo, en la medida en que hay una extensión de efecto de esta satisfacción para la vida particular y, de lo contrario, ocurriendo la insatisfacción en el trabajo, esta será acompañada como desapunte que permeará la vida del individuo, afectando su comportamiento fuera del trabajo.

Según Scarton (2014) referenciando Siqueira (2008), comenta que otra vertiente sobre el estudio de satisfacción, evaluada a partir de los años de 1990, es de que los especialistas consideran que evaluar los niveles de satisfacción de los trabajadores podría ser una estrategia para monitorear lo cuanto las empresas pueden o no, promover y proteger la salud y bienestar de aquellos que con ellos colaboran como fuerza de trabajo. En la visión del autor, los sentimientos emanados en el contexto de trabajo pueden irradiarse para la vida personal, familiar y social de los individuos e influenciar los niveles de bienestar y hasta la salud física y mental de los trabajadores.

Martinez y Paraguay (2003), presentan los comentarios sobre un estudio hecho en 1996, por Ramírez, Graham, Richards, Cull y Gregory, sobre los efectos del estrese y de la satisfacción en el trabajo, sobre la salud mental de médicos especialistas de hospitales del

Reino Unido. El estudio apuntó que la satisfacción en el trabajo estaba inversamente asociada al agotamiento emocional, la despersonalización y morbilidad psiquiátrica (depresión, pérdida de la confianza, disturbio del sueño y otros síntomas). Identificaron también el efecto protector de la satisfacción en el trabajo sobre la salud mental. Y los aspectos del trabajo que presentan una mayor contribución para la satisfacción en el trabajo, que fueron las relaciones interpersonales satisfactorias, la valorización y la posición profesional, el estímulo intelectual, los recursos y el gerenciamiento adecuados. Una interesante deducción según el estudio, es de que la satisfacción en el trabajo protege la salud contra el estrese.

Los autores Araujo (1985); Coda (1986); Licht (1990); Paula (1990); Pérez-Ramos (1980), referenciados por Martínez y Paraguay (2003), prefieren adoptar la distinción entre satisfacción e insatisfacción, de acuerdo con lo que establece la Teoría de la Motivación y Higiene, que considera la satisfacción e insatisfacción en el trabajo como fenómenos distintos, de naturaleza diversa, donde la insatisfacción es determinada por la carencia de los factores extrínsecos al trabajo o "factores de higiene" (remuneración, supervisión, ambiente de trabajo) y la satisfacción es determinada por los factores intrínsecos al trabajo o "factores motivadores", relacionados al contenido del trabajo y a los desafíos de las tareas.

Martínez y Paraguay (2003), comentan que Zalewska (1999), a través de estudios junto a los bancarios de Polonia, verificó la hipótesis de que la satisfacción personal depende de la satisfacción con el trabajo. Lo detectó mediante el análisis, que los trabajadores insatisfechos demostraron ser susceptibles a la ansiedad depresiva en situaciones difíciles, lo que probablemente dificultaría la organización de las tareas y su desempeño. Y aún se resentirían de los efectos del estrese causado por la sobrecarga, presentando síntomas como dolores de cabeza, cansancio, cuerpo tenso, flaqueza muscular y dificultad para respirar con más frecuencia de lo que los trabajadores satisfechos.

La insatisfacción en el trabajo es considerada por Dejours (1987), como una de las formas fundamentales de sufrimiento del trabajador y que por su vez está relacionada al contenido de la tarea. Este sentimiento de insatisfacción, según Dejours, puede ser proveniente de sentimientos de indignidad por la obligación de realizar una tarea sin interés y sin significado; de inutilidad por desconocer lo que representa el trabajo en el conjunto de las actividades en la empresa, de descualificación, tanto en la función de las cuestiones salariales como las relacionadas a la valorización del trabajo, en los aspectos como la responsabilidad, riesgo o conocimientos necesarios.

Según Santos y Pereira (2014), referenciando Couto (2007), comentan que el estrés puede ser definido como el desgaste ocasionado por la inadaptación prolongada del individuo a las exigencias del ambiente, y el mismo puede ser provocado por diversos factores, implicando en las manifestaciones variadas dependiendo de la capacidad de respuesta y de la percepción de cada individuo sobre los eventos a la que está sometido.

Selye (1959), referenciado por Santos y Pereira (2014), cita que los términos "euestrés" y "desestrés" son empleados para distinguir las consecuencias positivas y

negativas del estrés para la vida del individuo, aunque químicamente hablando, los dos estados son muy similares. El “eustrés” es el estrés de la realización, del triunfo y del contentamiento, asociado a la superación eficaz de desafíos y que puede ser considerado el estrés de la victoria. En cuanto que el “destrés” está asociado al estrés normalmente seguido de impactos negativos para el organismo. El desarrollo de un o de otro estado, depende de la vulnerabilidad y reacción del individuo a los estímulos recibidos.

Cooper y otros (1988), definen el estrés ocupacional como siendo negativo, vinculado a las características propias de los individuos y resultante de la forma inadecuada de tratarlo. Sin embargo, existen diferencias entre los tipos de agentes estresores y el potencial de impacto sobre el trabajador de acuerdo con la situación, el contexto ocupacional y sus características individuales.

El estrese es también un producto del contexto económico, en lo cual la grande competencia del mercado, obliga a las empresas a tener un mayor desempeño de sus empleados.

Según Cooper y otros (1988), existen seis conjuntos de agentes estresores en el ambiente de trabajo: los factores intrínsecos al trabajo, el papel del individuo en la organización, la cualidad del relacionamiento interpersonal en el trabajo, las perspectivas de carrera y logros, la estructura y el clima de la organización y la interface casa/trabajo.

Según la OMS, el ambiente psicosocial del trabajo incluye la cultura organizacional, bien como, actitudes, valores, creencias y prácticas diarias de la empresa que afectan el bienestar mental y físico de los trabajadores. Los factores que pueden causar estrés emocional o mental son muchas veces llamados como “estresores” del local de trabajo y pueden ser encontrados de la siguiente forma:

La organización del trabajo deficiente (problemas con la demanda de trabajo, la presión con relación al cumplimiento de plazos, la flexibilidad en las decisiones, la recompensa y el reconocimiento, el apoyo de los supervisores, la clareza del trabajo, la concepción del trabajo, la comunicación deficiente); la cultura organizacional (la falta de políticas, normas y procedimientos relacionados a la dignidad y el respeto para con los trabajadores, el asedio e intimidación, la discriminación de género, la estigmatización debido a la condición relacionada al HIV, la intolerancia a la diversidad étnica o religiosa, la falta de apoyo a estilos de vida saludables;

El estilo de gestión de mando y control (la ausencia de consultas, las negociaciones, la comunicación, la retroalimentación constructiva, la gestión del desempeño de forma respetuosa);

La falta de apoyo para un equilibrio entre la vida profesional y familiar;

El miedo por la pérdida de empleo relacionado a las fusiones, las adquisiciones, las reorganizaciones o debido al mercado de trabajo y la economía (OMS, 2010, p16)

En la visión de la OMS, los peligros psicosociales encontrados en el ambiente de trabajo, deben ser abordados de la siguiente forma:

Eliminar o modificar el origen: redistribuir el trabajo para reducir su carga, remover los supervisores o entrenarlos en comunicación y liderazgo, aplicar la tolerancia cero para el acoso o discriminación en el local de trabajo.

Disminuir el impacto sobre los trabajadores: permitir la flexibilidad para lidiar con situaciones de conflicto trabajo y la vida personal, proporcionar el apoyo de los supervisores y de colegas de trabajo (los recursos y apoyo emocional), permitir la flexibilidad referente al local de trabajo, el tiempo de entrega y proporcionar una comunicación oportuna, abierta y honesta.

Proteger los trabajadores: por medio de la sensibilización y entrenamiento, por ejemplo, con relación a la prevención de conflictos o situaciones de acoso.

## **2.4 Los Aspectos Organizacionales**

### **2.4.1 La Gestión Organizacional**

Mendes y Wünsch (2007), comentan que los factores que inciden sobre la salud del trabajador en las actuales estructuras organizacionales, están fundamentalmente relacionadas a las nuevas formas de trabajo y al dinamismo de los procesos productivos, implementados por las innovaciones tecnológicas y por las actuales formas de organización del trabajo. Las profundas que vienen alterando la economía, la política y la cultura en la sociedad por medio de la reestructuración productiva y del incremento de la globalización, entre otros motivos, implican también en cambios en las formas de gestión del trabajo que imputan al ambiente laboral, la precariedad y la fragilidad de las cuestiones que envuelven la relación entre salud y trabajo y las condiciones de vida de los trabajadores.

Visto sub el prisma científico, la relación salud enfermedad se refiere a fenómenos vitales, en las cuales la vida se manifiesta. Por eso esta misma relación cuando es traducida para el ambiente de trabajo, en la esfera de los trabajadores, sujetos del medio y participantes del proceso de construcción social de la enfermedad y de la salud, de cierta forma hay un proceso de vulnerabilidad de esta relación salud enfermedad, en el contexto de la valorización

de la capacidad productiva de las personas, donde estar enfermo puede significar, para el trabajador, ser indeseable o socialmente desvalorizado.

La salud y el trabajo son aspectos que están relacionados a las grandes transformaciones sociales contemporáneas a los procesos de gestión y organización del trabajo, viabilizados en especial por las nuevas tecnologías, impactando en la salud de los trabajadores. Mendes y Wunsch (2007), comentan que los sistemas productivos antiguos y ultrapasados coexisten con los procesos modernos y tecnológicamente superiores y es a partir de este contexto que los agravios relacionados al trabajo se revisten de nuevos significados y determinaciones al mismo tiempo que indican la necesidad de superar los problemas antiguos.

Entendido por lo tanto, que es necesario pensar en la salud del trabajador desde su organización en la sociedad y en el trabajo, interpretando tal realidad desde una perspectiva de colectividad, conociendo y entendiendo los sujetos del proceso.

Santos (1985), buscando ampliar la percepción del proceso de trabajo para además del ambiente laboral, considera la comprensión de la enfermedad como una dinámica que abarca no solo la producción, el consumo y la reposición del trabajador directamente envuelto en el proceso de trabajo, pero también de forma amplia, la producción que compone la clase trabajadora, que expresa, en su cuerpo, la fase social del ser.

En la óptica de Dejours (1988), la organización del trabajo ejerce sobre el hombre una acción específica, cuyo impacto es el aparato psíquico. En ciertas condiciones emerge un sufrimiento que puede ser atribuido al choque entre una historia individual, portadora de proyectos, de esperanzas y deseos y una organización del trabajo que los ignora.

Betioli (1994), afirma que las condiciones de trabajo perjudican a la salud del cuerpo del trabajador, en cuanto la organización de trabajo actúa en el nivel del funcionamiento psíquico. La división de las tareas y el modo laboral evocan el sentido y el interés del trabajo para el sujeto y la distribución de personas moviliza las inversiones afectivas, la solidaridad y la confianza.

Dejours (1988), conceptúa la organización del trabajo como: la división del trabajo, el contenido de la tarea (a la medida que él se deriva de ella), el sistema de jerarquía, las modalidades de comando, las relaciones de poder, las cuestiones de responsabilidad. Los aspectos relativos a la división y contenido de las tareas, el sistema de jerarquía y las relaciones socio profesionales son establecidos a partir de los patrones específicos del sistema de producción que, por su vez, determina la estructura organizacional en la cual el trabajo es desarrollado.

Autores como Dejours (1988) y Seligman (1990), llaman la atención para los aspectos generadores de riesgo a la salud de los trabajadores, fundamentalmente relacionados al proceso de organización del trabajo. Para Dejours (1988), el sufrimiento en el trabajo se

relaciona a la insatisfacción con la tarea realizada, su contenido significativo y también al contenido ergonómico del trabajo.

Los estudios ergonómicos, que son responsables de la adaptación del hombre al trabajo, bien como los medios y las condiciones de ejecución de trabajo, viene preocupándose cada vez más con el nivel de la mejora de esas condiciones, en lo que se dice al respecto al grado de participación, autonomía y organización de los envueltos. Y en la visión de Mendes y Wünsch (2007), referenciando Oliveira (2002), es importante diferenciar el trabajo real y el trabajo prescrito, o sea, el trabajo efectivamente realizado, lo real, depende de los medios suministrados para realizarlo y de las condiciones físicas y mentales del trabajador. En este sentido, el resultado del trabajo depende de varios factores que involucran al trabajador, la empresa, las condiciones de salud y trabajo. Asociado a este contexto existe también la necesidad del reconocimiento del trabajo real por los diferentes niveles de relaciones, sean laborales o sociales, involucrando al trabajador, como factor subjetivo de satisfacción y salud mental en el trabajo.

Seligman (1990), mediante las investigaciones realizadas sobre las condiciones de trabajo y la vida de los trabajadores relacionados a la salud mental de ellos; atenta para los factores condicionantes de las características de la organización del trabajo. La autora destaca los siguientes factores de riesgos que afectan la salud mental del trabajador: las horas de trabajo extendidas; los trabajos en turnos rotativos; el ritmo acelerado y las exigencias referidas al mismo tiempo; el tiempo de descanso insuficiente; la jerarquización rígida; los sistemas de control de desempeño en la producción; el sistema insatisfactorio de la seguridad del trabajo; la rotación de trabajadores; la falta de información; la desviación de función y la acumulación de funciones. Los riesgos físicos, ambientales y químicos, bien como las relaciones interpersonales conflictivas dentro de la empresa, principalmente con relación a los jefes, como generadores de resentimientos e insatisfacción. También es señalado por Seligman en su estudio, la presencia de otras cuestiones relacionadas a las condiciones de vida como factores principales causadores de tensión y de pérdidas relacionadas a la emigración y habitación en condiciones insatisfactorias, entre otras.

Laurel y Noriega (1989), consideran que la organización del trabajo capitalista se utilizó de la explotación humana a través de la división del trabajo como forma de imposibilitar la creatividad en la transformación de la naturaleza en bienes de consumo. O sea, el trabajo además de ser un proceso de creación y recreación de la naturaleza es un espacio de lucha que produce la salud y la enfermedad.

Por la óptica del capitalismo, el trabajo tiene como finalidad la extracción de la productividad del trabajador como fruto de la lógica de la valorización de este en la detención de ganancias para la organización. Laurell y Noriega (1989), defienden que el proceso de trabajo es la materialización del proceso de valorización y división del trabajo y solamente descifrable a partir de él. Y de esta forma, en el análisis del proceso de trabajo, a partir de la óptica del campo de la salud del Trabajador, el individuo y el ambiente son evaluados

conforme las circunstancias de las relaciones de producción, materializadas en condiciones específicas de trabajar, generadoras o no de agravios a la salud.

Sant'anna (2011), cita que O'Driscoll y Beehr (1994), al estudiaren el comportamiento de los gerentes, los conflictos y la ambigüedad de papeles y sus repercusiones sobre los empleados administrativos de los Estados Unidos de América del Norte y de Nueva Zelandia; identificaron que la satisfacción en el trabajo presentó un efecto mediador importante en esas relaciones. Los autores detectaron que cuando los trabajadores se dieron cuenta con incertezas y conflictos de funciones en el contexto del trabajo, el principal resultado de estas presiones fue la insatisfacción y el aumento del desgaste en el trabajo, además de otros factores nocivos a la salud. Los autores entienden la importancia de la continuidad de los estudios sobre la satisfacción en el trabajo como un mediador importante entre las relaciones de los individuos y las demandas de trabajo.

Se concluye que la comprensión de la forma de la organización del trabajo, asociada a las necesidades oriundas también de la condición de vida del trabajador, es un punto fundamental para promover la reformulación de una propuesta de gestión en la salud del trabajador en las empresas, de manera que esta venga a ser articulada con la política específica dirigida para la salud del trabajador.

## 2.4.2 Las Teorías Organizacionales del Trabajo

### 2.4.2.1 La Teoría Clásica de la Administración

De acuerdo con Chiavenatto (1993), la Teoría Clásica de la Administración (o Fayolismo) representa una escuela de pensamiento administrativo idealizada por el ingeniero francés Henri Fayol, autor del libro "Administración Industrial y General", editado en 1916. Se caracteriza por el énfasis en la estructura organizacional, por la visión del hombre por la búsqueda de la máxima eficiencia organizacional. También es caracterizada por la mirada sobre todas los niveles de la organización (operacionales y gerenciales), bien como en la dirección de la aplicación de la parte superior hasta a la parte inferior (de la gerencia para la producción). El modo como Fayol encaraba la organización de la empresa, usando la Teoría Clásica para explicar la aplicación del abordaje anatómica y estructural.

Según Chiavenato (1993, p.140), Fayol procuró dividir cualquier empresa en seis funciones básicas:

Técnicas, relacionadas con la producción de bienes o de servicios de la empresa.

Comerciales, relacionadas con la compra, venta y cambios.

Financieras, relacionadas con la búsqueda y gerencia de capitales.

Seguridad, relacionadas con la protección y preservación de los bienes y de las personas.

Contables, relacionadas con los inventarios, registros, balances, costos y estadísticas

Administrativas, relacionadas con la integración de las otras cinco funciones.

De acuerdo con Chiavenato (1993, p.140), en este proceso, las funciones administrativas coordinan las demás funciones de la empresa, a partir de los siguientes factores:

Los elementos de la función administrativa:

Prever – establece los objetivos de la empresa, especificando la forma de como serán alcanzados. Parte de un sondaje del futuro, desarrollando un plano de acciones para attingir las metas trazadas. Es la primera de las funciones, ya que servirá de base directora a la operación.

Organizar – es la forma de coordinar todos los recursos de la empresa, sean humanos, financieros o materiales, colocándolos de la mejor forma segundo el planeamiento establecido.

Comandar – hace que los subordinados ejecuten lo que debe ser hecho. Se presupone que las relaciones de jerarquía estén claramente definidas, o sea, que la forma como los administradores y subordinados se influyen esté explícito, así como el grado de participación y colaboración de cada uno para la realización de los objetivos definidos.

Coordinar - la implantación de cualquier planeamiento sería inviable sin la coordinación de las actitudes y esfuerzos de toda la empresa, alegando las metas trazadas.

Controlar - controlar y establecer los patrones y medidas de desempeño que permitan asegurar que las actitudes empleadas son las más compatibles con lo que la empresa espera. El control de las actividades realizadas permite maximizar la probabilidad de que todo ocurra conforme las reglas establecidas y dictadas.

Diferente de esas funciones, hoy se usa apenas: Planear, Organizar, Dirigir o Ejecutar y Controlar. (en el lugar de Comandar y Coordinar) Se unieron esas dos funciones porque el objetivo es el mismo.

Principios básicos:

La división del trabajo - la especialización de los funcionarios desde la parte superior de la jerarquía hasta los operarios de la

fábrica, así, favoreciendo la eficiencia de la producción aumentando la productividad.

Autoridad y responsabilidad - la autoridad es dar órdenes que teóricamente serán obedecidas. La responsabilidad es la contrapartida de la autoridad. Se debe llevar en cuenta el derecho de dar órdenes y exigir obediencia, llegando a un buen equilibrio entre la autoridad y la responsabilidad.

Disciplina - la necesidad de establecer reglas de trabajo y conducta y aplicadas a todos los empleados. La falta de disciplina crea caos en la organización.

Unidad de comando - un funcionario debe recibir ordenes de un solamente un jefe, evitando contraordenes.

Unidad de dirección - el control único es posible con la aplicación de un plan para un grupo de actividades con los mismos objetivos.

Subordinación de los intereses individuales al bien común - el interés de todos los funcionarios de la empresa no debe prevalecer sobre los intereses de la organización en su conjunto.

Remuneración - la remuneración de trabajo debe ser justa para ambos, empleados y empleadores.

Centralización - Fayol creía que los gerentes deben mantener la responsabilidad final, pero ellos también necesitan dar autoridad a sus subordinados que ellos puedan realizar su trabajo adecuadamente. El problema es encontrar el mejor grado de centralización en cada caso.

Línea de Comando (Jerarquía) - defensa incondicional de la estructura jerárquica, respetando muy bien una línea de autoridad fija.

Orden - debe ser mantenida en toda la organización, preservando un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar.

Equidad - la justicia debe prevalecer en toda la organización, justificando la lealtad y la devoción de cada funcionario a la empresa. Los derechos iguales.

Estabilidad de los funcionarios – una alta rotación de mano de obra tiene consecuencias negativas sobre el desempeño de la empresa y la moral de los funcionarios.

Iniciativa - debe ser entendida como la capacidad de establecer un plan y cumplirlo.

Espíritu de equipo - el trabajo debe ser en conjunto, facilitado por la comunicación dentro del equipo. Los integrantes de un mismo grupo precisan tener consciencia de clase, para que defiendan sus propósitos.

Como toda teoría tiene su crítica, no podría ser diferente con la Teoría Clásica de Fayol, donde las principales críticas se fundamentan en lo siguiente:

La obsesión por el comando - teniendo como óptica la visión de la empresa a partir de la gerencia administrativa, Fayol focó sus estudios en la unidad del comando, la autoridad y en la responsabilidad. En función de eso, él es visto como obsesionado por el comando.

La empresa como sistema cerrado - a partir del momento en que el planeamiento es definido como siendo la piedra angular de la gestión empresarial, es difícil imaginar que la organización sea vista como una parte alejada del ambiente.

La manipulación de los trabajadores - bien como la Administración Científica, fuese clasificada como tendenciosa, desarrollando los principios que buscaban explotar a los trabajadores.

La inexistencia de la fundamentación científica de las concepciones - no existe fundamento experimental de los métodos y técnicas estudiados por Fayol. Los principios que este presenta carecen de una efectiva investigación, no resistiendo al test de aplicación práctica. Chiavenato (1993, p.140).

Según Chiavenato (1993), el Taylorismo o Administración científica es el modelo de administración desarrollado por el ingeniero norte-americano Frederick Taylor (1856-1915), considerado el padre de la administración científica y uno de los primeros que han sistematizado la disciplina científica de la Administración de empresas. El taylorismo se caracteriza por el énfasis en las tareas, objetivando el aumento de la eficiencia al nivel operacional.

Taylor (1911), propone que el acto de administrar una empresa es concebido como una ciencia. Él critica la forma de la administración por iniciativa e incentivo a los empleados, con la sugestión al patrón de ideas que puedan dar lucro a la empresa, incentivando a su superior darle una recompensa o una gratificación; pues según él, una vez que se recompensa un subordinado por sus ideas o actos, se pone dependiente de ellos.

Taylor (1911), entiende que ser eficiente en el trabajo, es hacer las tareas de modo más inteligente y con la máxima economía de esfuerzo. Para eso era necesario seleccionar correctamente el trabajador, y entrenarlo en la función específica que irá ejecutar. También propuso mejores salarios (lo que fue aceptado por Ford, entre otros) para los operarios, con la concomitante disminución de los costos unitarios de producción lo que, idealmente llevaría a la prosperidad, los patrones y empleados.

En su libro *Principles of Scientific Management*, Taylor (1911, p.36ss) enuncia cinco principios de su teoría administrativa:

Sustituir los métodos empíricos e improvisados (*rule-of-thumb method*) por métodos científicos y probados (planeamiento).

Seleccionar los trabajadores para sus mejores aptitudes y entrenarlos para cada cargo (selección de la preparación)

Supervisar si el trabajo está siendo ejecutado como fue establecido (control)

Disciplinar el trabajo (ejecución)

Un trabajador haciendo solamente una etapa del proceso de montaje del producto (singularización de las funciones).

Taylor tenía el objetivo de acelerar el proceso productivo, o sea, producir más en menos tiempo, y con calidad. Y para eso, tenía que adoptar las siguientes premisas administrativas:

A la gerencia cabría: mantener los trabajadores en una jornada de trabajo controlada, supervisada, sin interrupciones, a su control, permitiendo el descanso para el trabajador solo cuando sea permitido, con una particularidad de cada movimiento;

La gerencia no podría dejar el control del proceso de trabajo en las manos de los trabajadores. Como los trabajadores conocían más la función de lo que el gerente, este debería aprender los métodos de trabajo con aquellos, para entonces cobrar de sus operarios;

El ritmo lento de trabajo y la variación eran enemigas de la producción;

El proceso de trabajo no debería estar en las manos de los trabajadores, que de hecho estaba por medio del trabajo conjunto. Su grande descubierta fueron los conocimientos de la producción de los procesos asociados. Con todo, el proceso y las decisiones deberían pasar por la gerencia y no por el trabajador; con el conocimiento de la producción, la gerencia podría establecer los tiempos necesarios. Así, el fijó la distribución del tempo de trabajo (Taylor, 1911, pp36ss).

Taylor no estaba interesado en el avance tecnológico, pero preocupado en controlar el trabajo a cualquier nivel de tecnología. La preocupación que tenía se fundamentaba básicamente en saber de qué forma el trabajador podría producir más en un ritmo de trabajo controlado y que el trabajador debía apenas aprender a ejecutar una función, no podía perder tiempo analizando el trabajo, visto que él no tenía ni tiempo, ni dinero para eso. Esa responsabilidad entonces debería pertenecer a la gerencia.

Según Maximiliano (2000, p.56), Taylor tenía el objetivo de la inserción de movimientos inútiles, para que el operario ejecutase de forma más simples y rápida su función, estableciendo un tempo medio, con el fin de que las actividades fuesen hechas en un tempo menor y con calidad, aumentando la producción de forma eficiente. Para eso, el monitoreaba los parámetros de los trabajadores, a través de la organización del trabajo, analizando los siguientes aspectos:

El estudio de la fatiga humana: la fatiga predispone al trabajador a la disminución de la productividad y la pérdida de la calidad, accidentes, enfermedades y el aumento de la rotación del mano de obra;

La división del trabajo y la especialización del operario;

El análisis del trabajo y el estudio de los tiempos y movimientos: cada uno se especializaría y se desarrollaría en las actividades en que más tuviesen aptitudes;

El diseño de los cargos y tareas: diseñar cargos es especificar el contenido de las tareas de una función, como ejecutar y las relaciones con los demás cargos existentes;

Los incentivos salariales y premios por productividad;

Las condiciones de trabajo: la comodidad que tiene el operario y el ambiente físico ganan un valor, no porque las personas merecen, y si porque son esenciales para la ganancia de la producción;

Padrón: la aplicación de métodos científicos para obtener la uniformidad y reducir los costos;

Supervisión funcional: los operarios son supervisados por supervisores especializados y no por una autoridad centralizada;

Hombre económico: el hombre es motivado por recompensas salariales, económicas y materiales.

Según Maximiano (2000), el Taylorismo, además de las críticas, trajo para los patrones y empleados algunos beneficios. Los empleados tuvieron aumento de salarios; los empleados se sintieron más valorizados en tener mayor acogimiento por la empresa, generando así mayor placer en el servicio, la jornada de trabajo fue reducida y la concesión de descanso remunerado. Ya los patrones por su vez, tuvieron la producción con mayor calidad, un mejor ambiente de trabajo con la ausencia de conflictos y la reducción de costos extraordinarios dentro del proceso productivo, con la eliminación de las inspecciones y gastos desnecesarios.

Aún en la cúpula de la filosofía de la Administración Científica, otros integrantes también contribuyeron con sus respectivos estudios para la consolidación de este modelo administrativo. Podemos citar por ejemplo la pareja de Frank y Lillian Gilbreth, que enfocaron sus estudios en el llamado "estudio de los movimientos". Gilbreth propuso el estudio sistemático y la racionalización de los movimientos necesarios para la ejecución de las tareas. El dedicó atención especial para la fatiga, donde fue auxiliado por su mujer Lillian, especialista en psicología. La pareja publicó diversos estudios sobre los movimientos y la introducción de inmediato los métodos de trabajo para la minimización de la fatiga.

Otra interesante contribución fue la del asistente de Taylor, Henry Gantt. Se destacan como algunas de sus principales realizaciones: los estudios sobre la resistencia a los cambios y las normas grupales (factores que interferían en la productividad), mutualismo como camino para la prosperidad económica y el control gráfico diario de la producción (gráfico de Gantt), que era un método gráfico para acompañar los flujos productivos y se convirtió la más importante técnica de planeamiento y el control de proyectos.

A mediados de 1910, el Doctor en Psicología Hugo Münsterberg inició investigaciones cuidando la aplicación de la psicología a la industria. El defendía la participación de los psicólogos en la industria, preocupándose por definir las condiciones psicológicas más favorables al aumento de la productividad y la consecuente producción de las influencias deseadas, en la mente humana, del interés de la administración. Munsterberg fue uno de los primeros estudiosos a desarrollar las pruebas de selección del personal para las empresas.

El Fordismo, creado por Henry Ford en 1914, se refiere a los sistemas de producción en grandes cantidades (línea de producción) y gestión idealizados por el empresario

americano, autor del libro "Mi filosofía e industria" y fundador de la Ford Motor Company, en Highland Park, Detroit. Se trata de una forma de racionalización de la producción capitalista basada en innovaciones técnicas y organizacionales que se articulan teniendo en cuenta, por un lado la producción en grandes cantidades y por otro lado el consumo en grandes cantidades. O sea, ese conjunto de cambios en los procesos de trabajo (semiautomatización, líneas de montaje) es estrechamente vinculado a las nuevas formas de consumo social.

#### 2.4.2.2 La Teoría Burocrática

Para Weber (2004), innumerables razones explican el avance de la Teoría Burocrática sobre las otras formas de asociación. Para él, la teoría proporcionaba un mayor raciocinio sobre las acciones de los participantes y objetivos de la organización, ayudando en la precisión y rapidez de las actividades, las decisiones, los deberes y obligaciones. Él creía que la Teoría de las Organizaciones también reducía el atrito entre los participantes, pues mejoraba la subordinación debido a las reglas y a las leyes que poseían. Según su concepto, la burocracia es la organización por excelencia, ya que busca los medios más eficientes para alcanzar las metas de la organización.

La importante contribución de Max Weber a la Teoría de las Organizaciones fue la identificación y jerarquía de las estructuras de autoridad. Con eso, el autor identificó las razones del desarrollo de las organizaciones burocráticas y su avance sobre las demás, además de las características que las llamó como "tendencias variables de la burocracia". Apesar de las críticas y disfunciones constatadas en su teoría, es verdad que las organizaciones actuales no pueden huir del conjunto de características que él atribuye a la burocracia y que se acaban revelando indispensables para su funcionamiento. Apesar de esto las personas pasaron a llamar de burocracia a los defectos del sistema, lo que contrapone la visión del autor.

Weber (2004) entiende, que la burocracia moderna no se trata apenas de una forma avanzada de la organización administrativa racional, pero sí una forma de dominación legal. La Teoría de las Organizaciones (Burocracia) no solamente "abrió las puertas" para la mejora en las estructuras organizacionales públicas y privadas, como también, ofreció una contribución consistente para el desarrollo de la estructura administrativa en nuestro país, pues ayudó a combatir las prácticas patrimonialistas que atrasaban el avance de la administración pública brasileña. Y aún se puede decir, que su teoría contribuyó de forma consistente para la comprensión de la naturaleza de las organizaciones sociales y humanas.

La comprensión Marxista revela que el trabajo "es un proceso de participación entre el hombre y la naturaleza, donde el ser humano se apropia de los recursos naturales imprimiéndoles una forma útil a la vida humana. Actuando así sobre la naturaleza externa y modificándola, al mismo tiempo que modifica su propia naturaleza (Marx 1983; p 202)" (Weber, 2004).

El trabajo es la fuerza creativa constante que presenta de forma diferenciada a cada persona que en contacto con la naturaleza "... figura en la mente su construcción antes de transformarla en realidad. Tal creatividad es visualizada en la singularidad humana de producir y de poder estar en contacto con la naturaleza (Marx, 1983; p 202)" (Weber, 2004).

"Los elementos componentes del proceso de trabajo son: 1) la actividad adecuada a un fin, esto es el propio trabajo; 2) la materia a la que se aplica el trabajo, el objetivo del trabajo; 3) los medios de trabajo, el instrumental de trabajo". En este sentido, se divide el proceso del trabajo en tres elementos que están articulándose todo el tiempo para dar forma útil a la naturaleza. La actividad materializa la capacidad humana de transformar, crear, ejecutar, construir y destruir cosas (Marx, 1983; p 202)" (Weber, 2004).

#### 2.4.2.3 La Teoría de la Satisfacción en el Trabajo (Locke – 1970)

De acuerdo con Martínez y Paraguay (2003), referenciando Locke (1969, 1976, 1984), el sentimiento de satisfacción en el trabajo es representado por la función de la relación percibida entre lo que un individuo quiere de su trabajo y lo que él percibe que está obteniendo. La satisfacción en el trabajo sería, entonces, un estado emocional placentero, resultante de la evaluación del trabajo con relación a los valores del individuo, relacionados al trabajo. Análogamente, la insatisfacción en el trabajo sería un estado emocional no placentero, resultante de la evaluación del trabajo como ignorando, frustrando o negando los valores del individuo, relacionados al trabajo. De esta forma, la teoría de Locke, interpreta que los sentimientos de satisfacción e insatisfacción en el trabajo no son fenómenos distintos, y si apenas situaciones opuestas de un mismo fenómeno, o sea, un estado emocional que se expresa en la forma de alegría (satisfacción) o sufrimiento (insatisfacción).

En la óptica de Ramos (1980), la teoría de Locke (1970), tiene su fundamento en la adopción conjunta de los valores (importancia que la persona atribuye a la meta que desea alcanzar) asociada a las metas (el objetivo deseado), que son impulsores que llevan al individuo a reaccionar (desempeño), obteniendo así los resultados (satisfacción) que irán a servir como retorno (refuerzo) para la atribución de los valores.

El trabajo en sí, nada más es más que el conjunto complejo de tareas, papeles, responsabilidades, relaciones, incentivos y recompensas que se presentan en determinado contexto físico y social. Y a partir de allí, tratar de comprender las presuposiciones de la relación satisfacción y insatisfacción en el trabajo, como determina la teoría de Locke; requiere un análisis del trabajo, considerando sus elementos constituyentes, donde la representación de la satisfacción en el trabajo global será el resultado de la satisfacción considerando la participación de los diversos elementos del trabajo.

Ramos (1980), refrendando la teoría de Locke (1970), comenta que mismo que existan diferencias individuales significativas con relación a lo que los trabajadores desean de sus trabajos, existe también similitudes entre los valores causales de la satisfacción del trabajo, los cuales pertenecen a dos grupos representados por: los eventos y las condiciones (trabajo en sí, el pago, la promoción, el reconocimiento, las condiciones de trabajo y el ambiente de

trabajo, y los agentes (colegas y subordinados, supervisión y gerencia, empresa/organización).

#### 2.4.2.4 La Teoría de Hackmann y Oldham (1975)

De acuerdo con los comentarios de Pizzolato y otros (2013), referenciando la concepción teórica Hackman y Oldham (1975); el modelo de Hackman y Oldham demuestra que la Calidad de Vida en el Trabajo está centrada en el positivismo personal y en el resultado del trabajo (la motivación interna, la satisfacción en el trabajo y la calidad en el desempeño elevados, el absentismo y la rotación baja), donde tal resultado es obtenido cuando los tres estados psicológicos (significación percibida, responsabilidad percibida, el conocimiento de los resultados del trabajo) están presentes en un determinado trabajo. De acuerdo con Hackman y Oldham (1975), tal modelo presenta cinco factores básicos:

La Variedad de Habilidades: la ejecución de una tarea requiere una variedad de actividades para su ejecución, necesitando personas con varias habilidades y talentos.

La Identidad de la Tarea: el grado que la tarea requiere en la ejecución de un trabajo, concluido e identificable con resultados visibles y acabados en su amplitud.

El Significado de la Tarea: lo cuanto que la tarea tiene impacto sobre la vida y el trabajo de las personas, en la organización o en el ambiente externo.

La Autonomía: el grado de libertad sustancial que la tarea fornece al individuo, pudiendo programar el trabajo y los procedimientos en su ejecución.

El *feedback*: el grado en el que el individuo recibe las claras informaciones sobre su desempeño por sus superiores y por la ejecución de su propia tarea.

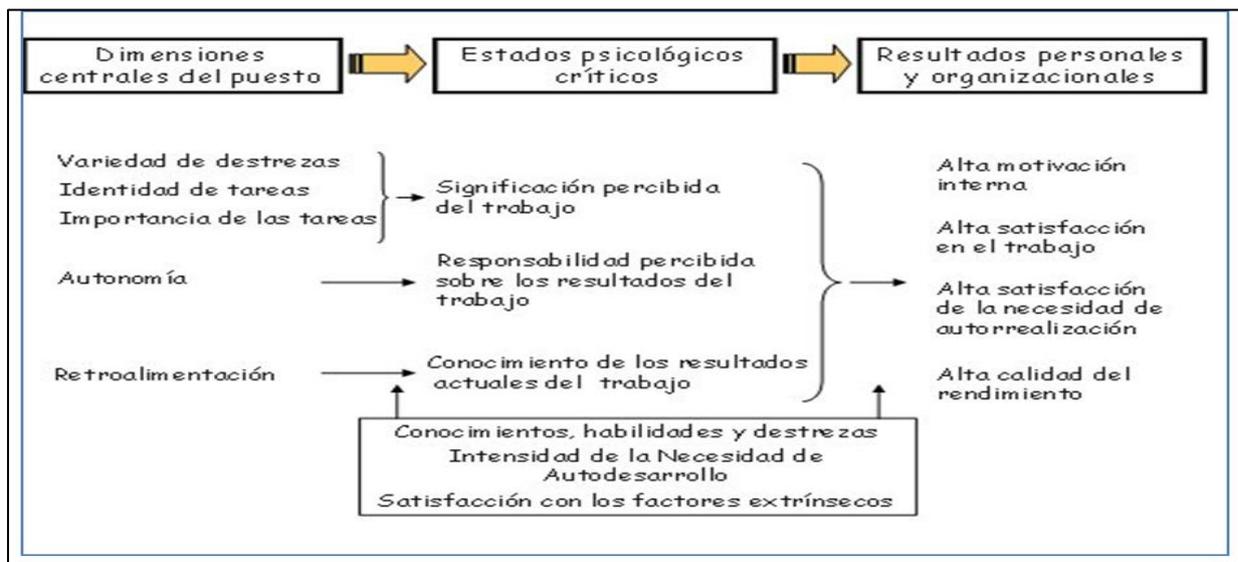
Goulart y Sampaio (2004), referenciando los estudios de Hackman y Oldham (1975), destacan que el modelo en cuestión focaliza el cargo del individuo, donde através del análisis de los factores asociados a este, se hace posible obtener un resultado que refleja el potencial motivacional de una tarea en función de sus características. La evaluación basada en el diagnóstico del trabajo permite un análisis de las diversas características del trabajo, de las reacciones de los trabajadores a sus actividades laborales y la necesidad de su crecimiento y de su desarrollo. El instrumento de evaluación aplicado en el modelo considera tres factores, denominados estados psicológicos críticos, capaces de influenciar la motivación en el ambiente de trabajo: el conocimiento de los resultados, la responsabilidad por los resultados y el significado del trabajo.

Conforme comentan Pedroso y otros (2014), referenciando Hackman y Oldham (1975); el conjunto de factores pasibles de evaluación y de cambios que determinan los estados psicológicos críticos: la variedad de la tarea, la identidad de la tarea, el significado de la tarea, la autonomía y *feedback* intrínseco fueron denominados por Hackman y Oldham (1975) las dimensiones esenciales del trabajo y aun adicionalmente, Hackman y Oldham (1975) hicieron el elenco de dos dimensiones suplementares, *feedback* extrínseco y las relaciones interpersonales, que permitirán entender mejor el trabajo en sí y el comportamiento de los trabajadores con relación al trabajo.

Y según Hackman y Oldham (1975), referenciado por Pedroso y otros (2014), los resultados personales y del trabajo son decurrentes de los estados psicológicos críticos y pueden ser traducidos en cuatro dimensiones: la motivación interna al trabajo, la satisfacción general con el trabajo, la satisfacción con la productividad y absentismo y rotación del personal. La necesidad de crecimiento individual, correlacionada directamente a las dimensiones esenciales del trabajo y los resultados personales y del trabajo, los factores que preceden y que son consecuencia de los estados psicológicos críticos, constituye también en el diagnóstico del trabajo, una dimensión del análisis.

El modelo propuesto por Hackman y Oldham (1975), pautado en las dimensiones esenciales del trabajo, en los estados psicológicos críticos, en los resultados personales y del trabajo y la necesidad de crecimiento individual, puede ser representado de la siguiente forma, conforme es presentado en la figura nueve.

**Figura 9**  
**Modelo de CVT de Hackman e Oldham**



Fuente: <https://www.google.com.br>

#### 2.4.2.5 La Teoría General de los Sistemas

La Teoría General de Sistemas, conforme observa Rego (2005), referenciando Campos (2000), comenta que todo sistema es constituido de partes interconectadas con una función específica. El concepto de “partes interconectadas” hace con que el significado de “sistema” sea similar al de “proceso”. La función específica de un Sistema de Gestión es producir resultados, atingir metas o resolver problemas, lo que es todo la misma cosa (ser gerente es resolver problemas). Por lo tanto, el Sistema de Gestión es constituido de partes interconectadas con la función específica de producir resultados para la organización.

El concepto de Sistema de Gestión por sí solo no completa el cuadro para un atendimento de abordaje moderno de gestión. Es necesario aún el entendimiento de la función del método y de su significado. El Método es una palabra que se origina de la suma de las palabras griegas “metas” y “hodós”, que significan, respectivamente, “el resultado a ser atingido” y “el camino”. Por lo tanto, el método es el camino para la meta.

De acuerdo con lo que define la norma BS 8800 (Sistema de Gestión de Salud y Seguridad Industrial), el sistema de gerenciamiento es un conjunto, a cualquier nivel de complejidad, de personal, recursos y procedimientos, cuyos componentes interactúan de manera organizacional, para permitir que se realice determinada tarea o que se alcance, o se mantenga determinado resultado.

La Teoría General de Sistemas tiene por objetivo un análisis de la naturaleza de los sistemas y de la interrelación entre ellos en diferentes espacios, así como la interrelación de sus partes. Ella aún analiza las leyes fundamentales de los sistemas.

Un sistema, o sea, una unión de varias partes es formado por componentes o elementos. Cuando existe apenas un componente individual él es llamado como elemento único, cuando estos elementos únicos se interrelacionan, ellos son llamados como componentes, y cuanto estos componentes se interrelacionan con elementos únicos, ellos son llamados como componentes generales. Un sistema no vive alejado, él es siempre parte de un todo. Él es general para las partes que lo componen es la parte de la composición de otro sistema más general de un todo.

El movimiento de un sistema, o sea, la interacción entre las partes de un sistema es responsable por el cambio potencial de este. La Teoría General de Sistemas muestra que todo sistema es constituido de partes interconectadas con una función específica: producir resultados para la organización.

Por lo tanto, lo que se quiere mostrar en este estudio es que evaluando los sistemas y sus respectivos elementos o requisitos, se puede llegar a través de la interacción entre ellos a un producto final, que será el Sistema de Gestión de Riesgos, que tendrá la determinación de sus elementos a partir de la interacción de los elementos de los subsistemas evaluados.

