

Prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo a través del régimen alimentario y la actividad física

Informe de la OMS y el Foro Económico Mundial sobre un evento conjunto



**Organización
Mundial de la Salud**

**WORLD
ECONOMIC
FORUM**

**COMMITTED TO
IMPROVING THE STATE
OF THE WORLD**

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo a través del régimen alimentario y la actividad física : informe de la OMS y el Foro Económico Mundial sobre un evento conjunto.

1.Enfermedad crónica - prevención y control. 2.Salud ocupacional. 3.Lugar de trabajo. I.Organización Mundial de la Salud. II.Foros Económicos Mundiales.

ISBN 978 92 4 359632 8

(Clasificación NLM: WA 400)

© Organización Mundial de Salud / Foro Económico Mundial 2008

Se reservan todos los derechos.

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para su venta o para su distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

Las publicaciones del Foro Económico Mundial pueden solicitarse a Ediciones del Foro Económico Mundial, Foro Económico Mundial, 91-93 route de la Capite, CH-1223 Cologny/Ginebra, Suiza (Tel.: +41 (0)22 869 1212; Fax: +41(0)22 786 2744; e-mail: contact@weforum.org). Las solicitudes de información sobre el proyecto Working Towards Wellness del Foro Económico Mundial deben dirigirse a workingtowardswellness@weforum.org

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud o el Foro Económico Mundial, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud o el Foro Económico Mundial los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud / el Foro Económico Mundial han adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación no obstante lo cual el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud / el Foro Económico Mundial podrán ser consideradas responsables de daño alguno causado por su utilización.

La presente publicación no representa necesariamente las decisiones o las políticas adoptadas por la Organización Mundial de la Salud o el Foro Económico Mundial.

Índice

Resumen de orientación	1
1. Introducción	3
2. Razones que justifican el uso del lugar de trabajo como marco para la promoción de una dieta saludable y la actividad física	7
3. Efectividad y eficacia de las intervenciones de promoción de la salud en el lugar de trabajo dirigidas a los hábitos alimentarios y la actividad física	8
4. Políticas y programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo	13
5. Participación de múltiples partes interesadas	20
6. Vigilancia y evaluación	25
7. Carencias en los conocimientos actuales	29
8. Conclusiones generales	30
Referencias	31
Anexo 1: Lista de participantes	37
Anexo 2: Recursos clave	39
Nota de agradecimiento	40

Resumen de orientación

El lugar de trabajo como contexto para la promoción de la salud

Los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo, destinados a luchar contra el sedentarismo y los hábitos de alimentación poco saludables, resultan efectivos para mejorar los resultados relacionados con la salud, como los factores de riesgo de la obesidad, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Aumentar la productividad de los empleados, mejorar la imagen institucional y moderar los costos de asistencia médica son algunos de los argumentos que pueden impulsar a la gerencia superior a poner en marcha e invertir en programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo.

Las dietas poco saludables y la ingesta energética excesiva, el sedentarismo y el consumo de tabaco constituyen factores de riesgo fundamentales de las enfermedades no transmisibles. Se calcula que en 2005 murieron 35 millones de personas como consecuencia de enfermedades no transmisibles, tales como cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer y diabetes. Alrededor del 80% de estas muertes se produce en países de ingresos bajos y medianos que tienen que hacer frente también a la carga de enfermedades infecciosas, trastornos perinatales y enfermedades relacionadas con la maternidad y carencias nutricionales.

Elementos fundamentales de un programa efectivo

Entre los elementos fundamentales de un programa efectivo de promoción de la salud en el lugar de trabajo figuran los siguientes: el establecimiento de metas y objetivos claros y la vinculación de los programas a los objetivos empresariales; un decidido apoyo por parte de la dirección; una comunicación efectiva con los empleados en todas las fases de creación e implantación del programa de promoción de la salud en el lugar de trabajo y la participación de éstos; la creación de entornos propiciatorios; la adaptación del programa a las normas sociales y el establecimiento de un apoyo social; la incorporación de incentivos para fomentar la adherencia a los programas y el aumento de la confianza en la capacidad propia de los participantes.