### 2.4.3 Las Estructuras Organizacionales

Una de las resoluciones aprobadas en la 3ª Conferencia Nacional de la Salud del Trabajador, realizada en diciembre de 2005, apuntó la necesidad del Estado promover acciones de integridad en el desarrollo de las políticas universales, intersectoriales e integradas (salud, trabajo, empleo y previdencia social), contemplando las acciones preventivas, de promoción de la salud, de vigilancia (epidemiológica, sanitaria, ambiental y de la salud del trabajador), curativas y de rehabilitación que garanticen el acceso del trabajador a un atendimento humanizado, cuya consecución esté asegurada en las tres esferas del gobierno (federal, estadual y municipal). Para tal, las acciones deben contar con la

participación del empleador en la promoción de condiciones saludables de trabajo y en la eliminación de riesgos a la salud del trabajador.

El documento de la Conferencia enfatiza que la discusión de seguridad y salud del trabajador, incluyéndose la Política Nacional de Seguridad y Salud del Trabajador, debe estar pautada en los conceptos de desarrollo sostenible y de responsabilidad social, con el desarrollo de subsidios conceptuales a la introducción de políticas de salud del trabajador en las políticas de desarrollo económico y social. Esas son propuestas que tienen como punto la redefinición del papel de las empresas en la participación de la política pública de salud y de su responsabilidad en la promoción de la salud.

Según Mendes y Wünsch (2007), se destaca una propuesta que objetiva transformar los Servicios Especializados en Ingeniería de Seguridad y en Medicina del Trabajo (SESMT), con base en la Norma Reguladora NR-4 del Ministerio del Trabajo y Empleo, en Servicios Especializados de Seguridad y Salud en el Trabajo, contando con la participación efectiva de las empresas y de los Órganos Públicos y Privados, con objetivo de mejorar las condiciones laborales, de forma articulada con los profesionales de las áreas de salud, seguridad y medio ambiente.

En mi opinión, no se trata de un mero cambio de sigla, pero si de una nueva concepción en la salud del trabajador, en la cual la nueva óptica se convierte más amplia y busca ser abarcada por la interdisciplina en el conocimiento y en la acción, bien como una concepción en el cual el trabajador pasa a ser sujeto de procesos, eliminado por lo tanto el proceso biológico y curativo de la salud, restringido a la Medicina.

Trabajar en la perspectiva de la salud y no de la enfermedad o del daño es posible, desde que los diferentes actores envueltos tengan un papel valioso en la promoción de la salud, independientemente de su grado de inserción en el proceso productivo o jerarquizado.

Mendes y Wünsch (2007), afirman que todos los actores envueltos en el proceso de salud laboral deben reconocerse y establecer relaciones de horizontalidad en la construcción de proposiciones que cuiden y protejan la salud del trabajador. Se debe igualmente garantizar el establecimiento de medidas efectivas en la protección de los trabajadores incorporadas a la política gerencial y de desarrollo de las empresas y articuladas con la Política Nacional de Seguridad y Salud del Trabajador.

Mendes y Wünsch (2007), referenciando Mendes y Oliveira (1995), comentan que en la concepción actual de la salud del trabajador, se entiende el social como determinante de las condiciones de salud y sin negar que los enfermos deban ser tratados y que sea necesario prevenir nuevas enfermedades, privilegia acciones de promoción de la salud. Entende que las múltiples causas de los accidentes y de las enfermedades de trabajo tienen una jerarquía entre sí, no siendo neutrales e iguales, habiendo algunas causas que determinan otras.

La atención dada al área de Seguridad y Medicina del Trabajo en algunas organizaciones aún es dirigida para el trabajo formal industrial. Sin embargo, la discusión actual sobre el asunto busca un cambio de paradigma, exigiendo transformaciones radicales con el fin de entender y hacer frente a los problemas derivados de tales procesos. Mendes y Wünsch (2007), referenciando Mendes y Oliveira (1995), muestran en el cuadro seis el análisis desde una perspectiva evolutiva y conceptual, donde es posible visualizar el desarrollo conceptual del proceso de la salud laboral.

**Cuadro 6**  
**Desarrollo conceptual de la salud del trabajador**

<i>Determinantes del proceso</i>	<i>acción principal</i>	<i>carácter principal</i>	<i>actor principal</i>	<i>escenario</i>	<i>papel del usuario</i>	<i>Campo de la salud</i>
Biológico	tratamiento de la enfermedad	técnico	médico	hospital	usuario y objeto de la acción	Medicina del Trabajo
Ambiental	Prevención de la enfermedad	técnico	equipo	ambulatorio	usuario y ambiente son objetos	Salud Ocupacional
Social	Promoción de la salud	técnico y político	ciudadano	sociedad	sujeto	Salud del Trabajador

*Fuente: Mendes e Oliveira (1995).*

El abordaje de Mendes y Oliveira (1995), referenciado por Mendes y Wünsch (2007), resalta la importancia de los programas de la salud laboral, de forma que incluyan la protección, la recuperación y la promoción de la salud del trabajador de forma integrada y que sean dirigidos no solamente a los trabajadores que sufren, los que se enferman o los que se accidentan, pero también al conjunto de todos los trabajadores. Y aún, que tales acciones deben ser redireccionadas para alcanzarse los múltiples cambios que ocurren en los procesos de trabajo, siendo realizadas a través de un abordaje trasdisciplinar e intersectorial y con la indispensable participación de los trabajadores.

#### 2.4.3.1 Sistema de Gestión de Salud y Seguridad del Trabajo

Santos (2013), referenciando Batalha (2008), enfatiza que el sistema de gestión de Salud y Seguridad del Trabajo (SST) es parte integrante de un sistema de toda y cualquier organización, lo cual proporciona un conjunto de herramientas que potencian la mejora de la eficiencia de la gestión de los riesgos de la SST, relacionados con todas las actividades de la organización. Y que la gerencia de los riesgos existentes en una organización puede ser definida como la función que objetiva la reducción y el control de los efectos adversos de los riesgos los cuales una organización está expuesta, donde esos riesgos incluyen todos los aspectos de pérdidas accidentales que pueden llevar desperdicios de activos de la organización, de la sociedad y del medio ambiente.

Freitas y Porto (1997), citando la visión de García (1994), interpreta que dentro de una visión sistémica, la investigación interdisciplinar es requerida en la medida en que el problema analizado se insiere en un sistema complejo, caracterizado por la confluencia de múltiples procesos cuyas interrelaciones constituyen la estructura del sistema (García, 1994). Diversos problemas ambientales y de salud del trabajador se caracterizan por la interrelación de los procesos sociales, económicos, tecnológicos, productivos, biológicos y físicos, de tal forma que el fraccionamiento del problema en áreas parciales, correspondientes al dominio de disciplinas específicas, impide el análisis y proposición de políticas alternativas solamente posibles por la visión integrada de este conjunto de procesos.

Conforme observa Freitas y Porto (1997), el riesgo tecnológico es cada vez más importante para analizar la vulnerabilidad de las sociedades contemporáneas, pues revela diversas características de disturbio y paralización social en las mismas, tales como: la pérdida de autonomía de los ciudadanos en el control de riesgos; la opacidad de los hechos ocurridos en casos de accidentes; la exposición a los riesgos múltiples; la fragilidad de la sociedad frente a las catástrofes; la ingobernabilidad de las situaciones críticas; la rígida centralización de los sistemas tecnológicos, generando efectos “dominó” en múltiples áreas interdependientes para el funcionamiento de esos sistemas; el enorme potencial de pérdidas y daños envueltos, entre otros.

El posicionamiento de Laurell y Noriega (1989), se refiere al concepto de riesgo, relacionados a la carga de trabajo y se utiliza lo que denomina, categoría de carga de trabajo (abarcando las características: físicas, químicas y mecánicas cuanto las fisiológicas y psíquicas) que interactúan dinámicamente entre sí y con el cuerpo del trabajador. Señalan sin embargo, que la carga psíquica no es de fácil percepción al cuerpo humano, apuntando sin sistematizar los componentes del proceso de trabajo capaces de generarlas. Según ellos, posteriormente, pasan a atribuir a las exigencias, mientras que los requerimientos resultantes de la organización del trabajo y de la actividad del trabajador, un papel relevante en la conformación de los perfiles de la salud enfermedad de los colectivos de trabajadores, al distinguirlos de los riesgos, relacionados a los objetos y medios de trabajo.

Sato (2002), discute tal concepto a partir del replanteamiento del proceso del trabajo desde la óptica del cotidiano. Se entiende que el replanteamiento como el modo a través del cual el cotidiano en el local de trabajo puede ser públicamente modificado. O sea, es en el cotidiano que el trabajo es puesto en proceso de creación que produce sentido para las tareas y rutinas.

A lo que se refiere específicamente a la salud del trabajador, reconocer la exigencia de las micronegociaciones, puede ser relevante en el sentido de que, para además de los trabajadores, serén ellos los portadores de conocimiento/subjetividad operaria, conforme verificado, por garantizarles el papel de sujetos en la definición de lo que debe ser objetivo de mejora de las condiciones de trabajo y salud, ellos son actores que conducen

cambios, en el límite posible, cuidando de la preservación de la salud. (Sato 2002; p. 1155).

Discutiendo tal perspectiva traída por Leny Sato (2002), Mendes y Wünsch (2007) afirman, que pensar la prevención de agravios a la salud del trabajador a través del replanteamiento del trabajo y, por consiguiente vía de negociaciones, se concede al trabajador la administración de su salud. Para tanto, debatiendo tal perspectiva, sugiere la discusión de la salud del trabajador, la participación y micronegociación como punto central para la elaboración de políticas en este campo.

Como frecuentemente las enfermedades originadas en el trabajo son percibidas en estados avanzados, hasta porque muchas de ellas, en sus fases iniciales, presentan síntomas comunes a otras patologías, Mendes y Wünsch (2007) alegan, que se torna difícil desde esa óptica, identificar los procesos que las generan, bien más amplias que la mera exposición a un agente exclusivo. La rotación de la mano de obra, sobre todo cuando se intensifica la tercerización, representa un obstáculo a más en ese sentido. La pasada por procesos productivos diversos puede mascarar nexos causales y diluir la posibilidad de establecerlos, ejecutándose más evidente y considerando la hipótesis remota de exámenes de admisión que lleven en cuenta la historia laboral progresiva, en una perspectiva aún más remota, de alimentar un proceso de vigilancia en la salud del trabajador. La constatación de enfermedades en la selección de la fuerza de trabajo funciona, en la práctica, como un recurso para impedir el reclutamiento de individuos cuya salud ya este comprometida.

Mendes y Wünsch (2007), argumentan que si reconocemos que la salud y la enfermedad se definen como un proceso dinámico, expresado, en el cuerpo, en el trabajo, en las condiciones de la vida, en los dolores, en el placer y en el sufrimiento, o sea, en todo que compone una historia singular, pero también colectiva, por la influencia de las múltiples lógicas inscritas en ese proceso; estaremos caminando para una concepción ampliada de la salud del trabajador.

Se nota que este escenario por lo tanto, se compone por diferentes interfaces, resultado de las construcciones sociales, históricas y contemporáneas, en medio a los aspectos legales, estructurales y conjunturales. Ese sistema que se forma en las organizaciones debe estar fundamentado en la prevención y promoción a la salud, focalizado en el individuo y secundariamente, en la organización del trabajo. Al constatare que las relaciones de producción vienen presentando otras configuraciones e imponiendo demandas diferenciadas, se redoblan las exigencias y los cuidados en el área de la salud del trabajador, elevándose a un nuevo nivel las acciones y estrategias de los profesionales en ella inseridos.

Uno de los desafíos de este estudio es traer estas reflexiones sobre la salud del trabajador, inserida en un contexto multidisciplinar y buscar a través de los conceptos científicos sobre el tema, construir caminos posibles de análisis del ambiente laboral, de una forma de orientar la creación de estructuras organizacionales capaces forma ordenada y

equilibrada en evaluar los aspectos de prevención y promoción a la salud laboral mediante un sistema de gestión que pueda ser administrado por el empleador.

Pretendemos discutir los procesos de trabajo, considerando que la actividad de trabajo no es neutra con relación a la salud, una vez que puede promoverla o no. En esa dirección de análisis, destacamos las consideraciones de Barros y otros (2006, p.33):

Esa discusión es absolutamente pertinente, una vez que promover la salud no significa, apenas, las acciones de intervención orientadas para evitar el surgimiento de enfermedades, controlar su transmisión o reducir los riesgos de agravios específicos. Se refiere, también, a la perspectiva de ampliación de la salud y, así, no puede estar desvinculado de la calidad de vida resultante de un complejo proceso determinado por múltiples factores, entre los cuales las formas como el trabajo está organizado en ámbito social.

En este aspecto, el desarrollo de un Sistema Integrado de la Salud del Trabajador intenta traer para la práctica de este campo, la complejidad de la dinámica de los procesos de trabajo como un avance a la actuación de los servicios de la medicina del trabajo o salud ocupacional. Así el análisis de las prácticas de la salud del trabajador en los diversos procesos de trabajo podrá ser un paso en la construcción de políticas transversales, producidas en la discusión de la Salud Colectiva.

Dias (2000), entiende que la combinación de las innovaciones tecnológicas con los nuevos métodos gerenciales generó una intensificación del trabajo, debido al aumento del ritmo de las responsabilidades y de la complejidad de las tareas, que se tradujeron en una serie de agravios a la salud: el envejecimiento prematuro, el aumento de las enfermedades y muertes por problemas cardiovasculares y otras enfermedades crónicas degenerativas, especialmente las osteomusculares (DORT) relacionadas al trabajo conocidas también como lesiones por esfuerzos repetitivos (LER) , además de un conjunto de síntomas en la esfera psíquica.

La salud del trabajador se constituye, consecuentemente, en una arena de conflictos y entendimientos formalizados o pactados entre empresas, trabajadores e instituciones públicas frente a los problemas, colocando en juego, además de la identificación de su real origen, la capacidad de negociación para enfrentarlas. El reconocimiento por las empresas, de la legitimidad de los interlocutores institucionales de la representación de los trabajadores, es una premisa de ese proceso. La garantía de un desfecho favorable se condiciona a la unión del conocimiento técnico con el saber/experiencia de los trabajadores en la búsqueda y adopción de las medidas impredecibles, que evolucionan para atingir las soluciones decisivas referente a los agravios a la salud constatados. No se trata apenas de obtener adicional de insalubridad o peligrosidad ("monetizar riesgos), de instalar equipos de protección, de diagnosticar nexos

causales entre el trabajo y la salud con vistas para obtener beneficios de la Previdencia Social, mismo que tales procedimientos puedan representar etapas de una lucha mayor, que es llegar a las raíces causadoras de los agravios, a los cambios tecnológicos que presiden los procesos de trabajo establecidos.

Según Dias (2000), la referencia central para el estudio de los condicionantes de la salud y la enfermedad, esta basada en el proceso de trabajo y el concepto recuperado en los años 70, de las ideas expuestas por Marx, particularmente en el Capítulo VI Inédito de *El Capital* (Marx, 1978). En la intersección de las relaciones sociales y técnicas que lo configuran, se expresa el conflicto de intereses entre el trabajo y el capital, que, además de tener su origen en la prosperidad de los medios de producción y en la apropiación del valor del producto realizado, se consume históricamente a través de formas diversas de control sobre el propio proceso de producción. Ese control ejercido en el interior de las unidades productivas, por medio de viejos o nuevos patrones de fuerza de trabajo, respectivamente: taylorismo, fordismo y neotaylorismo, posfordismo y toyotismo; redundan en la constitución de colectivos diferenciados de trabajadores y de una multiplicidad de agravios potenciales a la salud. Desvendar la dinámica de esas situaciones implica en un empeño permanente de aproximación de la teoría, capaz de ampliar la interpretación de un cuadro aparentemente dado e inmutable, que condiciona o determina la formulación de alternativas tecnológicas y organizacionales, cuyas repercusiones no se restringen a los centros de trabajo.

En la visión de Arruda (2013), citando Cicco (1997), el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo es una herramienta que permite a una empresa attingir y sistemáticamente controlar, el nivel de desempeño de la SST, por ella misma establecido. La implementación del Sistema de Gestión de la SST, por sí solo, no resultará, necesariamente, en la reducción inmediata de accidentes y enfermedades del trabajo. O sea, en la citación de Zoccio (1996), no basta solo atender la legislación, la práctica de la SST en la prevención de accidentes debe ser hecha a través un sistema de gestión que asocia el factor humano al cumplimiento de la legislación, así como el ambiente de trabajo, cultura organizacional y relaciones interpersonales.

La gestión de la SST debe estar incluida en la estrategia de gestión de una organización, contribuyendo para su mejor desempeño. El desarrollo del Sistema (SGSST) ha sido la principal estrategia para enfrentar el serio problema social y económico de los accidentes y enfermedades relacionadas al trabajo y aún puede ser usado por las empresas como un factor para el aumento de la competencia.

Arruda (2013), defiende que un Sistema (SSGSSO) promueve un ambiente de trabajo seguro y saludable a través de una estructura que irá a auxiliar una organización a dar confianza a las varias partes interesadas (trabajadores, clientes, distribuidores, accionistas, Órganos del Gobierno, etc.)

La implementación del Sistema de Gestión de la SST, por sí solo, no resultará, necesariamente, en la reducción inmediata de accidentes y enfermedades del trabajo. Por lo

tanto concluye Arruda (2013), que ni siempre es dada la debida importancia dentro de algunas culturas organizacionales y para que este cuadro mude, todos los sectores de la empresa deben estar preparados y envueltos formando un trabajo en equipo.

Según Moraes y otros (2013), el nuevo escenario comercial mundial, donde una de las principales características y propuestas es a libre competencia, han conducido las empresas a regresar su atención para las nuevas cuestiones, donde a partir del inicio de la década de los 80, comenzó a quedarse evidente que las crecientes exigencias del mercado, los aspectos costo y calidad, aliados a una mayor conciencia, generan un nuevo concepto de calidad, holística y orientada, también para la calidad de vida. De esta forma, en la argumentación de Chaib (2005), referenciado por Moraes y otros (2013); las organizaciones han atentado de una forma más concreta para los aspectos que la envuelven no solo la satisfacción de los clientes y externos, la calidad de los productos materiales o servicios, como también la protección del medio ambiente y los aspectos sociales, principalmente los que abarcan la salud y seguridad de sus trabajadores y colaboradores.

Godini y Valverde (2001), argumentan que debido a esa creciente presión para que las organizaciones incorporen los procesos de gestión, varias de ellas ven en la integración de los Sistemas de Gestión una excelente oportunidad para reducir costos, relacionados a la sobreposición de procesos y acciones para la implantación de los sistemas de gestión, causando por lo tanto gastos innecesarios.

Tal como destaca De Cicco (2011), los sistemas de gestión implementados separadamente y de forma incompatible resultan en costos, el aumento de la probabilidad de fallas y engaños, los esfuerzos duplicados, la creación de una burocracia desnecesaria y un impacto negativo junto a las partes interesadas, en especial para los trabajadores y clientes, siendo que los Sistemas de Gestión Integrados (SGI) traen una serie de ventajas, descritas a seguir: la optimización y la reducción del tiempo con actividades de concientización y entrenamiento (entrenamientos integrados); la economía de tiempo y costos; la mejora en la gestión de procesos; el mayor control de los riesgos con accidentes; los análisis críticos, por la dirección, más eficaces; mayor comprometimiento de la dirección; la reducción y control de los costos ambientales; la reducción de documentos; la utilización más eficaz de los recursos internos e infraestructura; la mejor comunicación con las partes interesadas; la reducción de costos de mantenimiento del sistema; la simplificación de las normas y de las exigencias de los sistemas de gestión; el menor tiempo total de paralización de las actividades durante la realización de las auditorías; la posibilidad de la realización de una implementación progresiva y modular de los sistemas; el alineamiento de los objetivos, los procesos y recursos para diferentes áreas funcionales (seguridad, calidad y ambiental); la reducción de la burocracia; la reducción del nivel de complejidad de los sistemas; la eliminación de esfuerzos duplicados y de redundancias; la sinergia generada por los diferentes sistemas implementados de forma conjunta; el aumento de la eficacia y mejora de la eficiencia del sistema; la reducción de costos de desarrollo e implementación (menor número de elementos a ser implementados); la reducción de los costos con auditorías internas y de certificación; la satisfacción de clientes, los funcionarios y accionistas; la satisfacción de los criterios de los

inversionistas y la mejora del acceso al capital; el aumento de la competencia; el control preventivo del proceso.

En la visión de Moraes y otros (2013), con la aplicación de un SGI, el control que pasa a ser hecho sobre la utilización de materias primas e insumos, implica muchas veces en la optimización de procesos que pueden traer una reducción del desperdicio y de la generación de residuos sólidos, efluentes líquidos y emisiones atmosféricas, bien como la identificación y control de los riesgos asociados a las actividades, llevan a la reducción de la frecuencia y gravedad de los accidentes ocurridos en el ambiente de trabajo, preservando, de esa forma, la integridad física y la salud de los empleados. Tales beneficios ciertamente incidirán de forma positiva en la productividad y rentabilidad de la empresa.

En la argumentación de Moraes y otros (2013), el SGI auxilia la empresa, de forma integrada, en cumplir la legislación: ambiental, de salud y seguridad, responsabilidad social, trayendo beneficios para la salud colectiva.

. De acuerdo con lo que ya fue visto sobre el desarrollo conceptual de la salud del trabajador en las organizaciones, se puede notar que además de los aspectos legales y normas certificables referentes al tema, existen de forma intrínseca a estas legislaciones los programas conceptuales que subvencionan los aspectos de prevención, la promoción y rehabilitación de la salud laboral. Y estos programas generalmente aparecen en las empresas, de forma descentralizadas, cuando son existentes y acaban no alcanzando el éxito necesario por la falta de integración entre ellos.

De esta forma para mejor comprensión de estos programas y sistemas interrelacionados, será mostrado a seguir como ellos funcionan, aunque sea de forma segmentada, pero aun así, de forma independiente cada uno de ellos tiene su relevancia y amplitud dentro de cada tema, que de forma directa o indirecta traen un impacto a la salud laboral y por lo tanto necesitan ser estudiados y gerenciados.

En esta etapa del estudio de los aspectos organizacionales, estos programas de gestión: ambiental, riesgos ocupacionales y salud ocupacional serán vistos de una forma independiente, cuidando momentáneamente una mejor comprensión del asunto.

#### 2.4.3.2 Programa de Gestión Ambiental

Referente al programa de gestión ambiental para las empresas, Xavier y otros (2008), argumentan que la sustentabilidad corporativa debe ser vista como un buen negocio. Muchas veces, la cuestión social y ambiental de una empresa es tratada por ella misma de una forma obligatoria y distante de las demás dimensiones de la organización. Más de lo que la adopción de los conceptos sociales de forma institucional, el mercado viene probando que estos deben estar relacionados a la estrategia de la empresa.

Según la teoría de *Triple Bottom Line*, la performance de una empresa deberá ser medida por la evaluación de la contribución de esta, en tres puntos: crecimiento económico, protección ambiental y apoyo a la comunidad y equidad. De un modo más amplio, el término es utilizado para definir el conjunto de valores, asuntos y procesos que las empresas deben tener en cuenta de modo para minimizar los daños resultantes de sus actividades y de modo para crear un valor económico, social y ambiental (Xavier y otros, 2008, p.7).

La política ambiental de una organización es la que irá a definir su programa de gestión ambiental. Y como las organizaciones poseen sus diferentes actividades dentro del contexto del registro nacional de actividades económicas, cabe a cada empresa establecer su política de gestión ambiental y su respectivo programa de control. Por eso, Xavier y otros (2008, p.8), definen de forma conceptual algunas directrices básicas, de las cuales las organizaciones deben mantener en sus planes, programas y políticas relacionados a la gestión ambiental corporativa:

Educar, capacitar y comprometer los trabajadores con las cuestiones de SMS, envolviendo distribuidores, comunidades, órganos competentes, entidades representativas de los trabajadores y demás partes interesadas;

Estimular el registro y tratamiento de las cuestiones de SMS y considerar, en los sistemas de consecuencia y reconocimiento, el desempeño en SMS;

Actuar en la promoción de la salud, en la protección del ser humano y del medio ambiente mediante la identificación, el control y el monitoreo de riesgos, adecuados a la seguridad de los procesos a las mejores prácticas mundiales y manteniéndose preparada para las emergencias;

Asegurar la sustentabilidad de proyectos, emprendimientos y productos a lo largo de su ciclo de vida, considerando los impactos y beneficios en las dimensiones: económica, ambiental y social;

Considerar la ecoeficiencia de las operaciones y productos, minimizando los impactos adversos inherentes a las actividades de la industria.

#### 2.4.3.3 Programa de Gestión de Riesgos

Para Korf y Goellner (2011), los resultados de un estudio de análisis y evaluación de riesgos para la prevención y reducción de accidentes constituyen una etapa de un programa de gerenciamiento de riesgos (PGR). Un programa de gerenciamiento de riesgos es una herramienta que debe ser implementada en actividades de instalaciones industriales que sean vulnerables a los accidentes a lo largo de su vida útil. Las etapas del PGR pueden ser divididas en: identificación y evaluación de riesgos, calificación, monitoreo y control. El PGR

tiene el objetivo de desarrollar una sistemática dirigida para el establecimiento de directrices, que sirvan como orientaciones generales de gestión, en el sentido de la prevención de accidentes, bien como el atendimento de emergencias.

Referente a las directrices para la elaboración del PGR, el modelo presentado por Korf y Goellner (2011,p.4), comprende las siguientes fases:

*Presentación:* debe ser presentada la esencia de un PGR, justificada la importancia de su implantación en instalaciones industriales y detalladas las finalidades como los objetivos y metas a ser alcanzados.

*La determinación de responsabilidades y atribuciones:* para la implantación del PGR es necesario designar responsabilidades y atribuciones a un equipo. La estructura organizacional del PGR deberá ser montada y deben ser relacionadas todos los equipos y determinación de los responsables por la implementación de cada uno de los elementos del PGR (un flujograma que presente la estructura organizacional del PGR es fundamental para mostrar el orden de los equipos responsables por la implementación y la ejecución del PGR). Se recomienda en esta etapa la elaboración de un cuadro que relacione el equipo, y los componentes responsables en los diferentes horarios de funcionamiento de la empresa. Además de eso, deberán ser designadas y detalladas las atribuciones para cada uno de los componentes funcionales de la estructura organizacional.

*Caracterización de la Instalación:* en esta etapa deberá ser caracterizada la instalación, detallando las siguientes informaciones:

- a) La localización de la Instalación;
- b) La visión de mercado y el área de actuación de la Empresa;
- c) La forma detallada de todas las líneas de los procesos productivos, presentando las operaciones unitarias envueltas y los procedimientos operacionales;
- d) La forma detallada de los sectores de apoyo al proceso productivo de la industria;
- e) La presentación del flujograma de las líneas del proceso productivo y los sectores de la empresa;
- f) La presentación de la vista aérea del emprendimiento y de la planta baja presentando la localización de las líneas y sectores de apoyo;
- g) La presentación del diagnóstico ambiental de la empresa, detallando: los sectores de medio ambiente y la seguridad del trabajo en la estructura organizacional de la empresa; las acciones de seguridad, el medio ambiente y el control ambiental de la polución en el proceso productivo y los sectores de apoyo;
- h) La caracterización de la región alrededor de la instalación en un diámetro mínimo 1000 m, acompañada de cartas, mapas, plantas y fotografías aéreas, las cuales indiquen: la representación del alrededor en el mediourbano, el detalle o la descripción de la zona municipal en términos de la regiones residenciales existentes, la presencia de otras industrias, las áreas rurales, etc. Y el detalle del área de la industria en la zona del plano director municipal; en caso de área residencial, cuantificar la existencia de las unidades residenciales, de comercio, prestación de servicio, entre otras; el detalle del mediofísico indicando la

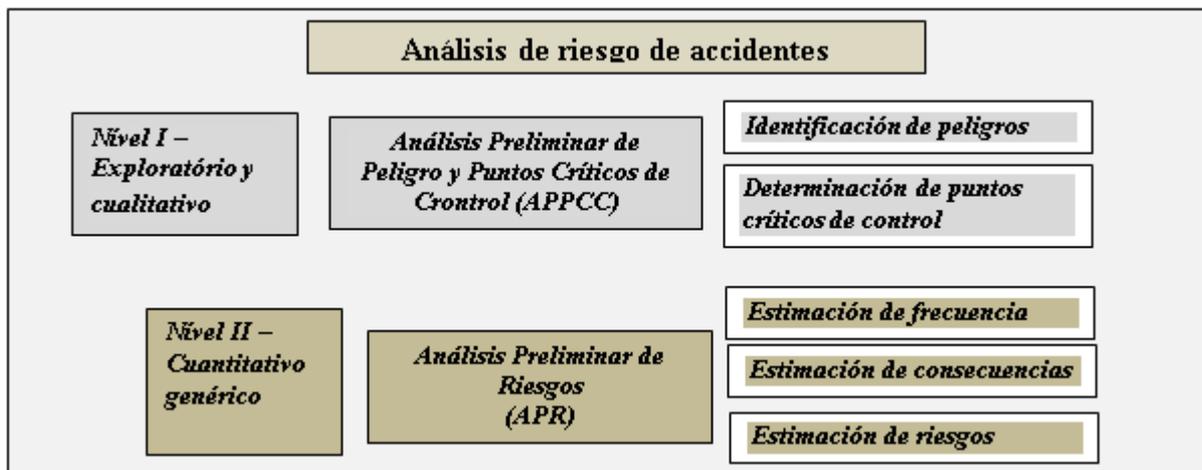
presencia de los cuerpos hídricos superficiales y su localización en bacías hidrográficas específicas, pozos de abastecimiento de agua subterránea, áreas de preservación, presencia de nacientes, las unidades de conservación, el uso del suelo, el relevo existente y las características del suelo.

*El Análisis de riesgos de accidentes:* esta etapa es compuesta por dos niveles de análisis: nivel 1: exploratorio y cualitativo y nivel 2: la evaluación cuantitativa genérica.

Nivel 1: este nivel compone una técnica de carácter exploratorio y cualitativo, la cual constituye un análisis preliminar de peligro y puntos críticos de control (APPCC). Debe ser aplicado un inventario en la planta industrial, identificando en cada línea del proceso productivo o sector, los peligros envueltos y para cada uno de ellos, los puntos críticos de control.

Nivel 2: en este nivel, para cada peligro y punto crítico identificado, se debe aplicar la metodología cualitativa o cuantitativa genérica de análisis preliminar de riesgos (APR). Para el análisis debe ser realizada la estimativa de la frecuencia y la estimativa de consecuencias, para, poner fin, realizarse la estimativa de riesgos, conforme está demostrado en la figura diez.

**Figura 10**  
**Etapas de análisis de riesgo**



Fuente: Korf y Goellner (2011)

*Gerenciamiento de riesgos de accidentes:* a partir del análisis de riesgo realizado, el gerenciamiento de los riesgos de accidentes deberá ser realizado por priorización, desde la categoría de riesgo “crítica” hasta la categoría “despreciable”. Debe ser elaborado un cuadro estableciendo la orden de prioridad para el control de acciones en cada PCC y la indicación de los tipos de acciones de control que deben ser elaboradas, designadas como acciones preventivas y acciones de emergencia, cuya orden de prioridad que debe ser utilizada debe ser correlacionada con las categorías de riesgo.

*Plano de prevención de riesgos de accidentes:* el plano de prevención de riesgos de accidentes debe considerar el detalle de todas las necesidades de acciones preventivas apuntadas para cada peligro y PCC, en la tabla de gerenciamiento de riesgos. La estructura

del plano deberá presentar: a) Los escenarios considerados, el área de abarque y las limitaciones; b) los recursos humanos y materiales necesarios; c) las medidas de control, la reducción y prevención de riesgos.

*El Plano de acción de emergencia (PAE):* el plano de acción de emergencia debe considerar el detalle de todas las necesidades de acciones apuntadas para cada peligro y PCC, en la planilla de gerenciamiento de riesgos. La estructura de plano deberá presentar: a) Los escenarios considerados, el área de cobertura y limitaciones; b) el centro de control de emergencia y estructura organizacional; c) los recursos humanos y materiales; d) el flujograma de acciones; e) las acciones de respuesta f) los entrenamientos y simulaciones; la comunicación; h) la investigación de accidentes

*El plano de monitoreo de la salud ocupacional:* el plano de monitoreo de la salud ocupacional debe considerar todo el monitoreo de todos y cualquier agente de peligro capaces de causar disturbios a la salud del trabajador, debido a su exposición con característica crónica, o sea, la cual se caracteriza por la exposición a las bajas dosis y por evidencia de sistemas de largo plazo. La estructura del plano deberá presentar: a) Los escenarios considerados; b) Las acciones de monitoreo.

*El registro, evaluación, mantenimiento y comunicación:* en este ítem deben ser presentadas las formas de registro para todas las acciones desarrolladas dentro de la empresa con relación al PGR. También deberán ser establecidos los procedimientos de registro de todos los accidentes ocurridos y este registro debe ser conducido a la evaluación. Los procedimientos de evaluación deberán presentar acciones que serán ejecutadas durante el registro y evaluación de accidentes y por acciones de revisión o mantenimiento que deben ser ejecutadas periódicamente de modo para realizar mejoras, alteraciones y correcciones al PGR. Los documentos generados y toda la composición del PGR, mientras que en el plan y las actividades de implantación deberán poseer un control interno y externo de modo que sirva para preservar los documentos originales, copias controladas y no controlada y el número de copias existentes. Los procedimientos de comunicación deberán presentar y definir la forma de abordaje de informaciones relativas a la PGR tales como: las acciones preventivas y de emergencia realizadas, entrenamientos y simulaciones, etc. Además de eso, la comunicación deberá servir como herramienta de implantación del PGR, explicando sobre su funcionamiento. Las formas de comunicación podrán tener un abarque interno y externo.

Referente al proceso de Gestión de riesgos en las empresas, Korf y Goellner (2011) referenciando Dias (2001), argumentan que los peligros, asociados al potencial de causar daños en las instalaciones industriales y a la salud del trabajador, pueden ser caracterizados por la existencia de agentes: físicos, químicos, biológicos, ergonómicos o psicosociales y mecánicos o de accidentes, tal como presentado en el cuadro siete. Y todos esos agentes están asociados a un factor de riesgo, lo cual expresa la posibilidad de ocurrencia de un dado peligro. El riesgo de accidentes, es por lo tanto, expresado con relación a la frecuencia o a probabilidad de la ocurrencia de un peligro y a la magnitud.

El problema de los accidentes ambientales y ocupacionales puede ser analizado desde dos puntos: la magnitud y las características de ocurrencia. El primero revela graves consecuencias al medio ambiente y a la seguridad humana y el segundo presenta como causa principal de ocurrencia, las actividades industriales.

El inventario de peligros y puntos críticos de control puede ser realizado através de la realización de diversas visitas de cuño técnico en cada proceso o sector de la empresa. Para cada operación unitaria de las líneas del proceso productivo y para cada sector de apoyo deben ser identificados peligros inherentes a la instalación que pueden ser causados por agentes de naturaleza: física, química, biológica, ergonómica, mecánica y de accidentes. A partir del inventario de peligros, deben ser relacionados los puntos críticos de control (PCC), que son puntos de cada proceso o sector en los cuales deben ser establecidas las acciones de control. Korf y Goellner (2011, p.6)

**Cuadro 7**  
**Agentes causantes de peligros en instalaciones**

<b>Agente</b>	<b>Descripción</b>
<b>Físico</b>	Calor
	Frio
	Radiaciones Ionizantes
	Radiaciones no – ionizantes
	Vibraciones
	Humedad
	Presiones anormales
	Ruído
	Calor
<b>Químico</b>	Polvo
	Humo
	Humos Metálicos
	Humo Blanco
	Neblinas
	Vapores Orgánicos
	Gases inertes
	Gases/vapores ácidos
	Gases/vapores alcalinos
	Gases/vapores organometálicos
	Manipulación de sustancias químicas
<b>Biológico</b>	Virus
	Hongos
	Protozoários
	Bactérias
<b>Ergonómicos y Psico-sociales</b>	Trabajos físicos pesados
	Posturas inadecuadas e incómodas
	Ritmos excesivos
	Monotonía

	Trabajo en turnos
	Jornada prolongada
	Conflictos
	Remuneración por productividad
	Arreglo físico inadecuado
	Máquinas sin protección
	Instalaciones eléctricas inadecuadas y desprotegida
	Herramientas inadecuadas
<b>Mecánicos y de Accidentes</b>	Piso/escalón resbaloso o irregular
	Equipos e instrumentos pérfurocortantes
	Equipos con gases comprimidos

Fuente: Korf y Goellner (2011)

Según Rego (2005), el Análisis de Riesgos es el proceso que determina el impacto que un riesgo puede tener (consecuencia) y la probabilidad de su ocurrencia. El Análisis de Riesgos envuelve la consideración de las fuentes de riesgo, de sus consecuencias y de la probabilidad de tales consecuencias ocurrir.

*El análisis de la probabilidad de ocurrencia* de un evento, será conocida a través del análisis e integración de tres factores: probabilidad/frecuencia, control del aspecto/peligro y requisitos legales asociados al aspecto/peligro. La tabla de control del aspecto/peligro fue adaptada de conceptos de la BS 8800 y la tabla de requisitos legales fue creada a partir de los conceptos de la ISO 14001 y OHSAS 18001.

La Frecuencia de exposición al peligro evalúa lo cuanto las personas interactúan o están expuestas al agente o a la situación peligrosa. Según los preceptos de la OHSAS 18001 e ISO 14001, los peligros/aspectos, serán analizados en las situaciones de régimen normal de operación y para situaciones de emergencia. En el cuadro ocho, son presentados, la puntuación y ejemplos relativos a la frecuencia de ocurrencia (Probabilidad) del aspecto/peligro, para las respectivas situaciones de emergencia.

**Cuadro 8**  
**Frecuencia de ocurrencia del peligro**

CATEGORIA		PROBABILIDAD	DESCRIPCIÓN	PUNTOS
A	Extremamente Remota	< 1 en 10 <sup>6</sup> años	Conceptualmente posible, pero extremadamente improbable de ocurrir durante la vida útil del emprendimiento. No hay referencias históricas de que esto haya ocurrido.	1
B	Remota	1 en 10 <sup>4</sup> años 1 en 10 <sup>6</sup> años	No esperado a ocurrir durante la vida útil del emprendimiento, apesar de ya poder haber ocurrido en algún lugar en el mundo.	2
C	Poco Probable	1 en 10 <sup>2</sup> años 1 en 10 <sup>4</sup> años	Posible de ocurrir hasta una vez durante la vida útil del emprendimiento.	3

D	Probable	1 por año 1 en 10 <sup>2</sup> años	Esperado ocurrir pocas veces durante la vida útil del emprendimiento.	4
E	Esperado	> 1 por año	Esperado ocurrir muchas veces durante la vida útil del emprendimiento.	5

*Fuente: N-2782 –Criterios para la aplicación de técnicas de evaluación de riesgos. Adaptación: Miranda (2005)*

Dentro de la proposición de Rego (2005), de acuerdo con la evaluación de la probabilidad del aspecto y severidad del impacto, la norma BS 8800 recomienda, que los controles asociados a los aspectos/impactos del proceso/tarea deben ser evaluados, considerándose la eficacia y consecuencia de las fallas, para que sea determinada la significación del riesgo. Los controles disponibles (cuadro nueve) asociados a los aspectos/peligros evalúan la extensión de la protección o prevención proporcionada por el control adoptado al aspecto/peligro del proceso, y su eficacia.

**Cuadro 9**  
**Control asociado a los aspectos/peligros**

CONTROL	DESCRIPCIÓN	PUNTUACIÓN
Deficiente	- Si no existe ningún ítem de control que posibilite reducir o eliminar la probabilidad de ocurrencia del aspecto; o si existe un ítem de control, pero que su falla venga a provocar la potencialización del aspecto.	<b>2</b>
Razonable	- Si existe algún ítem de control que posibilite reducir o eliminar la probabilidad de ocurrencia del aspecto, y si la eficacia del ítem de control dependa del factor humano, no eliminado y ni reduciendo totalmente el aspecto.	<b>1</b>
Eficaz	- Si existe algún ítem de control que posibilite reducir o eliminar la probabilidad de ocurrencia del aspecto, y si la eficacia del ítem de control no dependa del factor humano, eliminando o reduciendo el aspecto.	<b>0</b>

*Fuente: BS 8800 (2004). Adaptación: Miranda (2005)*

Los requisitos legales asociados a los aspectos/peligros evalúan la existencia de demanda de un requisito legal asociado a los aspectos/peligros del proceso y aún si el ítem de control relativo al aspecto/peligro está adecuado al requisito legal asociado.

El análisis de las consecuencias es representada por las variables a ser analizadas y que representan la característica del daño ocurrido: severidad, control del impacto/daño y requisitos legales asociados al impacto/daño.

La evaluación es hecha de forma cualitativa a partir de la aplicación de la tabla de análisis de la severidad de la Norma N-2782- Criterios para la aplicación de técnicas de evaluación de riesgos, la tabla de control del impacto/daño fue adaptada a través de la aplicación de conceptos de la BS 8800 y la tabla de requisitos legales fue creada a partir de los conceptos de la ISO 14001 y OHSAS 18001.

En la construcción de esta etapa, la consecuencia es evaluada a partir de la suma de los valores atribuidos a cada situación, considerándose tres variables: severidad del impacto, controles del impacto/daño y requisitos legales del impacto/daño, donde la severidad del impacto (del daño o enfermedad potencial) evalúa la posible consecuencia en el individuo, en las instalaciones y en el medio ambiente, conforme demostrado en el cuadro diez.

**Cuadro 10**  
**Severidad del impacto**

Categorías de Severidad		Descripción/ Características			Puntos
		Seguridad Personal	Seguridad de las Instalaciones	Medio Ambiente	
I	Despreciable	No ocurren lesiones/muertes de los empleados o del público externo (industrias y comunidad); lo máximo que puede ocurrir son casos de primeros auxilios o simples tratamiento médico.	Sin daños o daños insignificantes a los equipos o instalaciones.	Sin daños al medio ambiente	1
II	Marginal	Lesiones leves en los empleados.	Daños leves a los equipos o instalaciones (los daños son controlables y/ o de bajo costo de mantenimiento) .	Daños al medio ambiente debido a emisiones directas de hasta 8 m <sup>3</sup> de aceite en cuerpos hídricos.	2
III	Crítica	Lesiones de gravedad moderada en empleados o en el público externo (probabilidad remota de muerte). Lesiones leves en público externo.	Daños severos a equipos o Instalaciones.	Daños al medio ambiente debido a emisiones directas entre 8 m <sup>3</sup> y 200 m <sup>3</sup> de aceite en cuerpos hídricos	3
IV	Catastrófica	Provoca muerte o lesiones graves en una o más personas (empleados o en el público externo).	Daños irreparables a equipos o instalaciones (reparación lenta o imposible)	Daños al medio ambiente debido a emisiones directas mayores que 200 m <sup>3</sup> de aceite en cuerpos	5

*Fuente: N-2782 - Criterios para aplicación de técnicas de evaluación de riesgos*

Aún en la proposición de Rego (2005), la evaluación del riesgo será hecha a partir de la clasificación del riesgo según el análisis ya realizado de los factores de probabilidad de ocurrencia y de severidad del impacto. Esa clasificación será realizada a través de una matriz, cuyos valores son obtenidos por el producto de los valores resultantes del análisis de la probabilidad y de la severidad. La evaluación del riesgo será hecha a través de las fajas de clasificación, en la cual será consolidada la matriz de clasificación del significado del riesgo, conforme es presentado en el cuadro once.

Definir la tolerancia del riesgo, significa determinar la clase de significado del riesgo a partir de la cual la organización va a invertir esfuerzos y recursos para adoptar las acciones de prevención o protección. Por lo tanto, la tolerancia es obtenida a partir de la matriz de clasificación del riesgo, donde es determinado el significado del riesgo.

O sea, verificar la tolerancia del riesgo según Rego (2005), representa verificar la clase del significado del riesgo evaluado en cada proceso y tarea organizacional y comparar con el nivel de tolerancia del riesgo definido por la organización. Si el riesgo es tolerable, debe ser registrado en el sistema para solo consulta y apenas monitoreado por el gerente del sistema. Sin embargo, si el riesgo no es tolerable, debe ser registrado en el sistema con la debida clase de significado y debe seguir el tratamiento necesario, que deberá ser efectuado por el administrador de la organización.

**Cuadro 11**  
**Matriz de clasificación del riesgo**

		Probabilidade de ocorrência							
Severidade do impacto	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2	2	4	6	8	10	12	14	16	18
3	3	6	9	12	15	18	21	24	27
4	4	8	12	16	20	24	28	32	36
5	5	10	15	20	25	30	35	40	45
6	6	12	18	24	30	36	42	48	54
7	7	14	21	28	35	42	49	56	63
8	8	16	24	32	40	48	56	64	72
9	9	18	27	36	45	54	63	72	81

Fuente: Adaptado por Miranda (2005)

**Cuadro 12**  
**Clasificación del significado del riesgo**

Clasificación de Significancia	
Ate 10	Trivial
De 11 ate 30	Tolerable
De 31 ate 50	Moderado
De 51 ate 70	Sustancial
De 71 ate 81	Intolerable

Fuente: Adaptado por Miranda (2005)

El proceso de tratamiento de riesgos, según Rego (2005) referenciando De Cicco y Fantazinni (1985), viene a ser las acciones realizadas para la prevención (eliminación o reducción del riesgo) o financiamiento del riesgo a través de la retención (autoadopción o autoseguro) y de la transferencia (sin seguro o a través del uso del seguro).

Conforme determina la norma AS/NZS 4360, el tratamiento de riesgos envuelve la identificación de diversas opciones, el análisis y la evaluación de esas opciones, y la preparación e implementación de planes de tratamiento de riesgos.

En la etapa posterior que es el del análisis y selección de las opciones de tratamiento de riesgos, se recomienda una previsualización del riesgo, con el fin de establecer un análisis inicial de las acciones de control que irán a subsidiar la respectiva priorización dentro de cada gerencia. Para mejor comprensión de esta etapa, sigue la propuesta de Rego (2005) basada en la norma BS 8800 demostrado en el cuadro trece:

**Cuadro 13**  
**Análisis inicial de control - BS 8800**

CLASE DE SIGNIFICANCIA DE RIESGO	ACCIÓN DE CONTROL
RIESGO TRIVIAL	- No significativo.- Los registros de identificación y de evaluación deben ser mantenidos. - Los controles identificados en la evaluación inicial deben ser mantenidos.
RIESGO TOLERABLE	- Ningún control adicional es necesario. Se puede considerar una solución más económica o la mejor, pero que no tenga costo extra. El monitoreo es necesario para estar seguro que los controles son mantenidos.
RIESGO MODERADO	- Evaluar la necesidad de aplicación de técnicas de evaluación de riesgos definidas en la N-2782. Deben ser hechos los esfuerzos para reducir el riesgo, pero los costos de prevención deben ser medidos y limitados con cuidado. Las medidas de reducción de riesgo y deben ser hechas en un período de tiempo definido.
RIESGO SUSTANCIAL	- Evaluar la necesidad de aplicación de técnicas de evaluación de riesgos definidas en la N-2782. El trabajo no debe ser iniciado hasta que el riesgo no tenga sido reducido. Podrán ser usados recursos para reducir los riesgos. - Cuando el riesgo envolver trabajo y ejecución, se debe tener una acción urgente.

RIESGO INTOLERABLE	- Evaluar la necesidad de aplicación de técnicas de evaluación de riesgos definidas en la N-2782. El trabajo no debe ser iniciado hasta que el riesgo no sea reducido. Si no es posible reducir el riesgo, aunque usando recursos ilimitados, debe ser prohibido el trabajo.
--------------------	--

Fuente: Adaptado por Rego (2005)

En la visión de la OMS, el ambiente físico de trabajo consiste en el local compuesto por: maquinaria, muebles, productos, sustancias químicas, materiales y procesos de producción en el local de trabajo. Estos factores pueden afectar la seguridad y la salud física de los trabajadores, bien como su salud mental y su bienestar. Generalmente encontramos en estos ambientes los siguientes tipos peligrosos:

- Peligros químicos: solventes, pesticidas, amianto, sálica, humo de cigarro;
- Peligros físicos: ruidos, radiaciones, vibraciones, calor excesivo, nano partículas;
- Peligros biológicos: hepatitis B, malaria, HIV, tuberculosis, mofo, falta de agua potable, baños e instalaciones sanitarias;
- Factores de riesgo ergonómicos: procesos que exigen fuerza excesiva, posturas no confortables, tareas repetitivas, levantamiento de objetos pesados;
- Peligros mecánicos: peligros ofrecidos por las máquinas relacionadas a engranajes, guindastes, empolladuras;
- Peligros relacionados a la energía: Peligros de los sistemas eléctricos, caídas en alturas;
- Peligros relacionados a la conducción de vehículos en tormenta de nieve o de lluvia, o aún, conducir vehículos en el cual no posee experiencia o que no tenga un mantenimiento adecuado.

La OMS comenta que existen formas de controlar el ambiente físico de trabajo, de forma que los peligros sean identificados, examinados y controlados, a través de una secuencia de procesos:

*La eliminación o sustitución:* una fábrica puede optar por sustituir el benceno, una sustancia cancerígena poderosa, por otra sustancia química menos tóxica. Un escritorio puede eliminar el peligro de conducir vehículos en condiciones peligrosas por medio de teleconferencias.

*Los controles de ingeniería:* incluyen la instalación de dispositivos de seguridad y protecciones en máquinas, la instalación de sistemas de exhausto para la remoción de gases tóxicos, de aislamiento de ruido. En servicios de salud, la instalación de sistemas de descarte de agujas y dispositivos de elevación de pacientes.

*Los controles administrativos:* los empleadores pueden garantizar la limpieza de los ambientes de trabajo, entrenar a los trabajadores en procedimientos operacionales seguros, realizar el mantenimiento preventivo en máquinas y equipos; adoptar la política de ambientes libres del humo.

*Los Equipos de protección individual:* pueden incluir los respiradores para los profesionales que trabajan con polvo; máscaras, guantes para los profesionales de salud, cascos y botas de seguridad para los que trabajan en la construcción.

#### 2.4.3.4 La Estrategia de Recursos Humanos

Para Chiavenato (2010), para conocer una organización es necesario evaluar su cultura organizacional, pues es ella que constituye un modo particular de ser de la empresa y también es responsable por reflexionar el comportamiento de todos los trabajadores dentro del local de trabajo. La cultura organizacional puede de esta forma, venir a impactar, en las decisiones, en las atribuciones de sus funcionarios, su ambiente físico y en las formas de pérdidas y ganancias.

Para Silveira (2013), el comportamiento de todos los individuos y grupos en la organización es influenciado por la cultura organizacional, así como, sus decisiones, formas de relaciones, etc. De esta forma es imposible hablar de cultura organizacional sin hablar del clima organizacional, pues la cultura influencia el comportamiento de todos los individuos en la organización, impactando en: decisiones, recompensas, pérdidas, en la comunicación, en las atribuciones de los empleados y en las formas de las relaciones. Siendo así, ambos, clima y cultura son elementos complementares dentro de las organizaciones.

De lo que se refiere al clima organizacional, Silveira (2013), afirma también que, el clima puede ser bueno, perjudicado o malo. Alegría, confianza, dedicación, satisfacción, motivación y comprometimiento por parte de los empleados, son características de un clima bueno, mientras que el clima es perjudicado o malo cuando es influenciado por algunas variables organizacionales que pueden afectar de forma negativa y duradera el ánimo de los empleados, generando tensiones, conflictos, desinterés, desunión, entre otros problemas.

La organización para tratar el clima frente a la cultura organizacional necesitará de estrategias que determinen el camino correcto a seguir. A partir de allí, una de las herramientas de gestión administrativa aplicada es el planeamiento estratégico, que proporciona de forma ajustada algunos beneficios potenciales, tales como: la promoción de pensamientos y acciones estratégicas; el aumento del desempeño; la consistencia en el propósito de las acciones; la mejora del aprendizaje organizacional y personal, en la toma de decisiones.

Según Fischmann y Almeida (1996), el planeamiento estratégico se comprende en una técnica aplicada por medio del análisis del ambiente organizacional, que crea la consciencia de las oportunidades y amenazas de la organización, bien como establece el propósito que la empresa deberá seguir para aprovechar las oportunidades y evitar sus riesgos. Se puede decir que el planeamiento incluye habilidades cognitivas y sociales, donde su configuración depende de los objetivos, del estilo de la administración, de la cultura organizacional y de los procesos administrativos de la organización.

El planeamiento estratégico es fundamental para el comportamiento de la organización, en un mundo dinámico y competitivo, donde puede ser representado por la misión organizacional, por la visión del futuro y por los objetivos principales de la organización. Según Chiavenato (2010), la misión y la visión son elementos básicos, con los cuales las organizaciones definen sus objetivos, y formulan las estrategias organizacionales, que a su vez, buscan la realización de la misión y de los objetivos de la empresa, derivados de la visión de la organización. Los valores organizacionales son las creencias sobre lo que es o no es importante, y sobre lo que puede y no puede ser hecho. También están relacionados: los valores que las organizaciones priorizan, como patrones orientadores del comportamiento.

Según Silveira (2013), el resultado del planeamiento estratégico dará forma a la cultura organizacional. Siendo así, las características propias de cada empresa nacen de las estrategias adoptadas por sus administradores, que buscan mantener la organización. Y las personas tienen que estar de acuerdo con esos preceptos, los que se van internalizando, formando una posición de aquello que se tiene.

Es decir que, análogamente se verifica que la cultura organizacional pasó a ser visualizada como una cuestión estratégica dentro de una organización, una vez que busca obtener la identificación de los trabajadores, haciendo con que ellos incorporen los objetivos de la organización, facilitando el empeño de los funcionarios delante de la implementación de un plan estratégico.

Para Silveira (2013), la cultura organizacional y el planeamiento estratégico son conceptos complementarios en las organizaciones de trabajo. Cada uno con su propósito esclarecen el negocio y reflexionan lo que las organizaciones poseen de mayor valor, las personas. Delante de la dinámica organizacional es imposible hablar del reflejo de algún proceso sobre las personas que componen la organización y no hablar de salud del trabajador. Por eso se percibe que el trabajo se puede convertir en muchas veces, en una fuente de insatisfacción y sufrimiento, sin embargo, una vez que el propio trabajador puede crear defensas para evitarlo, convertirse un efecto individual, o sea, sufrir los efectos colectivos, pero a medida que el trabajador actúe con esta situación depende de su individualidad, subjetividad y del momento por el cual está viviendo. La psicología insertada en las organizaciones de trabajo busca tornar lo que es sufrimiento en placer, o sea, empoderar el sujeto para actuar tanto con el sufrimiento, como con la satisfacción en el trabajo.

Según Alves (2011), el planeamiento estratégico es fundamental para la implementación de las acciones y programas de QVT. Estos envuelven diagnósticos e implantación de mejoras, innovaciones gerenciales, innovaciones tecnológicas y estructurales dentro y fuera del ambiente de trabajo, visando propiciar condiciones plenas de desarrollo humano para la realización del trabajo. El diagnóstico puede ser realizado para un levantamiento de las condiciones relacionadas a la empresa y sus recursos asociados.

En la visión de Mallach (1999) referenciado por Alves (2011), cabe a los profesionales especializados en la salud de los trabajadores procurar formas, guiadas por la

legislación y fundamentación científica, para que haya la aceptación y cambio de concepto de las empresas. Sin embargo, en el caso de la imposibilidad de implantar grandes acciones, hay la posibilidad de ponerse en práctica dos grandes valores básicos con comprobación científica, que pueden ser desarrollados dentro de las empresas y que no generan ningún costo y que promueven también la calidad de vida de los trabajadores, proporcionando el autoestima y la empatía, revertiendo o amenizando un cuadro clínico de desgaste físico e emocional.

Según Alves (2011), se puede verificar una diversidad de acciones y programas implantados por grandes empresas que tuvieron resultados positivos y que se han convertido en referencias, tomadas como modelos de conducta. Así, el cuadro catorce presenta algunas de estas acciones estratégicas en CVT.

**Cuadro 14**  
**Acciones y/o programas de promoción de la CVT y sus resultados.**

Acciones/Programas	Principales resultados observados
Ejercicios físicos	Aumentan la disposición y satisfacción de los trabajadores, aumentan la tolerancia al estrés, la reducción del absentismo, mejora de las relaciones interpersonales, la reducción de los accidentes de trabajo, la reducción de los gastos médicos.
Entrenamiento y desarrollo de los trabajadores	Aumento del capital intelectual, perfeccionamiento de las actividades, satisfacción profesional, aumento de la productividad.
Ergonomía	Aumento del desempeño en las actividades, la reducción de los accidentes de trabajo
Gimnastica Laboral	Prevención y rehabilitación de enfermedades ocupacionales, la prevención de accidentes de trabajo, la mejor integración entre los trabajadores, la disminución del absentismo, el aumento de la productividad.
Beneficios	Motivación, satisfacción profesional, satisfacción de las necesidades personales, aumento de la productividad.
Evaluación del desempeño	Aumento del desempeño del trabajador, aumento de la productividad, aumento de la satisfacción profesional.
Higiene y seguridad del trabajo	Genera un ambiente más saludable, Prevención de riesgos a la salud, disminución de los accidentes de trabajo, disminución del absentismo y rotación del personal, aumento de la productividad.
Estudio de cargos y salarios	Mejora la administración de los recursos humanos, aumento de la motivación y satisfacción de los trabajadores y aumento de la productividad.
Control de alcohol y drogas	Reducción de riesgos, mejora en la seguridad operacional y de la salud de los Trabajadores, mejora en el auto estima , disminución de los accidentes de trabajo y absentismo
Preparación para la jubilación	Motivación, satisfacción profesional, aumento del autoestima, mejora en la relación interpersonal, descubrimiento de nuevas habilidades y competencias, beneficios en la vida social y familiar del trabajador.
Orientaciones nutricionales	Disminución de la obesidad, cambio en el comportamiento de riesgo, aumento del desempeño y disposición, aumento de la productividad
Terapias alternativas	Aumento de la tolerancia al estrés, mejora en el las relaciones interpersonales, aumento de la productividad.
Musicoterapia	Aumento del autoestima, aumento del desempeño profesional, mejora en las

	relaciones interpersonales, aumento de la tolerancia al estrés, prevención de enfermedades.
Antitebaísmo	Aumento del autoestima, aumento del desempeño y disposición, Prevención de enfermedades.

*Fuente: Alves (2011)*

Según Alves (2011), la implementación en las organizaciones de programas de bienestar a los trabajadores aún enfrentan muchos desafíos a ser vencidos. Uno de ellos, es la cultura y la mentalidad de las empresas, que tienen un papel fundamental en la implementación de acciones y/o programas de esta naturaleza. La busca por la salud y el bienestar de los trabajadores, no puede ser considerada como un costo en las finanzas de las empresas, una vez que los costos con impedimentos y acciones de trabajo son mayores que una medida preventiva. Cada empresa debe hacer su parte para el cambio cultural de las prácticas de salud y de minimización de riesgos en el ambiente de trabajo, teniendo en mente de que a través de las prácticas de prevención de riesgos ocupacionales, resultará en una ganancia secundaria a la empresa. Se debe minimizar la unión entre el discurso y la práctica, de forma que estos programas no sean apenas más una moda, pero que hagan parte de un plan organizacional estratégico y no vengán a desaparecer delante de la primera dificultad a ser enfrentada. Se cree que una real inversión en la salud laboral, convertirá el trabajo más humanizado, favoreciendo un clima laboral saludable, una disminución de accidentes de trabajo, absentismos y reclamaciones de trabajadores. Pues, si es en la empresa donde los trabajadores pasan la mayor parte de sus vidas, natural sería que las transformasen en lugares más apreciados y saludables para la ejecución del trabajo.

Según Antunes (2000), citado por Alves (2011), emergen nuevos procesos de trabajo, donde el cronómetro y la producción en serie son sustituidos por la flexibilización de la producción, por nuevas normas de búsqueda de productividad y por nuevas formas de adecuación de la producción a la lógica del mercado. Se ensayan modalidades de desconcentración industrial, se procuran normas de gestión de la fuerza de trabajo, de los cuales los procesos de “calidad total” son expresiones visibles no sólo en el mundo japonés, sino también en varios países del capitalismo avanzado y del tercer mundo industrializado. El “toyotismo” penetra, se mezcla o inclusive sustituye, en varias partes el padrón taylorismo-fordismo.

La preocupación con la calidad de vida ha sido un factor de grande importancia en las organizaciones, motivo por el cual, los resultados dependen fundamentalmente de la maximización del potencial humano. Y con eso, el espacio físico debe ser un lugar donde el individuo tenga el máximo confort y pueda mensurar equilibrio entre la vida profesional y personal. Según Chiavenato (2008), no son apenas las condiciones físicas de trabajo que importan. Es necesario algo más. Las condiciones sociales y psicológicas también hacen parte del ambiente de trabajo. En el cuadro quince se visualizan los ocho factores y sus respectivas dimensiones.

**Cuadro 15**  
**Indicadores de calidad de vida en el trabajo**

CRITERIOS	INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO
Compensación Justa y Adecuada	<input type="checkbox"/> Remuneración adecuada <input type="checkbox"/> Equiparación salarial dentro de la organización <input type="checkbox"/> Equiparación salarial con el mercado de trabajo
Condiciones de trabajo	<input type="checkbox"/> Jornada de trabajo <input type="checkbox"/> Ambiente físico seguro y saludable <input type="checkbox"/> Salubridad
Oportunidad de crecimiento y seguridad	<input type="checkbox"/> Crecimiento y desarrollo personal <input type="checkbox"/> Perspectivas de aumento salarial <input type="checkbox"/> Estabilidad
Integración social en la organización	<input type="checkbox"/> Ausencia de prejuicios <input type="checkbox"/> Igualdad <input type="checkbox"/> Relaciones <input type="checkbox"/> Sentido comunitario
Constitucionalismo	<input type="checkbox"/> Derecho del trabajador <input type="checkbox"/> Privacidad personal <input type="checkbox"/> Libertad de expresión
El trabajo y el espacio total de la vida personal	<input type="checkbox"/> Estabilidad de horarios <input type="checkbox"/> Pocos cambios geográficos <input type="checkbox"/> Tiempo para placer con la familia
Relevancia social del trabajo en la vida	<input type="checkbox"/> Imagen de la empresa <input type="checkbox"/> Responsabilidad social de la empresa <input type="checkbox"/> Responsabilidad por los productos
Uso y desarrollo de la capacidad	<input type="checkbox"/> Autonomía <input type="checkbox"/> Calidad múltiple <input type="checkbox"/> Información sobre los procesos de trabajo

*Fuente: Andrada, 2010.*

En la constatación de Fernandes (1996), se verifican los esfuerzos del sistema productivo, en el cual, las áreas eran generadas de forma independiente y que desde una nueva óptica organizacional, la gestión pasa a orientarse en función de los principios básicos de la teoría de la unidad de los esfuerzos de producción. Tal direccionamiento demostró la importancia de unirse las puntas de esfuerzos que corrían paralelamente, direccionadas por la ingeniería de producción y por la gestión de recursos humanos, obedeciendo las directrices comunes en función de una integración indispensable a la consecución de sus objetivos. En este sentido, los profesionales de RH que tradicionalmente se ocupaban con “el lado humano de la empresa”, se convirtieron responsables por la optimización del factor humano en términos de su contribución a los resultados globales de las organizaciones. En las empresas que se destacan por una gestión más avanzada, parece llegar al fin la era en que los problemas de las personas son con el Sector de Personal y los problemas de producción son con el Gerente de Producción.

O sea, por otro lado, consecuentemente, se amplía la complejidad de la Administración de Recursos Humanos, que debe ejercer una función política y estratégica en

la gestión empresarial, siendo una responsabilidad de todos los jefes en todos los niveles y en todas las áreas operativas.

Dentro de este contexto, la gerencia de RH de las empresas, pasa a tener un papel importantísimo en el desarrollo de actividades que cuiden formar la base de sustentación de los programas dirigidos para la promoción de la salud de los trabajadores, permitiendo el mantenimiento de los procesos de mejora continua a través de la educación y del entrenamiento del personal y de modo especial, un papel de agente de cambios y formador de la conciencia básica de la calidad de vida en el trabajo, a ser vivenciada en todos los niveles de la empresa. Y la mejora de la calidad de vida en el trabajo, como el apoyo a los Programas de Calidad Total, es la grande contribución que deberá ofrecer a las empresas.

Cabe resaltar que la cuestión de la productividad y de la eficiencia organizacional, colocada por las empresas como metas esenciales a su posicionamiento de mercado, ha traído consecuencias ni siempre adecuadas para el bienestar de los trabajadores. Los efectos de la administración científica, que aún hoy impera en la mayoría de las empresas, basado en la especialización de tareas, jerarquías relacionadas, el padrón de la mano de obra, representan algunos aspectos de carácter negativo: el aislamiento del trabajador en su puesto, la no identificación con el producto final, lo que causa una falta de calidad, rotación de empleados, absentismo, alienación, falta de participación y otros tantos aspectos que deben ser repensados por los administradores.

#### 2.4.3.5 Planeamiento Estratégico y *Balanced Scorecard*

Matus (1997), describe cuatro momentos básicos que rigen la Planificación Estratégica Situacional. Son momentos y no etapas porque constituyen instancias entrelazadas que se repiten constantemente y en un orden alternante, operando por predominancia de aspectos.

**Momento Explicativo:** en el cual el actor que planifica intenta explicar las causas de los problemas que enfrenta en su gestión, interrogándose continuamente sobre las oportunidades y posibilidades con que cuenta. El diagnóstico y la explicación situacional no es un monólogo del planificador, sino un diálogo entre varios actores sociales. La selección de los problemas relevantes se grafica en un flujograma situacional, procurando identificar los nudos críticos, que son núcleos explicativos sobre los que juzga, que va a poder actuar eficazmente.

**Momento Normativo:** en el cual quien planifica diseña “como debe ser la realidad” o la situación. Es el momento que la planificación tradicional, identificó con la totalidad del proceso de planificación, centrando su interés casi exclusivamente en la disponibilidad de recursos, descuidando la eficacia direccional de sus operaciones para alcanzar la situación objetivo. Es un momento dinámico orientado a explorar escenarios diversos de cálculo, relaciones sistémico, causales y estrategias disímiles. Todo plan es modular, compuesto por unidades que pueden agregarse, dimensionarse y combinarse de distinta manera, según los

objetivos perseguidos y las situaciones que se presenten, siendo la unidad modular básica la operación (aplicación de recursos o insumos a la producción de un resultado que altere la situación).

Momento Estratégico: en el cual el actor que planifica se aboca a la construcción de viabilidad del diseño normativo. Así quien planifica debe abocarse a calcular cómo sortear los obstáculos que se oponen al cumplimiento de los objetivos. Dichos obstáculos se originan en restricciones: de poder político, de recursos económicos y de capacidades organizativas e institucionales. La planificación es un cálculo que precede y preside la acción. Cálculo y acción son inseparables y los organismos “viables” en cibernética, son aquellos que no separan tajantemente las funciones de planificación y ejecución, articulando tales funciones. Para construir viabilidad se requiere reaccionar con agilidad y dinamismo ante los cambios situacionales evitando el desarrollo de una suerte de “callosidad aislante” que recubre a quienes gobiernan.

Momento Teórico-Operacional: el cálculo para la acción es el centro de este momento. Tienen como cometido orientar los pasos sucesivos y evaluarlos en relación a la situación – objetiva, no sola para corroborar la aproximación con respecto a ella, sino también, para revisarla como guía que seguirá precediendo y presidiendo los pasos siguientes. Este momento supone cuatro sub – momentos: la apreciación de la situación en la coyuntura; la pre – evaluación de las decisiones posibles; la toma de decisión y ejecución y la post – evaluación de las decisiones tomadas con la apreciación de la nueva situación.

En la visión de Gomiero (2006, p.4), el *Balanced Scorecard* (BSC) representa:

Una herramienta estratégica que viene siendo muy difundida en las pocas organizaciones que la eligieron como un instrumento ideal en la busca de la modernización de sus procedimientos y consecuentemente, en el logro de sus metas y objetivos. Es un instrumento de extrema eficacia que viabiliza, a través de la sinergia, la completa satisfacción de los clientes y empleados, además de la optimización de los procesos dirigidos al aprendizaje y al desarrollo profesional de estos últimos. Todo eso, culminando con una mejora significativa de la salud financiera de la empresa, resultado de la conexión de los incentivos proporcionados con las metas y estrategias definidas para la organización.

Kaplan y Norton (2001), definieron inicialmente el BSC como un sistema de mensuración del desempeño y posteriormente, como un sistema de gestión estratégica.

El BSC también es clasificado como un sistema de soporte a la decisión, pues pretende reunir los elementos claves para poder acompañar el cumplimiento de la estrategia. Esta definición recibe críticas pues abarca más de lo que la toma de decisión, enfocando también la comunicación de la estrategia y el *feedback* de su cumplimiento.

El BSC es una herramienta que materializa la visión y el crecimiento. Tales medidas deben ser entrelazadas para comunicar un pequeño número de temas estratégicos amplios, como el crecimiento de la empresa, la reducción de riesgos o el aumento de la productividad. El *Balanced Scorecard* es un modelo que auxilia las organizaciones a traducir la estrategia, en objetivos operacionales que direccionan comportamientos y el desempeño.

Inicialmente la propuesta de Kaplan y Norton (2006), se preocupaba por la resolución de problemas de mensuración, pues en la era de la competencia basada en el conocimiento, el factor crítico de éxito para las organizaciones es la propuesta de valor generado para los clientes y accionistas, impulsada por los activos intocables de la organización. Por lo tanto, de esta forma, las mediciones basadas solamente en la perspectiva financiera ya estaban siendo ultrapasadas y no representaban más la realidad de la propuesta de valor recibida por el cliente. Había la necesidad de medir el desempeño de los activos intocables corporativos: las habilidades, las competencias y la motivación de los empleados; los bancos de datos y las tecnologías de la información; los procesos operacionales; la innovación de productos y servicios; las relaciones con los clientes; la fidelidad de los clientes y la imagen de la organización. De allí, vino el surgimiento del BSC, como propuesta de solución para la evaluación del desempeño de un conjunto representativo asociado y equilibrado que representase los bienes intocables de la organización.

Según Kaplan y Norton (2001), como el BSC es un sistema de gestión y no apenas un sistema de medidas, el habilita las organizaciones a transformar su visión y estrategia a traducirlas en acciones. Para eso, el sistema se encuentra basado en perspectivas que envuelven la gestión del negocio y principios de ejecución que actúan como prácticas de la organización que subvencionan la implantación del BSC.

El BSC se organiza alrededor de cuatro perspectivas: financiera, del cliente, interna y de innovación y aprendizaje. El nombre *Balanced Scorecard* refleja el equilibrio entre los objetivos de corto y largo plazos; entre las medidas financieras y no financieras; entre los indicadores de tendencia y ocurrencias y entre la perspectiva interna y externa del desempeño. La figura once presenta las perspectivas del BSC.

**Figura 11**  
**Perspectivas del BSC**



*Fuente: Internet*

## 2.5 Calidad de Vida en el Trabajo

### 2.5.1 Salud y Calidad de Vida

Históricamente, se atribuye a Eric Trist (1975) y sus colaboradores que desarrollaran estudios en el Tavistock Institute, en 1950, en términos de un abordaje sociotécnica con relación a la organización del trabajo, el origen de la denominación de la Calidad de Vida en el Trabajo - CVT, para designar experiencias calcadas en la relación individuo trabajo organización, con base en el análisis y reestructuración de la tarea, con el objetivo de convertir la vida de los trabajadores menos penosa (Fernandes, p.25, 1996).

Fernandes (1996), referencia un trabajo muy significativo de Nadier y Lawler (1983), que examina la CVT a lo largo del tiempo, una vez que según los autores, la CVT pasó por diferentes concepciones, conforme se puede verificar en el cuadro dieciséis:

**Cuadro 16**  
**Evolución del Concepto de CVT**

CONCEPCIONES EVOLUTIVAS	CARACTERÍSTICAS O VISIÓN
1 - CVT como una variable (1959 a 1972)	Reacción del individuo al trabajo. Era investigado como mejorar la calidad de vida en el trabajo para el individuo.
2 - CVT como un abordaje (1969 a 1974)	El foco era el individuo antes del resultado organizacional; pero, al mismo tiempo, tendía a traer mejoras tanto al empleado como a la dirección.
3 - CVT como un método (1972 a 1975)	Un conjunto de abordajes, métodos o técnicas para mejorar el ambiente de trabajo y convertir el trabajo más productivo y más satisfactorio. CVT era visto como sinónimo de grupos autónomos de trabajo, enriquecimiento de cargo o diseño de nuevas plantas con integración social y técnica.
4 - CVT como un movimiento (1975 a 1980)	Declaración ideológica sobre la naturaleza del trabajo y las relaciones de los trabajadores con la organización. Los términos – administración participativa y democracia industrial, eran frecuentemente dichos como ideas del movimiento de CVT.
5 - CVT como todo (1979 a 1982)	Como panacea contra la competencia extranjera, problemas de calidad, bajas tasas de productividad, problemas de quejas y otros problemas organizacionales.
6 - CVT como nada (futuro)	En el caso de algunos proyectos de CVT fracasen en el futuro, no pasará de apenas un “modismo” pasajero.

Fuente: *Nadiere Lawler (1983)*

La expresión Calidad de Vida en el Trabajo, de acuerdo con Walton (1975),

referenciado en los comentarios de Fernandes (1996), ha sido usada para designar una preocupación con el rescate de “valores humanísticos y ambientales, que vienen siendo, una negligencia en favor del avance tecnológico, de la productividad y del crecimiento económico”, sin sugerir una vuelta a las antiguas prácticas de trabajo, alerta para los efectos de la automatización en la calidad de vida de los trabajadores.

La grand discusión sobre el tema CVT es que aunque la calidad de vida depende de condiciones de trabajo favorables, hay otros aspectos que pueden hacer los cargos más satisfactorios, reflejándose indirectamente en la productividad y que no dependen del aumento de costos operacionales con personal o instalaciones. Según Fernandes (1996), son factores organizacionales, ambientales y comportamentales que, técnicamente bien administrados y correctamente combinados, influyen en el proyecto de los cargos, elevando el nivel de satisfacción y de la productividad. La autora referencia aún el comentario de Werther & Davis (1983), “*esfuerzos para mejorar la calidad de vida buscan convertir los cargos más productivos y satisfactorios*”.

Se puede decir a través de la revisión de la literatura sobre el tema, que la CVT está fundamentada en cuatro pilares de sustentación: la resolución de problemas aplicada a los miembros de la organización en todos los niveles (participación, sugerencias, innovaciones, etc.); la reestructuración de la naturaleza básica del trabajo (enriquecimiento de tareas, rediseño de cargos, rotación de funciones, grupos autónomos o semiautónomos, etc.); las innovaciones en el sistema de recompensas (remuneraciones financieras y no financieras) y las mejoras en el ambiente de trabajo (clima, cultura, medio ambiente físico, aspectos ergonómicos, asistenciales).

Fernandes (1996), conceptúa la CVT como “la gestión dinámica y contingencia de factores físicos, tecnológicos y sociopsicológicos que afectan la cultura y renuevan el clima organizacional, reflejándose en el bienestar del trabajador y en la productividad de las empresas”.

Clarificando la conceptualización que la autora hace sobre CVT, se entiende como una gestión dinámica, la razón por la cual las organizaciones y las personas cambian constantemente, y es contingente puesto que depende de la realidad de cada empresa en el contexto en la que se inserta. Además de eso, poco resuelve atenderse apenas para factores físicos, pues los aspectos sociológicos y psicológicos interfieren igualmente en la satisfacción de los individuos en una situación de trabajo; sin dejar de considerar los aspectos tecnológicos de la organización que también afectan la cultura e interfieren en el clima organizacional, con reflejos en la productividad y en la satisfacción de los empleados.

Según Bauss (2010), la salud y la calidad de vida son dos temas estrechamente relacionados, hecho que podemos reconocer en nuestro cotidiano, en el cual los investigadores y científicos están totalmente de acuerdo. Esto es, la salud contribuye para mejorar la calidad de vida y esta es fundamental para que un individuo o comunidad tenga salud. En síntesis, promover la salud es promover la calidad de vida.

Para atingir un estado de completo bienestar físico, mental y social, los individuos y grupos deben saber identificar las aspiraciones, satisfacer las necesidades y modificar favorablemente el ambiente natural, político y social. La salud es, por lo tanto, un concepto positivo, que enfatiza los recursos sociales y personales, bien como las capacidades físicas. Así, no es responsabilidad exclusiva del sector de salud y va además de un de vida saludable, en la dirección de un bienestar global.

Conforme comenta Bauss (2010), de acuerdo con la Primera Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud, que originó la Carta de Ottawa, en 1986 en Canadá, la promoción de la salud es definida como:

El proceso de capacitación de la comunidad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, incluyendo una mayor participación en el control de este proceso. Para lograr un estado de completo bienestar físico, mental y social, los individuos y grupos deben saber identificar las aspiraciones, satisfacer las necesidades y cambiar favorablemente el medio ambiente. La salud debe ser vista como un recurso para la vida, y no como un objetivo de vivir. En este sentido, la salud es un concepto positivo, que enfatiza los recursos sociales y personales, bien como las capacidades físicas. Así, la promoción de la salud no es responsabilidad exclusiva del sector de salud, y va además de una vida saludable, en la dirección de un bienestar global.

Aún sobre lo que preconiza la Carta de Ottawa (1986), el incremento en las condiciones de salud requiere una base sólida de los siguientes pre requisitos básicos: paz, habitación, educación, alimentación, renta, ecosistema estable, recursos sustentables, justicia social y equidad; intitulados como condiciones y recursos fundamentales para la salud.

En esa misma perspectiva, la OMS en la Carta de Ottawa (1986), define que la salud es considerada como recurso o medio para el desarrollo social, económico y personal de un grupo social, resultante de la construcción cotidiana de las relaciones del individuo con el medio ambiente y la sociedad. Este enfoque ultrapasa el modelo tradicional, que entiende la salud como una simple ausencia de la enfermedad. Y la respectiva Carta, establece aún los campos de acción para su aplicación en los llamados países desarrollados, incluyendo: la orientación sobre la salud, creación de ambientes favorables a la salud e implementación de políticas públicas saludables.

En la visión de Wünc (1995), la promoción del trabajador tiene que fundamentarse en la complejidad de un orden sistemático, pues existen los factores sistemáticos que envuelven los accidentes laborales y que comprenden múltiples variables, tales como: técnicas de producción y de organización social del trabajo; dificultades de adaptación cultural, como, por ejemplo, del migrante cuanto al cambio brusco de actividad y a la

comprensión de un nuevo espacio de trabajo, de la ruta o de la vivienda y de las tecnologías desconocidas; el tráfico como generador de accidentes; cambios de ritmo en la actividad desarrollada y modificaciones en la rutina, escala por turno/interrupciones para el entrenamiento/fatiga (horas extras/larga distancia entre el trabajo y residencia/exceso de ruido); alimentación inadecuada; falta de opción de placer y de actividades para la ocupación del tiempo libre; polución ambiental; violencia urbana. Ese amplio conjunto de factores debe llevar a que se evite el censo común de remitir al trabajador la culpa por el accidente.

Conforme comenta Dias (1996), el binomio salud/enfermedad presupone la articulación entre las diferentes interfaces sociales y que él depende del modo de vivir, de la calidad de vida y del acceso que los individuos tienen a bienes y servicios. Al reflexionar sobre la salud, los accidentes, la enfermedad y el trabajo en la vida de los individuos y de la colectividad, se hace cada vez más difícil, hablarnos de un mundo de trabajo que pertenece exclusivamente al ámbito de la fábrica y de otro mundo externo al trabajo que se aplica al ámbito de la calle.

La reflexión sobre la salud y el trabajador en la actualidad, se constituye en el estudio de elementos que expresan la nueva configuración social, en la cual el trabajo tiene nuevos significados y determinaciones. Dias (1996), argumenta que la salud, por su vez, expresa la sinergia con las condiciones de vida y trabajo y solo puede ser pensada en su escenario en que la dimensión social no sea ocultada por diferentes mecanismos presentes en la sociedad. Por lo tanto, la dinámica de la producción, las condiciones y el modo de vida continúan siendo fuentes importantes para que se comprenda el proceso de salud, enflaquecimiento y muerte de los trabajadores.

Mendes y Wünsch (2007), en un análisis transversal de esos cambios, en los últimos treinta años, entienden que hubo un direccionamiento para una nueva jerarquía del sector, en la cual el hombre pasa a asumir la posición del sujeto de las acciones, excediendo su condición anterior de objeto en el proceso de atención a su salud. Los marcos fundamentales referentes a tales cambios fueron la realización de la VIII y de la IX Conferencias Nacionales de Salud (1986 y 1992, respectivamente) y la inserción del concepto de la salud en la Constitución Federal, eventos que evidencian una nueva relación del hombre con su medio social.

En esta época los conceptos que definían la Medicina del Trabajo y la Salud Ocupacional, no contemplaban esa complejidad y también las necesidades del área en aquel momento; de allí la importancia de aprenderse ese proceso en su totalidad, buscándose sumar esfuerzos y conocimientos para intervenir en esa realidad. A partir de los marcos de las Conferencias de Salud, mencionadas anteriormente, la salud pasó ser percibida no solo apenas por su ausencia y si como el resultante de las condiciones de alimentación, educación, salario, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, placer y libertad, acceso a la propiedad privada de la tierra y acceso a los servicios de Salud.

Mendes y Ferreira (2004), afirman que la C

VT es resultante del conjunto de acciones individuales y colectivas realizadas en las organizaciones, en el cual las condiciones, la organización y las relaciones sociales de trabajo contribuyen para el mantenimiento del bienestar del trabajador. Por condiciones de trabajo se entiende el ambiente físico, como señal, espacio, aire, luz, temperatura sonido, instrumentos, herramientas, máquinas, documentación, equipos materiales arquitectónicos, aparatos y muebles; la materia prima e información; el soporte organizacional como informaciones, suplementos y tecnologías y la política de remuneración, el desenvolvimiento de personal y beneficios. Y la organización del trabajo consiste en la división jerárquica, técnica y social del trabajo, metas, calidad y cantidad de producción esperada; las reglas formales, la misión, las normas y procedimientos; la duración de la jornada, las pausas y turnos; ritmos, plazos y tipos de presión; los controles como la supervisión, fiscalización y disciplina; la naturaleza, el contenido y características de las tareas. Las relaciones sociales de trabajo engloban las interacciones jerárquicas, las interacciones colectivas e intergrupales e interacciones externas con clientes, usuarios, consumidores, representantes institucionales y distribuidores.

En la visión de Fernandes (1996), todo trabajador, funcionario o ejecutivo sabe de lo que necesita en todos los sentidos (físico, instrumental, técnico, psicosocial, organizacional) para mejorar su rendimiento profesional. Sabe también cuáles son sus necesidades para desarrollar un trabajo mejor y elevar su calidad de vida dentro de la organización, lo que, sin duda, se refleja en su propia vida personal. Por lo tanto, son ellos que tienen informaciones valiosas para ofrecer a la gerencia de RH de las empresas.

Al principio, se puede pensar que las exigencias por mejor calidad de vida se refieren apenas a la remuneración; pero según Fernandes (1996), es especialmente a lo que se refiere a la mejora de las condiciones de trabajo y en la organización psicosocial que los cambios demandaron un nuevo comportamiento organizacional. Es necesario atentarse para una gama de factores que cuando presentes en una situación de trabajo, se reflejan en la insatisfacción y participación del individuo, movilizándolo sus energías y actualizando su potencial.

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS), un ambiente de trabajo saludable es aquel en que los trabajadores y los gestores colaboran para el uso de un proceso de mejora continua de la protección y promoción de la seguridad, salud y bienestar de todos los trabajadores y para la sustentabilidad del ambiente de trabajo teniendo en cuenta las consideraciones establecidas sobre las bases de las necesidades previamente determinadas: las cuestiones de seguridad y salud en el ambiente físico de trabajo; las cuestiones de seguridad, la salud y el bienestar en el ambiente psicosocial de trabajo, incluyendo la organización del trabajo y la cultura de la organización; los recursos para la salud personal en el ambiente de trabajo y el involucramiento de la empresa en la comunidad para mejorar la salud de los trabajadores, de sus familias y otros miembros de la comunidad. Esta definición demuestra como la comprensión de la salud ocupacional evolucionó de un foco casi exclusivo sobre el ambiente físico de trabajo para la inclusión de factores psicosociales y de prácticas de salud individuales. El ambiente de trabajo está siendo cada vez más usado como un espacio para la promoción de la salud y para actividades preventivas de salud; no solamente para evitar enfermedades y accidentes de trabajo, sino para diagnosticar y mejorar la salud de las

personas en general. El énfasis en ambientes de trabajo que apoyan y acogen a los trabajadores más viejos y aquellos con enfermedades crónicas o deficiencias también se han ampliado.

### 2.5.2 Programas de Calidad de Vida Laboral

Para Carvalho y Dias (2011), la promoción de la salud es el proceso de capacitación de personas y comunidades para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, participando activamente de su control.

Carvalho y Dias (2011), comentan que los programas de Promoción de la Salud en el local de trabajo son vistos como acciones que aumentan la sensibilización para cambios de comportamiento no saludables y crean ambientes que auxilian las buenas prácticas de salud. Es destacada la importancia de integrarse las prácticas de promoción de la salud con la Salud Ocupacional y la influencia positiva de políticas saludables y acciones ambientales en la construcción de la salud de los trabajadores.