La importancia fundamental de adoptar un enfoque basado en múltiples partes interesadas

Abordar de forma integral las cuestiones de la dieta y la actividad física requiere el compromiso de una diversidad de partes interesadas. La adopción de un enfoque de partes múltiples respecto de la creación e implantación de políticas y programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo resulta determinante para el éxito, efectividad y sostenibilidad de los programas. Entre las diferentes partes que pueden desempeñar un papel en la promoción de la salud en el lugar de trabajo figuran las siguientes: organismos internacionales; ministerios de salud, trabajo y seguridad; gobiernos locales y municipales; organizaciones no gubernamentales (ONG); la sociedad civil; empleadores; empleados; sindicatos; cajas de seguros de enfermedad de las empresas; el sector agrícola; los productores de alimentos, los servicios de restauración y los distribuidores de alimentos; y el sector del deporte.

La importancia de integrar una vigilancia y evaluación

La vigilancia y evaluación (es decir, la evaluación de los procedimientos y resultados, la evaluación de los riesgos y resultados relacionados con la salud) constituyen componentes esenciales de la implantación de los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo y han de ser integrados en el proceso. Las actividades de vigilancia y evaluación nutren el proceso de toma de decisiones y permiten documentar los cambios en las políticas o en los programas; contribuyen a acumular datos, a fomentar la responsabilización, y llevan a la creación de programas efectivos de promoción de la salud en el lugar de trabajo de manera que puedan racionalizarse adecuadamente los recursos.

Carencias en los conocimientos actuales

A fin de reforzar los conocimientos de que se dispone actualmente, particularmente en materia de efectividad, análisis de costos y beneficios e incidencia sobre la salud de los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo es necesario proseguir investigando. Cabe fomentar la creación y validación de instrumentos sencillos y fáciles de utilizar para la evaluación de la dieta y la actividad física. Es preciso estudiar con más detenimiento cómo se aplican las intervenciones basadas en pruebas científicas sobre la dieta y la actividad física en lugares de trabajo de diferentes ubicaciones geográficas

y que difieren en cuanto a estructura gubernamental, niveles de alfabetización y normas sociales en torno a diferentes conductas saludables. La selección y publicación de casos prácticos y ejemplos de programas internacionales de promoción de la salud en el lugar de trabajo también puede permitir disponer de información de apoyo que ayudará a los planificadores a entender mejor cómo crear programas mundiales.

La información que recoge este informe refleja datos recabados de políticas de promoción de la salud en el lugar de trabajo de países de ingresos altos, principalmente de las regiones de Europa y América del Norte. La escasez de información y de casos prácticos de países de ingresos bajos y medianos se ha destacado como una carencia importante en los conocimientos actuales a la que debe hacerse frente. Pese a la limitación de datos disponibles, se anima a todas las partes interesadas a crear e implantar políticas y programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo dirigidas a luchar contra las dietas poco saludables y el sedentarismo.

Informe OMS/Foro Económico Mundial – decisivo en el avance de la prevención de enfermedades no transmisibles

Ocuparse de la dieta y la actividad física en el lugar de trabajo abre la posibilidad de mejorar la salud de los trabajadores; contribuir a una imagen positiva y social de la empresa; aumentar la moral del personal; reducir la rotación de personal y el absentismo laboral; aumentar la productividad; y reducir las ausencias por enfermedad, rebajar los costos de la asistencia médica y disminuir las cuotas de los seguros de accidente y discapacidad de los trabajadores. En este informe – producto de un evento organizado conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Foro Económico Mundial – se resumen los datos disponibles en la actualidad con relación a la forma de abordar las diferentes dimensiones del lugar de trabajo como marco fundamental para desarrollar intervenciones destinadas a prevenir las enfermedades no transmisibles a través de la dieta y la actividad física.

1. Introducción

Carga mundial de las enfermedades no transmisibles

En 2005, las enfermedades no transmisibles representaron el 60% de todas las defunciones previstas en todo el mundo, es decir, se calcula que 35 millones de personas fallecieron a consecuencia de enfermedades no transmisibles (1). En torno al 80% de las muertes por enfermedades no transmisibles se produce en países de ingresos bajos y medianos.

Incidencia de las enfermedades no transmisibles

Las cinco enfermedades no transmisibles principales son las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Existen pruebas científicas concluyentes de que una dieta saludable y una actividad física adecuada (es decir, alrededor de 30 minutos de actividad física de intensidad moderada unos cinco días a la semana) desempeñan un papel importante en la prevención de estas enfermedades. Además, se calcula que aproximadamente el 80% de las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes de tipo 2 y el 40% de los cánceres pueden prevenirse mediante intervenciones económicas y costoeficaces que actúan sobre los factores de riesgo primarios.