De acuerdo con el Centro de Promoción de la Salud de la Universidad de Toronto, en Canadá (2001), el planeamiento de un programa de promoción de la salud consiste en una serie de decisiones, desde las más generales y estratégicas hasta aquellas más específicas, relacionadas a los detalles operacionales. El éxito de la intervención depende directamente del planeamiento, ya que el plan elaborado establece los objetivos y metas del programa, guía las acciones de todos los envueltos y define o añade recursos. Las etapas del proceso de planeamiento de este programa son presentadas resumidamente a seguir, en la figura doce:

**Figura 12**  
**Etapas de un programa de promoción de salud**



*Fuente: University of Toronto, 2001.*

Considerando las etapas del modelo presentado, para la mejor comprensión de su aplicación es necesario contextualizar cada etapa, usando la correcta estructuración del programa.

La planificación previa es el momento en el cual es concedida la autorización para desarrollar un programa de promoción de la salud, donde será necesario el apoyo de los líderes, la formación de un grupo de trabajo y gerente, el cual será responsable por la elaboración del programa, con un cronograma y presupuesto para tal actividad.

El diagnóstico situacional es la fase de la planificación. Consiste en realizar una evaluación formal del estado de salud, estilo de vida, necesidades, intereses y expectativas de los funcionarios. En esa etapa, los profesionales envueltos con el área de la salud ocupacional (como médicos y enfermeros del trabajo) ejercen un papel importante, integrando y conduciendo el equipo responsable por el diagnóstico. Este proceso incluye también, una evaluación de las características de la organización; como el ambiente y las condiciones de trabajo y de los recursos (financieros, materiales y humanos) disponibles para el desarrollo del programa de promoción de la salud.

Para la definición del grupo escogido, es necesario especificar cuál es la parte de la población de funcionarios que se desea alcanzar, identificados por medio del diagnóstico situacional. Es para ese público que se utilizará la intervención. Los objetivos y las metas del programa son realizados teniendo en cuenta las características y los intereses de la población. Los objetivos deben expresar los puntos cualitativos, los que abarcan y los estratégicos, de acuerdo con las necesidades del público elegido de la empresa y las metas, deben expresar los puntos cuantitativos, específicos y operacionales.

La definición de estrategias, acciones y recursos está relacionada a las metas del programa y para cada estrategia, el modelo de intervención debe ser minuciosamente descrita: cuales acciones serán desarrolladas; como, cuando y donde ellas serán, sucederán, quienes serán los responsables por cada una de las actividades; como los funcionarios serán convidados; cuales son los incentivos para la participación, etc. Esa etapa envuelve también, la descripción de como los recursos (financieros, materiales y humanos) serán aplicados y la elaboración de un cronograma de ejecución para el programa. En esta etapa es muy importante que esas estrategias y acciones estén alineadas al público escogido y a los objetivos determinados en la etapa anterior.

Los indicadores, son métricas usadas para describir una situación, hacer comparaciones, verificar los cambios o tendencias y evaluar intervenciones. La construcción de indicadores es importante para la evaluación del programa de promoción de la salud, en lo que se refiere a la calidad y cantidad de las acciones y a los resultados alcanzados.

La Revisión del modelo de intervención es la última oportunidad para discusiones y mejora del programa antes de su implementación. En esta etapa el plan de intervención elaborado debe ser revisado, protegiendo a la identificación de inconsistencias entre el grupo escogido, metas, objetivos, estrategias y actividades y de la falla en la prevención de recursos. Después de la revisión y aprobación del plano por los administradores, el programa debe ser ampliamente difundido entre los funcionarios y aplicado.

En los comentarios de Mansini y otros (2003), referenciado por Round y otros (2005), la evaluación de programas de promoción de la salud es necesaria para recoger las evidencias sobre su efectividad, identificar las necesidades de mejora y los resultados inesperados, además de justificar el uso de recursos y subvencionar las propuestas útiles para la acción futura. Por lo tanto sigue en el cuadro diecisiete un modelo referenciado por Round y otros (2005).

**Cuadro 17**  
**Perspectivas de evaluación de programas de promoción de salud**

<b>Evaluación</b>	<b>Preguntas</b>
Formativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La intervención, tal cual planeada, es capaz de generar los resultados esperados?</li> <li>• Cuales son las posibles mejoras en el diseño metodológico del programa?</li> </ul>
Proceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La intervención fue desarrollada conforme fue planeada?</li> <li>• Qué factores interfieren en la aplicación?</li> <li>• Los participantes se unieron a las actividades propuestas?</li> <li>• Los participantes quedaron satisfechos?</li> </ul>
Resultado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los resultados esperados fueron alcanzados?</li> <li>• Cuales estrategias fueron efectivas?</li> <li>• Los resultados son sustentables en largo plazo?</li> </ul>
Económica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El costo del programa fue compatible con sus resultados?</li> <li>• El programa desarrollado es eficiente?</li> </ul>

*Fuente: Adaptado de Round et al., 2005.*

Conforme preconiza el art. 10 de la Política Nacional de Promoción a la Salud (PNPS, 2014) fueron definidos los temas prioritarios evidenciados por las acciones de promoción de la salud compatibles con el Plano Nacional de Salud, tales como: la formación y capacitación de gerentes y educadores de los programas; la alimentación adecuada y saludable; las prácticas corporales y las actividades físicas; la conciencia de los males del uso del tabaco y sus derivados; la conciencia del uso abusivo de alcohol y otras drogas; la promoción de la movilidad segura; la promoción de la cultura de la paz y de derechos humanos y la promoción del desarrollo sostenible.

Según el Instituto Nacional de Seguridad y Higiene en el Trabajo de España (INSHT, 2015) los estudios realizados en diferentes países, tanto en Europa como en Estados Unidos, Australia y Canadá, demuestran que los programas de promoción de la salud en el trabajo, reducen los costes directos asociados a la asistencia sanitaria, pero también al absentismo por enfermedad, a la rotación de personal y a la siniestralidad laboral. Esta evidencia, cada vez más sólida, no debería ser pasada por alto por las empresas, sobre todo si quieren ser sostenibles y competitivas.

La mejora de la salud de los trabajadores, no tiene por qué ser gravosa para los empresarios y los beneficios son múltiples, tanto para las empresas como para los trabajadores. La promoción de la salud en el trabajo: ayudará a la empresa a lograr sus

objetivos; mejorará la salud y el bienestar de los trabajadores y conseguirá unas condiciones de trabajo más seguras y saludables.

En la puesta en marcha y ejecución de un programa de promoción de la salud en el trabajo es imprescindible la participación de todos, tal y como se apunta en la Declaración de Luxemburgo. Esto requiere el compromiso de trabajadores y de sus representantes, de la Dirección y de los mandos intermedios.

La Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PST) es todo aquello que la empresa puede poner a disposición de los trabajadores y trabajadoras, a través de actuaciones voluntarias para que mantengan o, incluso, mejoren su salud. Estas actuaciones incluyen no tan sólo soporte y ayuda para evitar ciertos hábitos de vida no saludables sino también, por ejemplo, para gestionar su vuelta al trabajo en las mejores condiciones, en el caso de enfermedad o accidente; el seguimiento de las enfermedades crónicas que los trabajadores puedan presentar y el refuerzo para un buen seguimiento del tratamiento; la creación de un entorno de trabajo que facilite las elecciones saludables (puesta a disposición de fruta y agua de forma gratuita, un menú saludable en la cafetería de la empresa, etc.) y la adaptación del mismo a las posibles limitaciones individuales; o la realización de pruebas médicas adicionales y voluntarias en los reconocimientos periódicos. No hemos de olvidar, sin embargo, que estas actuaciones pueden ser necesarias para contrarrestar ciertos efectos de las condiciones de trabajo sobre las personas, que no siendo consideradas de origen laboral, radican en parte en dichas condiciones de trabajo.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España, basado en lo que preconiza el programa de Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PST) sugiere algunos temas de abordaje para ser usado en el medio laboral: Salud en el trabajo, Maternidad y trabajo, Igualdad, VIH, Adicciones, Vacunación, Conducción responsable, Alimentación, Actividad física, Sueño, Higiene postural y Gestión del tiempo.

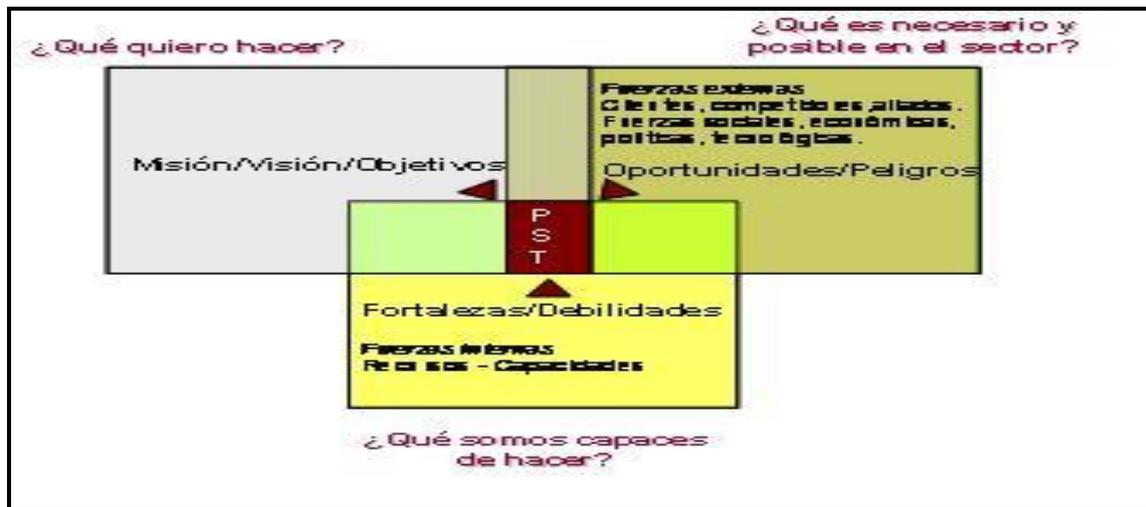
En la argumentación de O'Donnell (2005), los programas con mejores resultados son aquellos que, además de informar, son capaces de incentivar, motivar y crear herramientas y oportunidades para que los cambios acontezcan. Esos son los programas que funcionan.

En la visión de los primeros autores Cherns y Davis (1975), referenciados por Adán (2003), los programas de calidad de vida laboral desarrollarían nuevas formas de organización y de puestos de trabajo, así como supondrían todo un desafío fundamental para el estatus quo existente, basado en nuevas formas de organización, de distribución de poder y estructuras organizacionales, cambios que proporcionará no sólo una más rica y confortable vida en el lugar de trabajo sino también una mayor efectividad organizacional.

En la visión del Ministerio de Empleo y Seguridad Social Español, las grandes empresas suelen disponer de más recursos, tanto materiales como humanos y económicos para desarrollar programas de promoción de la salud en el trabajo. Sin embargo la pequeña o mediana empresa no tiene por qué renunciar a ellos. Las intervenciones no han de ser

complicadas ni costosas; basta con encontrar la intersección de lo que es necesario y posible hacer (contexto), con lo que se quiere hacer (expectativas) y lo que se es capaz de hacer (recursos). La figura trece muestra el modelo de promoción de la salud en cuatro pasos.

**Figura 13**  
**Programa de promoción de la salud en el trabajo en cuatro pasos**



*Fuente: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (Gobierno Español)*

Si la empresa está convencida de que la salud de los trabajadores es un valor a defender y un activo a tener en cuenta para mejorar su productividad y competitividad, el siguiente paso consistirá decidir qué o qué programas pone en marcha. Para ello necesitaremos:

Generar ideas (definición del problema y análisis de la información disponible): acerca de los destinatarios, objetivos, estrategias, acciones a través de la evaluación de riesgos y necesidades, del estudio de los resultados de la investigación, de las prácticas y recomendaciones técnicas existentes, etc. usando métodos como la consulta de los principales actores, la búsqueda de la bibliografía, encuestas, tormentas de ideas.

Analizar las ideas generadas en la etapa anterior (desarrollo de soluciones alternativas): organizándolas, recogiendo información sobre cada elemento y reflexionando sobre ellos de forma sistemática para determinar qué priorizar.

Tomar decisiones (selección de la alternativa) en base a las conclusiones de la etapa anterior, seleccionando el o los temas sobre los que vamos a actuar.

Varios autores, comenzando por los clásicos Maslow (1954) y Herzberg (1968), desarrollaron los modelos de indicadores para evaluar si la CVT, los cuales envuelven los factores motivacionales relacionados a las necesidades humanas. En ese sentido, una adaptación simplificada de los modelos de indicadores propuestos por Alves (2011), podrá ser

útil para un abordaje comparativa en la determinación de la medida de CVT. Esos indicadores se encuentran en el cuadro diececho.

**Cuadro 18**  
**Modelos de CVT y sus indicadores determinantes**

<b>Autor de los modelos</b>	<b>Indicadores</b>
Walton (1974)	Compensación justa y adecuada, condiciones de trabajo, oportunidad de uso y desarrollo de capacidades, oportunidades de crecimiento y seguridad, integración social en el trabajo, constitucionalismo, trabajo y espacio total de la vida y relevancia social de la vida en el trabajo.
Hackman y Oldham (1975)	Variedades de tarea, identidad de la tarea, significado de la tarea, autonomía y feedback.
Wesley (1979)	Enriquecimiento de las tareas, trabajo autosupervisión, distribución de lucros y participación en las decisiones.
Davis y Werther (1983)	Proyecto de cargos según la habilidad, disponibilidad y expectativas sociales del empleado, prácticas de trabajo no mecanicistas, autonomía, variedad, identidad de la tarea y retroinformación.
Nadler y Lawler (1983)	Participación en las decisiones, reestructuración del trabajo a través del enriquecimiento de tareas y grupos de trabajo autónomos, innovación en el sistema de recompensas y mejora del ambiente de trabajo.
Huse y Cummings (1985)	Participación del trabajador, proyecto de cargos, innovación en el sistema de recompensa y mejora en el ambiente de trabajo.
Siqueira y Coletta (1989)	Próprio trabajo, relaciones interpersonales, colegas, jefe, política de Recursos Humanos y empresa.

*Fuente: Adaptación de Alves (2011).*

Adoptar un instrumento de medida de CVT que sea más adecuado al propósito del estudio, no es tarea simple, pues hay un grande número de instrumentos disponibles y los resultados del estudio pueden ser influenciados por esa elección. El investigador debe certificarse de que el instrumento presenta propiedades psicométricas relevantes en varios otros estudios, que lo clasifican como una medida consistente. Con el fin de facilitar la elección, se debe hacer una investigación sistemática observando los indicadores y dimensiones a ser medidos, más implacables a la realidad en la cual se propone medir. Para tanto, el cuadro diecinueve presenta sugerencias de algunos instrumentos de medidas más citados en las investigaciones en la literatura, traducidos y validados en Brasil, que pueden ser utilizados para uso organizacional o como base complementar para la construcción de nuevas métricas que auxilien en la evaluación de la CVT.

**Cuadro 19**  
**Instrumentos de medida de la CVRS y CVT**

<b>Nombre de los instrumentos</b>	<b>Descripción de los instrumentos</b>
Estudio de Resultados Médicos	Mide la Calidad de Vida y la Responsabilidad Social en (8) dimensiones.

Indicador de Estrés Ocupacional	Mide la Calidad de Vida en el Trabajo a través del grado de satisfacción en los aspectos psicosociales.
Índice de Capacidad para el Trabajo	Mide la Calidad de Vida en el Trabajo a través del análisis de la salud del trabajador.
Cuestionario S 20/23	Mide la Calidad de Vida en el Trabajo a través del grado de satisfacción en cinco dimensiones.
Cuestionario de medida de satisfacción en el trabajo	Mide la Calidad de vida en el Trabajo a través del grado de satisfacción en siete dimensiones
Índice de Satisfacción Profesional	Mide la Calidad de Vida en el Trabajo a través del grado de satisfacción en seis dimensiones.
EuroQol (EQ-5D) Estimación de Calidad	Mide la Calidad de Vida y la Responsabilidad Social a través de cinco dimensiones
Calidad de Bienestar (CB)	Mide la Calidad de Vida y la Responsabilidad Social a través del bienestar en tres dimensiones
Perfil de Salud de Norttingham	Mide la Calidad de Vida y la Responsabilidad Social a través del bienestar en seis dimensiones.

*Fuente: Adaptación de Alves (2011).*

### 2.5.3 Programa Nacional de Calidad de Vida (PNCV)

En 1990, a medida que los programas de promoción de salud y calidad de vida comenzaban a ser implantados por empresas pioneras en Brasil, un grupo de profesionales de las áreas de recursos humanos y salud, perteneciente a diferentes segmentos de empresas, inició una serie de visitas a compañías americanas y canadienses, buscando familiarizarse con las mejores prácticas organizacionales vigentes a la época.

Se propuso discutir sistemáticamente las cuestiones que permeaban la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas en las organizaciones, tal grupo pasó a reunirse periódicamente hasta formar el 26 de abril de 1995 la Asociación Brasileña de Calidad de Vida (ABCV), una organización sin fines lucrativos, que tiene como objetivo básico estimular las acciones y programas de calidad de vida en ambientes corporativos, bien como desarrollar convenios con importantes entidades de la sociedad brasileña, preocupándose en ofrecer subsidios actualizados y relevantes a profesionales que desean ampliar sus conocimientos en el área y actuar como multiplicadores de una rutina, que una armoniosamente el trabajo y el bienestar.

En el año 1996, la ABCV creó el Premio Nacional de Calidad de Vida – PNCV, con la intención de estimular el desarrollo de programas de calidad de vida, a través del reconocimiento público de las empresas que realizaban las mejores prácticas y obtenían éxito en la mejora de la calidad de vida y del bienestar de su población.

En 2010, la ABCV contrató la consultoría especializada de una instructora de la Fundación Nacional de Calidad – FNC, para la construcción de los nuevos criterios de evaluación del PNCV. Estos criterios se basan en los fundamentos del Modelo de Excelencia de la Gestión - MEG de la Fundación Nacional de Calidad, los cuales, por su vez, expresan conceptos reconocidos por las organizaciones. Y a partir de 2014, además del Modelo de

Excelencia de la Gestión de la FNC, el PNCV; nuevos criterios fueron adoptados en el PNCV, con la integración del Modelo de Ambiente de Trabajo Saludable de la Organización Mundial de la Salud - OMS, como fundamento para la evaluación.

De esta forma el PNCV consta de once criterios de evaluación, donde cada criterio tiene varios ítems de verificación y cada ítem de verificación tiene una o más áreas de influencia, además de hacer parte de una de las cinco claves fundamentales. Para título de información sigue en el cuadro veinte, los criterios del PNCV.

**Cuadro 20**  
**Criterios del PNCV**

<b>Criterios del PNCV- 2015</b>
Conocimiento del Cliente y del Mercado
Responsabilidad Social
Liderazgo
Visión de Futuro
Procesos e Información
Valorización de las personas
Generación de Valor
Pensamiento Sistemático
Aprendizaje Organizacional
Cultura de Innovación
Desarrollo de Asociaciones

*Fuente: ABCV*

La ABCV busca satisfacer a las necesidades identificadas de alineación y adaptación de los programas, a los modelos actuales de prácticas gerenciales adoptadas por las empresas, así como, estar asociada también a la estrategia de la organización, de forma a proporcionar un ambiente de trabajo saludable para la fuerza de trabajo.

Presentando la síntesis de este capítulo, se concluye que:

1. Trabajar de forma conjunta en las cuestiones relacionadas a la salud del trabajador y al medio ambiente es un factor preponderante para el desarrollo de nuevas abordajes teóricometodológicas que permitan avanzar en los procesos de análisis e intervención sobre las situaciones y eventos de riesgo, que son colocados para los trabajadores, poblaciones vecinas y el medio ambiente como un todo.

2. Las políticas gubernamentales y los requisitos legales nacionales asociados a la salud laboral representan tentativas de conducción de la salud laboral, pero la percepción de los trabajadores en las organizaciones conducen a cuestionamientos que demuestran la preocupación con la salud interna de la organización y de sus trabajadores.

3. La responsabilidad de análisis de los riesgos no es solamente de los expertos. Y a los potencialmente expuestos, sólo aceptar lo que a partir de allí es definido. Es urgente establecer una nueva dinámica, en la que la participación de los trabajadores y de las comunidades expuestas sea reconocida como inherente y necesaria, sea para la mejora de los análisis y del gerenciamiento de riesgos como para la deseable sustitución del poder por la legitimidad en los complejos procesos decisorios que envuelven los riesgos tecnológicos.

4. La satisfacción en el trabajo ha sido apuntada como precursora de influencias sobre el trabajador, las cuales pueden manifestarse sobre la salud, la calidad de vida y el comportamiento del mismo, con consecuencias para los individuos y para las organizaciones. Los individuos más satisfechos con su trabajo presentan una mejor calidad de salud y menor ocurrencia de enfermedades, tanto a lo que se refiere a la salud física, como mental, así como la longevidad.

5. Se concluye, que la comprensión de la forma de la organización del trabajo, asociada a las necesidades derivadas también de la condición de vida del trabajador, es el punto fundamental para promover la reformulación de una nueva propuesta de gestión en la salud del trabajador en las empresas, por lo que esta se vinculará a la política específica orientada a la salud del trabajador.

6. La cultura organizacional y el planeamiento estratégico son conceptos complementares en las organizaciones de trabajo. Cada uno con su propósito, aclaran el negocio y reflexionan en lo que las organizaciones poseen de mayor valor, las personas.

7. Se debe minimizar la unión entre el discurso y la práctica, de forma que los programas dirigidos para la prevención, promoción y recuperación de la salud del trabajador, no sean apenas más un modismo, sino que hagan parte de un plan organizacional estratégico y no va a desaparecer a la primera dificultad que hay que enfrentar.

8. La preocupación con la calidad de vida ha sido un factor importante en las organizaciones, motivo por el cual la calidad en los resultados depende fundamentalmente de la masificación del potencial humano. Y con eso, el espacio físico debe ser un lugar donde el individuo tenga la máxima comodidad y pueda mensurar el equilibrio entre la vida profesional y personal.

## **CAPÍTULO 3: METODOLOGIA**

En este capítulo, serán presentados los procedimientos metodológicos utilizados en esta investigación que, a través de un conjunto detallado y secuencial de métodos y técnicas científicas ejecutadas a lo largo del estudio, servirán como orientación para la concretización del objetivo propuesto en este trabajo.

### **3.1 Contextualizaciones de la aplicación de la metodología**

Según Gil (2007) referenciando a Heerdt (2004), la investigación teniendo en vista sus objetivos puede ser clasificada como una investigación exploratoria, una vez que fue hecho un levantamiento bibliográfico para el levantamiento de datos en función del tema analizado y la observación para la detección del problema.

Según Lakatos y Marconi (2001), los métodos se pueden dividir en los métodos de procedimientos y métodos de abordaje, por lo tanto el método de enfoque utilizado fue el inductivo, desde los aspectos estudiados a través de la literatura dejó conclusiones globales a planes cada vez más privados.

Con relación al método de procedimiento, se caracteriza como un método histórico conforme define Heerdt (2004), referenciado por Gil (2007), en virtud del estudio hacer un abordaje de la creación de legislaciones en función del aprendizaje de las organizaciones a lo largo de la ocurrencia de los accidentes, asociando las múltiples pérdidas.

La delimitación del universo está determinada por las características de la investigación. Al tratarse de un trabajo con búsqueda de bibliografía como sustento para la elaboración de un modelo viable, el universo es un corpus bibliográfico cuyas fuentes son sistemáticamente referenciadas.

Y finalmente el análisis e interpretación de los datos, según Triviños (1996, p.161), es el proceso de análisis de contenido y se puede hacer a través de pre-análisis y organización del material, la categorización de los datos e interpretación referencial.

### **3.2 Investigación Exploratoria**

A partir de la elección del tema, el Sistema Integrado de Salud Laboral, se utilizó la investigación exploratoria con el fin de buscar información no sólo sobre la cuestión y sus componentes, así como la identificación de los factores que contribuyen a la importancia de la gestión de la salud de los trabajadores en las organizaciones.

### **3.3 Investigación Bibliográfica**

La investigación bibliográfica fue realizada en el período entre mayo y agosto de 2015, a través de sistemas de búsqueda computarizada en archivos en la base de datos Lilacs, Datasus, Renast-On Line- ENSP y el Portal Periódico Capes. El criterio para la selección de datos siguió ciertos parámetros, tales como, la fecha de la publicación, en su mayoría después de 2000, debido a la necesidad de la actualización de informaciones sobre el tema, por eso algunos asuntos, debido a la relevancia histórica, fueron prospectados a partir de 1985. Imbuido en este criterio, la investigación fue realizada a partir de las siguientes palabras clave: la salud del trabajador; la calidad de vida; los riesgos ocupacionales; trabajo, ambiente y salud; aspectos legales de salud, aspectos comportamentales del ser humano; gestión organizacional.

El estudio fue hecho basado en los criterios anteriormente establecidos, considerando ciento setenta (170) fuentes bibliográficas encontradas conducentes con el tema de la investigación. Después la conclusión de la investigación bibliográfica, cada resumen fue leído, los documentos fueron registrados en archivos bibliográficos, con la intención de facilitar a un posterior formato del trabajo.

Por lo tanto, otra forma que mucho contribuyo en el universo de la investigación, en función del posible contacto con profesionales del área en referencia del estudio, fue la posibilidad de estar recogiendo informaciones de prácticas operacionales de estos profesionales, como aporte técnico de relevado abarque para la consolidación de este trabajo.

### **3.4 Área del estudio**

El presente estudio se desarrolló en la área laboral, estimando las organizaciones brasileiras como escenario, donde en ellas se consideró los trabajadores regidos por la Consolidación de las leyes de Trabajo (CLT).

Para trabajar en la construcción del modelo integrado de la salud laboral, sugerido en esta investigación, fue necesario considerar el método de interfase de esta coyuntura del contexto social de la salud laboral brasileña, aplicado un especial a las organizaciones. Por lo tanto, el punto de vista de este trabajo metodológico se define mediante un enfoque de investigación cualitativa descriptiva para diseñar sugerencia de un modelo teórico.

### **3.5 Población**

Siguiendo el raciocinio del método histórico e inductivo aplicado en este estudio, la delimitación del universo a ser investigado fue direccionada de forma cualitativa vinculada a los aspectos de la salud de los trabajadores regidos por la CLT, donde en especial las relaciones de trabajo abarcan empleados y empleadores urbanos. Los individuos

(empleadores y empleados) para este tipo de abordaje: son vinculados y no sustraídos de sus condiciones concretas de existencia, de trabajo, etc., diferentemente de los individuos investigadores por muestra y que deben ser representativos de variables abstractas y padrones.

### **3.6 Muestra**

En el presente estudio no hay muestra definida, una vez que el modelo propuesto posee un carácter conceptual.

### **3.7 Proceso de relevamiento de los datos**

Referente al proceso de relevamiento de datos, según Gerhardt (2009) la investigación se clasifica como bibliográfica, pues es hecha a partir del levantamiento de referencias teóricas y analizadas, publicadas por medios escritos y electrónicos como libros, artículos científicos, páginas de *web sites*, cuyas investigaciones sobre ideologías que se proponen al análisis de las diversas posiciones acerca del problema presentado en el estudio.

El proceso de identificación del camino de investigación y de la percepción de los aspectos que constituyen el campo temático de esta, induce a la construcción teórica de instrumentos que ayuden en la comprensión y en la producción de conocimientos que contribuya para fortalecer el proceso de gestión de la salud de los trabajadores en las organizaciones brasileñas, de una forma para contribuir indirectamente con la política nacional de la salud laboral. En este sentido, estableciendo como pauta de esta investigación, la construcción del referido modelo es basado específicamente en el factor humano asociado a los demás factores críticos que interfieren en la salud laboral de las organizaciones.

Los datos recogidos en la investigación fueron aglutinados en sistemas, objetivando delimitar los factores contribuyentes y fundamentales a ser estudiados para la formación del modelo de la salud laboral. De manera que los sistemas están bien representados: la relación de trabajo, el medio ambiente y la salud; los aspectos jurídicos de la salud ocupacional; los aspectos de comportamiento del ser humano; aspectos de organización de la relación de trabajo y la salud y los aspectos de la calidad de vida laboral.

### **3.8 Proceso de tratamiento de los datos**

En la visión de Kuhn (1978), la naturaleza del argumento científico envuelve la persuasión y no la prueba. Científicos abrazan un paradigma por toda una suerte de razones que, en general, se encuentran enteramente fuera de la esfera de la ciencia. Kuhn cree que el científico que adopta un nuevo paradigma necesita tener fe en su capacidad de resolver los grandes problemas con que se enfrenta, consiente apenas de que el paradigma anterior fracasó en algunos de ellos. La crisis instaurada por el antiguo paradigma, es la condición necesaria pero no suficiente para que ocurra la conversión. Es igualmente necesaria la existencia de la

fe en el candidato al paradigma elegido, mismo que no necesite ser, ni racional, ni correcta. En algunos casos, solamente las consideraciones estéticas personales e inarticuladas hacen algunos científicos convertirse al nuevo paradigma.

Y finalmente el análisis e interpretación de los datos, según Triviños (1996, p.161), “es el proceso de análisis del contenido, y puede ser realizado a través del pre-análisis y la organización del material, la categorización de los datos e interpretación referencial”.

Se procura utilizar los datos recogidos en la investigación bibliográfica referente al tema del trabajo, asociado a la observación basada en la experiencia profesional del autor, con el fin de comparar con la delimitación de la situación del problema. De esta forma a los asuntos ya contextualizados en sistemas, identificados en el levantamiento de datos, fueron separados adoptándose al criterio de pertinencia, con el fin de componer el modelo propuesto.

### **3.9 Limitaciones de la Investigación**

El estudio se propone a analizar los aspectos que impactan la salud laboral en las organizaciones, dirigida a los empleados y empleadores urbanos, conforme determina la CLT.

La propuesta de la investigación no considera el estudio fuera de la organización, aún cuando algunos de los conceptos sean efectuados sobre el asunto. Y asociado a la condición externa organizacional, el estudio no prevé tampoco el análisis del estilo de vida de los individuos.

Aún que se entienda que la participación sindical es parte integrante de la negociación colectiva, entre empleador, empleados, gobierno y sociedad; en virtud de la problemática política en la obtención de datos e informaciones, este factor también no fue considerado en el estudio.

### **3.10 Aplicación y Análisis Crítica del Modelo Propuesto**

En el capítulo cuatro se procura demostrar el modelo propuesto, a través de la estructuración de un modelo de Sistema Integrado de la Salud Laboral, cuya operación es basada en el estudio y evaluación de los factores que impactan en la salud del trabajador.

La arquitectura del modelo propuesto será formateada siguiendo la conceptualización del planeamiento estratégico situacional defendida por Matus (1997) y estructurada por el modelo del BSC, de Kaplan y Norton (2001). El planeamiento estratégico de Matus será usado para trazar la estrategia a partir de la situación del problema y que posteriormente será acompañada, conforme su dinamismo, a través de la adaptación de la herramienta de gestión estratégica, *Balanced Scorecard*.

La percepción estratégica de Matus soporta la visión estratégica del modelo, basado en la conversión de los aspectos situacionales identificados en los respectivos subsistemas estudiados, en temas estratégicos del BSC. Los temas están segmentados en objetivos e iniciativas, acompañado de indicadores de control. Todo este dinamismo permitirá al administrador tener una visión amplia y equilibrada de la gestión de la salud ocupacional.

El modelo propuesto constituye una poderosa manera de establecer lo que se quiere en el negocio, en específico tratándose de la salud laboral, siendo de vital importancia para establecer lo que se quiere en el negocio, y para determinar el rumbo en tiempos de incertidumbres y dificultades.

La aplicación del BSC como Gestión estratégica en el modelo propuesto, presenta algunas ventajas:

- Vincula objetivos estratégicos en acciones mensurables.
- Las decisiones son tomadas por los sistemas de inteligencia empresarial
- Reúne todo el desempeño de la organización y mide en un sistema coherente.
- Ayuda a ver el negocio desde las perspectivas financieras y no financieras.
- Mejora de la comunicación y del performance

El propósito de usar en la metodología, la adaptación del BSC, enfatiza el deseo de medir de forma integrada las necesidades de los trabajadores, los procesos internos de la empresa, el aprendizaje y el crecimiento de los trabajadores para alcanzar la visión estratégica del modelo y administrar los recursos necesarios atribuidos a esta gestión.

Presentando la síntesis de este capítulo se concluye que:

1. La investigación teniendo en vista sus objetivos puede ser clasificada como una investigación exploratoria, una vez que fue realizado un levantamiento bibliográfico para el levantamiento de datos en función del tema analizado y la observación para la detención del problema.

2. Utilizando el método histórico, la investigación bibliográfica sirvió como insumo para el estudio aplicado a los capítulos: Capítulo 2 – Referencial Teórico, Capítulo 3 – Metodología y Capítulo 4 – Modelo Propuesto, donde los datos obtenidos pudieron ser evaluados y confrontados con las legislaciones y prácticas que abordan el referido asunto, originando de esta forma la más crítica de datos para la elaboración del modelo propuesto.

3. Para trabajar en la construcción del modelo integrado de la salud laboral, sugerido en esta investigación, fue necesario considerar el modo de interface de esta coyuntura del contexto social de la salud laboral brasileña, aplicado en especial a las organizaciones. Por eso, el punto de vista metodológico de este trabajo se define por un abordaje de investigación cualitativa descriptiva con diseño para la sugestión de un modelo.

4. La delimitación de la población a ser considerada en el estudio, siguiendo el raciocinio del método histórico e inductivo aplicado, la delimitación del universo a ser investigado fue direccionado de forma cualitativa relacionada a los aspectos de la salud de los trabajadores regidos por la CLT, donde en especial las relaciones de trabajo abarcan los empleados y empleadores urbanos.

5. Se buscó utilizar los datos colectados en las investigaciones bibliográficas referentes al tema del trabajo, asociado a la observación basada en la experiencia profesional del autor, a fin de comparar con la delimitación de la situación del problema. De esta forma los asuntos ya contextualizados en sistemas, identificados en el levantamiento de datos, fueron separados adoptándose al criterio de pertinencia, para componer el modelo propuesto.

6. Como la delimitación de la investigación, el estudio no prevé el análisis del estilo de vida de los individuos, fuera de la organización y también la contribución de los sindicatos en el tema estudiado.

7. El propósito de usar en la metodología, la adaptación del BSC, enfatiza el deseo de medir de forma integrada a las necesidades de los trabajadores, los procesos internos de la empresa, el aprendizaje y el crecimiento de los trabajadores, para alcanzar la visión estratégica del modelo y administrar los recursos necesarios atribuidos a esta gestión.

## **CAPÍTULO 4**

### **MODELO PROPUESTO**

En este capítulo, será presentada la construcción del modelo del Sistema Integrado de la Salud Laboral, constituido de todo el arsenal teórico explotado en el capítulo dos.

#### **4.1 Contextualización**

La estructuración del modelo propuesto para la Gestión de la Salud Laboral en las organizaciones es soportado en parte por la Teoría General de Sistemas, en la cual, un sistema es general para las partes que lo componen y es parte de la composición de otro sistema más general. Considerando que las normas, directrices y prácticas recomendadas son parte de un sistema general que es la de la salud laboral de la organización, a través del concepto de integración de las partes de sistemas de la TGS, el producto final es obtenido a partir de la interfaz de los sistemas parciales, compuestos de factores estudiados que contribuyen a la gestión integrada de la salud ocupacional.

Otro factor de soporte para la construcción del modelo integrado de la salud laboral organizacional es el planeamiento estratégico situacional (PES) orientado por Matus (1997), en el cual se define que un PES es compuesto por cuatro momentos a saber.

El Momento Explicativo, en el cual el actor que planifica intenta explicar las causas de los problemas que enfrenta en su gestión, interrogándose continuamente sobre las oportunidades y posibilidades con que cuenta. O sea, en este punto es realizada la superposición del problema mencionado en el tema, en el estudio, con la aplicación del concepto del momento explicativo. Y así se tiene como resultado la argumentación de Gomez y Costa (1997), que revela la trayectoria caótica del Estado en su función de promover la salud del trabajador, dada la desintegración de políticas relativas al área de estudio; ocasionando por lo tanto, acciones alejadas de las que buscan de alguna forma preocuparse con la salud del trabajador en las organizaciones. Se explica por lo tanto, el posicionamiento del autor cuanto al referido estudio en la tentativa de sugerir un modelo de gestión de la salud laboral organizacional, una vez que esta no está siendo monitoreada como debería por el Estado.

El Momento Normativo es un momento dinámico orientado a explotar escenarios diversos de cálculo, relaciones sistémicas y estrategias diferentes. Este momento del PES, objetiva demostrar en el modelo sugerido, las relaciones entre los subsistemas y el sistema principal, formando el sistema integrado. En este instante es posible identificar la propuesta de la relación de acción de control de los subsistemas con el sistema principal, a través de las interfaces conceptuales de los factores estudiados.

El Momento Estratégico es el cual el actor que planifica se aboca a la construcción de viabilidad del diseño normativo. Así quien planifica debe abocarse a calcular cómo sortear los obstáculos que se oponen al cumplimiento de los objetivos. Este momento del PES es donde el autor estructura su modelo, basado en la construcción de objetivos estratégicos de acuerdo con las perspectivas del modelo, usando la visión estrategia de Kaplan y Norton (2001), en la aplicación del *Balanced Scorecard* (BSC).

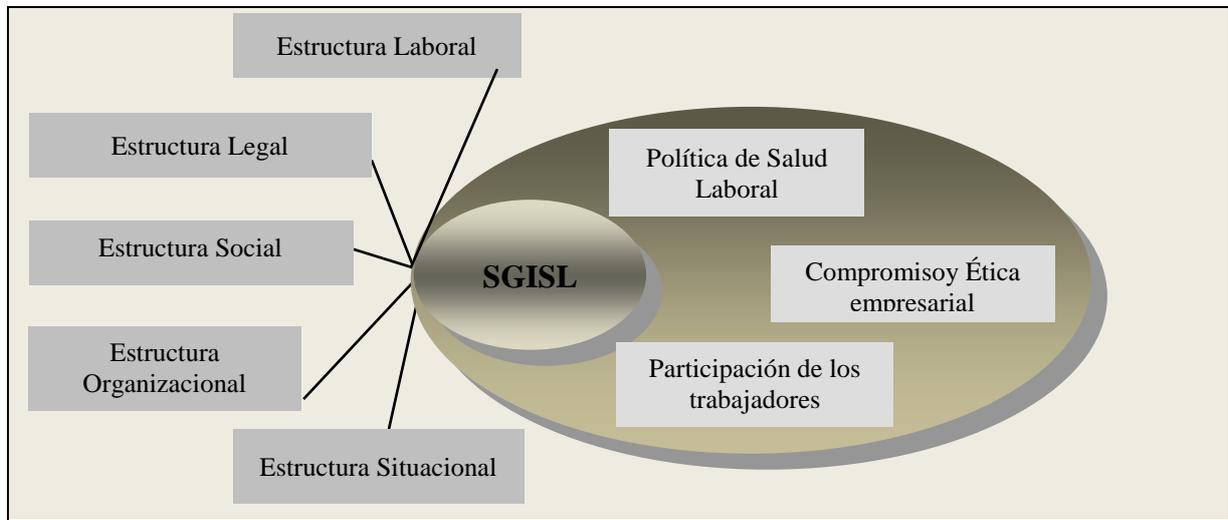
Y el cuarto y último momento del PES, diseñado por Matus (1997), consiste en el Momento Técnico-Operacional que tiene como objetivo orientar los pasos sucesivos y evaluarlos en relación a la situación – objetivo. Este momento supone cuatro submomentos: la apreciación de la situación en la coyuntura; la evaluación previa de las decisiones posibles; la toma de decisión y ejecución y la evaluación posterior de las decisiones tomadas con la apreciación de la nueva situación. En esta fase del planeamiento, de acuerdo con el PES de Matus, el modelo debe ser acompañado, previendo acciones de mejoras. El proceso de desarrollo de un ambiente de trabajo saludable es, en muchos aspectos, tan importante para su suceso referente a su contenido. Siendo así, para que el modelo atienda a las necesidades de todos los interesados y sea sostenible a lo largo del tiempo, él debe seguir el proceso de mejora continua, ratificando lo que determina Matus.

En síntesis, el planeamiento estratégico que soporta el modelo propuesto en este capítulo, basado en la visión de Matus, comporta los cuatro momentos y a través de los mismos, se explica la situación problema del estudio como impulsión para la investigación, asociado al momento normativo que ejerce las interacciones entre los sistemas estudiados y presentados en el referencial teórico. El momento estratégico subsecuente se complementa a los anteriores de forma a trazar a través del BSC, las perspectivas de resultado del modelo mediante la construcción de objetivos estratégicos. Y a partir de la formulación del modelo y de sus perspectivas, este en el último momento debe ser acompañado mediante procesos de mejora continua.

## **4.2 Interacción de los Sistemas**

Lo que se pretende con la Interacción de los sistemas es presentar la contribución específica de cada sistema estudiado y presentado en la figura catorce, con el fin de verificar cuales parámetros críticos irán a componer el modelo propuesto, bien como las perspectivas estratégicas del modelo.

**Figura 14**  
**Interacción de los Sistemas**



Fuente: La confección del gráfico es propia

#### 4.2.1 Estructura Laboral

De acuerdo con lo que fue investigado y presentado en el capítulo dos de este estudio, el sistema representado por la Estructura Laboral presenta aspectos del ambiente físico laboral y que por su vez, deben ser analizados posteriormente en las dimensiones del BSC (financiera, personas, procesos y aprendizaje).

**Cuadro 21**  
**Identificación de los aspectos del Sistema: Estructura Laboral**

Sistema: Estructura Laboral			
Aspecto		Evaluación	Dimensión
1	Agentes físicos, sustancias químicas, agentes biológicos y factores nutricionales	Indicadores ambientales y biológicos de exposición y efecto. Eliminación o sustitución del riesgo; Controles de ingeniería; Equipos de protección colectiva e individual	Proceso
2	Ambiente psicosocial,	Organización del trabajo; Cultura Organizacional; Estilo de Gestión; Empleabilidad, Vida profesional y personal. El espacio físico debe ser un lugar donde el individuo tenga la máxima comodidad y pueda mensurar equilibrio entre la	Personal

		vida profesional y personal.	
3	Recursos Financieros	Planeamiento financiero necesario con el fin de subsidiar la estructuración de todos los sistemas y programas dirigidos para la salud laboral.	Financiera
4	Participación de la empresa en la comunidad	Control de los impactos de la empresa en la comunidad. Población escogida (heterogeneidad referente a sexo, edad y niveles socioeconómicos y de salud y dispersión); exposición a la polución (identificación de fuentes de emisión, tipos de exposición, identificación de los expuestos y vías de absorción de las sustancias tóxicas); y abordaje epidemiológica (acceso a datos de morbosidad ).	Personal
5	Responsabilidad del líder	Cumplimiento de las leyes del trabajo nacionales e internacionales	Aprendizaje
6	Transdisciplinaridad: contribución de diversas áreas de conocimiento	Evaluación transdisciplinar de acuerdo con el contaminante presente en el ambiente.	Aprendizaje
7	Vigilancia ambiental integrada entre las instituciones públicas, privadas y la población	Monitoreo del ambiente (vectores, alimentos y agua para consumo humano) y de posibles casos de enfermedades que son percibidos como eventos de monitoreo, en conjunto con los análisis epidemiológicas.	Proceso
8	Vigilancia en la Salud del Trabajador	El trabajador es conocedor de su actividad de trabajo, por lo tanto auxilia en la identificación de los factores de riesgo y de las consecuencias sobre el proceso salud/ enfermedad.	Personal

Fuente: Autor

#### 4.2.2 Estructura Legal

De acuerdo con el mismo raciocinio aplicado, el Sistema representado por la Estructura Legal presenta aspectos de conformidad legal, vinculados a los procesos de seguridad, salud y medioambiente, que por su vez, deben ser analizados posteriormente en las dimensiones del BSC (financiera, personas, procesos y aprendizaje).

**Cuadro 22**  
**Identificación de los aspectos del Sistema: Estructura Legal**

Sistema: Estructura Legal			
	Aspecto	Evaluación	Dimensión
9	Política Nacional de Seguridad y	Eliminación o reducción de los riesgos	Proceso

	Salud en el Trabajo - 2011	en los ambientes de trabajo. Basada en la prevención; promoción de la salud, rehabilitación y reparación; diálogo social e integralidad.	
10	Política Nacional de la Salud del Trabajador y de la Trabajadora - 2012	Estímulo a la participación de los trabajadores y sus organizaciones, siempre que sea pertinente, en el acompañamiento de las acciones de vigilancia epidemiológica, sanitaria y en salud ambiental.	Proceso
11	Política Nacional de la Salud del Trabajador y de la Trabajadora - 2012	Participación de la comunidad, de los trabajadores y del control social; descentralización; jerarquización; equidad y precaución.	Proceso
12	Política Nacional de Promoción de la Salud – 2014	Promover los procesos de educación, formación profesional y capacitación específica en promoción de la salud	Proceso
13		Contribuir para la articulación de políticas públicas inter e intersectoriales con las agencias nacionales e internacionales.	
14	Organización Internacional del Trabajo – OIT	Proponer el perfeccionamiento del sistema nacional de seguridad y salud en el trabajo por medio de la definición de papeles y mecanismos de interlocución permanente entre sus componentes.	Proceso
15	Convención 148 – OIT (1977), ratificada por Brasil el 14 /01/82 - Decreto no 93.413, de 15/10/ 86.	Define que la legislación nacional debe determinar la adopción de medidas que prevengan y limiten los factores de riesgos ambientales en el local de trabajo, privilegiando las medidas de protección colectivas en detrimento de las individuales.	Proceso
16		Establece la necesidad de control médico de los trabajadores, sin costes para los mismos.	
17	Convención 155 – OIT (1981), ratificada por Brasil el 18/05/92 - Decreto no 1254, de 29/09/ 94.	Formular, implementar y rever periódicamente una política nacional de seguridad y salud en el trabajo, con el objetivo de prevenir accidentes y enfermedades relacionadas al trabajo por medio de la reducción de los riesgos a la salud existentes en los ambientes de trabajo	Proceso
18		Recomienda que el trabajo deba ser adaptado al hombre y no viceversa.	
19	Convención 187 – OIT (2006)	Promoción de una cultura preventiva continua de la seguridad y salud en el trabajo	Aprendizaje
20	Plano de Acción Global- OMS (2007)	Elaborar e implementar instrumentos de políticas y normas para la salud de	Proceso

		los trabajadores; incorporar la salud de los trabajadores en otras políticas.	
21	Constitución Federal Brasileña (1988)	Reconoce la salud como derecho de todos y deber del Estado, garantizando mediante políticas sociales y económicas que protejan a la reducción del riesgo de enfermedad y de otros agravios y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su protección y recuperación.	Proceso
22	Constitución Federal Brasileña (1988) - Artículos 198 a 200,	Atribuir al Sistema Único de la Salud la coordinación y la ejecución de las políticas para la protección y promoción de la salud en Brasil.	Proceso
23	Consolidación de las Leyes del Trabajo- CLT (1943)- Cap. V – Art. 154 al 223-Seguridad y de la Medicina del Trabajo	La obligación por parte de las empresas de mantener servicios especializados en la seguridad y en la medicina del trabajo. La CLT solamente se aplica a las relaciones de trabajo entre empleados y empleadores urbanos.	Proceso
24	El Departamento de Seguridad y Salud del Trabajo (DSST)- Ministerio del Trabajo y Empleo - MTE	El Órgano del MTE, con la competencia de fiscalizar las Normas Regulatoras (NR) de seguridad y salud del trabajo, en las organizaciones cuyos empleados son regidos por la CLT	Proceso
25	Ministério de la Previdencia Social (MPS), a través de su Instituto Nacional de Seguro Social (INSS).	Dar soporte a los trabajadores, víctimas de accidentes y enfermedades profesionales.	Financiera
26	Ministerio del Trabajo – creación de la Portaria no 3.214 de 1978, instituye las Normas Regulatoras del Medio Ambiente, Seguridad y Salud del Trabajo,	Parámetros y límites en el manejo de sustancias químicas peligrosas, mayores controles de los riesgos físicos en general; la ampliación de los servicios propios de seguridad y medicina del trabajo en las empresas (SESMT); y procedimientos de fiscalización e inspección previa de las empresas. Las NR tienen una función reguladora, ofrecen parámetros e instrucciones sobre la Salud y Seguridad del Trabajo. Son 41 NR, siendo 36 NR Urbanas y 5 NR Rurales.	Proceso
27	El Sistema Único de Salud (SUS), MS- Art. 6o de la Ley no 8.080, de 19/09/90,	Tiene entre sus atribuciones ejecutar acciones de salud del trabajador, bien como colaborar en la protección del medio ambiente del trabajo, conforme prevé el Artículo 200 de la CRFB.	Proceso
28		La asistencia a los trabajadores víctimas de accidente de trabajo y	Financiera

		enfermedades ocupacionales, la participación en las normas y control de los servicios de salud del trabajador, bien como la fiscalización de procesos productivos y el uso de productos, máquinas y equipos que presentan riesgos a la salud de los trabajadores.	
29	Ley 8.213/91 (Plano de Benefícios de la Previdencia Social)	La Comunicación de Accidente de Trabajo (CAT); Costo social do accidente. Preocupación con la subnotificación de los accidentes. Preocupación con el aumento de accidentes.	Financeira
30	Art. 120 de la Ley 8213/91- Acción regresiva del INSS, ratificada por el Código Civil Brasileiro (Ley 10.406/02. Art. 934)	En los casos de negligencia referente a las normas padrón de seguridad e higiene del trabajo indicados para la protección individual y colectiva, la Previdencia Social propondrá la acción regresiva contra los responsables.	Financiera
31	Art. 7º de la Constitución Federal de 1988.	El derecho social al trabajo seguro y la obligación del empleador por el costo del seguro de accidente del trabajo.	Financiera
32	Art. 22 de la ley 8.212/1991- Ley Orgánica de la Seguridad Social. SAT (Seguro de Accidente de Trabajo) y RAT (Riesgo de Accidente de Trabajo).	Tarifa colectiva (1%, 2% y 3%) cobrada a las empresas sobre el total de las remuneraciones pagas a los asegurados empleados y trabajadores, como costo de accidentes y jubilaciones.	Financiera
33	FAP (Fator Acidentário de Prevenção) – MPS	Factor que permite disminuir en 50%, o aumentar en hasta 100%, las alícuotas mensuales del RAT de 1%, 2% o 3%, sobre la Hoja de Pago de la empresa.	Financiera
34	NTEP – Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário - MPS	Los NTEP son los criterios que posibilitan suponer que determinada molestia este directa o indirectamente relacionada con las actividades desempeñadas por el empleado, mismo que la empresa no esté de acuerdo. Establece la relación entre la enfermedad y la actividad laboral.	Proceso
35	Normas Regulatoras: NR9 (PPRA), NR7 (PCMSO), Programa de Gerenciamento de Riesgos, NR18 (PCMAT); NR5(CIPA); NR4 (SESMT)	Documentación probatoria de la empresa que demuestre la gestión de riesgos laborales.	Proceso
36	Art. 58 de la Ley 8.213/91(Plano de Benefícios de la Previdencia Social)- LTCAT- Laudo Técnico de Condiciones Ambientales de Trabajo y PPP- Perfil Pro fisiográfico de la Previdencia	Documento que indica las condiciones de trabajo y da subsidios a la definición de medidas de control de riesgos ambientales. Preparado por el ingeniero médico o seguridad en el trabajo, para demostrar la exposición	Proceso

		real de los asegurados los agentes nocivos para los fines de aplicación especiales de jubilación. Exigida por el INSS para los períodos de actividad ejercida en condiciones especiales apenas a partir de 14/10/96. Para el INSS, la comprobación era realizada por el PPP.	
37	Constituição Federal Brasileira (1988)Art. 200, II	Garantía al sindicato de los trabajadores de requerir al MTE la interdicción de máquina, del sector de servicio o de todo el ambiente de trabajo, cuando haya exposición a riesgos, inminente para la vida o la salud de los trabajadores.	Proceso
38	Ley 8080 de 1990 – SUS- Sistema Único de Salud – Vigilancia de la Salud del Trabajador (VST)	Integración de las acciones de Salud Pública, en la Vigilancia Sanitaria, Epidemiológica y Servicios de Salud, con las empresas y los Sindicatos de los Trabajadores	Proceso

Fuente: Autor

#### 4.2.3 Estructura Social

De acuerdo con el mismo raciocinio aplicado, el Sistema representado por la Estructura Social presenta aspectos del comportamiento humano, asociados a las actividades laborales, que por su vez, deben ser analizados posteriormente en las dimensiones del BSC (financiera, personas, procesos y aprendizaje).

**Cuadro 23**  
**Identificación de los aspectos del Sistema: Estructura Social**

Sistema: Estructura Social			
Aspecto		Evaluación	Dimensión
39	Nivel de Producción -Teoría de las Relaciones Humanas (Mayo)	Cuanto mayor la integración social del grupo, mayor es la disposición para trabajar. Es la capacidad social del trabajador que determina su nivel de competencia.	Aprendizaje
40	Comportamiento Social del trabajador - Teoría de las Relaciones Humanas (Mayo)	Por lo tanto, la administración no puede tratar a los empleados uno a uno, pero si como miembros de grupos y sujetos a las influencias sociales de esos grupos. El empleado no puede ser tratado como una máquina.	Aprendizaje
41	Hombre Social- Teoría de las Relaciones Humanas (Mayo)	La motivación de las personas es por la necesidad de reconocimiento, de	Aprendizaje

		aprobación social y participación en las actividades de los grupos sociales en los cuales conviven y no meramente salarial.	
42	Relaciones Interpersonales - Teoría de las Relaciones Humanas (Mayo)	La comprensión de las relaciones humanas permite al administrador mejores resultados de sus subordinados y la creación de una atmosfera en la cual cada persona puede expresarse libremente y de forma saludable.	Aprendizaje
43	Importancia del Contenido de la posición profesional -Teoría de las Relaciones Humanas (Mayo)	Trabajos simples y repetitivos se convierten monótonos y aburridos afectando negativamente la actitud del trabajador y reduciendo su satisfacción y eficiencia.	Aprendizaje
44	Aspectos Emocionales - Teoría de las Relaciones Humanas (Mayo)	Los elementos emocionales no planeados e irracionales del comportamiento humano merecen atención especial	Aprendizaje
45	Felicidad del trabajador en el ejercicio de la actividad	RH estratégico: previsión, aplicación, mantenimiento, desarrollo y monitoreo de recursos humanos de la empresa.	Aprendizaje
46	Foco de RH organizacional	Relaciones entre las personas y la organización (reclutamiento y selección); desarrollo de la cultura organizacional; mejora del ambiente de trabajo; estructuración de remuneración de los funcionarios; evaluación del desempeño de los colaboradores; mantenimiento de un ambiente de Aprendizaje y empeño por la salud y seguridad en el trabajo. Generar recursos humanos es saber agregar, aplicar, mantener, desarrollar y recompensar.	Aprendizaje
47	Necesidades del ser humano – Teoría de Maslow	Jerarquía de las necesidades humanas: fisiológicas, de seguridad, sociales, valorización y autorealización.	Aprendizaje
48	Motivaciones del trabajador - Teorías X y (McGregor)	Para la Teoría X, las personas son motivadas por la busca de satisfacción de sus necesidades básicas y para la Teoría Y no basta solamente el atendimento de las necesidades básicas, una vez que existen otras dimensiones de necesidades del ser humano.	Aprendizaje
49	Satisfacción e insatisfacción de los empleados en el ambiente laboral – Teoría Herzberg	Los factores motivacionales (satisfacción): relativos al cargo, su naturaleza, responsabilidad, promoción, reconocimiento. Los factores extrínsecos (insatisfacción) puramente ambientales, no relacionados al cargo: las relaciones interpersonales, las condiciones del ambiente de trabajo, salario, beneficios sociales, políticas de la organización, clima organizacional, oportunidades de crecimiento.	Aprendizaje

50	Satisfacción en el trabajo - Dejours	Los problemas surgen de las relaciones conflictivas, donde por una parte es la persona y su necesidad de placer; y la otra, la organización, que tiende a la imposición de un sistema automático y la adaptación de los trabajadores a un modelo en particular.	Personas
51	Satisfacción y salud del trabajador	La satisfacción en el trabajo ha sido identificada como ejerciendo influencias sobre el trabajador, que puede manifestarse sobre su salud, calidad de vida y comportamiento, con consecuencias para los individuos y para las organizaciones.	Personas
52	Necesidades motivadoras – Teoría de McClelland	Necesidades motivadoras (realización, poder y afiliación) interfieren en las acciones de las personas a nivel organizacional y de gestión. Para cada persona, una de las necesidades motivadoras será siempre más dominante que las otras dos. Identificación de perfiles individuales en la distribución de actividades.	Personas
53	Equidad– Teoría de Stacy Adams	Percepción de injusticias como generadora de angustia y de aflicción. La equidad no significa igualdad de beneficios y si la relación existente entre beneficios y empeño. Meritocracia.	Personas
54	Frustración del individuo- Teoría Inmadurez-Madurez	El desarrollo del trabajador depende de las condiciones que ofrece la organización y cómo esta organización crea roles y situaciones que mantienen a la inmadurez de los empleados con el fin de adaptarlas a trabajar, lo que frustra su desarrollo y les impide alcanzar la plena satisfacción en el trabajo.	Personas
55	Cultura Organizacional	Crear un conjunto de valores y comportamientos para un proceso educativo y participativo que contribuye al desarrollo individual y colectivo del ser humano, en el que la salud y de los trabajadores se ven en su totalidad.	Aprendizaje
56	Capital Humano	Activo más importante de las organizaciones y no puede ser visto como un costo, pero si como la preservación del patrimonio de la compañía y como ventaja competitiva.	Financiera
57	Satisfacción y Comportamiento	El nivel de satisfacción en el trabajo afecta al comportamiento, en forma de ausencia, el volumen de negocios, menor productividad, huelgas, accidentes, la pasividad, desinterés por el trabajo, el alcohol o las drogas.	Personas

58	Factores psicosociales del trabajo	La interacción entre el individuo y el entorno de trabajo, el contenido del trabajo, las condiciones de organización y habilidades de los trabajadores, las necesidades, la cultura, el trabajo extra que provoca personas que pueden, a través de las percepciones y experiencias, influyen en la salud, el rendimiento laboral y satisfacción en el trabajo.	Personas
59	Bienestar psíquico (Dejours)	Derivada de la existencia de un sentido atribuido al trabajo ejecutado, o sea, un trabajo cuando es libremente escogido y organizado pasa a ofrecer al trabajador formas de descarga de carga psíquica y es considerado, un trabajo equilibrado, estructurado y fuente de placer para el trabajador.	Personas
60	Sufrimiento laboral (Dejours)	La experiencia subjetiva intermedia entre la enfermedad mental descompensada y el bienestar mental, lo que resulta en un estado de lucha contra las fuerzas que empujan hacia la enfermedad mental. Otros factores; miedo a la incompetencia, se ven obligados a trabajar mal, no tener la esperanza para el reconocimiento, el sufrimiento y la defensa individual.	Personas
61	Satisfacción en el trabajo y la vida personal (Scarton)	Los sentimientos que emanan del contexto de trabajo pueden irradiarse a la vida personal, familiar y la influencia social de los individuos y los niveles de bienestar y de la salud física y mental de los trabajadores.	Personas
62	Contribución de los asuntos laborales a satisfacción (Graham et al)	Los aspectos del trabajo que presentan mayor contribución para la satisfacción en el trabajo son: las relaciones interpersonales y satisfactorias, la valorización y posición profesional, el estímulo intelectual, los recursos y gestión adecuados.	Aprendizaje
63	Factores estresores laborales (OMS)	La mala organización del trabajo, la cultura organizacional, estilo de mando y control de gestión, falta de apoyo a un equilibrio entre el trabajo y la vida familiar; miedo a la pérdida del empleo	Aprendizaje

*Fuente: Autor*

#### 4.2.4 Estructura Organizacional

De acuerdo con el mismo raciocinio aplicado, el Sistema representado por la Estructura Organizacional, presenta aspectos relacionados a los procesos organizacionales del

trabajo, que por su vez, deben ser analizados posteriormente en las dimensiones del BSC (financiera, personas, procesos y aprendizaje).

**Cuadro24**  
**Identificación de los aspectos del Sistema: Estructura Organizacional**

Sistema: Estructura Organizacional			
Aspecto	Evaluación/ Impacto en la salud	Dimensión	
64	Organización del trabajo	Factores estresantes al trabajador: largas horas de trabajo; trabajos en turnos alternantes; ritmo acelerado y exigencias referidas al mismo; tiempo de descanso insuficiente; jerarquía rígida; sistemas de control del desempeño en la producción; sistema insatisfactorio de seguridad del trabajo; rotación de personal; desinformación; desviaciones de función y acumulación de funciones.	Proceso
65	Organización del trabajo- Taylor	Monitoreo de los parámetros de los trabajadores, a través de la organización del trabajo, analizando los siguientes factores: fatiga humana, división del trabajo y especialización del operario, análisis del trabajo y estudio de los tiempos y movimientos, diseño de cargos y tareas, incentivos salariales y premios por productividad, la comodidad del operario y el ambiente físico ganan valor, para generar la productividad, la normalización y la supervisión funcional.	Proceso
66	Gestión Organizacional	La satisfacción del trabajador varía conforme el comportamiento de los gerentes, los conflictos y la ambigüedad de roles y su impacto en los empleados. Cuando los trabajadores se enfrentan a la incertidumbre y los conflictos de funciones en el contexto del trabajo, el principal resultado de estas presiones es la insatisfacción y un mayor desgaste en el trabajo.	Proceso
67	Comando excesivo y centralizador – Teoría de Fayol	Manipulación de los trabajadores, desenvolviendo los principios que buscaban explotar los trabajadores. La gestión obsesionada por el comando excesivo.	Proceso
68	Selección de personal- Munsterberg	Aplicación de la psicología a la industria, con el fin de definir las	Aprendizaje

		condiciones psicológicas más favorables para aumentar la productividad y la consiguiente producción de la influencia deseada en la mente humana, el interés de la administración. Desarrollo de pruebas de selección de personal para empresas.	
69	Proceso de trabajo - Weber	La actividad materializa la capacidad humana de transformar, crear, ejecutar, construir y desconstruir cosas. El trabajo es constante fuerza creativa que se presenta de manera diferente a cada persona en contacto con la naturaleza.	Proceso
70	Satisfacción en el trabajo - Locke	El sentimiento de satisfacción en el trabajo es representado por la función de la relación percibida entre lo que un individuo quiere de su trabajo y el resultado que el percibe que está obteniendo. Incluyendo el reconocimiento.	Personas
71	Motivación en el trabajo – Hackman e Oldham	Estados psicológicos críticos, capaces de influir en la motivación en el ambiente de trabajo: el conocimiento de los resultados, la responsabilidad por los resultados y el significado del trabajo.	Aprendizaje
72	Estructura Organizacional	La atención que se presta a la estructura de Seguridad y Medicina del Trabajo en algunas organizaciones todavía se centra en el trabajo formal industrial	Proceso
73		No es suficiente para cumplir con la legislación. La práctica de la Seguridad y Salud Laboral en la prevención de accidentes se debe hacer a través de un sistema de gestión que combina el factor humano para el cumplimiento de la legislación, así como el ambiente de trabajo, la cultura organizacional y las relaciones interpersonales.	Proceso
74	La integración de los programas de salud laboral	La acciones de protección, recuperación y promoción de la salud de los trabajadores deben hacerse en su totalidad, interdisciplinario e intersectorial, en busca de cambios en los procesos de trabajo, con la participación de los trabajadores	Proceso
75	Abordaje multidisciplinar de la salud laboral	Construir posibles maneras de analizar el ambiente de trabajo, con el fin de guiar la creación de estructuras organizativas capaces de evaluar de manera ordenada y equilibrada la prevención y promoción de la salud laboral, mediante un sistema de gestión	Proceso

		que puede ser gestionado por el empleador, con la participación de los trabajadores.	
76	Interfaz entre las prácticas de salud laboral y Políticas	El análisis de las prácticas de higiene del trabajo en los diferentes procesos de trabajo puede ser un paso en la construcción de políticas transversales producido en la discusión de Salud Pública.	Proceso
77	Integración de Sistemas Organizacionales de la Salud Laboral	La integración de estos Sistemas generan algunas ventajas: la reducción de los riesgos de accidentes, una mayor sinergia generada por los diferentes sistemas implementados de manera conjunta, ahorro de costes, seguimiento de linealidad de los trabajadores de la salud, uniforme y sistemático de monitoreo de los programas de salud en el trabajo, una mejor comunicación y la interacción entre los directivos y los trabajadores. La mejora en el ambiente de trabajo.	Proceso
78		La gestión integrada de la salud y seguridad en el trabajo, ayuda a la empresa de una manera integrada, para cumplir con la legislación: el medio ambiente, la salud y la seguridad, la responsabilidad social, trayendo beneficios para la salud pública.	Proceso
79		La integración implica la optimización de procesos, generando la reducción del desperdicio y de la generación de residuos sólidos, efluentes líquidos y emisiones atmosféricas.	Proceso
80	Programa de Gestión Ambiental	Conjunto de valores, temas y procesos que las empresas deben tener en cuenta con el fin de minimizar el daño resultante de su actividad y para generar valor económico, social y ambiental.	Proceso
81	Programa de Gestión de Riesgos	La gestión de riesgos consiste en acciones de prevención de riesgos (que detallan todas las necesidades de acciones preventivas identificadas para cada situación de riesgo); Medidas de emergencia (que detallan todas las necesidades identificadas acciones de emergencia para cada situación de riesgo) y la vigilancia de la salud laboral (deben tener en cuenta el seguimiento de todo peligro de agentes capaces de causar trastornos de la salud del trabajador debido a su exposición a la	Proceso

		característica crónica, o es decir, que se caracteriza por la exposición a dosis bajas y para la evidencia de síntomas de largo plazo).	
82		Los Peligros, asociados al potencial de causar daños en instalaciones industriales y a la salud del trabajador, pueden ser caracterizados por la existencia de agentes físicos, químicos, biológicos, ergonómicos o psicosociales y mecánicos o de accidentes. Todo agente está asociado a un factor de riesgo, expresado con relación a la frecuencia o probabilidad de ocurrencia de un peligro, bien como la perspectiva del impacto que produce en el ambiente y en el individuo.	Proceso
83	Programa de Control Médico y Salud Ocupacional	Estructuración del programa a través del Documento Base, que irá a nortear todos los exámenes médicos ocupacionales. La Integración con la Seguridad del Trabajo y los Recursos Humanos. Programas y campañas cuidando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y accidentes no ocupacionales.	Proceso
84	Clima Organizacional	La cultura organizacional influye en el clima de la organización. El comportamiento de los individuos dentro de la organización, impacta en: las decisiones, recompensas, castigos, la comunicación, los deberes de los empleados y la relación de las formas y pueden afectar negativamente y duradera a el humor de los empleados, lo que genera tensiones, los conflictos, el descontento, la desunión, el ruido en las comunicaciones, entre otros problemas	Aprendizaje
85		La cultura organizacional y la planificación estratégica son conceptos complementarios en las organizaciones de trabajo. Cada uno con su propósito para el negocio, reflejan lo que las organizaciones tienen de mayor valor, las personas.	Aprendizaje
86		La planificación estratégica es fundamental para el comportamiento de la organización en un mundo dinámico y competitivo, en el que está condicionada por la misión de la organización, la visión del futuro y los principales objetivos de la organización.	Proceso

87	Gestión de Recursos Humanos	La gestión de recursos humanos, ahora tiene un papel importante en el desarrollo de actividades dirigidas a la formación de la base de apoyo de los programas de promoción de la salud de los trabajadores, lo que permite el mantenimiento del proceso de mejora continua a través de la educación y la formación el personal, y, en particular, el papel de agente de cambio y formador de la conciencia básica de la calidad de la vida laboral, a ser experimentado en todos los niveles de la empresa. Y la mejora de la Calidad de Vida en el Trabajo, como apoyo a otros programas de salud ocupacional.	Aprendizaje
88		Se amplía la complejidad de la Administración de Recursos Humanos, que debe ejercer el papel político y estratégico en la gestión empresarial y una responsabilidad de todos los administradores de todos los niveles y en todas las áreas operativas.	Aprendizaje

Fuente: Autor

#### 4.2.5 Estructura Situacional

De acuerdo con el mismo raciocinio aplicado, el Sistema representado por la Estructura Situacional, presenta aspectos relacionados a la percepción de la calidad de vida asociado al trabajo, que por su vez, deben ser analizados posteriormente en las dimensiones del BSC (financiera, personas, procesos y aprendizaje).

**Cuadro 25**  
**Identificación de los aspectos del Sistema: Estructura Situacional**

Sistema: Estructura Situacional			
Aspecto		Evaluación/ Impacto en la salud	Dimensión
89	Organización del Trabajo	Solución de problemas relacionados con los miembros de la organización a todos los niveles (participación, sugerencias, innovaciones, etc.)	Aprendizaje
90		Gestión dinámica y de contingencia de factores físicos, tecnológicos y socio-psicológicos que afectan la cultura y renuevan el clima organizacional, que se refleja en el bienestar del trabajador y en la productividad de las empresas.	Aprendizaje

91		La organización del trabajo consiste en la división jerárquica, trabajo técnico y social, los objetivos, la calidad y cantidad de producción que se espera; las reglas formales, misión, normas y procedimientos; las horas de trabajo, descansos y turnos; tarifas, términos y tipos de presión; control y una vigilancia, supervisión y disciplina; la naturaleza, contenido y características de las tareas.	Proceso
92	Estructura funcional	Enriquecimiento de tareas, rediseño de puestos, rotación de funciones, grupos autónomos o semi autónomos, etc.);	Aprendizaje
93	Sistema de recompensas	Las innovaciones en el sistema de recompensa (recompensas financieras y no financieras). política de remuneración, desarrollo personal y beneficios	Aprendizaje
94	Ambiente físico de trabajo	Las mejoras en el ambiente de trabajo (el clima, la cultura, el entorno físico, la ergonomía, el bienestar.	Aprendizaje
95		Medio físico: señalización, el espacio, el aire, la luz, la temperatura, el sonido; instrumentos, herramientas, máquinas, la documentación; materiales arquitectónicos , aparatos y muebles; la materia prima.	Proceso
96		Para lograr un estado de bienestar físico, mental y social, los individuos y grupos deben ser capaces de identificar las aspiraciones, satisfacer necesidades y modificar favorablemente el entorno natural, social y política.	Aprendizaje
97	Visión estructurada de la salud laboral	Promoción de la salud no es sólo responsabilidad del sector de la salud, y va más allá de un estilo de vida saludable, en la dirección de un bienestar global.	Aprendizaje
98	Relaciones Sociales de Trabajo	Las relaciones sociales de trabajo incluyen interacciones jerárquicas, las interacciones colectivas dentro y entre los grupos y las interacciones externas con clientes, usuarios, consumidores, representantes institucionales y proveedores.	Personas
99	Promoción de la Salud Laboral	Temas de abordaje: Salud en el trabajo, Maternidad y trabajo, Igualdad, VIH, Vacunación, Conducción responsable, Alimentación, Actividad física, Sueño, Higiene postural, Gestión del tempo y otros. Los programas con mejores resultados son aquellos que, además de	Aprendizaje

		informar, son capaces de incentivar, motivar y crear herramientas y oportunidades para que los cambios acontezcan.	
--	--	--	--

Fuete: Autor

### 4.3 Perspectivas, Objetivos Estratégicos e Iniciativas del Modelo

Teniendo en cuenta el diagnóstico del cuadro veinteuno hasta el cuadro veintecinco, donde fueron retratados los aspectos relativos a cada sistema estudiado, el próximo paso ahora, es la presentación de las perspectivas y objetivos estratégicos aplicados al modelo del Sistema de Gestión Integrada de Salud Laboral (SGISL), construido a partir de los aspectos detallados en los cuadros mencionados y adaptadas a la metodología del BSC, donde la organización podrá conducir de forma estratégica la gestión de la salud laboral. El cuadro abajo demuestra este resumen estratégico pautado en las cinco dimensiones: Resultado, Financiera, Personas, Proceso y Aprendizaje, las cuales de forma integrada y equilibrada busca demostrar las acciones que las organizaciones deben caminar, en la gestión integrada de la salud laboral, de forma para obtener ventaja a través de los cuidados con el capital humano.

**Cuadro 26**

#### **Perspectiva, Objetivos estratégicos, Iniciativas estratégicas del Modelo**

<b>Perspectiva: Creación de Valor</b>			
<b>Temas</b>	<b>Objetivos Estratégicos</b>	<b>Aspectos</b>	<b>Iniciativas</b>
Ser una empresa saludable (beneficio)	Mejorar la salud del Trabajador	Engloban todos los aspectos	<i>Establecer métricas para cuantificar el impacto del modelo en el imagen de la empresa, el ambiente organizacional, productividad y ventaja competitiva.(GO).  Evaluar la satisfacción de los trabajadores con la empresa. (GRH).</i>
	Aumentar la ventaja competitiva		
	Mejorar la imagen de la empresa		
<b>Perspectiva: Financiera</b>			
<b>Temas Estratégicos</b>	<b>Objetivos Estratégicos</b>	<b>Aspectos</b>	<b>Iniciativas</b>
Capital Humano y Organizacional (Inversión-costo)	Proveer los recursos financieros para la implantación del Modelo	3	<i>Efectuar planeamiento financeiro en combinación con la estrategia elo modelo. (GF)</i>

	Invertir en el capital humano	56	<i>Sensibilizar la Dirección de la empresa de la importancia de tener el trabajador saludable y satisfecho.(GSMS).</i>
Eficiencia Operacional (reducción de gastos)	Reducir gastos de la empresa a través de la gestión de riesgos, peligros y daños, evitando la acción regresiva del INSS.	30	<i>Elaborar y monitorear los programas: PGR, PCMSO, PPRA. Proveer <u>inspecciones de SMS</u> y <u>asesoría en SMS</u>.(GSMS).</i>
	Reducir accidentes y enfermedades ocupacionales, generando accidentes, incidentes y desviaciones.	28, 29	<i>Crear metas desafiantes con acompañamiento mensual, priorizando la reducción de frecuencia, gravedad y costos de los accidentes y enfermedades.(GSMS).</i>
	Reducir el RAT y FAP y gestión del NTEP e LTCAT.	31,32,33, 36	
	Reducir accidentes y enfermedades ocupacionales, reduciendo el gasto en el atendimento y en el seguro de previdencia	28, 25, 28, 29	
Relación costo y beneficio	Evaluar la relación entre el costo con la implantación del modelo de salud laboral y los gastos de la empresa con beneficios accidentarios, pensiones y seguro.	25, 28, 29, 30,31,32, 36	<i>Elaborar la evaluación métrica de costo / beneficio para el modelo (GF,GSMS y a otras áreas de gestión).</i>
<b>Perspectiva: Personas (Trabajadores)</b>			
<b>Temas Estratégicos</b>	<b>Objetivos Estratégicos</b>	<b>Aspectos</b>	<b>Iniciativas</b>
Salud del trabajador. (satisfacción, insatisfacción, necesidades y motivación)	Fomentar la participación de los trabajadores en los procesos de promoción y prevención de la salud (vigilancia epidemiológica, salud y salud ambiental), por lo que los programas de comunicación y el mantenimiento de un canal de diálogo permanente con la fuerza de trabajo.	8,10, 75	<i>Involucrar a los empleados en la gestión de la seguridad y programas de salud ocupacional (SSO). Supervisar los programas de promoción de la salud de los empleados.(GSMS).</i>
	Identificar las necesidades de desarrollo de los trabajadores y fomentar las relaciones sociales.	50, 41	<i>Elaborar un diagnóstico de necesidades de desarrollo de los empleados, para el programa de gestión de personas.(GRH).</i>

	<p>Identificar los factores motivacionales que generan satisfacción al empleado: naturaleza de la posición, significado del trabajo, gestión de desempeño, promoción, reconocimiento, recompensa, capacitación.</p>	<p>49, 62, 71, 92</p>	<p><i>Elaborar un programa de gestión de personas con: estructura de cargos, selección y contratación, remuneración, desempeño y recompensa, capacitación, beneficios e incentivo. (GRH).</i></p> <p><i>Evaluar la satisfacción y motivación del empleado a través del <u>programa de evaluación del ambiente organizacional</u>.GRH).</i></p>
	<p>Identificar los factores extrínsecos (insatisfacción) ambientales, no relacionados a la posición: las relaciones interpersonales, las condiciones del ambiente de trabajo, la organización y limpieza, las políticas de la organización, el clima organizacional, las oportunidades de desarrollo.</p>	<p>49, 93, 96</p>	<p><i>Elaborar un programa de beneficios al trabajador y acompañamiento permanente de resultados del programa y satisfacción del empleado. (GRH).</i></p> <p><i><u>Elaborar un programa de comprometimiento y motivación de la fuerza de trabajo: gestión de desempeño, capacitación y meritocracia. (GRH y demás gerencias).</u></i></p>
	<p>Identificar perfiles individuales en la distribución de actividades. Selección de personal</p>	<p>51, 54, 60, 45, 68</p>	<p><i>Aplicar el programa de RH: posición/actividad/ remuneración/selección y contratación. (GRH).</i></p>
	<p>Negociar las actividades con el trabajador</p>	<p>59</p>	<p><i>Aplicar el programa de gestión de desempeño. (GRH y a otras áreas de gestión).</i></p>
	<p>Fortalecer la relación beneficio y empeño del individuo</p>	<p>53, 60, 46</p>	
	<p>Identificar el perfil motivador del individuo y sus necesidades.</p>	<p>52, 69, 47, 48</p>	<p><i>Elaborar un mapeo de perfiles y posiciones.(GRH y a otras áreas de gestión).</i></p>
	<p>Evaluar el comportamiento del individuo</p>	<p>57</p>	<p><i>Monitorear el cambio de comportamiento y de hábito de los empleados.(GRH y a otras áreas de gestión).</i></p>
	<p>Identificar los aspectos extraprofesionales de perturbación individual</p>	<p>58</p>	
	<p>Identificar y fortalecer los aspectos que generan satisfacción al individuo en el ambiente laboral.</p>	<p>61</p>	<p><i>El programa de Gestión del ambiente organizacional debe evaluar: satisfacción de los empleados, estructura de gestión (procesos y tamaño) y liderazgo. (GRH).</i></p>

Relaciones Sociales en el trabajo y bienestar de las comunidades	Promover las interacciones internas y externas con todas las partes interesadas: trabajadores, gestores, distribuidores, sindicatos y comunidad, con descentralización; jerarquía; equidad y precaución.	6, 98, 11	<i>Crear un Comité de Gestión de Salud Laboral con reuniones mensuales involucrando las partes interesadas. (GO).</i>
<b>Perspectiva: Procesos Internos</b>			
Temas Estratégicos	Objetivos Estratégicos	Aspectos	Iniciativas
Vigilancia de la salud del trabajador y Vigilancia Sanitaria	Identificar los riesgos: físicos, químicos, biológicos, ergonómicos y de accidentes en el ambiente laboral ;  Establecer una estructura de jerarquía de Gestión de Seguridad del trabajador conforme la NR-4	1, 9, 15, 17, 23, 24, 26, 34, 35, 37, 81, 82, 83, 94, 95	<i>Gestionar los riesgos ambientales a través del PPRA- NR-9; PGR en consonancia con el PCMSO- NR-.7. <u>Gestión de la Salud Ocupacional.</u> Aplicar las NR conforme el control de los riesgos</i>
	Eliminar o sustituir los riesgos a través de controles de ingeniería y mejoras en el ambiente físico de trabajo, en los procesos y en la ergonomía.		<i>Elaborar un <u>plan de gestión de cambios (tecnología e instalaciones).(GS).</u>  <u>Elaborar un plan de Gestión de la seguridad operacional (equipos críticos, mantenimiento y procedimientos operacionales).(GS).</u>  <u>Gestión de la Ergonomía. Análisis de factores de SMS en nuevos emprendimientos. (GSMS).</u></i>
	Establecer la prevención; promoción de la salud, rehabilitación y reparación de los daños a través del diálogo social y de la integración, utilizándose de los requisitos legales de SMS y programas que de forma asociada irán a componer el modelo propuesto de la salud laboral.  Proporcionar de forma permanente el acceso de los empleados a los datos de salud, oriundos de los programas pertinentes al modelo.		<i>- <u>Elaborar un programa de recuperación del potencial laboral de los empleados.(GSS).</u>  - <u>Elaborar un programa de vigilancia ambiental en las comunidades. (GMA).</u>  - <u>Elaborar un Programa de Prevención y Promoción de la Salud, basado en la NR-7 PCMSO. (GSS).</u>  - <u>El acompañamiento y discusión de estos programas debe estar inserido en el Comité de Gestión de la Salud Laboral. (GO).</u></i>

	Estructurar un programa de control de equipos de protección individuales y colectivos		<i>Elaborar procedimiento de controle de EPI, basado en la NR-6. (GS).</i>
	Proporcionar la integración de las acciones de Salud Pública, en Vigilancia Sanitaria, Epidemiológica y Servicios de Salud, con las empresas y los Sindicatos de los Trabajadores	38	<i>Elaborar un programa de Vigilancia Sanitaria en la Empresa.(GSMS)</i>  <i>Implementar las cuestiones de SMS en acuerdos colectivos con el Sindicato. (GSMS).</i>
Vigilancia ambiental	Proporcionar el monitoreo ambiental de las comunidades con probabilidad de impacto por la empresa (residuos sólidos, efluentes, atmosféricos y biodiversidad) y acciones de contingencia para el control y reducción de los impactos ambientales.	7	<i>Elaborar un programa de vigilância ambiental para monitorear la empresa y los impactos en las comunidades.(GMA).</i>  <i><u>Elaborar programa de contingencia. (GS).</u></i>
Responsabilidad Social	Gestionar los daños ambientales resultantes de las actividades laborales, creando valor económico, social y ambiental. Identificar y evaluar los posibles impactos generados por la empresa en las comunidades vecinas, proporcionando todo el apoyo social necesario.	4, 80	<i>Elaborar un programa de responsabilidad social, basado en la transparencia y ética, con acciones de minimización de impactos ambientales y sociales promovidas por la empresa. (GO).</i>
	Proporcionar la participación de la comunidad, de los trabajadores, de forma integrada con equidad y precaución.	11	
Interface del Modelo con las Políticas Nacionales de Seguridad y Salud y el SUS	Proponer la mejora del sistema nacional de salud y seguridad en el trabajo a través del diálogo en curso de este con las organizaciones de gestión de la salud ocupacional.	14, 20, 22, 27, 76, 13	<i>Buscar la interface entre el Modelo Propuesto y el Sistema Nacional de Seguridad y Salud. (GO).</i>
Factores organizacionales estresantes al trabajador	Monitorear los factores organizacionales que contribuyen con el estado de estrés del trabajador, generando insatisfacción: trabajos repetitivos e insignificantes, falta de planeamiento.	64, 65, 66, 91, 43, 44, 63, 89	<i>Elaborar programas de Recursos Humanos que asesoren a los gestores en el control de los factores estresantes organizacionales. (GRH).</i>
Contribución del factor humano	Asociar los procesos de Gestión de la salud laboral al factor humano, al ambiente de trabajo, a la cultura organizacional y a las relaciones interpersonales, de forma integrada y transdisciplinar.	72, 73, 74, 86	<i>Priorizar el factor humano como factor de relevancia en los procesos organizacionales y demás programas del modelo. (GO).</i>

Cultura organizacional	Establecer una cultura organizacional que influyera positivamente el clima organizacional, enfocada en la salud de los empleados y en la visión estratégica organizacional, eliminando los conflictos sociales internos. Alinear la visión y la misión del modelo propuesto a los principios organizacionales.	84, 85, 90	<i>Establecer en conjunto con los líderes un programa continuo de monitoreo del ambiente y cultura organizacional.(GRH).</i>
Integración y Transdisciplinariedad de los programas y sistemas de gestión de la salud laboral	Integrar programas, sistemas y personas a fin de promover la interrelación transdisciplinar y la integración social, favoreciendo la sociabilidad, comprometimiento y satisfacción del trabajador con mejoras en el ambiente organizacional	39, 41	<i>Los líderes conjuntamente con los Sectores de RH, SMS y gestores deben establecer esta integración (GO).</i>
Gestión de resultados	Evaluar el desempeño de todos los programas y sistemas que irán a componer el modelo integrado de la salud laboral. La Gestión de resultados debe hacer parte del Plano Estratégico del Modelo propuesto y tener metas asociadas.	39, 41	<i>Establecer evaluaciones métricas para el acompañamiento del resultado de los programas y sistemas de forma parcial e integrada.(GO).</i>

**Perspectiva: Aprendizaje y Crecimiento**

<b>Temas Estratégicos</b>	<b>Objetivos Estratégicos</b>	<b>Aspectos</b>	<b>Iniciativas</b>	
Factor Psicosocial	Establecer un estilo de gestión organizacional alineado con la cultura organizacional de modo para mantener un ambiente agradable para los trabajadores y para la organización.	2, 40, 42, 55	<i>Estructurar un programa de capacitación para los gerentes. (GRH).</i>	
	Comprender las relaciones humanas. La comprensión de las relaciones humanas permite al administrador mejores resultados de sus subordinados y la creación de una atmósfera en la cual cada persona es encorajada a expresarse de forma libre y saludable.			
	El Sector de RH debe acompañar junto a los gerentes y trabajadores el resultado del estilo de gestión.			<i>Estructurar un programa de monitoreo de satisfacción del trabajador. (GRH).</i>
	El Sector de la Salud Ocupacional debe acompañar la variación psicosocial de los trabajadores en el ambiente de trabajo			<i>Estructurar unos programas: acompañamiento psicosocial de los empleados (<u>salud mental; uso de alcohol, fumo y drogas</u>). (GSS).</i>

Responsabilidad del Líder	Comprometerse con la gestión de la salud laboral. Atender las legislaciones nacionales e internacionales pertinentes, priorizando los recursos necesarios para tal. Estimular a los trabajadores a participar de los programas de salud laboral.	5	<i>Establecer junto a los trabajadores la importancia de la Gestión de la salud laboral y el compromiso con la gestión. (GO).</i>
Capacitación profesional	Promover los procesos de educación, formación profesional y capacitación específica en la promoción de la salud y cultura preventiva de SMS	12, 19	<i>Estructurar un programa de capacitación en promoción de la salud, para gerentes, Sectores: RH, SMS y trabajadores. (GRH).</i>
Eficacia de Recursos Humanos	Estructurar el Sector de RH, como función política y estratégica en la gestión organizacional, teniendo como responsabilidad de asesorar la Administración General, los gerentes y todos los programas pertinentes a la salud laboral.	87, 88	<i>Capacitar los profesionales de RH para atender los desafíos estratégicos de la gestión de la salud laboral. (GO).</i>
Reconocimiento de la empresa por el desempeño del empleado en los programas de salud laboral	Proporcionar el reconocimiento a los empleados que tuvieron buen desempeño en los programas de salud laboral	5	<i>Estructurar un programa de reconocimiento para los trabajadores. (GRH).</i>

*Fuente: Autor*

#### **4.4 Mapa Estratégico**

Antes de presentar el mapa estratégico, que representa la estrategia aplicada a los aspectos estudiados para la formulación del modelo integrado de la salud laboral para las organizaciones, es importante alentar que el mapa denota la Gestión estratégica, que por su vez es la materialización de la visión estratégica responsable por la ideología de proposición de un modelo de gestión organizacional de esta naturaleza.