La carga de las enfermedades no transmisibles no sólo incide sobre la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias sino también sobre la estructura socio-económica del país. Según estimaciones de la OMS, la pérdida de ingresos nacionales de distintos países será descomunal (Cuadro 1). Así, por ejemplo, se calcula que China perderá en torno a 558 000 millones de dólares internacionales¹ entre 2005 y 2015 como resultado de la carga de enfermedades no transmisibles (1).

Teniendo en cuenta el envejecimiento de la población y los factores de riesgo, se prevé que las defunciones por enfermedades no transmisibles aumentarán en un 17% entre 2005 y 2015, mientras que durante este mismo periodo se prevé que disminuirán las muertes debidas a enfermedades transmisibles, perinatales o relacionadas con la maternidad y la malnutrición (1).

Cuadro 1

Pérdida de ingresos nacionales prevista atribuible a las cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y diabetes en una muestra de países, 2005-2015 (miles de millones de dólares constantes internacionales de 1998) (1)

	Brasil	Canadá	China	India	Nigeria	Pakistán	Federación de Rusia	Reino Unido	República Unida de Tanzania
Pérdida estimada de ingresos en 2005	2,7	0,5	18,3	8,7	0,4	1,2	11,1	1,6	0,1
Pérdida estimada de ingresos en 2015	9,3	1,5	131,8	54,0	1,5	6,7	66,4	6,4	0,5
Pérdida acumulada con valor de 2005	49,2	8,5	557,7	236,6	7,6	30,7	303,2	32,8	2,5

Poblaciones

Es posible influir en conductas saludables de grandes cantidades de personas y

¹ Un dólar internacional es una moneda hipotética que se utiliza como medio para traducir y comparar costos entre un país y otro utilizando un punto de referencia común, el dólar estadounidense. El dólar internacional tiene el mismo poder adquisitivo que el dólar estadounidense en los Estados Unidos.

económicamente activas

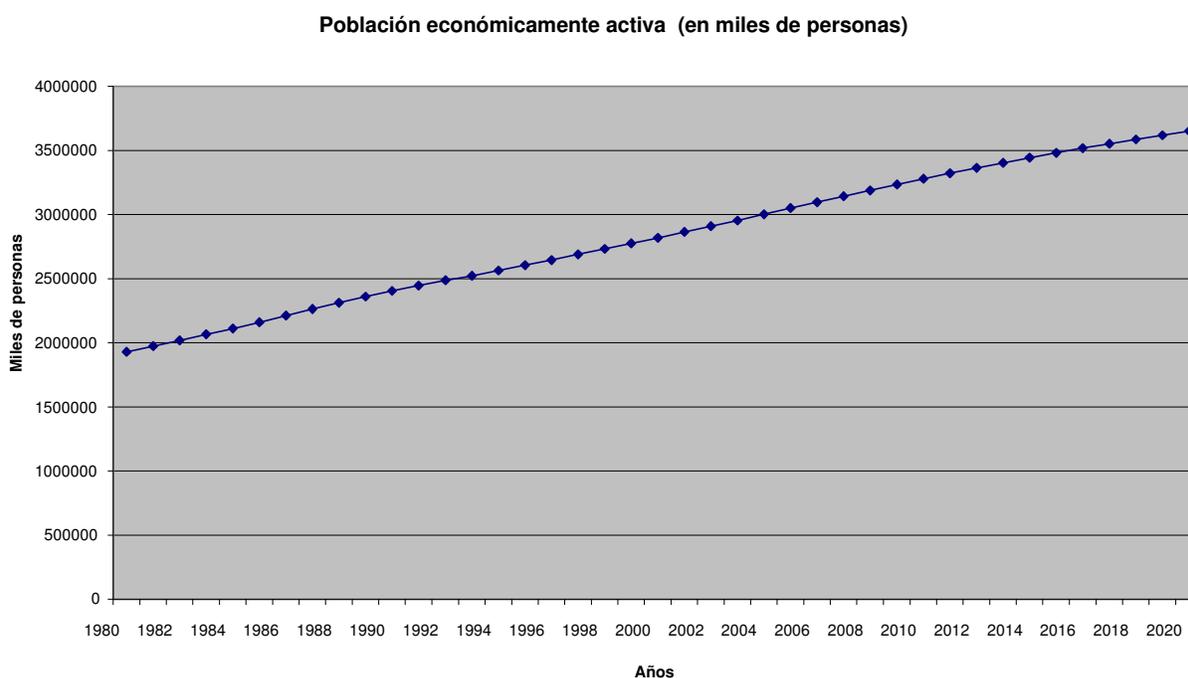
llevar a cabo reiteradamente intervenciones a múltiples niveles para influir en conductas que fomenten la salud (2, 3).