La gestión estratégica es formada por el planeamiento estratégico, con foco en la formación de los temas estratégicos a partir del análisis de los sistemas y de todo el material investigado. La traducción de la estrategia es hecha através de la visión de Matus, Kaplan y Norton (BSC), donde los objetivos estratégicos fueron trazados a partir de la evaluación de los aspectos que impactan a salud del trabajador en las organizaciones. Y finalmente según el modelo propuesto, contextualizada con la adopción de iniciativas asociadas a los objetivos que materializan acciones que deberán estar alineadas con los demás planes, programas y presupuestos de la organización, bien como asociadas a la visión estratégica organizacional.

El mapa estratégico describe el proceso de transformación de activos intangibles en resultados tangibles para los clientes y, por consecuencia en resultados financieros. Él es la

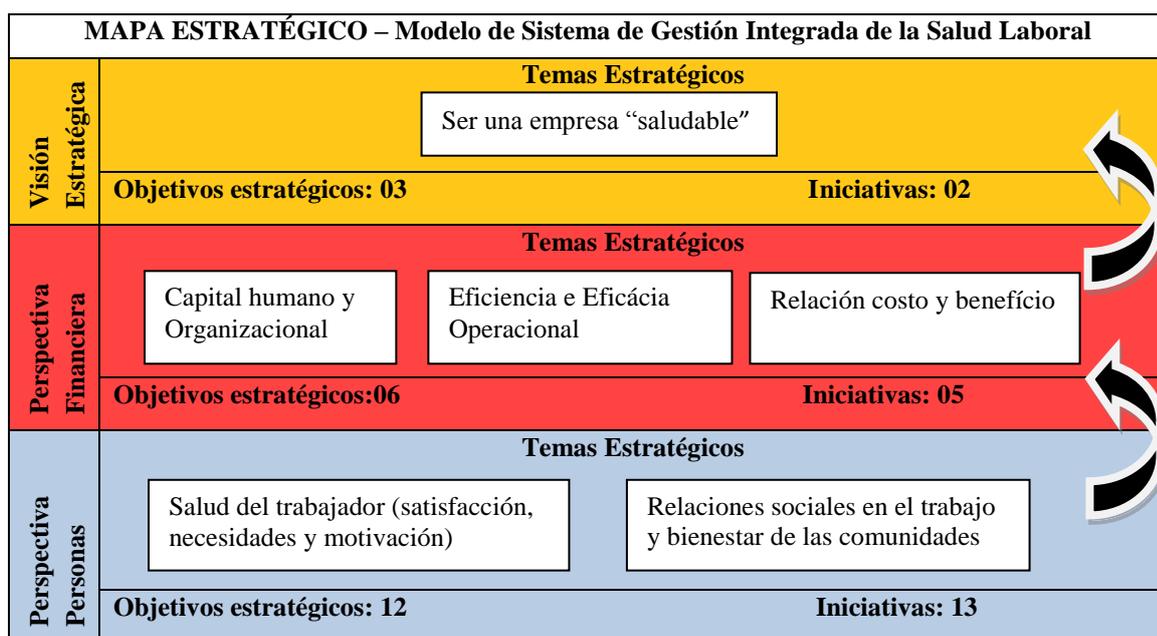
fotografía de la estrategia del modelo propuesto, constituido por perspectivas, temas, objetivos estratégicos e iniciativas. Los objetivos estratégicos presentan sus relaciones de causa y efecto, mientras que los temas estratégicos definen las proposiciones de valor para los clientes.

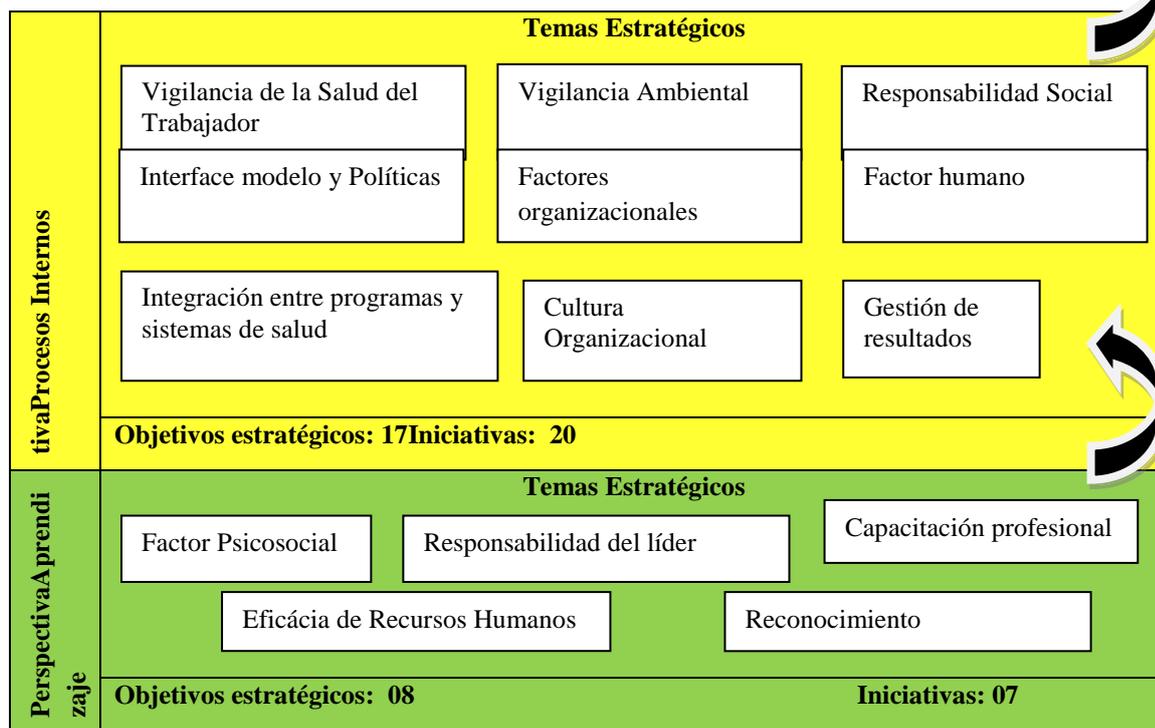
Las perspectivas del BSC, adaptadas al modelo integrado de la salud laboral, definen los caminos de la estrategia en una relación de causa e efecto entre los respectivos objetivos. La perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento es la base de la estructura y en ella deben ser definidas las acciones que la organización debe emprender para alcanzar la realización de los procesos internos.

La perspectiva de los procesos internos debe establecer cuáles son los procesos que deben ser creados y monitoreados de forma que atiendan a la perspectiva de los clientes (trabajadores) que por su vez en el modelo propuesto, se refiere al desenvolvimiento de la salud de los trabajadores mediante el control de los procesos internos.

La perspectiva Financiera refleja las inversiones necesarias para la estructuración del modelo propuesto, bien como los gastos derivados del descontrol de los procesos internos. La relación de costo y beneficio identificada en esta perspectiva sirve de respuesta a la visión estratégica del modelo, bien como de la organización como un todo, porque irá a demostrar el valor agregado, cuando es percibido de forma interna y externa, como una empresa “saludable”, con trabajadores saludables, bienestar organizacional, una imagen positiva de la empresa en el mercado y la ventaja competitiva en función de estos atributos. Sigue en la figura quince el mapa estratégico del modelo integrado de la salud laboral propuesto.

**Figura 15**  
**Mapa Estratégico**





Fuente: BSC adaptado por el autor

#### 4.5 Interpretación del Mapa Estratégico del Modelo del Sistema de Gestión Integrada de la Salud Laboral

Conforme demostrado en el mapa estratégico, cada perspectiva presenta una relación de causa y efecto entre sí, que culmina con la visión estratégica del modelo. El cuadro veintisiete demuestra de forma consolidada estas relaciones, para mejor comprensión de la expectativa de resultados en cada perspectiva del modelo.

**Cuadro 27**  
**Relación de causa y efecto entre las perspectivas**

Perspectivas	Tema Estratégico	Relación de causa y efecto
Aprendizaje	Reconocimiento	<i>El programa de reconocimiento, a los empleados que tuvieron buen desempeño en los programas de la salud laboral, a ser creado en los procesos irá a motivar la participación de los empleados en los programas de promoción y prevención a la salud.</i>
	Eficacia de recursos humanos	<i>La estructuración de un Sector de Recursos Humanos dirigido para asesorar los programas de salud laboral, requiere estrategia, capacitación de los profesionales y comprometimiento del líder.</i>
	Responsabilidad del líder	<i>La dirección principal, además de tener la responsabilidad de cumplir con los requisitos legales para SMS, debe estar comprometida con todos los programas y procesos específicos para la gestión de la salud ocupacional, que se estructura en la perspectiva de los procesos internos.</i>

	Factor Psicosocial	<i>El estilo de Gestión debe estar asociado a un clima organizacional agradable y equilibrado, en el cual las relaciones sociales organizacionales necesitan ser conocidas y acompañadas a través de programas específicos que deben ser estructurados por la GRH y GSMS, en la perspectiva de procesos internos.</i>
Procesos Internos	Gestión de resultados	<i>El acompañamiento del desempeño de los programas de la salud laboral, demuestra la preocupación de la salud de los empleados y la participación de estos en los programas.</i>
	Integración de los programas de salud	<i>Los programas de salud del modelo deben estar integrados, de forma a garantizar el comprometimiento de los gestores y empleados, favoreciendo la sociabilidad y la satisfacción del trabajador, produciendo una mejora en el ambiente organizacional.</i>
	Cultura Organizacional	<i>El monitoreo de la cultura organizacional a través de los procesos de RH contribuyen para el mantenimiento del ambiente y la sociabilidad de los empleados generando el bienestar social y personal.</i>
	Contribución del factor humano	<i>El líder general, gerentes y las áreas de SMS e RH, deben crear procesos para la motivación y el comprometimiento de la fuerza de trabajo con los programas de prevención y recuperación de la salud.</i>
	Factores organizacionales estresores del trabajo	<i>El programa a ser desarrollado para este tema, debe ser hecho por el RH, SMS en conjunto con los trabajadores. Y una vez identificados los factores estresantes en el ambiente de trabajo, el programa deberá tener metas de eliminación o reducción de estos factores, protegiendo la calidad de vida laboral de los trabajadores.</i>
	Interface del modelo con las Políticas nacionales de Seguridad y Salud y el SUS	<i>La interface con la Política Nacional de Seguridad y Salud y el NHS, es un modelo de alineación con los temas de salud ocupacional. El modelo está de acuerdo con los requisitos legales nacionales para SMS y la interface por lo que el proporcional de un enlace de intercambio de experiencia y un canal abierto para inspecciones y auditorías de los Ministerios: Salud, Trabajo y Bienestar, proporcionando de este modo un control de la salud a través de la los trabajadores a nivel nacional.</i>
	Responsabilidad Social	<i>El programa de Responsabilidad Social desarrollado en esta etapa se asegurará el bienestar de las comunidades que puedan verse afectados por los riesgos ambientales de la empresa. Como tal, este programa asociado con el Programa de Vigilancia Ambiental proporcionará acciones ambientales y sociales, para asegurar el bienestar de las comunidades, teniendo en cuenta el tema estratégico de la perspectiva "trabajadores".</i>
Procesos Internos	Vigilancia Ambiental	<i>El programa de Vigilancia Ambiental tiene la especificidad de actuar en los procesos de identificación, evaluación y control de los impactos ambientales sociales y de salud de las comunidades que puedan ser afectadas por los riesgos ambientales de la empresa. Mismo que sea específico el crea subsidios al Programa de Responsabilidad Social para estructurar las acciones que garanticen el bienestar social de las comunidades.</i>

	Vigilancia de la Salud del Trabajador	<i>Este tema estratégico, en función de su abarque y relevancia, comporta básicamente la mayoría de los programas del modelo: Programa de Prevención de riesgos Ambientales (NR-9), Programa de Gestión de Riesgos; Programa de Control Médico y Salud Ocupacional (NR-7), Programa de Ergonomía(NR-17); Programa de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo en la Construcción Civil (NR-18), SESMT (NR-4), CIPA (NR-5) y otros requisitos legales nacionales, que de forma integrada participan del modelo objetivando el mantenimiento de la salud de los trabajadores y la calidad de vida en el trabajo, frente a los riesgos ambientales presentes en la organización.</i>
<b>Pessoas (Trabalhadores)</b>	Relaciones Sociales en el trabajo y el bienestar de las comunidades	<i>En la perspectiva los trabajadores, se percibe el efecto de los procesos internos, o sea, de los programas estructurados que irán a atender a los temas en las perspectivas de los trabajadores. Por lo tanto los programas de RH enfocados en las relaciones sociales, bien como los programas de Vigilancia Ambiental y Responsabilidad Social, deberán proporcionar los recursos para garantizar el atendimento al referido tema. Y con el fin de que la Gestión de los asuntos de la salud laboral sean discutidos, analizados y optimizados en sus respectivos programas y acciones, se sugiere en esta etapa, la creación de un Comité de Gestión de la Salud Laboral en la organización, cuyo gestor debe ser la Alta Administración de la empresa</i>
	Salud del trabajador. (satisfacción, insatisfacción necesidades y motivación)	<i>En este tema central, básicamente, todos los programas y las acciones se centran en el tema de su alcance: la salud y el bienestar de organización de los trabajadores. Por lo que este tema es una solicitud que deben introducirse en los procesos internos, que se identifican los factores de satisfacción, insatisfacción organizacional, necesidades y motivaciones de la fuerza de trabajo, por lo que los programas pueden ser instituidos en la organización con el fin de tratar de reducir o eliminar tales factores, para obtener un ambiente organizacional agradable y equilibrado con los procesos y la gestión adecuada, para proporcionar salud y calidad de vida en el lugar de trabajo para todos los trabajadores.</i>
<b>Financeira</b>	Eficiencia yEficacia Operacional (reducción de despensas- costos)	<i>El tema de Eficiencia y Eficacia Operacional se refiere al efecto percibido por la organización, por el descontrol de sus procesos que culminan en pérdidas materiales, humanas y hasta en la imagen de la empresa. Con eso, para mejorar la efectividad operacional, este tema demanda acciones subvencionadas por los programas (perspectiva procesos) dirigidas para la reducción de costos de accidentes y enfermedades ocupacionales la reducción en el valor de los seguros y la eliminación de la probabilidad de multas por penalidades en los requisitos legales y procesos de trabajo. Además de establecer los controles de pérdidas del capital humano y de la vulnerabilidad de la imagen de la empresa, que envuelve el alejamiento de accionistas y la pérdida de valor de la empresa.</i>
	Capital Humano y Organizacional (Inversión -costo)	<i>Este tema refleja la preocupación con los recursos financieros de la organización y demanda a través de los procesos internos las acciones de priorización en las inversiones de la salud del trabajador (capital humano) con provisión de recursos para la restructuración de la gestión de la salud laboral y que de forma indirecta está asociado al capital organizacional en la cual están vinculados otros proyectos de la organización.</i>

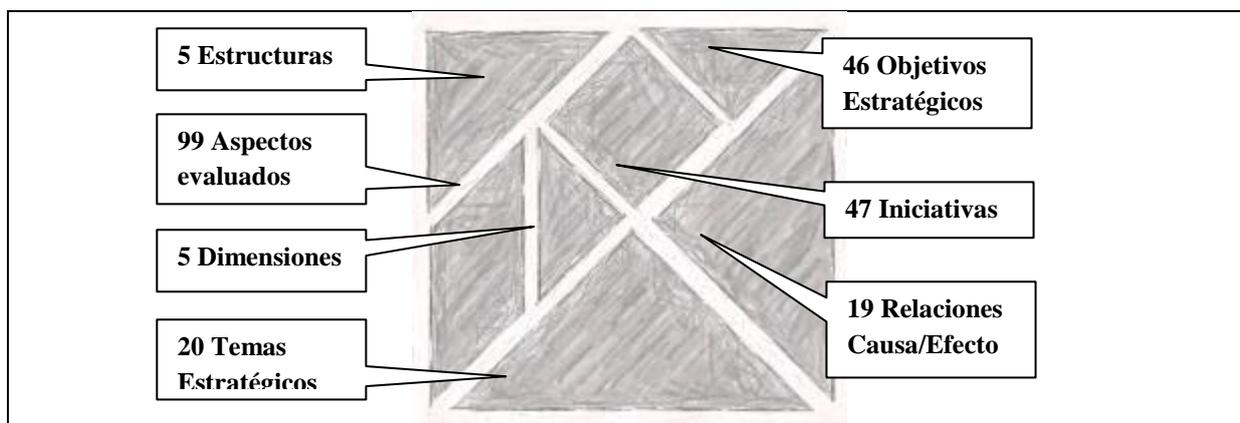
	Relación costo y beneficio	<i>Este tema refleja la preocupación con los recursos financieros de la organización y demanda a través de los procesos internos las acciones que evalúen la relación costo/beneficio percibida por la organización, por los trabajadores, accionistas, mercados y sociedad. Este control es necesario e importante pues él tiene un posicionamiento dinámico de la empresa con relación a sus estrategias.</i>
<b>Vision Estratégica</b>	Ser una empresa saludable  (beneficio)	<i>La visión estratégica representa la creación de valor de este modelo a la organización. Establece el objeto principal del modelo, tener una empresa saludable, significa tener trabajadores saludables, satisfechos, motivados en un ambiente organizacional agradable, con procesos equilibrados y controlados, de acuerdo con una gestión adecuada y justa. Preocupándose con la responsabilidad social de las comunidades vecinas y de los socios de la organización en el negocio. La Gestión del modelo auxilia la empresa en la efectividad operacional, aumentando su ventaja competitiva y lucro, mejorando la imagen de la empresa.</i>

Fuente: Autor

De forma sintética la figura dieciséis demuestra el formato del Sistema de Gestión integrada de la Salud Laboral, a partir del estudio de los factores pertinentes a la salud laboral encinco estructuras, de las cuales noventa y nueve aspectos fueron evaluados y asociados a las cinco dimensiones del BSC, donde fueron tratados a partir de veinte temas estratégicos, cuarenta y seis objetivos y cuarenta y siete iniciativas. Y en la consolidación del mapa estratégico del Sistema, las diecinueve relaciones de causa y efecto ratifican la integración de la estrategia.

La figura dieciséis busca representar fielmente la integración de las partes de los elementos utilizados en el estudio, como forma de ilustrar el camino recorrido como estrategia peculiar para el formato del modelo SGISL.

**Figura 16**  
**Formato de la Estructura del SGISL**



Fuente: Autor

Presentando la síntesis de este capítulo se concluye que:

1. Considerando que las normas, directrices y programas representan sistemas parciales en este estudio, que de forma integrada irán a formatear el modelo de un Sistema Integrado de la Salud Laboral, corroborando de esta forma con la Teoría General de los Sistemas, que preconiza que un único sistema es formado a partir de un conjunto de otros sistemas.

2. El planeamiento estratégico situacional definido por Matus (1997) es usado en el estudio para la definición de cuatro momentos que definen la estrategia a seguir. Los cuatro momentos situacionales de forma asociada, orientan la Gestión estratégica del modelo, a partir del problema identificado, del estudio de los sistemas parciales, de la consolidación de los sistemas en temas, objetivos e iniciativas, a través de la adaptación del BSC, de Kaplan y Norton (2001), culminando con el proceso de mejora continua que hace al dinamismo y la variabilidad del modelo propuesto.

3. En cada sistema estudiado, los aspectos relativos al mismo son identificados y evaluados cualitativamente, de modo a establecer la forma por la cual estos aspectos serán supuestamente controlados dentro del respectivo modelo. Y una vez evaluado, a cada aspecto es atribuida una perspectiva, de acuerdo con las cinco dimensiones del BSC (aprendizaje, procesos, personas, financiera, resultado) donde estos aspectos y sus respectivos controles serán gerenciados estratégicamente en el modelo.

4. Todos los aspectos estudiados y sus controles, sin excepción, son alocados en perspectivas y en cada perspectiva son convertidos en temas y objetivos estratégicos e iniciativas, que representan la propuesta de objetividad. Dos tipos de controles son creados con el fin de generar los aspectos identificados en el estudio y que su insumo del modelo propuesto. Las iniciativas constituyen un plano de acción, con sus respectivas métricas de desempeño, que deberán ser acompañadas por los gestores.

5. El mapa estratégico describe el proceso de transformación de activos intangibles en resultados tangibles para los clientes y, por consecuencia en resultados financieros. El es la fotografía de la estrategia del modelo propuesto, constituido por perspectivas, temas, objetivos estratégicos e iniciativas.

6. La gestión estratégica es formada por el planeamiento estratégico, con foco en el formato de los temas estratégicos a partir del análisis de los sistemas y de todo el material investigado. La traducción de la estrategia es hecha a través de la visión de Matus y Kaplan y Norton (BSC), donde los objetivos estratégicos fueron trazados a partir de la evaluación de los aspectos que impactan la salud del trabajador en las organizaciones y finalmente según el modelo propuesto, contextualizada con la adopción de iniciativas asociadas a los objetivos que materializan las acciones que deberán estar alineadas con los demás planos, programas y presupuestos de la organización, bien como asociadas a la visión estratégica organizacional.

## **CAPÍTULO 5**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

En este capítulo, las conclusiones y recomendaciones de los trabajos serán presentados con el fin de consolidar el estudio del modelo, sus consideraciones e indicaciones para profundizar el tema con los estudios futuros.

#### **5.1 Conformidad con los objetivos propuestos**

Conforme fue referenciado en este trabajo, se verificó que la limitada intervención de la Salud Pública en el campo de la salud del trabajador, que nunca fue un objetivo central de preocupación, influenciada por los contratiempos de la gestión financiera y de recursos humanos en la implementación del Sistema Único de Salud, se ha reflejado en la tendencia de tratar como una cuestión menor a la atención integrada, más diferenciada, a los trabajadores. Esa ausencia de respuestas efectivas viene sirviendo de justificación para que el sector privado se responsabilice gradativamente por determinadas tareas que, al principio, serían un compromiso fundamental del Estado. De esa forma, las iniciativas loables de creación de programas o centros de referencia con esa finalidad, ha sido el resultado de modo general, más del empeño de algunos profesionales, de que el necesario proceso de institucionalización, fruto de una política asumida.

Con base en el problema de la contextualización asociada a las preguntas planteadas en el capítulo uno de este estudio, en este documento, basado en la investigación sobre el tema, se presenta un modelo integrado de un Sistema de Gestión de Salud Laboral, para su aplicación en las organizaciones públicas y privadas. La investigación para el desarrollo del modelo debe ser concluyente de acuerdo con el objetivo general y los objetivos específicos propuestos en el capítulo introductorio de este estudio.

Siendo así, las consideraciones de este capítulo estarán direccionadas a estas respuestas, de forma categórica y detallada.

##### **5.1.1 Conformidad con el Objetivo General**

5.1.1.1 El actual trabajo de investigación tiene como objetivo general desarrollar un modelo de gestión de la salud laboral organizacional, construido desde una visión estructurada, transdisciplinaria e integradora, basada en el comportamiento humano e insertada en el contexto de sustentabilidad de la empresa.

Referente al objetivo general del estudio, la pertinencia se presenta en el hecho del referido modelo presentado en el estudio, haber sido construido a partir de una visión estructurada, o sea, el modelo fue construido mediante una visión sistémica, donde las partes de los sistemas estudiados (ambiente laboral, aspectos legales, aspectos comportamentales, aspectos organizacionales, calidad de vida laboral, aspectos sociales) asociados a los factores

contribuyentes: política de salud laboral, comprometimiento y ética del líder y participación de los trabajadores, componen de forma estructurada el modelo propuesto.

Mientras mayor sea el tamaño de la empresa, más difícil es que la Administración General y los trabajadores tengan conocimiento de la empresa y sus procesos. En organizaciones de gran porte, el trabajo es cada vez más especializado, de la misma forma, el área de seguridad y salud trabaja en un sector específico, los profesionales de bienestar o calidad de vida en otro y los profesionales de recursos humanos aún en otro lidian respectivamente con cuestiones relacionadas al líder, el desarrollo de los equipos y el ambiente psicosocial del trabajo. Normalmente, todos estos departamentos están separados de la dirección principal de la empresa, que está focada en el aumento de la calidad y la productividad. Y estas actividades ocurrieron con propósitos opuestos o en oposición directa a la salud del trabajador. Desde allí se instituye la visión estructurada del modelo, donde como dicho anteriormente, los sectores con disciplinas diferentes irán a trabajar según la proposición del objetivo general del estudio, de forma transdisciplinar, o sea, estos sectores, departamentos o áreas, con disciplinas diferentes deben trabajar de forma transdisciplinar e integrada dentro de un proceso jerárquico equilibrado y moderado, cada cual contribuyendo con sus experiencias para el alcance de la visión estratégica del modelo (empresa saludable).

Aún en relación con el objetivo general, un de los factores del tema de la conducta humana se explica por la importancia de la participación de los trabajadores, los gerentes y la administración general, en la construcción y desarrollo del modelo. Todos deben participar y estar comprometidos con el proyecto. Para poder lograr la eficacia del modelo, los trabajadores siempre deben participar en todas las etapas del proceso, desde la planificación hasta la evaluación. Los trabajadores y sus representantes no deben limitarse a ser consultados o informados, acerca de lo que está sucediendo, pero deben participar activamente, se les pide que den ideas y opiniones, y que ellas sean escuchadas e implementadas. Debido a la dinámica intrínseca del desequilibrio de poder en la relación entre los trabajadores y la dirección, es esencial que los trabajadores tengan formas colectivas de expresión, más fuerte que las manifestaciones individuales. Afiliación sindical o de representación a través de los representantes regionales pueden ayudar a proporcionar esa voz.

Otro factor importante para el factor humano es la vigilancia por los administradores, de los aspectos de motivación de los trabajadores, que conducen a la satisfacción en el trabajo y ayudan a aumentar la calidad de la vida humana y organizativa, y que obviamente trae excelentes resultados para la salud de los trabajadores, que de forma asociada debe estar vinculada a la vigilancia de la salud laboral de los individuos.

En cuanto a la sostenibilidad de la empresa, este paso debe lograrse de acuerdo con el modelo de evaluación y mejora continua. Todos los programas incluidos en el modelo, una vez adecuadamente manejados, centrándose en tres aspectos de la sostenibilidad: las personas, financieros y ambientales; alineado con el plan estratégico de negocio global de la empresa, sin duda proporcionará la sostenibilidad deseada, de la organización.

Hoy en día las organizaciones que participan activamente en la discusión sobre la sostenibilidad de la organización, buscan identificar formas en que se pueden desarrollar nuevos métodos de gestión basados en la mejora de las prácticas relacionadas con cada uno de los tres pilares (económico, social y ambiental) que subyacen a este fenómeno, y en consecuencia contribuir de una manera más coherente con el desarrollo sostenible sistémico.

Poe lo tanto, el modelo propuesto confirma aún más los preceptos de sostenibilidad de la organización, pues la metodología constructiva del modelo, abarca el estudio de los factores ambientales, sociales y económicos, que apoyarán y subvencionaran la salud en el trabajo de forma integrada, estructurada y sistemática.

### 5.1.2 Conformidad con los Objetivos Específicos

#### 5.1.2.1 Evaluar la contribución específica de los principales elementos que estructuran la salud y calidad de vida de los trabajadores.

Como puede ser visto, el estudio se inicia a partir de la evaluación de los principales elementos que llamamos en el modelo, de sistemas, presentados por: ambiente laboral, aspectos legales, aspectos comportamentales, aspectos organizacionativos, calidad de vida laboral y aspectos sociales. Todos estos sistemas fueron estudiados separadamente, donde respectivamente en cada sistema fueron evaluados los aspectos de mayor relevancia como factor contribuyente para el tema. En la intención posterior de consolidar tales aspectos en términos estratégicos, usando la herramienta estratégica del *Balanced Scorecard*, cada aspecto fue categóricamente enlazado para cada perspectiva del *BSC*.

Objetivamente, esto significa que los elementos que fueron estudiados en este trabajo son tan importantes para la estructura del modelo, que fueron presentados en forma de subsistemas, que en conjunto representan un único sistema, propuesto por el modelo. En línea con esta propuesta, vamos a ver la contribución específica de cada sistema estudiado.

Con relación al factor ambiente de trabajo, también llamado en este estudio, como estructura laboral, hay varios aspectos que se evaluaron por separado con el fin de contribuir a la mejora de la salud laboral. Estos aspectos contemplan la evaluación de los agentes: físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, de accidentes y nutricionales, presentes en el ambiente de trabajo. En este ambiente también se evaluaron: el espacio físico, la organización del trabajo, el estilo de gestión, la empleabilidad, el estilo de trabajo, el estilo de gestión y otras disposiciones según el criterio de la organización, con el objetivo de ayudar en la vigilancia del medio ambiente psicosocial de la organización.

Otros aspectos complementarios a este subsistema se caracterizan por: la responsabilidad de la empresa a la comunidad que la rodea, la responsabilidad de la administración, la preocupación y el compromiso con la vigilancia del medio ambiente y la salud de los trabajadores. Y nada de esto será posible sin un plan financiero adecuado y

equilibrado, que subvenciona los programas necesarios para lograr este objetivo propuesto por el sistema.

En los aspectos legales, la contribución puede ser verificada mediante la evaluación del cumplimiento legal asociado a la seguridad, la salud y el medio ambiente, vinculado al empleado, el ambiente de la organización y el entorno externo. El subsistema clasificado a este trabajo como Estructura Legal, compone un análisis de las políticas, normas, leyes, planes, convenios y otros documentos. De acuerdo con el modelo propuesto, guiará el gerente de una organización, el mejor formato del sistema integrado propuesto, que debe adaptarse al tamaño de la organización, característica de la actividad principal, así como la diversidad de sus procesos.

En cierto modo, los aspectos legales representan los principios de orientación con el fin de parametrizar los programas y políticas internas del sistema propuesto. Lo que hace que el gerente, esté siempre alineado con el cumplimiento de la ley en la construcción de su sistema integrado de gestión de la salud ocupacional.

Los aspectos del comportamiento de los trabajadores que se caracteriza en este estudio como un subsistema de la estructura social, es de fundamental importancia en este trabajo, en función de un análisis psicosocial del trabajador en el lugar de trabajo. O sea, la contribución de este subsistema es único porque la evaluación del comportamiento social del trabajador y las relaciones sociales en la organización, así como los aspectos emocionales involucrados en estas relaciones, reflejan situaciones de: satisfacción, insatisfacción, motivación, estrés, dolor, necesidad, bienestar, importancia para el contexto de la organización, participación, compromiso con el trabajo y mejora de la productividad y la gestión de la organización.

La ratificación de la relevancia de este subsistema, podemos decir que hay un aprendizaje continuo entre los gerentes, los empleados y los procesos, de forma que la organización va a aprender a manejar y adaptar su cultura, contribuyendo a la sostenibilidad de la organización.

Los aspectos organizativos tienen una alta asociación con los aspectos de comportamiento, ya que la organización es el resultado de las relaciones del hombre, del ambiente, del proceso, del producto y del capital. Por lo tanto, la estructura de la organización del trabajo se basa en los procesos de organización, la organización del trabajo, las formas de gestión, la integración de procesos, programas, planes y políticas de seguridad operacional, de la salud de los trabajadores y del medio ambiente saludable. La combinación de los factores organizativos va a componer la estructura de la organización, ya que el modelo de gestión asociada reflejará la cultura de la organización.

Y, por último, la contribución del último subsistema se basa en la estructura de la situación, en la cual se realiza la percepción de promoción de la salud de los trabajadores es realizada de una manera integral, viendo la situación de la organización frente a los aspectos evaluados previamente.

Es decir, que en este subsistema los parámetros: bienestar, promoción de la salud y calidad de vida, deben actuar como una guía para el conjunto de subsistemas analizados. Estos parámetros irán a corregir o mejorar los aspectos de cada subsistema, por lo que la evolución de cada uno de los aspectos se puede realizar mediante la optimización de los impactos sobre la salud en el trabajo en todos los aspectos identificados.

En cierto modo, este paso ayuda de forma complementaria a los ajustes que todavía son necesarios para ejecutar los subsistemas evaluados, asociados a los parámetros de análisis de la salud ocupacional. Esta fase dibuja un diagnóstico de la situación del sistema propuesto en su etapa final, sin embargo, complementándolo con los otros tres pilares que conforman el sistema integrado: la política de salud en el trabajo, el compromiso y la ética de los administradores, el administrador y los trabajadores y la participación de todos en el desarrollo de este sistema.

La política de salud laboral es un marco en el que la organización definirá sus premisas básicas para la organización de la gestión de la salud ocupacional. De hecho, es más amplio que el sistema, es ella la que define los caminos a seguir en el campo de la salud en el trabajo de organización, asociados con la misión, visión, valores y otras políticas internas de la empresa. Pero fue citado como parte del sistema, debido a su importancia y el propósito acompañada de los trabajadores compromiso, el compromiso y la ética para la correcta ejecución de la gestión de la salud en el trabajo dentro de las organizaciones.

5.1.2.2 Evaluar la importancia de la visión estructurada de manera transdisciplinaria e integrada como factor diferencial en la gestión de salud laboral.

En parte, la pregunta fue respondida anteriormente en la evaluación de la conformidad del objetivo general. Pero, confirmando la importancia de la visión estructurada, transdisciplinaria e integrada del modelo, como un factor diferencial en el estudio del tema; el hecho es que la salud de los trabajadores es un tema único que no se ve de forma unilateral, como suele ocurrir en las organizaciones, que la salud es tratada sólo por el Sector de Seguridad y Medicina del Trabajo, basada sólo en un carácter legalista.

Lo que se pretende con la transdisciplinaria, de acuerdo con una visión integrada de procesos, es hacer con que los sectores o áreas: de Recursos Humanos, Seguridad y Medicina del Trabajo, CIPA, trabajadores, gerentes, dirección y Sindicatos, actúen en conjunto, cada cual aportando conocimiento y acciones de forma a contribuir en su totalidad para la salud de los trabajadores. Y para eso, el modelo compone diversos programas que irán a evaluar los aspectos en la salud laboral, para a partir de allí establecer los controles necesarios para eliminar o reducir tales impactos, garantizando la salud, el bienestar y la calidad de vida organizacional.

De forma complementaria se puede decir que la gestión del modelo se consolida a partir de la inserción de tres factores: creación de una política de la salud laboral organizacional, compromiso, ética y participación de los trabajadores.

Para atender tales expectativas se hace necesario movilizar y conquistar el compromiso de las principales partes interesadas, pues un programa para un ambiente de trabajo saludable debe estar integrado a los objetivos, metas y valores de la empresa. Otro aspecto obligatorio es recibir los permisos, recursos y apoyo necesario de los propietarios, de la alta dirección de líderes sindicales o líderes informales. Es fundamental obtener este compromiso e incorporarlo antes de dar continuidad al proceso. El segundo factor es la manifestación concreta de ese compromiso, demostrado por medio del desarrollo y adopción de una política integral firmada por la autoridad máxima de la empresa y comunicada a todos los trabajadores. Eso indica, de forma clara, que las iniciativas dirigidas a un ambiente de trabajo saludable, son parte de la estrategia de negocios de la empresa. Y finalmente la dirección de forma comprometida con el desempeño y resultados de la política implementada, debe mantener total honestidad y transparencia con los datos y resultados del Sistema, con fin de mantener la credibilidad perenne de la gestión de la salud laboral en la organización.

5.1.2.3 Debatir el tema del recurso humano, como factor crítico de éxito para la creación del modelo de gestión laboral propuesto.

El significado del término factor humano es muy variado y no puede ser determinante en la búsqueda de una definición que podría ser representativa y estandarizada, manteniendo así el debate en curso entre expertos de diversas disciplinas, en el uso de términos asociados: recursos humanos, la ingeniería de los factores humanos y la ergonomía son maneras de reflejar la interacción hombre con el entorno.

Por lo tanto, veo muy pertinente la visión del Instituto de Salud Pública Ejecutivo y de la seguridad del Reino Unido (1991), que señala que el término factor humano se utiliza para cubrir una amplia gama de temas, incluyendo las capacidades físicas, mentales y perceptivas de las personas y las interacciones de los individuos con su trabajo y el medio ambiente en el que se realiza este trabajo, la influencia del diseño de sistemas y equipos en el rendimiento humano, y sobre todo, las características organizativas que influyen en el comportamiento relacionado con la seguridad en el trabajo.

Concluyente podemos decir que los factores humanos están relacionados con factores ambientales, organizativos y laborales, e individuales y las características humanas que influyen en el comportamiento en el trabajo de forma que pueda afectar a la seguridad y la salud.

De esta forma hay tres aspectos que deben ser marcados por separado. El primero ya respondido también anteriormente, se refiere a la importancia de la participación de los trabajadores en la construcción y desempeño de este modelo. La dirección de la

empresa, bien como sus gestores deben estar comprometidos con el modelo, así como estimular la fuerza de trabajo, a participar de todo el proceso, inclusive con acceso a las informaciones de los programas, bien como la organización debe mantener un canal permanente de discusión y de opiniones sobre la eficiencia y eficacia del modelo. Es decir, en este aspecto evaluado, debe haber fuerte compromiso por parte de todos los trabajadores, por lo que se implementan los programas y que todos participen como parte de la misma máquina, por lo que no es una uniformidad de acciones integradas que tienen como objetivo la consecución de los objetivos sistema propuesto.

El otro aspecto se refiere al estudio de la psicodinámica del trabajo. El modelo sugiere la estructuración de un programa generado por el área de RH y de SMS, donde los factores: satisfacción, insatisfacción, motivacional, estresantes, presentes en la organización y en el comportamiento humano, para que puedan ser evaluados y gestionados, de forma que la organización pueda tener subvenciones para reducir: accidentes, absentismo, “*turn over*”, enfermedades ocupacionales, enfermedades mentales y además de eso garantizar una calidad de vida laboral satisfactoria para la fuerza de trabajo.

El tema estratégico “factor psicosocial” presentado en el modelo, sugiere la creación de un programa de acompañamiento del comportamiento de los trabajadores que deben adoptar algunos preceptos:

Los gerentes deben negociar con el trabajador su actividad y la forma de desempeño de la misma, permitiendo la opinión y sugerencias de acuerdo con la individualidad.

Los gerentes deben estimular la interacción de los trabajadores, con la creación de trabajos en grupo, estimulando la creatividad, participación e interés por el trabajo.

La creación de un programa psicosocial, en el modelo, tiene un comprometimiento de contribución importante en las relaciones sociales organizacionativas, minimizando los conflictos y mejorando los aspectos interpersonales.

Los gerentes a través de este programa, deben convencer a los empleados, de que sus actitudes son fundamentales para su propia salud y para el ambiente organizacional.

La organización debe identificar a través de este programa, los aspectos comportamentales individuales y de los grupos, para que se pueda establecer la mejor forma de conducir el proceso de comunicación e implantación del modelo.

Los procesos adecuados y bien gestionados facilitan la motivación y comprometimiento de los empleados con el modelo.

La inversión en el capital humano, aumenta la satisfacción de las personas, la productividad, mejora el ambiente y la salud laboral.

En resumen, este aspecto es la posibilidad de que la gestión de Recursos Humanos debe tener con los responsables de los procesos y los empleados, en la evaluación de los recursos humanos del estudio integrado de tres factores principales: el trabajo, los individuos y la organización y cómo estas cuestiones afectan a la salud y la seguridad de las personas. Todo esto dentro de un marco regulador que la seguridad y salud en el trabajo debe cumplir. Estas tres áreas de influencia no son mutuamente excluyentes, por lo general operan a través

de una forma interactiva compleja. Sin embargo, es posible llevar a cabo un análisis por separado de cada una de estas áreas con el fin de desarrollar un sistema que permite la adopción de medidas de control adecuadas, mientras que estas áreas internas de la empresa, también tiene como control externo un entorno normativo, y por lo tanto asume la siguiente configuración:

El entorno normativo representado por todas las agencias en los gobiernos internacionales, nacionales, estatales y municipales que tienen influencia sobre la actividad de la organización.

El trabajo que es representado por las personas se les pide para realizar, donde se realizan y cómo; tareas y sus características y pueden ser representados por los siguientes elementos: las tareas, instrucciones de trabajo, presiones de trabajo, controles y pantallas de trabajo y del medio ambiente.

Los individuos que representan a los ejecutores de las tareas; los individuos y sus habilidades y que se pueden hacer de algunos elementos: la competencia, habilidades, personalidad, actitudes, percepción de riesgo, la salud, las habilidades y el conocimiento, las personas, de una forma general.

Y la organización que es el lugar donde la gente trabaja; la organización y sus atributos pueden incluir varios elementos: la fuerza de trabajo, las normas laborales, conflictos, liderazgo, estructuras organizativas, funciones y responsabilidades, la cultura de seguridad, recursos, sistema de gestión de SMS, la comunicación, el aprendizaje.

El tercero aspecto, más valioso y específico, se refiere al proceso de transformación del ser humano, a través del cambio de hábitos y comportamientos dirigidos para la seguridad, la salud del personal, que irán a proporcionar reflejos positivos en el ambiente organizacional y externo, fortaleciendo la interacción entre los sistemas y procesos estudiados. Este proceso sólo se puede apoyar a través del conocimiento, del entrenamiento, de la capacitación de gestores y trabajadores de la SST.