Los datos sobre las tasas de población económicamente activa indican que, en todo el mundo, aproximadamente el 65% de la población mayor de 15 años de edad forma parte de la fuerza laboral (4). La "población económicamente activa" comprende a todas las personas de ambos sexos que aportan mano de obra para la producción de bienes y servicios durante un período especificado de tiempo.

La Figura 1 muestra las estimaciones y previsiones mundiales de población económicamente activa entre 1980 y 2020. En 2007, cerca de 3 100 millones de personas formaban parte de la población económicamente activa; se calcula que esta cifra superará los 3 600 millones en 2020 (4).

Figura 1

Estimaciones y previsiones mundiales de la población económicamente activa, 1980-2020 (4)



Antecedentes

El lugar de trabajo está reconocido internacionalmente como un marco adecuado para la promoción de la salud. La importancia de promocionar la salud en el lugar de trabajo fue tratada en 1950 y posteriormente renovada en 1995 en una sesión conjunta celebrada entre la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud sobre salud ocupacional (5).

Desde ese momento, organismos internacionales han recomendado diligentemente la promoción de la salud en el lugar de trabajo a través de numerosas cartas y declaraciones, como la *Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud* de 1986 (6), la *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI* de 1997 (7) y la *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado* de 2005 (8).

Del mismo modo, la Red Europea para la promoción de la salud en el lugar de trabajo ha elaborado varias declaraciones en apoyo de la promoción de la salud en el lugar de trabajo, como la *Declaración de Luxemburgo sobre la promoción de la salud en el lugar de trabajo en la Unión Europea*, la Declaración de Lisboa sobre salud en el lugar de trabajo en pequeñas y medianas empresas y la Declaración de Barcelona acerca del desarrollo en Europa de buenas prácticas en salud en el trabajo (9).

Régimen alimentario, actividad física y salud

En respuesta a la carga mundial impuesta por las enfermedades no transmisibles, la OMS formuló la *Estrategia Mundial sobre el Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*, que fue adoptada por la 57ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2004 (10). El objetivo de esta estrategia es promover la salud mediante la facilitación de directrices para la creación de un entorno propicio para acometer iniciativas sostenibles a nivel individual, comunitario, nacional y mundial que, en su conjunto, darán lugar a una reducción de estas enfermedades y a la tasa de mortalidad relacionada con un régimen alimentario poco saludable y el sedentarismo.

El entorno del lugar de trabajo está establecido claramente como un área de acción importante para promocionar la salud y prevenir enfermedades (10, artículo 62). "Las personas deben tener posibilidad de adoptar decisiones saludables en el lugar de trabajo para reducir su exposición a riesgos. Por otra parte, el costo de las enfermedades no transmisibles para los empleadores está aumentando rápidamente. Es preciso garantizar la posibilidad de adoptar decisiones saludables en el lugar de trabajo y apoyar y promover la actividad física".

Además, en el *Plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores 2008-2017*, tal como fue adoptado por la 60ª Asamblea Mundial de la Salud en la resolución WHA60.26, se declara en el punto 14 lo siguiente: "Es preciso insistir en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo, sobre todo fomentando entre los trabajadores una dieta sana y actividad física y promoviendo la salud mental y de la familia en el trabajo".

Evento conjunto OMS/Foro Económico Mundial

Como parte de la implantación de la estrategia sobre régimen alimentario, actividad física y salud, la OMS y el Foro Económico Mundial eligieron la promoción de dietas saludables y la actividad física en el lugar de trabajo como tema para iniciar una interacción entre ambas instituciones con el objetivo general de contribuir a la prevención de las enfermedades no transmisibles.

Así pues, la OMS y el Foro Económico Mundial organizaron un evento conjunto sobre prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo, en el que se abordó, específicamente, el tema de las dietas saludables y la actividad física.