La búsqueda de la excelencia en Seguridad, Medio Ambiente y Salud y la sostenibilidad de la organización, se ha convertido en parte preponderante de la estrategia empresarial. Por lo tanto, los factores humanos constituyen una parte integral de este proceso, ya que siempre estará presente y tendrá una contribución decisiva para el éxito o el fracaso de esta estrategia. Las organizaciones han tratado de mejorar la gestión de los procesos y la gestión de personas, pero teniendo en cuenta la falta de disociación entre ellos. Las organizaciones deben apuntar a la mejora de la gestión de procesos con las personas, no los procesos y las personas.

Los sistemas de gestión y los factores humanos son complementarios, ya que cualquier sistema de producción, simple o complejo, manual o automatizado, siempre será diseñado, operado y mantenido por los seres humanos y los seres independientes del grado de complejidad y automatización, siempre se inserta en un sistema de organización mayor

gestionados por los seres humanos. Por lo tanto, un sistema de gestión será más eficaz, más en cuenta la importancia de las personas.

Por lo tanto, entender que la incorporación de factores humanos en el proceso es la forma en que se puede lograr nuevos niveles de desempeño de calidad y salud en el trabajo y se puede poner a la industria en una posición de liderazgo. Por lo tanto, el marco conceptual presentado en este trabajo, busca en el aspecto del factor humano crear una cultura de SMS que puede permitir una mayor fluidez y eficiencia de la posible aplicación del modelo que se presenta en las estructuras organizacionativas públicas y privadas.

Esto es lo que llamamos de cultura en SMS (Seguridad, Medio Ambiente y Salud). E esta cultura una vez formada deberá permear por cada dimensión estudiada: procesos, personas, empresa y sociedad y que también generará una percepción de valor en SMS, que puede y debe ser usada como insumo para la formulación de las nuevas políticas públicas destinadas a la salud del trabajador.

Entonces, estos y otros parámetros deben ser cuidadosamente evaluados en la estructuración del programa sugerido, de forma que la influencia del factor humano una vez bien generado irá a traer beneficios para todo el modelo. Las organizaciones, por sí mismas no existen, porque son hechas por personas.

#### 5.1.2.4 Evaluar los beneficios que pueden ser generados por el modelo propuesto.

Este modelo puede generar beneficios que pueden ser percibidos por la empresa, por el Estado, por la sociedad y en especial por el trabajador.

##### 5.1.2.4.1 Los beneficios percibidos en las Empresas

El principal beneficio que las empresas pueden obtener con la contribución del modelo propuesto, es llegar a ser empresas sanas, donde la perspectiva de la creación de valor para la empresa puede ser percibido con la mejora de la salud laboral, lo que mejora la imagen corporativa y una mayor ventaja competitiva de mercado.

Para alcanzar el objetivo, el debe ser apoyado por otros beneficios que representan las perspectivas financieras del modelo en el que la pretensión se guía por la reducción de los costos relacionados con accidentes y enfermedades a través de los programas de gestión de riesgo, mano de obra y control del medio ambiente, asociada a los procesos organizativos y la inversión en capital humano.

Todos estos programas son planificados e implementados en la etapa del proceso BSC propuesto por el modelo, que representan la prevención y la promoción de la salud en el trabajo y pueden producir beneficios, incluyendo la reducción de costos para las empresas.

Estos costos dirigidos a las empresas son clasificados en: asegurados y no asegurados. Los costos asegurados representan la tasa de seguro de accidentes de trabajo pagos por la empresa a la Seguridad Social.

Debido a eso, con el fin de corregir tales distorsiones financieras de la Previdencia, fue creado en 2003 el SAT (Seguro de Accidente de Trabajo), formado por alícuotas que son pagas por las empresas sobre el total de la Hoja de Pagos mensual. Estas alícuotas son determinadas por el Ramo de la Actividad Económica - CNAE (La Clasificación Nacional de Actividades Económicas) y conforme el Art. 86 de la IN 03/2005 – INSS, por el Grado de Riesgo de la empresa cuya Actividad Preponderante el Riesgo de Accidente de Trabajo sea considerado: Leve: 1%, Medio : 2% o Grave: 3%. Este seguro a partir de 2010 pasó a ser llamado RAT (Riesgos Ambientales de Trabajo), adaptándose a los mismos porcentajes.

Con el objetivo de ampliar la cultura de la prevención de accidentes y la reducción de las enfermedades del trabajo en las empresas y fomentar la flexibilidad de las alícuotas del RAT pagas por las empresas, fue creado el FAP (Factor Accidentario de Prevención) que consiste en un mecanismo que permite disminuir en 50%, o aumentar en hasta 100%, las alícuotas mensuales del RAT de 1%, 2% o 3%, sobre la Hoja de Pago de la empresa. Las empresas deberán pagar el seguro de acuerdo con el grado individual del siniestro para la Previdencia Social, por medio de la medición de la frecuencia, gravedad y coste de los accidentes y enfermedades ocupacionales de cada uno de ellas. O sea, el FAP individualiza la tributación para cada empresa. Por ejemplo, una empresa que haya sido reclasificada conforme el grado evaluado de seguridad y salud ocupacional, su alícuota podrá variar entre 1,5% y 6%. El FAP es un coeficiente que va de 0,5 a 2,0 y que es multiplicado por el Grado de Riesgo de la empresa.

La empresa estará impedida de utilizar la bonificación (reducción) del FAP, si presenta casos de muerte o invalidez permanente o una rotatividad funcional encima de la media nacional.

En resumen, las empresas solamente obtendrán la reducción del valor del costo asegurado, mediante la disminución del FAP, a través de la implementación de programas que controlen los accidentes y enfermedades ocupacionales y que promueban la mejora en la salud laboral. Las empresas que presenten las menores tasas de accidentes tendrán una reducción en sus alícuotas. Aquellas con mayor incidencia irán a pagar más.

Con relación a los costos no asegurados, estos representan una parte de costos indirectos para las empresas, en caso de accidentes y enfermedades, de que forma que proporcionen determinados impactos para las empresas, tales como:

- salario de los quince primeros días después del accidente;
- transporte y asistencia médica de urgencia;
- paralización del sector, máquinas y equipos;
- conmoción colectiva o del grupo de trabajo;

- interrupción de la producción;
- perjuicios al concepto y a la imagen de la empresa;
- destrucción de máquina, vehículo o equipos;
- daños de productos, materia prima y otros insumos;
- embargo o interdicción fiscal;
- investigación de causas y corrección de la situación;
- pago de horas extras;
- atrasos en el cronograma de producción y entrega;
- cobertura de licencias médicas;
- entrenamiento del sustituto;
- aumento del premio de seguro;
- multas y encargos contractuales;
- pericia del trabajo, civil o criminal;
- indemnizaciones y honorarios legales; y
- elevación de precios de los productos y servicios

Algunos estudios relatan una proporción de uno para cuatro entre costos asegurados y no asegurados. O sea, para cada real gastado con el costo asegurado, son gastados cuatro reales con los costos no asegurados.

Por lo tanto, resumiendo, los posibles beneficios que la empresa podrá tener con la prevención y promoción de la salud laboral, bien como la reducción de los costos directos e indirectos, estarán alicerzados en los programas a ser implementados en la etapa de procesos del BSC propuesto. Estos programas, una vez de forma integrada y transdisciplinaria podrán ser percibidos de una forma organizada por los siguientes aspectos:

- prevención y reducción de los accidentes y enfermedades del trabajo;
- protección a la integridad física y mental de los trabajadores;
- educación para la adopción de las buenas prácticas preventivas;
- prevención de los costos con medicamentos y prótesis;
- disminución del absentismo;
- mejora continua del ambiente del trabajo;
- prevención de perjuicios a la imagen de la empresa;
- eliminación de pérdidas patrimoniales;
- reducción del premio de las aseguradoras;
- economía en el pago de las pericias, honorarios e indemnizaciones legales;
- estímulo de las relaciones interpersonales;
- cumplimiento a los requisitos legales y contractuales;
- aumento de la productividad;
- ampliación de la competencia de la empresa;
- mejora de la imagen de la empresa junto a los clientes internos y externos;
- reducción de los costos.

La cultura de SMS en esta etapa será capaz de ser percibida por una nueva identidad organizacional, a partir de la generación de nuevos valores.

El modelo sugerido como generador de beneficios, puede hacer con que las empresas comprendan que la atención a la salud laboral puede significar también una forma de invertir en la empresa.

#### 5.1.2.4.2 Los beneficios percibidos en la Sociedad

En la Sociedad, los beneficios pueden ser percibidos con el fortalecimiento de la imagen de la empresa en el mercado y en las comunidades, en el atendimento a las demandas del mercado y de la sociedad en general, en el reconocimiento de la gestión sistematizada por entidades externas y sectores gubernamentales, en la reducción del costo accidentario y de la previdencia, patrocinados en parte por el Estado. En la familia de los trabajadores, como presencia saludable del trabajador junto a la familia. Una vez establecida una nueva cultura de SMS en la organización, toda sociedad percibirá las posturas diferenciadas en la organización, bien como los beneficios asociados a los cambios.

De acuerdo con las estadísticas, los accidentes atingen principalmente a las personas en la edad comprendida entre 20 y los 30 años, justamente cuando están en plena condición física. Muchas veces, esos jóvenes trabajadores, que sustentan sus familias con su trabajo, defalcan las empresas y oneran la sociedad, pues pasan a necessitar: socorro y medicamentos de urgencia, intervenciones cirúrgicas, más camillas en los hospitales, mayor apoyo de la familia y de la comunidad y beneficios previdenciarios. Eso, consecuentemente perjudica el desarrollo del País, provocando: la reducción de la población economicamente activa; el aumento de las tasas securitária y el aumento de impuestos y tasas.

De esta forma, Pastore (2011), concluye que la sociedad brasileña paga aproximadamente R\$ 800 billones de salarios y gasta R\$ 71 billones con accidentes y enfermedades de trabajo, casi 9%. Es una cifra estratosférica y que más que justifica un esfuerzo adicional de prevención.

#### 5.1.2.4.3 Los beneficios percibidos en Estado/País

Para mejor comprensión del modelo presentado como aporte a las políticas públicas de la salud del trabajador, debemos considerar algunas premisas que denotan las debilidades actuales de la gestión pública de la salud del trabajador, guiadas por la desintegración, desinterés e ineficacia en los resultados, apuntadas a seguir, según Pastore (2011):

- La relación entre los costos asegurados y no asegurados era una proporción de 1:4 en 2009. O sea, *las Empresas* gastaron aproximadamente R\$ 8,2 billones con el pago del seguro de

accidentes de trabajo (SAT), un gasto total para las empresas de aproximadamente R\$ 41 billones en 2009;

- El gasto total R\$ 41 billones en 2009 significa aproximadamente 5% de la hoja salarial del país;

- Los gastos de *la Previdência Social* con el pago de los beneficios accidentales y las jubilaciones especiales para el año 2009 fueron estimados aproximadamente en R\$ 14 billones que sumados al costo de las empresas (R\$ 41 billones) eleva la cuenta para R\$ 55 billones;

- *La sociedad* costea una gran parte de los costos de los accidentes y las enfermedades profesionales. Si elevamos la relación de 1:4 para 1:6 (que es bastante conservadora), eso daría un aumento de costo de aproximadamente R\$ 16 billones por año, pasando el subtotal a R\$ 71 billones;

- Todo este costo está subestimado porque se refiere apenas al sector formal del mercado de trabajo (49 millones de trabajadores en 2013). Como el sistema del SUS, que es universal, Brasil atiende un gran número de personas que se accidentan y se enferman en el *mercado informal* cuyas despesas van por cuenta del *Ministerio de la Salud* y no por la *Previdencia Social*;

- El Brasil no cuenta con un sistema de información que identifique los riesgos de los trabajadores por cuenta propia, los domésticos, los servidores públicos, los trabajadores rurales y autónomos. Esta incidencia anual de accidentes es de aproximadamente 5,80%.

De acuerdo con los datos de 2011, el Brasil tenía 92,5 millones de trabajadores. De los trabajadores del país, cerca de dos tercios (61,3%) eran empleados, un quinto (21,2) trabajaba por su cuenta, 7,1% eran domésticos y 3,4% empleados en 2011, además de los no remunerados (3%), de los productores al consumo propio (3,9) y de los trabajadores en la construcción para el uso propio (0,1%). Del montante, 80,2% estaban activos en empresas privadas y en el sector privado y 19,8%, en el público. Según el IBGE, de los trabajadores del sector privado, la mayoría (74,6%) tenían contrato de trabajo formal, un aumento de 11,8% con relación a 2009. En el sector público, la mayor parte consistía en militares y estatutarios (59,6%), mientras los otros funcionarios públicos se dividían entre con contratos formales y sin contratos formales de 20,5% y 19,9%, respectivamente.

El subregistro de las enfermedades profesionales y de los accidentes de trabajo; el compromiso de las acciones, denunciando la fragmentación de responsabilidades a partir de la existencia de diversas Instituciones y Organismos con atribuciones de intervención en el área; la forma marginal, históricamente establecida, como es tratada la Política de la Salud del Trabajador en el contexto de la Política Nacional de Salud; las dificultades en la formación de recursos humanos, entre otras.

Como puede ser visto, una buena gestión de la salud laboral organizacional, puede beneficiar empleadores, trabajadores y el Estado, proporcionando al Estado la retroalimentación de informaciones que el modelo puede ofrecer, como insumo a la reformulación de las políticas públicas de salud laboral. Esto es lo que Silva (2008),

interpreta como madurez empresarial, donde la gestión del negocio puede crear ventajas para todos los segmentos, principalmente para el trabajador, Estado y sociedad.

Durante la exposición está evidente que, la grandiosidad de recursos públicos utilizados para la corrección póst accidentes del trabajo, podrían ser invertidos en la prevención y en la calidad de vida para toda la población. Tal hecho evidencia la importante contribución que los programas empresariales de gestión integrada de la salud laboral, aliados a los cambios de cultura de la población en SMS y la revisión de la legislación (políticas públicas) pueden efectivamente corregir el problema, destinando esas importantes sumas de recursos públicos, que hoy son desperdiciadas con el costo accidentario y previdenciario; para que puedan ser mejor aprovechadas para proyectos y programas que verdaderamente mejoren las condiciones de vida de la sociedad.

#### 5.1.2.4.3 Los beneficios percibidos por los Trabajadores

Según Bauss (2010), la salud y la calidad de vida son dos temas estrechamente relacionados. Esto es, la salud contribuye para mejorar la calidad de vida y esta es fundamental para que un individuo o comunidad tenga salud. Por lo tanto, promover la salud es promover la calidad de vida.

El modelo propuesto podrá contribuir con la promoción de la salud de los trabajadores, a través del desdoblamiento de los principales objetivos estratégicos sugeridos en el cuadro veintiseis (Perspectiva: trabajadores) en diversos programas: la Salud Ocupacional, la Promoción de la Salud de los Empleados y los Programas de Gestión de Personas, asociados a los demás programas de prevención de la salud, propuestos en la etapa de procesos del modelo.

La mayor contribución para el trabajador es el resultado de la integración de estos programas, pues una vez actuando de forma conjunta, ellos podrán fortalecer los cuatro pilares de soporte de la calidad de vida laboral: físicos, tecnológicos, sociales y psicológicos.

Los programas dirigidos para la ejecución de ejercicios físicos: aumentan la disposición y satisfacción de los trabajadores, aumentan la tolerancia al estrés, controlan el absentismo, mejoran las relaciones interpersonales, reducen los accidentes de trabajo y disminuyen los gastos médicos.

Los programas de Gimnastica Laboral, actúan en la prevención y rehabilitación de enfermedades ocupacionales, la prevención de accidentes de trabajo, la mejor integración entre los trabajadores, la disminución del absentismo, el aumento de la productividad.

Los programas de control de alcohol y drogas, actúan en: la reducción de riesgos, an aumentan la seguridad operacional, mejoran la salud de los trabajadores, mejoran el autoestima, disminuyen los accidentes de trabajo y absentismo.

Los programas de Ergonomía, resultan en el aumento del desempeño en las actividades y en la reducción de los accidentes de trabajo.

Las orientaciones nutricionales, resultan en: la disminución de la obesidad, el cambio de comportamiento de riesgo, el aumento del desempeño y disposición, el aumento de la productividad.

Los programas destinados al pilar tecnológico son dirigidos para el entrenamiento y desarrollo de los trabajadores y resultan en el aumento del capital intelectual, el perfeccionamiento de las actividades, la satisfacción profesional y el aumento de la productividad. El uso y desarrollo de la capacidad, crea una condición al trabajador de autonomía, de calidad múltiple y de información sobre los procesos de trabajo.

En este mismo contexto, los trabajadores pasan a conocer los riesgos en los cuales están sometidos, a conocer sus reales condiciones de la salud frente a los riesgos ocupacionales, conocer los medios necesarios para la protección a su integridad física para percibir de forma segura las acciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, dispuesta por la empresa. Ellos entienden que la gestión de los factores psicosociales puede aumentar el bienestar social y potencializar la calidad de vida en el trabajo.

Los programas destinados a los pilares sociopsicológicos, pueden ser representados por diversos temas: los beneficios (motivación, satisfacción profesional, satisfacción de las necesidades personales, aumento de la productividad); la evaluación del desempeño (aumento del desempeño del trabajador, aumento de la productividad, aumento de la satisfacción profesional); el estudio de los cargos y salarios (mejora la administración de los recursos humanos, aumento de la motivación y satisfacción de los trabajadores y aumento de la productividad); la preparación para la jubilación (motivación, satisfacción profesional, aumento del autoestima, mejora en la relación interpersonal, descubrimiento de nuevas habilidades y competencias, beneficios en la vida social y familiar del trabajador); la integración social en la organización (ausencia de preconceptos, igualdad, mejora en las relaciones y aumento del sentido comunitario); la resolución de problemas aplicada a los miembros de la organización en todos los niveles (participación, sugerencias, innovaciones, etc.); la reestructuración de la naturaleza básica del trabajo (enriquecimiento de tareas, rediseño de cargos, rotación de funciones, grupos autónomos o semiautónomos, etc.); las innovaciones en el sistema de recompensas (remuneraciones financieras y no financieras) y las mejoras en el ambiente de trabajo (clima, cultura, medio ambiente físico, aspectos ergonómicos y asistenciales).

Los beneficios del modelo pueden ser percibidos de una forma general, por todos los interesados en el proceso, en los siguientes aspectos: la minimización de factores de riesgo, mayor concientización de las partes interesadas, la actuación pro activa evitándose daños ambientales y accidentes en el trabajo, la mayor capacitación y educación de los empleados, la mejora de la salud de los trabajadores, la mejora de la calidad de vida laboral y en la valorización del capital humano como pieza fundamental en las organizaciones. La cultura de

SMS, en esta dimensión será percibida a través de los cambios de hábitos, comportamientos personales, generando nuevos valores de SMS en la organización.

## **5.2 Contextualización desde una visión exterior**

### 5.2.1 La colaboración de la construcción ideológica

La experiencia profesional en el tema de seguridad y salud del trabajador, de veintitrés años, me ha permitido estar en contacto con profesionales especialistas en asunto estudiado, y que fue precisamente a partir de esos contactos y de largas discusiones con algunos de ellos y de colegas de trabajo, que surgió germinalmente la idea de esta tesis.

Por lo tanto, no se puede hablar de una muestra ni de nada parecido porque se trata de la puesta en valor de opiniones que se plantearon a lo largo de tu vida profesional. O sea, no fue establecido un criterio preciso para la elección de los profesionales que contribuyeron con pequeños aportes técnicos.

Varios profesionales contribuyeron adicionando esfuerzos para la construcción ideológica del tema estudiado. Sin embargo, yo he preferido no extender los agradecimientos.

### 5.2.2 Las ideas novedosas del modelo

El modelo señala la preocupación de haber una política centrada en la salud laboral en las organizaciones, por lo que esta puede ser parcialmente representada por un sistema de gestión integrado en el cual, los empleadores, los empleados y el gobierno pueden promover conjuntamente la mejora de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores. El desarrollo de tales acciones puede generar como resultado el fortalecimiento de la cultura organizacional en SMS y la mejora de la calidad de vida de la organización.

Esta Comisión Tripartita Interna, basada en el principio del tripartismo recomendado por la OIT, deberá a partir del formato de la cultura organizacional de SMS, proponer como aporte a las políticas públicas de la salud laboral, la integración de acciones entre las principales entidades gubernamentales (MTE, MPS y MS) de forma a construir una única política pública dirigida para la salud laboral, cuya transversalidad de estas acciones traigan resultados positivos, para el trabajador, para la sociedad, empleadores y gobierno.

Otro punto positivo para considerar del modelo sugerido, es la facilidad de auditorías integradas de SMS de los órganos públicos, hace la madurez de la Gestión adquirida por la adopción del modelo, bien como el comprometimiento y participación de la Comisión

Tripartita, en la creación de una nueva identidad dirigida para la salud laboral, coronando la cultura organizacional.

Asociado a todas las observaciones anteriores, que justifican la propuesta de creación del modelo presentado, sin duda, hay un grande diferencial propuesto que se distancian de los modelos tradicionales que tratan sobre la seguridad y salud en el trabajo. La diferencia está pautada en cinco pilares que contextualizan la estrategia de diferenciación.

Primeramente me gustaría destacar el foco en la determinación de los factores que pueden contribuir para los efectos en la salud laboral. Estos factores fueron evaluados de forma separada e insertados en sistemas o estructuras que constituyen en un sistema integrado de gestión laboral.

El segundo pilar, está representado por la integración de estos sistemas que determinan la transversalidad y la complementación de cada sistema estudiado, caracterizando de esta forma la relevancia de la evaluación de la salud laboral, en todos los sistemas estudiados, de forma que todos ellos tengan una visión complementaria y no parcial del objetivo propuesto.

El tercer pilar se destaca por la importancia de los diversos factores y sus interrelaciones que afectan el factor humano. En esta etapa, yo destacaría la importancia del valor destinado al capital humano dentro de las organizaciones, bien como la influencia del mismo en la formación de la cultura organizacional, que denota todo el éxito de cualquier modelo de gestión.

El modelo propone en su cuarto pilar, una visión sistémica, efectiva y estratégica, cuando transforma los sistemas (factores determinantes de la salud laboral) en las cinco perspectivas del BSC, para que de forma equilibrada y ajustada, los responsables por la gestión de la salud, puedan visualizar de forma simple y objetiva de que forma la salud laboral, puede ser gerenciada en cada perspectiva (aprendizaje, procesos, personas, financiera, estratégica), de forma que la relación de causa y efecto entre ellas, sea el soporte para la estrategia propuesta por el modelo, o sea, convertir a los trabajadores saludables y a una empresa saludable.

Y el quinto pilar que complementa este soporte y también representa la base del BSC aplicado al modelo propuesto, representa el aprendizaje y crecimiento, donde la capacitación es la palabra clave a través del conocimiento. Para fortalecer todo y cualquier modelo de gestión, es necesario entrenar personas, hacer con que ellas conozcan el proceso, los objetivos y los efectos del sistema de gestión propuesto. De esta forma ellas verán sentido en lo que hacen, por que lo hacen, y de esta forma todo el proceso pasa a hacer sentido y pasa a ser valorizado por todos. Y siendo así es posible cambiar la cultura organizacional dirigida para la salud laboral.

Todos estos pilares juntos, representan la contextualización de las diferencias del modelo propuesto en comparación a los modelos tradicionales, que siguen puramente la legislación y se preocupan básicamente con el efecto legal, cuando no, están dirigidas para las certificaciones de sus productos y procesos y no colocan la salud laboral, como un factor preponderante en las relaciones organizacionativas.

En el modelo propuesto, se debe decir que en todas las perspectivas del BSC, el factor humano es contemplado, de forma que la gestión de la salud laboral, siempre coloca al hombre como el centro de las relaciones de aspectos y efectos con relación a los procesos de trabajo. Eso fortalece el posicionamiento de que la eficiencia organizacional y financiera dependen del capital humano y por lo tanto la salud laboral debe ser priorizada.

### 5.2.3 La formación de la conciencia prevencionista

La educación brasileña está regulada por el Gobierno Federal, a través del Ministerio de Educación, que define los principios rectores de la organización de los programas educativos. Los gobiernos locales son responsables de establecer programas educativos estatales y siguiendo las directrices utilizando el financiamiento ofrecido por el Gobierno Federal. Los niños brasileños tienen que frecuentar la escuela por lo menos nueve años, sin embargo, la escolarización suele ser insuficiente.

De acuerdo con la Constitución Federal de 1988, la Enmienda Constitucional No. 14 de 1996 y la Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional, establecido por la Ley N ° 9394 de 1996, la educación en Brasil debe gestionarse y organizado por separado por cada nivel de gobierno. El gobierno federal, los estados, el Distrito Federal y los municipios deben gestionar y organizar sus sistemas educativos respectivos. Cada uno de estos sistemas educativos públicos es responsable de su propio mantenimiento, que administra los fondos, así como los mecanismos y fuentes de financiación. La estructura actual del sistema educativo regular comprende la educación básica, que consiste en el jardín de infancia, la educación primaria y secundaria y la educación superior.

La escuela primaria es gratuita para todos (incluidos los adultos), y obligatoria para los niños entre las edades de seis y catorce años. La escuela primaria se divide en dos fases, denominada Escuela Primaria I (1 a 5 años) y Enseñanza Primaria II (6 a 9 años). El Consejo Federal de Educación define un plan de estudios compuesto de portugués, matemáticas, historia, geografía, ciencias, artes y educación física (1° al 5° año). A partir del 6° año se añaden también los idiomas español e inglés. Algunas escuelas también incluyen la informática como disciplina.

La educación secundaria también es gratuita, pero no es obligatoria. A pesar de que se ofrece de forma gratuita por el Estado, hay escuelas privadas (no gratuitas) que tratan de

ofrecer un mayor nivel de calidad de la educación. La educación superior (incluyendo graduado) sólo es libre en las universidades públicas.

Se entiende que para cambiar la situación actual de Brasil con respecto a la seguridad en el trabajo y la salud ocupacional, la reducción del gasto público y la asignación de fondos a los ámbitos de la prevención y la mejora en la calidad de vida de las personas, es urgente adoptar un complejo conjunto de medidas que pueden resultar en beneficios a corto, mediano y largo plazo para la sociedad.

El artículo 225 de la Constitución Federal garantiza a todos los brasileños el derecho a un medio ambiente ecológicamente equilibrado, teniendo en cuenta que como bien de uso común y esencial para una calidad de vida saludable. La Constitución Federal da también para el Gobierno, la responsabilidad de defender y preservar este derecho para las generaciones futuras.

Imbuido de tal responsabilidad, uno de los compromisos de Brasil como signatario de la OIT, que era de ratificar el Convenio 155 de la Organización Internacional del Trabajo - OIT (1983), que trata de la seguridad y salud de los trabajadores y el medio ambiente de trabajo, que se incorpora el sistema legal brasileño por medio del Decreto Legislativo n° 2 de 17/03/92, el Congreso Nacional, promulgada por el Decreto N ° 1254 del 29/09/94: el artículo 14, que exige la adopción de medidas para promover como las condiciones y prácticas, la inclusión de la seguridad, higiene y ambiente de trabajo en todos los niveles de educación y formación, incluyendo la educación superior, técnica, secundaria y profesional, con el fin de cumplir con el las necesidades de formación de todos los trabajadores.

Se están tomando algunas medidas en esta dirección, en el camino de la mejora de la cultura nacional de prevención de la salud y la seguridad en el trabajo, tales como:

La Política Nacional de Educación Ambiental (Ley N° 9.795, de 27 de abril, 1999), que se ocupa de la educación ambiental, que entra en el entorno de la educación a cargo de las empresas, asociaciones, instituciones públicas y privadas.

La publicación del Decreto N ° 7602 del meridiano 07 de noviembre de 2011 que prevé la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, que estableció un ítem en la evolución del proceso de búsqueda de mejoras en las condiciones de trabajo, la salud y la vida los trabajadores brasileños.

La adopción del Plan de Acción Mundial sobre la Salud de los Trabajadores en 2007, que además de señalar que la salud es un requisito fundamental para la productividad y el desarrollo económico, apunta a la necesidad de evaluar los factores nacionales e individuales y los riesgos laborales para la evaluación trabajadores de la salud.

Estos y otros ítems apuntan la necesidad de promover una cultura preventiva en Seguridad y Salud en el Trabajo, con el compromiso expreso de los representantes del gobierno, los empresarios y los trabajadores. Y de acuerdo con la responsabilidad del Gobierno, referente a las políticas públicas de Seguridad y Salud en el Trabajo, estas políticas deben guiarse por la universalidad, la prevención, la precedencia de la promoción, la

protección y la prevención, sobre las medidas de asistencia, la rehabilitación y reparación, para promover la salud y mejorar la calidad de vida de los trabajadores.

Otras acciones públicas de importancia fundamental para lograr estos objetivos son: promover la implementación de sistemas y programas de gestión de seguridad y salud en el lugar de trabajo y la reestructuración de la formación en salud y seguridad del trabajador en el trabajo y el fomento de la formación y la formación continua de los trabajadores. Tales acciones corroboran la sugerencia del modelo presentado en este estudio, que está totalmente alineado con estas acciones y puede aportar más conocimientos en el área de estudio con el fin de contribuir a la política pública en SMS.

Con el fin de entender la aplicación de la estrategia pública de los conocimientos básicos de inclusión para prevenir los accidentes en SST en los programas de la red pública primaria y secundaria y privada es el conocimiento y la comprensión necesaria de algunos puntos del área de Educación de la legislación, entre ellos, la Resolución N ° 7 del 14/12/2010, el Consejo Nacional de Educación / Consejo de Educación básica:

Art. 5. El derecho a la educación, entendida como un derecho inalienable del ser humano es la base principal de las Directrices. Educación, para proporcionar el desarrollo del potencial humano, permite el ejercicio de los derechos civiles, políticos, sociales y el derecho a la diferencia, en sí también es un derecho social, y permite a la educación cívica y el disfrute de los bienes sociales y culturales.

Art. 10. La educación ambiental se desarrollará como una práctica educativa integral, continua y permanente a todos los niveles y modalidades de educación formal.

Art.15. Componentes del plan de estudios de la escuela primaria requeridos están bien organizados en relación con las áreas de conocimiento:

I - Idiomas: a) portugués; b) la lengua materna, para los pueblos indígenas; c) Idioma Exterior moderno; d) El arte; y e) La educación física;

II - Matemáticas;

III - Ciencias Naturales;

IV - Humanidades: Historia; b) Geografía;

Los componentes no obligatorios son mencionados en el Art.16, donde los componentes curriculares y áreas de conocimiento deben articular en sus contenidos, a partir de las posibilidades ofrecidas por su referencia, el enfoque de los problemas globales y contemporáneos que afectan a la vida humana a nivel

mundial, regional y local, así como en el ámbito individual. temas como la salud, la sexualidad y el género, la familia y la vida social, así como los derechos de los niños y adolescentes, de acuerdo con la situación del niño y adolescentes (Ley N° 8.069 / 90), la preservación del medio ambiente, de conformidad con la política nacional educación ambiental (ley N° 9.795 / 99), la educación del consumidor, educación fiscal, laboral, la ciencia y la tecnología, y la diversidad cultural deben impregnar el desarrollo de los contenidos de la base nacional de y de diversas partes del plan de estudios.

Art. 16. § 2. La transversalidad es una de las maneras de trabajar los curriculares del plan de estudios, las áreas de conocimiento y contemporáneos sociales desde una perspectiva integrada, como las directrices nacionales generales para la Educación Básica (CNE / CEB N° 7/2010 y la Resolución CNE / CEB N° 4/2010).

En estos artículos, es evidente la posibilidad de inclusión de las cuestiones relacionadas con la seguridad y la salud en el trabajo, en el camino de la integración, que en la práctica se logra mediante la implementación de proyectos educativos en las escuelas, ya que la legislación actual de la educación en su comprensión, no requiere la inclusión de estos temas en el plan de estudios de la educación básica.

De acuerdo con la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, para reforzar la educación sobre seguridad y salud en el trabajo (SST) en las escuelas e instituciones de educación superior, es necesario integrarla en su plan de estudios. El informe Realidad 82 (2009) de la respectiva Agencia, muestra cómo los Estados miembros han incluido el tema de la SST y la enseñanza de la prevención de riesgos laborales en su plan de estudios nacional, donde ha habido un progreso considerable y la actividad, tanto en la escuela primaria a la secundaria, con referencia a las acciones llevadas a cabo y las acciones de los Estados miembros previstos. La inclusión del plan de estudios de nivel de SST incluye: los requisitos obligatorios; los programas escolares opcionales; las directrices y recursos de apoyo a la enseñanza; las recomendaciones formales; las directrices y recursos a nivel nacional, en los que no se han creado programas de la escuela; las campañas de información en apoyo de las acciones anteriores; los enfoques relacionados con escuelas seguras y saludables.

A pesar de que estamos buscando la mejora de la cultura nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, de la misma manera con la Agencia Europea, que está tratando de ponerse al día como dibujar un camino cronológico, la OIT estableció las directrices de seguridad y salud para países signatarios, en 1983 el Convenio 155, que solamente fue regulada en Brasil en 1992. Y a su vez la puesta en práctica a partir de la Resolución N° 7 de 2010, que se llevó a cabo asociación posterior a las directrices de política de seguridad nacional y Salud en el trabajo en 2011. Otro paso nacional importante relacionado con el

tema, fue publicado en mayo de 2012, la Ley 12.645, que establece el Día nacional para la Seguridad y Salud en Escuelas.

Mientras que a partir de 2009, la Agencia Europea de SST, discutía con la sociedad, el gobierno, los trabajadores y los empleadores, los beneficios de la aplicación de los conceptos de seguridad y salud en la educación básica de los veinticinco países signatarios, nosotros estamos experimentando todavía casi el comienzo del proceso educativo, a partir de 2010, con el objetivo de mejorar la cultura de la SST, desde la base educativa.

El gran desafío del gobierno y la empresa privada es el desarrollo de toda la población con una conciencia prevencionista antes acciones para prevenir los accidentes se convierta en un acto punitivo aislado basándose únicamente en los reglamentos relativos SMS. Estas acciones deben ser un acto educativo y un deseo común de la conciencia popular en todos los niveles de la educación, teniendo en cuenta los beneficios reales y mutuos derivados de la implementación eficiente, flexible y actual de un modelo educativo que puede satisfacer las necesidades de todos los que de alguna manera va a desarrollar actividades productivas y de estar expuestos a los riesgos de estas actividades.

La educación y el trabajo son los productos básicos para la mejora de la calidad de vida de los brasileños y la condición para la supervivencia de las industrias brasileñas. Sin embargo, es de la responsabilidad del sistema de educación permitir la formación de profesionales que puedan manejar los sistemas informáticos modernos, de acuerdo con una visión más amplia y diferenciada en la que existe el entendimiento de que la fuerza de trabajo no se puede perder, y mucho menos para los accidentes derivados del propio trabajo por falta de información o de formación y otros tipos de accidentes causados por la falta de conocimiento o experiencia. Es también importante para el sistema educativo, en este sentido, preparar profesionales que entiendan la importancia de proteger su salud.

Frente a esto, ideología educativa con la realidad actual, en un mundo competitivo, se concluye que el primer paso a una larga serie de acciones que se deben tomar en el corto, mediano y largo plazo, con el fin de reducir las altas tasas de accidentes y enfermedades profesionales, es la inclusión de disciplinas centradas en la prevención de accidentes en todas las series destinadas a la formación de un sistema educativo amplio apoyo de conocimiento sobre la seguridad y la medicina institucionalizada con el fin de cubrir todos los grados de la escuela primaria, técnica y más alto. Las disciplinas y horas, capaces de proporcionar a los estudiantes los conocimientos específicos en las siguientes disciplinas: la higiene en el trabajo; los primeros auxilios; la seguridad en el trabajo, la adecuada, con el más amplio sentido de la prevención, con énfasis sería dada a los aspectos de la ergonomía a la primera serie. Todo este sistema de trabajo funcionaría a la consecución de todas las series y todos los cursos de formación.

Sin embargo, también enfatizó la formación de los maestros y las personas que tienen la responsabilidad directa de los niños, señalando que es de fundamental importancia que los fundamentos de la prevención de accidentes en el hogar está muy extendida en las escuelas,

las asociaciones y diversos segmentos de la comunidad, ya que se produce el accidente de trabajo en la gran mayoría también por falta de conocimiento de los riesgos en los lugares de de placer y procedimientos seguros en caso de accidentes.

#### 5.2.4 Los Programas Brasileños de SMS y el modelo propuesto

Tanto en el ámbito internacional y en el plano interno de Brasil, hay un número importante de normas sobre cuestiones relacionadas con la seguridad y salud en el trabajo. En la ley brasileña también es posible identificar la más reciente producción normativa de un abandono progresivo de las ideas de monetización de riesgo y una adopción más fuerte de las ideas de prevención de riesgos. Sin embargo, hay que reconocer que la existencia de normas, planes, programas, sin embargo, no es suficiente para eliminar los riesgos inherentes a las malas condiciones del entorno de trabajo. Hay que asociar el cumplimiento de estos documentos, la cultura de supervisión y compromiso con el rendimiento.

A nivel nacional, la falta de recursos humanos del MTE y la difusión de conocimientos para abordar el tema de muchos órganos son sin duda los más grandes obstáculos para la mejora efectiva hacia la protección efectiva de la salud de los trabajadores en el lugar de trabajo. Además de estos factores todavía puede mencionar la dificultad en la superación de la cultura, en parte creada por las normas vigentes anteriormente, para pensar que las cuestiones relacionadas con la seguridad y salud en el trabajo podrían resolverse económicamente, mediante el pago de una suma adicional por la exposición al riesgo o una indemnización reparatoria en caso de comprobación de daños. Lo que algunos autores llaman el riesgo de monetización.

Los críticos del proceso de certificación de las normas relativas a la seguridad y salud de los trabajadores, tiene sus razones para no creer en estos sistemas como definitivamente, capaz de resolver y garantizar la mejora del rendimiento de SST. Porque hay muchas organizaciones que dicen que poseen un sistema de gestión de salud ocupacional, lo que de hecho la mayoría de las veces son subjetivos y destinado sólo para las auditorías de certificación y mantenimiento, en busca de la posibilidad de acceso a los principales contratos de servicio, lo que indica una falsa postura de seguridad y salud para el mercado.

A menudo se dice que hay tres tipos de posición en el mercado de la organización. Hay empresas que emplean posturas reactivas, que ignoran la ley y resuelven los problemas de este fin de tomar las acciones correctivas, debido a la presión social, la determinación de los órganos de control y las decisiones judiciales. Mientras que otras, que se utilizan un enfoque conservador, que conocen la ley y de no efectuar una gestión organizacional enfocada a cumplir la legislación medioambiental. Y otras, que toman una posición proactiva, así como conocen la ley, la aplicación de una gestión centrada en esto, pero es antecimpam a problemas en el futuro a través de la gestión de la prevención y el riesgo e se utilizam para tal como planejamento estratégico organizacional, a integração dos diversos setores.

Como de lo que estaba contextualizado con anterioridad, la comprensión de la aplicación de la legislación vinculada a las recomendaciones nacionales e internacionales relativas a la seguridad y salud de los trabajadores, sin despreciar algunos de los programas y sistemas implementados en organizaciones brasileñas, comento que el modelo propuesto en este estudio, pulse para algunos aspectos que son altamente favorables para el buen funcionamiento del modelo.

La integración entre las cinco etapas del BSC, buscan una relación de causa y efecto entre ellos y una visión sistémica de la gestión de la salud ocupacional.

El modelo se basa en el aprendizaje y el crecimiento, en el que todos los procesos y programas se centran en el control de la salud laboral, así como el cumplimiento de la ley, será apoyado por la formación y el aprendizaje, el modelo base.

Todos los aspectos que contribuyen a la seguridad y salud en el trabajo, pueden ser identificados en las organizaciones y se asignan a las etapas BSC, que se clasifican en las cuestiones estratégicas, los objetivos y las iniciativas, cuando a partir de ahí el control de factores, que puede ir acompañada en cada etapa BSC. Estas etapas de seguimiento, ayuda enormemente al gerente para entender el control de fase y la interrelación entre las fases, causando una estrategia más efectiva, la velocidad de las decisiones, y mejores controles emparejados y sistema equilibrado en su conjunto, la comprensión de la contribución de cada etapa en relación con el conjunto del sistema.

El punto clave del modelo se refleja en la importancia del factor humano, se aclara el tema psicosocial como un factor importante en la formación de la cultura organizacional de SMS, cambio de los procesos de gestión, la mejora de la salud laboral, la optimización de los procesos industriales, reduciendo los riesgos laborales. De todos modos, el hombre promueve cambiar la cultura de SMS donde las personas pueden llegar a ser más saludables, las organizaciones serán más agradables y los ambientes con mayor sostenibilidad.

El aspecto financiero de la organización se convierte en el resultado de una gestión organizativa y SMS equilibrada, donde el capital humano (recursos humanos) y el capital financiero (recursos materiales), no pueden llegar a afectar el capital externo. En otras palabras, los trabajadores sanos, se promueven las empresas sin problemas y habrá un menor impacto sobre los recursos utilizados por el gobierno en materia de salud y seguridad social, cuando dichos recursos se pueden aplicar a otros programas sociales para aumentar el bienestar social.

Sin embargo, la idea de fusionar los conceptos de SMS al concepto de gestión del BSC como herramienta de gestión es asignar al gerente, una herramienta de control objetiva, fácil de manejar y una visión sistémica, las acciones que ponen en peligro la salud y la seguridad. La diferencia de los modelos tradicionales ya mencionados, que tienen la subjetividad, complejidad de la gestión, difíciles de ver las interrelaciones entre los procesos

que terminan por convertirse en los documentos archivados en estructuras simples, utilizado sólo como una fuente de auditorías de certificación, pero en la práctica no son experimentados por los trabajadores, y la mayoría de las veces sin el compromiso de los directivos.

### **5.3 Recomendaciones**

A partir de los estudios presentados, se sugiere que los estudios venideros presenten de forma clara la definición de la calidad de vida en el trabajo. La elección de los instrumentos debe estar pautada en el significado del término, en la existencia de su versión en la lengua/cultura en el que el estudio será realizado, así como también en la evaluación de sus propiedades psicométricas (confiabilidad y validez), con el fin de alcanzar una media precisa de acuerdo con cada realidad.

Se concluye, por lo tanto, que el gran desafío actual es justamente establecer una sistematización en la medida de la calidad de vida en el trabajo, atendiendo a los intereses prácticos de los investigadores, lo que incluye demostrar la utilidad de esa herramienta con el sentido de primorear diagnósticos y evaluar la eficacia de su aplicabilidad en el campo ocupacional.

### **5.4 Posibles aplicaciones relacionadas al modelo propuesto**

Aún cuando la cuestión sobre los beneficios del modelo propuesto haya sido tratada en los objetivos específicos del estudio, cabe acercar alguna reflexión sobre posibles aplicaciones futuras, con las cuales, independiente de los beneficios ya mencionados, el modelo propuesto facilite el avance de nuevas estrategias organizacionales y públicas en el campo de la salud del trabajador y para tal presento algunas cuestiones que consideren tal probabilidad condicional.