El evento conjunto OMS/Foro Económico Mundial se celebró en Dalian (República Popular de China) del 5 al 6 de septiembre de 2007, con los objetivos generales siguientes:

- Examinar el estado actual de conocimientos con relación a las iniciativas, políticas y programas destinados a prevenir las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo, con referencia específica al régimen alimentario y la actividad física.
- Destacar las razones de por qué el lugar de trabajo es un marco adecuado para la prevención de enfermedades no transmisibles, y qué intervenciones basadas en datos científicos existen para prevenir las enfermedades mediante

- la promoción de dietas saludables y actividad física.
- Señalar los beneficios económicos y la costoeficacia de los programas de prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo, abordando, específicamente, un régimen alimentario saludable y la actividad física.
- Analizar los instrumentos de vigilancia y evaluación de los programas de prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo que se ocupan de las dietas saludables y la actividad física.
- Resumir el papel de las diferentes partes interesadas en la creación e implantación de programas de prevención de enfermedades no transmisibles que se ocupan de las dietas saludables y la actividad física en el lugar de trabajo.

Entre las partes interesadas que participaron en el evento conjunto se encontraban profesores universitarios, representantes del sector comercial, organizaciones no gubernamentales (ONG) y organizaciones internacionales que trabajan en la creación, implantación y vigilancia de programas sobre régimen alimentario y actividad física en el lugar de trabajo.

Objeto del presente informe

Este informe tiene por objeto servir de recurso para las partes interesadas, de manera de que puedan intervenir en la prevención y control de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo mediante la promoción de un régimen alimentario saludable y la actividad física.

El informe ofrece una síntesis de los datos científicos existentes y destaca los puntos principales tratados en los documentos de antecedentes preparados para el evento conjunto, además de abordar las cuestiones fundamentales y examinar los retos que se plantean de cara al futuro.

Programas para abandono del tabaco en los lugares de trabajo

El consumo de tabaco, junto con el sedentarismo, los hábitos alimentarios poco saludables y la ingesta energética excesiva son los factores de riesgo modificables más importantes de las enfermedades no transmisibles (1).

Los programas para el abandono del tabaco en los lugares de trabajo están demostrando su efectividad en la reducción de la prevalencia del hábito de fumar entre los empleados. Una política integral de prohibición del consumo del tabaco en el lugar de trabajo puede tener una influencia importante y positiva en la conducta de los trabajadores que fuman y cumplir un papel determinante en la prevención de enfermedades no transmisibles. Reconociendo los beneficios para la salud de los lugares de trabajo en los que se prohíbe fumar, en las últimas décadas se han producido varios avances importantes (11). Además, el *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco* dio un impulso mundial al movimiento dirigido a hacer del no fumar una norma social (12).

Si bien los participantes en el evento conjunto OMS/Foro Económico Mundial se centraron en la dieta y la actividad física, reconocieron la importancia fundamental para el éxito en la prevención de enfermedades no transmisibles y para la promoción de la salud de los empleados que no se fume en los lugares de trabajo.

2. Razones que justifican el uso del lugar de trabajo como marco para la promoción de una dieta saludable y la actividad física¹

Principales puntos fuertes del marco del lugar de trabajo

La promoción de la salud en el lugar de trabajo se ha centrado por lo general en promover la salud del trabajador mediante la reducción de conductas individuales relacionadas con factores de riesgo como, por ejemplo:

- el consumo de tabaco;
- el sedentarismo;
- una mala alimentación;
- otras conductas de riesgo para la salud (13, 14).

Los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo tienen la posibilidad de llegar a una proporción importante de trabajadores adultos. Además, son un medio efectivo de promocionar hábitos alimentarios saludables y la actividad física regular, por lo que deben dedicarse esfuerzos a su uso con el fin de mejorar los hábitos de alimentación y de actividad física de la población trabajadora (16-18).

Pueden fomentarse conductas saludables en el lugar de trabajo a través de varios niveles de influencia. Ésta puede variar desde la acción directa, como educar para la salud, aumentar la disponibilidad de alimentos saludables e incrementar las oportunidades de realizar actividad física, a la acción indirecta, como el fomento del apoyo social y las normas sociales y la promoción de conductas saludables (19).

También cabe la posibilidad de vincular la promoción de la salud en el lugar de trabajo a iniciativas más generales en el lugar de trabajo destinadas a apoyar la salud de los trabajadores, como por ejemplo:

- iniciativas en materia de salud y seguridad ocupacional (20);
- programas de gestión de la discapacidad (21);
- programas de asistencia a los empleados (22).

Los lugares de trabajo pueden planificar los programas de promoción de la salud con la participación de los empleados, y las prioridades pueden establecerse basándose en lo siguiente:

- evaluación de las necesidades por parte de los trabajadores;
- conductas relacionadas con las mayores reducciones en mortalidad y morbilidad, aumentos en la discapacidad y decremento en la productividad laboral;
- posibilidades de ahorro en los costos relativos a las repercusiones de la salud (13, 23, 24).

Importancia del personal directivo superior

El personal directivo superior ha de interesarse en emprender la promoción de la salud en el lugar de trabajo por diversas razones, entre las que figuran las siguientes:

- incrementar las conductas saludables;
- reducir los costos de asistencia médica y por discapacidad;
- aumentar la productividad de los empleados y mejorar la imagen institucional (13, 25).

Estas razones bien pueden sintonizar de forma precisa con los objetivos empresariales de la empresa a largo y corto plazo. Es fundamental que los beneficios percibidos de los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo estén en armonía con los objetivos empresariales generales, de manera que inicialmente reciban aprobación y posteriormente se cumplan (13).

¹ La sección "Razones que justifican el uso del lugar de trabajo como marco para la promoción de una dieta saludable y la actividad física" ha sido adaptada, con autorización, de la referencia 26.

3. Efectividad y eficacia de las intervenciones de promoción de la salud en el lugar de trabajo dirigidas a los hábitos alimentarios y la actividad física

Panorama general de los resultados de la investigación

Los programas que se ocupan de la actividad física y los hábitos alimentarios son efectivos en cuanto a lo siguiente:

- modificar conductas de modo de vida, como mejorar la actividad física y los hábitos alimentarios;
- mejorar los resultados relacionados con la salud, como la reducción del índice de masa corporal, la reducción de la presión arterial y la reducción de otros factores de riesgo de cardiopatías.
- facilitar cambios a nivel de la organización, como la reducción del absentismo laboral.

En el Cuadro 2 se resumen los resultados clave de los programas dirigidos a influir sobre la actividad física, la alimentación y el colesterol, el control del peso, el consumo de alcohol y los factores de riesgo de cáncer, así como los de programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo con objetivos múltiples (26).

Los resultados económicos de las iniciativas de promoción de la salud en el lugar de trabajo no están tan bien demostrados; ello se debe, en parte, a la falta de estudios bien fundamentados desde el punto de vista metodológico (27, 28).

Trascendencia para la salud pública

Cabe señalar que incluso pequeñas modificaciones de conducta, observadas en poblaciones en su conjunto, pueden mostrar efectos significativos en el riesgo de enfermedad (29, 30). Así, por ejemplo, estrategias dirigidas a toda la población con el objetivo de reducir el colesterol sérico son costoeficaces en intervenciones a nivel de la comunidad, incluso si el colesterol sérico se reduce solamente en un 2% o más (31).

Los criterios utilizados para interpretar los resultados de los estudios sobre intervenciones en los lugares de trabajo deben basarse en la trascendencia que para la salud pública tengan tales efectos o resultados.

Cuadro 2

Reducción de los riesgos para la salud a través de diversas intervenciones de promoción de la salud en el lugar de trabajo, en función de los resultados significativos^{a,b}

	Resultados significativos	Ejercicio físico				Nutrición/ colesterol	Control del peso	El ejercicio físico y/o nutrición	Alcohol	Factores de riesgo de cáncer	Programas de componentes múltiples					
		a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o
Antropometría	Pérdida de peso							■			■		■			
	Reducción del índice de masa corporal	■				■	■			■						
	% reducción de la grasa corporal	■					■			■						
	Reducción de la presión arterial	■									■	■				■
	Reducción del colesterol	■				■						■	■			■
	Mejora en el control glicémico														■	■
Conductas que promueven la salud	Aumento del ejercicio físico	■	■					■			■	■				■
	Reducción del consumo de tabaco	■								■		■	■			
	Aumento de la resistencia/forma física		■		■							■				
	Selección de alimentos					■	■	■		■						■
	Reducción del consumo de alcohol								■			■				
	Aumento del uso del cinturón de seguridad											■		■		
Satisfacción vital/factores actitudinales	Aumento de la satisfacción vital/bienestar															
	Aumento de la satisfacción en el trabajo/bienestar	■		■								■				
	Reducción del estrés/ansiedad/síntomas somáticos													■	■	
	Actitud ante la alimentación					■				■		■				
	Actitud ante el alcohol								■							
Morbilidad/mortalidad	Reducción de la mortalidad										■					
	Menor número de visitas a los médicos o de hospitalizaciones											■		■	■	
	Descenso en el riesgo general de enfermar												■			
Resultados en la organización	Menos accidentes											■				
	Reducción del absentismo/ausencias por enfermedad	■		■						■		■	■	■	■	
	Aumento de la productividad			■						■						
	Costos por enfermedad											■				
	Rendimiento de la inversión positivo												■	■	■	■