¿El modelo podrá contribuir con la valorización del factor humano dentro de las organizaciones?

¿El modelo podrá contribuir con una cultura prevencionista a ser aplicada en los niveles escolares, como aporte a las políticas públicas?

¿El modelo podrá contribuir con la aplicación de normas de SMS a todos los trabajadores, como aporte a las políticas públicas?

¿El modelo podrá contribuir para que las organizaciones se conviertan más saludables, proporcionando una mejor calidad de vida a los trabajadores?

Entonces si, el modelo propuesto generado con compromiso, ética y munido de los recursos necesarios, podrá efectivamente proporcionar los beneficios citados, además de contribuir con las cuestiones futuras que corroboren con la relevancia del tema estudiado.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- Adán, J. N.(2003). *De la calidad de vida laboral a la gestión de la calidad. Una aproximación psicosocial a la calidad como práctica de sujeción y dominación.* (Tesis Doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2009). *SST en los programas escolares- Actividades de los Estados miembros. Resumen de un informe.* Recuperado de <http://www.safestart.be/pt/publications/factsheets/82>.
- Alfonso, N. G. (2012). *La Teoría de la Equidad de Stacy Adams.* Recuperado de <http://site.suamente.com.br/teoria-da-equidade-de-stacy-adams/>.
- Almeida, G. E. S. (2000). *¿Para que Sumar si la Gente Puede Dividir? Abordajes Integradoras en la Salud, Trabajo y Ambiente.* Disertación de Maestría. Escuela Nacional de Salud Pública. Fundación Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. Brasil.
- Alves, E. F. (2011). *Programas y acciones en la calidad de vida en el trabajo.* Revista Interfacehs – v.6, n.1, Artículo, Abril. 2011.
- Andrada, P. C. B. (2010). *La percepción de la calidad de vida en el trabajo.* V Encuentro de Iniciación Científica. Recuperado de <http://www.fa7.edu.br>.
- Andrade, E.T. (2009). *El Proceso de Implementación de la Política de Atención a la Salud del Trabajador en Instituciones Públicas Federales: el desafío de la integralidad* (Tesis de Maestría). Escuela Nacional de Salud Pública. Fundación Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. Brasil.
- Anuário Brasileiro de Proteção. Recuperado de [http://www.protecao.com.br/materias/anuario\\_brasileiro\\_de\\_p\\_r\\_o\\_t\\_e\\_c\\_a\\_o\\_2015/brasil/AJyAAA](http://www.protecao.com.br/materias/anuario_brasileiro_de_p_r_o_t_e_c_a_o_2015/brasil/AJyAAA).
- Araújo, G.M. (2004). *Elementos del Sistema de Gestión de Seguridad, Medio Ambiente y Salud Ocupacional.* Rio de Janeiro. Ed. GVC.
- Arruda, M. B. R. (2013). *Seguridad del trabajo versus trabajo en seguridad: un panorama sobre los confrontos administrativos y normas correlativas.* (2013). Monografía de Especialización en Ingeniería de Seguridad en el Trabajo). Universidad Tecnológica Federal de Paraná. Paraná. Brasil.
- AS/NZS 4360.(1999) *Risk Management.* Australia Standards and New Zealand Standards.

- Asociación Brasileña de Normas Técnicas. (1996). *NBR ISO 14001: Sistemas de Gestión Ambiental – especificación y directrices para el uso*. Rio de Janeiro. Brasil.
- Asociación Brasileña de Calidad de Vida. (2015). *Programa Nacional de Qualidade de Vida*. Recuperado de <http://www.abqv.com.br/pnqv/Content.aspx?id=554>.
- Audy, J. K. (2014). *Las teorías de la Equidad y Experiencia en equipos ágiles*. Recuperado de <https://jorgekotickaudy.wordpress.com/2014/12/13/teorias-da-equidade-e-expectancia-em-equipes-ageis/>.
- Baierle, T. C.; Merlo, A. R. C.; Bottega, C. G. e cols. (2007). *Psicodinámica do Trabalho: investigação e intervenção en la guardia municipal de Porto Alegre*. En: XIV Encuentro Nacional de la ABRAPSO, 2007, Rio de Janeiro. Anais do XIV Encuentro Nacional da ABRAPSO. Rio de Janeiro. Brasil.
- Barbosa, T. M. A. (2009). *La Respuesta a los Accidentes Tecnológicos: El Caso del Accidente Radioactivo de Goiania*. (Disertación de la Maestría en Sociología). Facultad de Economía de la Universidad de Coímbra. Coimbra. Portugal. Recuperado de <http://www.ceped.ufsc.br>.
- Barros, M. E. B; Mori M.E; Bastos S.S. (2006). *El desafío de la política nacional de humanización en los procesos de trabajo: el instrumento Programa de Formación en la Salud y Trabajo*. Cad. Saúde Coletiva; 14(1): p.31-48.
- Bauss, P. (2010). *El concepto de promoción de la salud y de los determinantes sociales*. Recuperado de <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/artigos/334-o-conceito-de-da-salud-e-os-determinantes-sociais>.
- Betioli S. I. M. (1994). *Psicodinámica del Trabajo – Contribuciones de la Escuela Dejouriana al el Análisis de la Relación de Placer, Sufrimiento y Trabajo*. São Paulo: Atlas.
- Brito, J. C.; Porto, M. F. S. (1991). *Proceso de Trabajo, Riesgos y Cargas a la Salud*. Centro de Estudios en la Salud del Trabajador y Ecología Humana. Escuela Nacional de Salud Pública. Fundación Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. Brasil.
- Bueno, M. (2002). *Las teorías de motivación humana y su contribución para la empresa humanizada*. Revista del Centro de Enseño Superior de Catalão - CESUC - Año IV - nº 06 - 1º Semestre.
- Camara, P.; Guerra, P.; Rodrigues, J. (2010). *Gestión de Competencias, Gestión del Conocimiento y Organizaciones de Aprendizaje – instrumentos de apropiación por el capital del saber del trabajador*. Cuadernos de Educación. FaE/PPGE/UFPel Pelotas.31:203-225.(julho/dezembro 2008).Nuevo Humanator–Recursos Humanos y

- Suceso Empresarial. Lisboa: Publicaciones Don Quijote. Pelotas. Rio Grande do Sul. Brasil.
- Carvalho, A. F.; Dias E. C. (2011). *Promoción de la salud en el local de trabajo: Revisión sistemática de la literatura*. Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte- MG – Brasil.
- Catarina I. R. M. (2015). *El Capital Humano como Recurso Estratégico para la Creación de Valor*. (Disertación de Mestría). Universidad de Coimbra. Coimbra. Portugal.
- Center for Health Promotion. University of Toronto. (2001). *Introduction to health promotion program planning*. The Health Communication Unit. Toronto. Canadá.
- Chagas, A. M. R.; Salim, C.A; Servo, L. M. S. (2011). *Salud y seguridad en el trabajo en Brasil: aspectos institucionales, sistemas de información e indicadores/ organizadores*. Instituto de Investigación Económica y Aplicada. Brasília. Brasil.
- Chiavenato, I. (1993). *Introducción a la teoría general de la administración: una visión plena de la moderna administración de las organizaciones*. 4, ed. Editora Makron. São Paulo. Brasil.
- Chiavenato, I. (2004). *Introducción a la teoría general de la administración: una visión plena de la moderna administración de las organizaciones*. 3, ed. rev. e atualizada. Editora Elsevier. Rio de Janeiro. Brasil.
- Chiavenato, I. (2005). *Gestión de personas: y el nuevo papel de los recursos humanos en las organizaciones*. 2a ed.: Elsevier Campus. 529p. Rio de Janeiro. Brasil.
- Chiavenato, I. (2008). *Recursos Humanos. El Capital Humano de las Organizaciones*. 8. Ed. Atlas. São Paulo. Brasil.
- Chiavenato, I. (2010). *Gestión de Personas: el nuevo papel de los recursos humanos en las Organizaciones*. 3.ed. Editora Elsevier. Rio de Janeiro. Brasil.
- Constituição da República Federativa del Brasil de 1988. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm).
- Cooper, C., Sloan, S. J. Willians, J. (1988). *Occupational stress indicator management guide*. Windsor: NFER.
- Cordoni Júnior, L. (1988). *Sobre la organización del nivel central de los servicios públicos de salud*. Salud en Debate. 22:38-44.

- Correa, J. (2013). *La teoría de la Compensación y de la Equidad y las Relaciones Humanas*. Recuperado de <http://rhcomprofessorjuliano.blogspot.com.br/2013/03/a-teoria-da-compensacao-e-da-equidade-e.html>.
- Daniel, B. H.; Oliveira, D. B.; Silva, E. H. D. R. (2012). *Los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de Ayuda a la prevención de enfermedades y accidentes ocupacionales*. Diario de Sistemas de Gestión de la Salud - RGSS, v. 1, n. 2, p. 157-172, (jul./dez. 2012). São Paulo. Brasil.
- De Cicco, F. (2011). *Sistemas Integrados de Gestión- QSP*. São Paulo. Brasil.
- De Cicco, F.; Fantazzini, M. L. (1985). *Las técnicas modernas de gestión de riesgos*. Instituto Brasileño de Gestión de Riesgos, 181p. il. São Paulo. Brasil.
- Decreto n.º 7.602. (2011).D.O.U. de 08/11/2011 - Sección 1 - págs.9 e 10. Dispone sobre la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo-PNSST.
- Decreto-Ley no 5.452. (1943). *Aprueba la Consolidación de las Leyes del Trabajo*. Diario Oficial de la Union, Rio de Janeiro, 9 ago. 1943. Recuperado de <http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/del5452.htm>. Brasil.
- Dejours, C. (1988). *La locura del trabajo: estudio de psicopatología del trabajo*.: Editora Cortez/Oboré. São Paulo. Brasil.
- Dejours, C. (1994). *La carga psíquica del trabajo* (I. Domingues, trad.). In: C. Dejours, E. Abdoucheli & C. Jayet (Orgs. Psicodinámica del trabajo: contribuciones de la Escuela Dejouriana al análisis de la relación placer, sufrimiento y trabajo. (3ª ed.) (pp. 21-32). Atlas. São Paulo. Brasil.
- Dejours, C. (2004). *Subjetividad, trabajo y acción*. Revista Producción, 14 (3), 27-34. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65132004000300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300004&lng=pt&nrm=iso).
- Dejours, C. (2006). *La banalización de la injusticia social*.1ª ed. Topia Editorial. Buenos Aires. Argentina.
- Dejours, C., Abdoucheli, E.; Jayet, C. (1999). *Psicodinámica del Trabajo*. Editora Atlas, 145p. São Paulo. Brasil.
- Dias, E. C. (1994). *La atención a la salud de los trabajadores en el sector de salud (SUS), no Brasil: realidad, fantasía outopía*. (Tesis dedoctorado) Universidad Estadual de Campinas. Campinas. São Paulo. Brasil.

- Dias, E. C. (1994). *La atención a la Salud de los Trabajadores en el Sector de Salud (SUS), en Brasil: Realidad, Fantasía o Utopía?*. Tesis de Doctorado. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Estadual de Campinas. Campinas. São Paulo. Brasil.
- Dias, E. C. (2000). *La organización de la atención a la salud del trabajador. Salud en el Trabajo*. Editora Rocca. São Paulo. Brasil.
- Dias, E.C; Hoefel M.G. (2005). *El desafío de implementar las acciones de la salud del trabajador en el SUS: la estrategia de la RENAST*. Ciencia y Salud Colectiva. 10(4). p. 817-828.
- Eco, Umberto. (2012). *Como se hace una tesis*. Traducción Gilson Cesar Cardoso de Souza. Ed. Perspectiva. 24 ed. São Paulo. Brasil.
- Eibenschutz, C. (1996) *Política de Salud: El público y el privado*. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. Brasil.
- Elias, P. E y Viana, A. L. (2011). *Sistemas de Salud – Atención primaria a la salud*. Universidad de São Paulo. São Paulo. Brasil. Recuperado de <http://fm.usp.br/cedem/did/atencao/3%20-%20Aulas%20expositivas%20-%20Sistema%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>.
- Faccioli, C. (2008). *Teorías Motivacionales*. Recuperado de <http://www.administradores.com.br/artigos/negocios/teorias-motivacionais/22665>.
- Federación de las Industrias del Estado de São Paulo. FIESP. (2011). *Fap-Rat-Ntep efectos en la Gestión empresarial*. Departamento de Acción Regional da FIESP. 40 p. São Paulo. Brasil.
- Fernandes, E. C. (1996). *Calidad de Vida en el trabajo: como medir para mejorar*. 2ª Edición. Casa de la Calidad Edit. Ltda. Salvador. Bahia. Brasil.
- Ferretti, C. y otros. (1994). *Nuevas tecnologías, trabajo y educación*. Ed. Voces. São Paulo. Brasil.
- Fischmann, A. A; Almeida, M. I. R. (1996). *Planeamiento estratégico en la práctica*. Editora Atlas. São Paulo. Brasil.
- Fuentes, M. N.; Gomes J. S.; Lima, M.S.; Roveri, V; Zauber, R. T. (2003). *Trayectoria de análisis de accidentes industriales ampliados y las normas internacionales: un estudio de sus causas y consecuencias*. (agosto, 2013). Revista Electrónica de Divulgación Científica de la Facultad Don Doménico-7ª Edición. Recuperado de [http://www.faculadadedondomenico.edu.br/novo/revista\\_don/artigos7edicao/18ed.pdf](http://www.faculadadedondomenico.edu.br/novo/revista_don/artigos7edicao/18ed.pdf)

- Foucault, M. (1995). *Microfísica del Poder*. Editora Graal. Rio de Janeiro. Brasil.
- Freitas C. M.; Gomez C. M. (1997). *Análisis de riesgos tecnológicos en la perspectiva de las ciencias sociales*. Historia, Ciencias, Salud- Manguinbos, vol. III (3):485-504, Nov. 1996-Feb. 1997. Rio de Janeiro. Brasil
- Freitas, C. M y Porto, M. F. S. (1997). *Análisis de riesgos tecnológicos ambientales: perspectivas para o campo da saúde do trabalhador*. Caderno de Saúde Pública vol.13. Recuperado de [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1997000600006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
- Freud, S. (1974). *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago. XXI. PP. 174.
- Fundación Nacional de Salud. (2002). *Vigilancia ambiental en salud*. Brasília. Brasil.
- Gerhardt, T E; Silveira, D T. (2009). *Métodos de investigación*. SEAD/UFRGS. Editora de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Rio Grande do Sul. Brasil.
- Gil, A. C. (2007). *Métodos y técnicas de investigación social*. Como elaborar proyectos de investigación 4.ed.: Atlas. São Paulo. Brasil.
- Giovanella, L y otros (2012). *Políticas y Sistemas de Salud en Brasil*. 2 ed. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro. Brasil.
- Godini, M. D. Q.; Valverde, S. (2001). *Gestión Integrada de la Calidad, Seguridad & Salud ocupacional y medio ambiente*. Bureau Veritas Brasil. São Paulo. Brasil.
- Godoy, A. L. (2009). *La jerarquía de las necesidades de Maslow – Pirámide de Maslow*. Recuperado de <http://www.cedet.com.br/index.php?/Tutoriais/Gestao-da-Qualidade/a-hierarquia-das-necessidades-de-maslow-piramide-de-maslow.html>
- Gomez, C. M.; Lacaz, F. A. C. (2005). *Salud del trabajador: nuevas-viejas cuestiones*. Revista Ciencia & Salud Colectiva;10(4): p.797-807. São Paulo. Brasil
- Gomez, C. M.; Thedim, S.M. F. (1997). *La construcción del campo de la salud del trabajador: recorrido y dilemas*. Cuadernos de Salud Pública; 13(2): 521- 532. São Paulo. Brasil
- Gomiero, Fernando. (2006). *Balanced Scorecard: más un importante instrumento de Gestión disponible para los empresarios*. Recuperado de

[http://www.hsm.com.br/editorias/estrategia/artigoestrat\\_080806.php?LAYOUT\\_FORCADO=hsm\\_popup&print=.](http://www.hsm.com.br/editorias/estrategia/artigoestrat_080806.php?LAYOUT_FORCADO=hsm_popup&print=)

- Goulart, I. B.; Sampaio, J. R. *Calidad de vida en el trabajo: un análisis de la experiencia de empresas brasileñas*. In: Sampaio, J. R. et al. *Calidad de vida en el trabajo y psicología social*. Casa del Psicólogo, 2. ed. São Paulo. Brasil.
- Heerdt, M. L. (2004). *Metodología científica: un instrumento auxiliar para producir, sistematizar y publicar conocimiento*. Palhoça. Unisurvirtual.
- Henne, D. e Locke, E. A. (1985). *Job dissatisfaction: what are the consequences?* International Journal of Psychology, 20, 221-240. Estados Unidos de la América.
- Hood, J; Larrañaga, M. (2007). *Employee health surveillance in the health Care Industry*. AAOHN Journal. 55(10): 423-431.
- Instituto Nacional de Seguridad y Higiene en el Trabajo (INSHT). Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Gobierno de España.
- Instituto Ejecutivo de Salud y Seguridad. (1991). *Los factores humanos en la industria de la seguridad: un examen de las funciones de las organizaciones, los empleos y los individuos en la seguridad y la guía práctica industrial de control*. HMSO Centro de Publicaciones, 3. ed. Sheffield. Reino Unido.
- Jorge Mesquita Huet, J. M.; Porto, M. M. F. S. (2003). *Promoción de la salud e intersectorización: la experiencia de la vigilancia en la salud del trabajador en la construcción de redes*. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000300002>.
- Junior, L. (2005). *Desconstrucción la definición de salud*. Jornal del Consejo Federal de Medicina (julio, agosto y septiembre, 2004) p.15-16. Recuperado de <http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=bibliotecaJornalJulAgoSet2004#>.
- Jussara, M. R. M. e Wünsch, D. S. (2007). *Elementos para una nueva cultura en seguridad y salud en el trabajo*. Revista Brasileña de Salud Ocupacional. São Paulo, 32 (115): 153-163. Brasil.
- Kaplan, R. S.; Norton, D. P. (2001). *Organización Orientada para la estrategia*. Traducción: Afonso Celso da Cunha Serra. Ed. Campus. Traducción de: The strategy-focused organization. Rio de Janeiro. Brasil.
- Kaplan, R. S.; Norton, D. P. (2006). *Alineamiento: usando el Balanced Scorecard para crear sinergias corporativas*; Traducción: Afonso Celso da Cunha Serra. Ed. Elsevier. Rio de Janeiro. Brasil.

- Korf, E. P.; Goellner, C. I. (2011). *Directrices para programas de gerenciamiento de riesgos de accidentes ambientales y ocupacionales en las instalaciones industriales*. Revista Gestión Industrial. Universidad de Passo Fundo. Passo Fundo. Rio Grande do Sul. Brasil.
- Kuhn, T. S. (1978). *La estructura de las revoluciones científicas. Perspectiva, 1978. La tensión esencial*. Lisboa. Edições 70, 1977. São Paulo. Brasil.
- Lacaz, F.A. C (2007). *El campo Salud del Trabajador: rescatando conocimientos y prácticas sobre las relaciones trabajo salud*. Cuaderno de Salud Pública. 23(4): p.757-766. Rio de Janeiro. Brasil.
- Lacaz, F.A. C (1997). *Salud de los trabajadores. Encenario y desafíos*. Cuaderno de Salud Pública, 13(Supl. 2):7-19, 1997. Rio de Janeiro. Brasil.
- Lago, E. M. G. (2006). *Propuesta de sistema de Gestión en seguridad en el trabajo para empresas de construcción civil*. Universidad Católica de Pernambuco. Pernambuco. Brasil.
- Lakatos, E. M.; Marconi, M. (2001). *Fundamentos de metodología científica*. 4.ed. Atlas. 288p. São Paulo. Brasil.
- Laurell, A. C.; Noriega, M. (1987). *Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de trabajo*. Proceso de Producción y Salud, pp. 99-137, Editora Hucitec. São Paulo. Brasil.
- Laurell, A. C; Noriega, M. (1989). *Proceso de Producción y salud– trabajo y regate operario*. Editora Hucitec. São Paulo. Brasil.
- Ley no 11.653. (2008). *Dispone sobre el Plano Plurianual para el período 2008/2011*. Diário Oficial de la Unión, Brasília, 8 abril 2008. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2008/Lei/L11653.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11653.htm). Brasil.
- Ley no 5.889. (1973). *Instituye normas reguladoras del trabajo rural*. Diário Oficial de la Unión, Brasília, 11 jun. 1973. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L5889.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5889.htm).
- Ley no 8212. (1991). *Dispone sobre la Ley Orgánica de la Seguridad Social*. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8212cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8212cons.htm). Brasil.
- Ley no 8213. (1991). *Dispone sobre Planos de Benefícios de la Previdencia Social*.

- Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8213cons.htm).
- Ley no. 9394 (1996). Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional. *Establece las directrices y bases de la educación nacional*. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm).
- Ley no 9.795. (1999). Ley de Educación Ambiental. *Dispone sobre la educación ambiental y el establecimiento de la Política Nacional de Educación Ambiental y otras medidas*. Recuperado de <http://www.mma.gov.br/port/conama/legiabre.cfm?codlegi=321>.
- Leite, J. V.; Ferreira, M. C.; Mendes, A. M. (2009). *Cambiando la Gestión de la calidad de vida en el trabajo*. Revista de Psicología y Organización del Trabajo. v.9 n.2.(dez. 2). Florianópolis. Santa Catarina. Brasil.
- Lieber, R. R. (2008). *El principio de la precaución y la salud en el trabajo*. Revista Salud y Sociedad. 17(4):124-134. São Paulo. Brasil.
- Lobo, M.R (2010). *Gestión del conocimiento como diferencial competitivo: una perspectiva a partir del capital humano*. VI Congreso Nacional de Excelencia en Gestión Energía, Innovación, Tecnología y Complejidad para la Gestión Sustentable (2010). Universidad Federal Fluminense. Niterói. Rio de Janeiro. Brasil.
- Locke, E. A. (1976). *The nature and causes of job satisfaction*. In M. D. Dunnette (Ed.), Handbook of industrial and organizational psychology (pp. 1297-1349). Rand McNally. Chicago. Estados Unidos da América.
- Machado, J. H. M. (1996). *Alternativa y procesos de vigilancia en la salud del trabajador: la heterogeneidad de la intervención*. (Tesis de Doctorado). ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro. Brasil.
- Machado, J. M. H. (1997). *Proceso de Vigilancia en la Salud del Trabajador*. Cuadernos de Salud Pública. 13(02):33-45. ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro. Brasil.
- Machado, J. M. H; Porto, M. F. (2003). *Epidemiologia en Servicios de Salud, Epidemiología. Servicios en Salud*. v.12 n.3. Brasília. Brasil. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000300002>.
- Maich, E. G. (2011). 2011. *Un sistema de Gestión de la higiene, salud y seguridad en el medio ambiente del trabajo, con foco en el factor accidentalario de prevención – fap, aplicado a una empresa de construcción civil*. Universidad Tecnológica Federal de Paraná.(Tesis de Mestría). Universidad Tecnológica de Paraná. Paraná. Brasil.
- Martinez, M. C. e Paraguay, A. I. B. B. (2003). *Satisfacción y salud en el trabajo –*

- aspectos conceptuales y metodológicos*. Cuadernos de Psicología Social del Trabajo, 2003, vol. 6, pp. 59-78. Brasil.
- Martinez, M. C.; Paraguay, A. I. B. B. (2003). *Satisfacción y salud en el trabajo - aspectos conceptuales y metodológicos*. Cuadernos de psicología, sociología y trabajo. v.6 São Paulo (dez. 2003). Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-7172003000200005&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-7172003000200005&script=sci_arttext).
- Martins, C.I.R. (2015). *El capital humano como recurso estratégico para la cultura de valor*. (Disertación de Maestría). Universidad de Coimbra. Portugal.
- Matus, Carlos. (1997). *Planificación Estratégica Situacional*. Recuperado de [http://planificación estratégica situacional.blogspot.com.br](http://planificación%20estrat%C3%A9gica%20situacional.blogspot.com.br).
- Maximiano, A. C. A. (2000). *De la escuela científica a la competitividad en la economía globalizada*. 2. ed. Editora Atlas. São Paulo. Brasil.
- Maximiano, A. C. A. (2007). *Introducción a la administración*. 6. ed rev. e ampl. 5. Editora Atlas. São Paulo. Brasil.
- Mayo, E. (1933). *The human problems of an industrial civilization*. The Macmillan Company. Nova Iorque. Estados Unidos da América.
- Mello, G. M. e Alouche, L. F. (2013). *Acción de regreso del INSS contra las empresas: nueva postura del órgano de la previdencia*. Recuperado de <http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI187577,81042-Acao+de+regresso+do+INSS+contra+as+empresas+nova+postura+do+orgao>.
- Mendes, A. M. B. (1995). *Aspectos Psicodinámicos de la Relación Hombre-Trabajo: las contribuciones de C. Dejours*. Cuaderno de Psicología Ciencia y Profesión. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v15n1-3/09.pdf>.
- Mendes, R; Dias, E. C.(1991). *De la medicina del trabajo a la salud del trabajador*. Revista de Salud Pública. 25(5):p.41-349. Rio de Janeiro. Brasil.
- Mendes, A. M.; Ferreira, M. C. (2004). *Gestão de pessoas focada em la calidad de vida en el trabajo: bienestar, una tarea de todos*. En Banco Central do Brasil (Org.), Anais del 1º Fórum de Calidad de Vida: trabajando y viviendo con calidad. (pp. 3-8). Brasília. Brasil.
- Mendes, J.M.R; Wünc, D.S. (2007). *Elementos para una nueva cultura en seguridad y salud en el trabajo*. Revista Brasileña de Salud Ocupacional.32 (115). (2007). Rio de Janeiro. Brasil.

- Ministério del Trabajo y Empleo – Fundacentro. Consejo Superior de Justicia del Trabajo. (2014). *Inserción del Contenido de Seguridad y la Salud en el Trabajo en la Educación Básica*. Recuperado de <http://www.tst.jus.br/documents/1199940/a4d4d6c4-1c8e-40ce-9df1-de0860146466>.
- Ministério de la Educación Brasileño. Consejo Nacional de Educación. Camara de Educación Basica. Resolución n° 7, de 14 de diciembre 2010. *Establece las directrices curriculares nacionales para la educación primaria de nueve (9) años*.
- Miranda, C. R. y Dias, C. R. (2004). *PPRA / PCMSO: auditoria, inspección del trabajo y control social*. Cuadernos de SaludPublica, Vol. 20, no. 1 (jan.-fev. 2004) p.224-232. Rio de Janeiro. Brasil. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000100039>.
- Moraes, C. S. B.; Vale, N. P.; Araújo, J. A. (2013). *Sistema de Gestión integrado y los beneficios para el sector siderúrgico*. Revista Metropolitana de Sustentabilidad - RMS, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 29-48, set./dez. 2013. 33. Recuperado de <http://www.revistaseletronicas.fmu.br/>.
- Nardi, H.C. (1996). *Medicina del Trabajo y salud del trabajador: conflicto capital/trabajo y la relación médico-paciente*. Porto Alegre: UFRGS, 1996. (Tesis de Maestrado en Sociología) Universidade Federal del Rio Grande der Sur, Instituto de Filosofia y Ciências Humanas, programa de Pós-Graduación en Sociología, 1996.
- Norma Brasileña. NBR 14280. (2001). *Registro de accidente del trabajo- Procedimiento y clasificación*. Asociación Brasileña de Normas Técnicas (ABNT). Brasil.
- O'Donnell, M. P. (2005). *A simple framework to describe what works best: improving awareness, enhancing motivation, building skills, and providing opportunity*. American Journal of Health Promotion, v. 20, n. 1. USA.
- Ogasawara, J. S. V. (2009). *El concepto de aprendizagem de Skinner e Vygotsky: un dialogo posible*. (Monografía del Curso de Pedagogía). Universidad del Estado de Bahia. Salvador. Bahia. Brasil.
- Oliveira, M. H. B.; Vasconcellos, L C. F. (1992). *Política de la Salud del Trabajador en Brasil: Muchas Cuestiones Sin Respuestas*. Cuaderno de Salud Pública.8 (2):p.150-156, (abr/junt 1992). Rio de Janeiro. Brasil.
- Oliveira, M.A.C.; Egry, E.Y. (2000). *La historicidad de las teorías interpretativas del proceso salud-enfermedad*. Revista de la Escuela de Enfermería de la Universidad de

São Paulo.v.34,n.1,p.9-15,(mar.2000).Recuperado de  
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a02.pdf>.

Oliveira, P. A. B. (2002). Ergonomía. In: Cattani, A. D. (Org.). *Trabajo y tecnología: diccionario crítico*. Petrópolis. Voces/Editora da Universidade, Porto Alegre. Rio Grande do Sul. Brasil.

Organização Internacional do Trabalho - International Labour Office (1984). *Psychosocial factors at work: recognition and control*. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health - Ninth Session. Geneva: International Labour Office.

Organización Internacional del Trabajo – OIT. *Convención OIT 174, Recomendación 181: Prevención de accidentes industriales mayores*. Traducción de Abiquim/Fundacentro. São Paulo: Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Seguridad y Medicina del Trabajo. 2002. Recuperado de <http://www.fundacentro.gov.br>.

Organización Internacional del Trabajo. International Labour Office (1984). *Psychosocial factors at work: recognition and control. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health – Ninth Session*. Geneva: International Labour Office.

Organización Mundial de la Salud – OMS. (2006). *Carta de Ottawa*. Canadá.

Organización Mundial de Salud. OMS. (2010). *Ambientes de trabajo saludables: un modelo para acción: para empleadores, trabajadores, formuladores de política y profesionales*. Traducción de Servicio Social de la Indústria. SESI. Brasília. Brasil.

Otway, H. J. (1992). *Public wisdom, expert fallibility: toward a contextual theory of risk*. In: *Social Theories of Risk* Krimsky, S. & Golding, D., eds.).pp. 216-228. Praeger. London.

Pastore, J. (2011). *El costo del los accidentes*. Recuperado de [http://www.josepastore.com.br/artigos/rt/rt\\_320.htm](http://www.josepastore.com.br/artigos/rt/rt_320.htm)

Paim, J. S. y Teixeira, C. F. (2006). *Política, planeamiento y gestión en salud: balance del estado del arte*. Rev. Salud Pública 2006; 40(N Esp):73-8. Rio de Janeiro. Brasil.

Paim; Travassos; Almeida; Bahia y Macinko. (2011). *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. Recuperado de [http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925\\_brazil1.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf).

- Parmeggiani, L. (1987). *Evolution of concepts and practices in occupational health*. Congresso da Associação Nacional de Medicina del Trabajo. 5, 1987, Florianópolis. Anais. ANMT, 1987. Florianópolis. Brasil.
- Pedroso y otros (2014). *Desarrollo y evaluación de la versión brasileña del Diagnóstico del Trabajo (Job Diagnostic Survey)* de Hackman e Oldham. v. 21, n. 2, p. 285- 301, 2014. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/0104-530X198>.
- Periard, G. (2011). *La Teoría de los dos factores de Grederick-Herzebert*. Recuperado de <http://www.sobreadministração.com/tudo-sobre-a-teoria-dos-fatores-grederick-herzebert>.
- Petrobrás. Norma N-2782. (2005). *Criterios para la aplicación de las técnicas de evaluación de riesgos.CONTEC. SC-36. Petrobrás. 7p.* Brasil.
- Pizzolato, B. P.; Moura, G. L.; Hennig Silva, A. (2013). *Calidad de vida en el trabajo: una discusión sobre los modelos teóricos en Contribuciones a la Economía*, (abril 2013). Recuperado de [www.eumed.net/ce/2013/qualidade-vida-trabalho.html](http://www.eumed.net/ce/2013/qualidade-vida-trabalho.html).
- Pinheiro, R. M. S. (2009). *FIOCRUZ saludable: análisis de las acciones de salud del trabajador en la FIOCRUZ através de un Programa Institucional*. Escuela Nacional de Salud Pública. Rio de Janeiro. s.n. vii, 103f, il. Recuperado de <http://157.86.8.70:8080/certifica/handle/icict/2269>. Rio de Janeiro. Brasil.
- Pinto, L. H. O. (2015). *Gestión de personas y comportamiento humano en el trabajo: aspectos psicodinámicos y fallas operacionales en la industria*. Revista Unifacs. Recuperado de [www.revistas.unifacs.br/index.php/rgb/article/view/164](http://www.revistas.unifacs.br/index.php/rgb/article/view/164).
- Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, *PNSST* (2012). Comisión Tripartita de Salud y Seguridad en el Trabajo – CTSST. Brasíla. Brasil.
- Plan de Acción Mundial de Salud de los Trabajadores (2007). 60.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [http://www.who.int/occupational\\_health/WHO\\_health\\_assembly\\_sp\\_web.pdf](http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_sp_web.pdf)
- Portaria nº 1.823. (2012). D.O.U. del 23 de agosto de 2012. *Política Nacional de la Salud del Trabajador y de la Trabajadora. PNSTT*. Brasíla. Brasil.
- Portaria nº 2.446. (2014). D.O.U del 11 de noviembre de 2014. *Redefine la Política Nacional de Promoción a la Salud. PNPS*. Brasíla. Brasil.
- Ramos, J. P. (1980). *Satisfacción en el trabajo: metas y tendencias*. Instituto de Psicologia de Assis. Universidad Estadual Júlio de Mesquita Filho. Assis. São Paulo. Brasil.

- Rego, M. A. M. (2005). *Propuesta de un modelo de sistema de Gestión de riesgos como subsidio al programa de seguridad de procesos de Cenpes*. (Disertación de Maestría). Universidade Federal Fluminense. Niterói. Rio de Janeiro. Brasil.
- Reis, A.; Mansini, G.; Francine, L. (2013). *Promoción de salud en las empresas: casos de sucesos*. Instituto de Estudios de Salud Suplementar. São Paulo. Brasil.
- Renn, O. (1992). *Concepts of risk: a classification*. In: *Social Theories of Risk* Krimsky, S. & Golding, D., eds.), pp.53-79. London: Praeger.
- Ribeiro, F, S N. (2008). *Situación de la salud en el trabajo en el Brasil. Informe Continental sobre la situación de derecho a la salud en el trabajo*. Asociación Latinoamericana de Medicina Social- Red de Salud y Trabajo.
- Ribeiro, H. (2004). *Salud Pública y Medio Ambiente: evolución del conocimiento y de la práctica, algunos aspectos éticos*. Salud y Sociedad. vol.13 no. 1. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000100008>. São Paulo. Brasil.
- Ricardo A. (2000). *La centralidad del trabajo hoy. Papeles de Población*. (julio- septiembre, número 25). Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México. pp. 83-96.
- Rocha J. R.; Edson. et al. *Acidentes Ampliados e as Normas Internacionais: Diretiva Roethlisberger, F. J. e Dickson, W. J. (1939). Management and the worker*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Round, R.; Marshall, B.; Horton, K. (2005). *Planning for health promotion evaluation. Melbourne*. Victorian Government Department for Human Services. Melbourne. Australia.
- Sant'anna, L. L.; Paschoal, T.; Gosendo, E.E.M. (2011). *Bienestar em el trabajo: Relaciones com estilos de gerenciamento y soporte organizacional para desarrollo, promoción y salarios*. XXXVIII Encuentro de la ANPAD. (Septiembre 2011). Rio de Janeiro. Brasil.
- Santos, B. R. (2013). *Propuesta de un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, con énfasis en la OHSAS 18001:2007*. (Tesis de Maestría). Universidad Federal de Pernambuco. Pernambuco. Brasil.
- Santos, E. M. (1985). *Anonymous frutos de explotación: el caso de accidentes y envenenamiento de trabajadores de la piña en Sapé, Paraíba*. (Tesis de Maestría en Salud Pública). Escuela Nacional de Salud Pública. Fundación Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. Brasil.

- Sato, L. (2002). *Prevención de agravios a la salud del trabajador: replanteando el trabajo através de las negociaciones cotidianas*. Cuadernos de Saúde Pública. 18(5): p.1147-1157. Rio de Janeiro. Brasil.
- Scarton, A. M. (2014). *Satisfacción en el trabajo: la percepción de los secretarios ejecutivos de los departamentos de la Unijuí*. Universidad Regional Unijui. Ijuí. Rio Grande do Sul. Brasil. Recuperado de <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/2410>.
- Secretaria de Políticas de Salud. Proyecto Promoción de la Salud. (2002). *Las cartas de Promoción de la Salud*. Brasília. Brasil.
- Seligman, E. (1990). *Salud mental y trabajo*. In: TUNDIS, S. (Org.). *Ciudadanía y locura mental en Brasil*. Voces. Petrópolis: Rio de Janeiro. Brasil.
- Serviço Social da Indústria (SESI). (2007). División de la Salud y Seguridad en el trabajo- *Referencia Técnica: exámenes médicos previstos en el Programa de Control Médico de la Salud Ocupacional / SESI-SP y ABRESST: SESI, 2007. 28 p.* São Paulo. Brasil. “Seveso” y la Convención n° 174 de la Organización Internacional del Trabajo – OIT. II workshop Gestión Integrada: Riesgo y Sustentabilidad. Centro Universitário Senac: São Paulo. (2006). Recuperado de [http://www1.sp.senac.br/Hotsites/Arquivos\\_matérias/II\\_workshop/Accidentes\\_ampliados\\_e\\_as\\_normas\\_internacionais\\_Diretivas\\_Seveso.pdf](http://www1.sp.senac.br/Hotsites/Arquivos_matérias/II_workshop/Accidentes_ampliados_e_as_normas_internacionais_Diretivas_Seveso.pdf).
- Silva, Silvio. (2008). *Legislación de Seguridad y Salud en el Trabajo*. (MBA Gestión de Negocios Sustentables). Universidad Federal Fluminense. Rio de Janeiro. Brasil.
- Silva, Z. P; Barreto I. F; Sant’anna, M. C. (2003). *Salud del trabajador en el ámbito municipal*. São Paulo em Perspectiva. vol.17 no.1 p.47-57.(Jan./Mar. 2003). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392003000100006>.
- Silveira, J F. (2013). *Los conceptos de la cultura organizacional y planeamiento estratégico para la salud del trabajador*. Recuperado de [http://www.rhportal.com.br/artigos/rh.php?idc\\_cad=2rwf86u3j](http://www.rhportal.com.br/artigos/rh.php?idc_cad=2rwf86u3j).
- Sindicato de los Trabajadores en la Industria de la Alimentación de Piracicaba- SP (2015). *Comunicación de Accidente de Trabajo*. Recuperado de <http://www.stiap.com.br/joomla/fique-por-dentro/12-organiza%C3%A7%C3%A3o/conte%C3%BAdo-fixo/39-cat-comunica%C3%A7%C3%A3o-de-acidente-de-trabalho.html>. São Paulo. Brasil.
- Siqueira, M.M.M.; Gomide Junior, S. (2004). *Vínculos de los Individuos con el trabajo y con la Organización*. In Zanelli, J. C.; Borges, J. E.; Bastos A.V.B. (Org).

- Psicología, Organizaciones y Trabajo en Brasil. Editora Artmed. Porto Alegre. Rio Grande do Sul. Brasil.
- Siqueira, W. (2011). La Teoría X y Y de Douglas McGregor. Recuperado de <http://www.administradores.com.br/artigos/cotidiano/a-teoria-x-e-a-teoria-y-de-douglas-mcgregor/51506/>.
- Sodré, F. (2002). *El Campo político de la Salud del Trabajador*. (Tesis de Maestría). Escuela Nacional de Salud Pública. Fundación Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. Brasil.
- Souza, L. E. A. (2009). *En la trilla de la salud del trabajador* (Tesis de Doctorado). Universidad Estadual Paulista. São Paulo. Brasil.
- Stewart, T. (1998). *Capital intelectual: la nueva ventaja competitiva de las empresas*. Editora Campos, 237p. Rio de Janeiro. Brasil.
- Tambellini, A. T; Camara, V. M. (1998). *La temática salud y ambiente en el proceso de desenvolvimiento del campo de la salud colectiva: aspectos históricos, conceptuales y metodológicos*. Ciencia y Salud Colectiva vol.3 n.2, 1998. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v3n2/7150.pdf>
- Tambellini, A. T. (1984). *La política oficial de desenvolvimiento científico y tecnológico en Brasil en el área de salud y trabajo: discurso y práctica*. Enseño de la salud pública, Medicina Preventiva y Social en Brasil. ABRASCO. Rio de Janeiro. Brasil.
- Taylor, F. W. (1911). *Principles of Scientific Management*. Harper & Row. Nova Iorque. Estados Unidos da América.
- Teixeira, C. F; Paim, J. S; Vilasboas, A. L. (1998). *Análisis de los riesgos tecnológicos : perspectivas para el campo de la salud del trabajador*. SUS, modelos asistenciales y vigilancia de la salud. Informe Epidemiológico del SUS 1998; 2:7-28. Brasília. Brasil
- Teixeira, S. (2005). *Gestión de las Organizaciones*. 2ª Edición. McGraw-Hill.
- Teixeira, S. F. (1989). *Reforma Sanitaria: en busca de una teoría*. Editora Cortez. São Paulo. Brasil.
- Teixeira, S. M. F.; Oliveira, J. A. (1978). *Medicina de grupo: la medicina y la fábrica. Salud y medicina en Brasil: Contribución para un debate*. Ediciones Graal; 1978. p. 181-206. Rio de Janeiro. Brasil.

- Triviños, A. N. S. (1987). *Introducción a la investigación en ciencias Sociales: la investigación cualitativa en educación*. Ed. Atlas. 175p. São Paulo. Brasil.
- VI Congreso Nacional de Excelencia en Gestión Energía, Innovación, Tecnología y Complejidad para la Gestión Sustentable. (2010). Universidad Federal Fluminense. Niterói. Rio de Janeiro. Brasil.
- Vieira, C. E. (1999). *Cultura y formación humana en el pensamiento de Antonio Gramsci*. Educ. Pesqui., São Paulo, v. 25, n. 1, 1999. Recuperado de <http://www.scielo.br/scielo>.
- Vigilancia ambiental en salud/Fundación Nacional de Salud.: FUNASA. (2002). Brasília. Brasil.
- Weber, M. (2004). *La ética protestante y el espíritu capitalista*. Cía. de las Letras. São Paulo. Brasil.
- Wisner, A. (1994). *La Inteligencia en el Trabajo*. Fundacentro y Universidad del Estado de São Paulo. São Paulo. Brasil.
- Wüncch Filho, V. (1995). *Variaciones y tendencias en la morbimortalidad de los trabajadores. Viejos y nuevos males de la salud en Brasil: la evolución del país y sus enfermedades*. Hucitec/Nupens. Universidade de São Paulo. São Paulo. Brasil.
- Xavier, A. C. R.; Martins, L. D. ; Engelhardt, M. D.; Dias, J. C. (2008). *Gestión ambiental en Petrobras y Companhia Vale do Rio Doce*. IV Congreso Nacional de Excelencia en Gestión. Niterói. Rio de Janeiro, Brasil.