^a Los estudios incluidos en cada una de las revisiones pueden repetirse.

^b El número de las referencias figura en la lista siguiente; estudio bibliográfico; número de estudios (años)

- | | | | |
|----|---|----|--|
| a. | (16) Shephard, 1996, 52 (1972-1994) | j. | (38) Janer et al., 2002, 45 (1984-2000) |
| b. | (32) Dishman et al., 1998, 26 (1979-1995) | k. | (39) Heaney et al., 1997, 47 (1978-1996) |
| c. | (27) Proper et al., 2002, 8 (1981-1999) | l. | (40) Pelletier, 1996, 26 (1992-1995) |
| d. | (33) Glanz et al., 1996, Nutr=10, Chol=16 (1980-1995) | m. | (41) Pelletier, 1999, 11 (1994-1998) |
| e. | (34) Proper, 2003, 26 (1980-2000) | n. | (42) Pelletier, 2001, 12 (1998-2000) |
| f. | (35) Hennrikus et al., 1996, 43 (1968-1994) | o. | (43) Pelletier, 2005, 8 (2000-2004) |
| g. | (36) Matson-Koffman et al., 2005, 18 (1991-2001) | | |
| h. | (18) Engbers et al., 2005, 13 (1987-2002) | | |
| i. | (37) Roman et al., 1996, 24 (1970-1995) | | |

Ejemplos concretos

Los ejemplos siguientes ponen de relieve los efectos específicos de los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo con respecto a un amplio espectro de resultados

Efectos de las intervenciones para promover la salud en el lugar de trabajo en los resultados conductuales, sanitarios y laborales

Se examinaron varios resultados importantes derivados de distintas intervenciones en el lugar de trabajo relacionadas con la actividad física y el régimen alimentario, en particular el nivel de la actividad física o ingesta alimentaria, indicadores de salud como la presión arterial o el estado de salud autonotificado, y factores relacionados con el trabajo como las bajas por enfermedad o la satisfacción en el empleo. Únicamente se incluyeron los estudios con un diseño aleatorio controlado (44-47)

En cuanto a las iniciativas para promover la salud en el lugar de trabajo destinadas a fomentar la actividad física se notificaron varios resultados beneficiosos, entre éstos los siguientes:

- aumento en los niveles de actividad física;
- reducción del porcentaje relativo de grasa corporal;
- reducción de los problemas oseomusculares;
- mejora de la capacidad cardiorrespiratoria.

En lo tocante a las iniciativas de promoción de la salud en el lugar de trabajo destinadas a fomentar una alimentación sana, se notificaron varios resultados beneficiosos, entre éstos los siguientes:

- mayor ingesta de frutas y hortalizas;
 - menor ingesta de grasas poco saludables;
 - reducción significativa del peso corporal según las mediciones del IMC (48, 49).
-

Efectos de las intervenciones para promover la salud en el lugar de trabajo en los resultados económicos

En 2003, en un estudio exhaustivo centrado en el rendimiento económico de la promoción de la salud en el lugar de trabajo se llegó a la conclusión de que los programas en el lugar de trabajo consiguen reducir los costos médicos y relacionados con el absentismo laboral en un 25-30% durante un periodo promedio de unos 3,6 años (50).

Este estudio sobre programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo puso de manifiesto:

- 1) una reducción media del 27% en las ausencias por enfermedad;
- 2) una reducción media del 26% en los costos de asistencia sanitaria;
- 3) una reducción media del 32% en las indemnizaciones por accidente de trabajo y por discapacidad;
- 4) un ahorro medio con relación a los costes de entre US\$ 5,81 y US\$ 1,00.

En general, el estudio puso de manifiesto una reducción media ligeramente superior al 25% en las ausencias por enfermedad, los costos de seguro de enfermedad y los costos de indemnización por accidente de trabajo y por discapacidad.

Reseña de caso

Un ensayo aleatorio que incorporaba una evaluación económica puso de manifiesto que una intervención en el lugar de trabajo de orientación en materia de actividad física y régimen alimentario (con un costo de 430 € por participante y por año) redujo los costes debidos a ausencia por enfermedad en € 125 por

participante durante el período de la intervención, lo que se tradujo en una pérdida anual neta de € 305 por participante (51). Además, en el año que siguió a la intervención, los costes debidos a ausencias por enfermedad se redujeron en € 635 por participante en el grupo de intervención (en comparación con los participantes del grupo de control), lo que se tradujo en un ahorro anual neto de € 235 por participante.

En este mismo estudio también se determinó que el coste medio necesario para lograr cambios conductuales en los empleados (gasto de energía) y cambios fisiológicos (frecuencia cardíaca submáxima) era de € 5,2 por empleado por cada kilocaloría extra de energía quemada al día, y de € 235 por empleado por cada reducción submáxima (reposo) de las pulsaciones por minuto (51).

4. Políticas y programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo

Introducción

En esta sección se analizan los elementos fundamentales que han de tenerse en cuenta al formular y aplicar políticas y programas que rindan buenos resultados destinados a promover regímenes sanos de alimentación y actividad física en el lugar de trabajo. La sección comprende tres subsecciones:

- 1) Elementos fundamentales.
- 2) Compromiso de partes interesadas diversas.
- 3) Seguimiento y evaluación.

Elementos fundamentales

Las posibilidades de aplicación de los elementos fundamentales que se presentan se ilustran mediante el uso de ejemplos y actividades de intervenciones sobre el régimen alimentario y la actividad física basadas en datos objetivos (17, 52-54). En esta sección se describen los elementos fundamentales siguientes:

- Vinculación de los programas a los objetivos empresariales.
- Apoyo de la gerencia superior.
- Formación de juntas consultivas de empleados.
- Comunicación efectiva.
- Entorno propiciatorio.
- Uso de incentivos.
- Establecimiento de objetivos.
- Autoeficacia.
- Entorno social, normas sociales y apoyo social.
- Programas a la medida.
- Creación de programas efectivos a lo largo del continuo entre individuo y entorno.

Vinculación de los programas a los objetivos empresariales

Los programas y las políticas dirigidas a prevenir las enfermedades no transmisibles a través de la promoción del régimen alimentario y la actividad física en el lugar de trabajo se verán reforzadas cuando favorezcan los objetivos institucionales de la empresa, tanto respecto de los efectos económicos en toda la organización como de las prestaciones a nivel individual en favor de la salud y el bienestar de los empleados.

Los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo pueden considerarse como iniciativas estratégicas dirigidas a proteger los recursos humanos y financieros. Al promover la salud y la reducción de los factores de riesgo, las empresas pueden evitar costos sanitarios innecesarios, aumentar la productividad, reducir el absentismo laboral y la rotación de personal y alentar a sus empleados a través de un compromiso manifiesto con su bienestar.

Reseña de caso

En la declaración de principios del programa de salud para los empleados de *Dow Chemical Company* se dice que "las unidades negocio de Dow disfrutaban de una ventaja competitiva a través de la salud" (55). Esto ilustra de qué forma puede integrarse un programa de promoción de la salud en el lugar de trabajo en los objetivos fundamentales de una empresa y fomentar el compromiso, y contribuir a legitimar la labor de promoción de la salud tanto entre los gerentes como entre los empleados.

Dow Chemical Company informa de que sus programas de promoción de la salud se centran en todos los empleados, jubilados y miembros de las familias y que dan lugar a tres resultados principales:

- 1) Mejora en el estado de salud.
- 2) Un valor positivo para la empresa (por ejemplo, mejora de la costoeficacia).

- 3) Un valor percibido elevado (por ejemplo, mejora en la contratación y retención de empleados y aumento de la moral de los empleados) (55).
-

Apoyo de la gerencia superior

A menudo resulta fundamental que exista un importante apoyo por parte de la gerencia, a fin de obtener el capital humano y financiero necesario para iniciar y mantener un programa adecuado de salud o de bienestar de los empleados (17). Incluso respecto de iniciativas de salud promovidas por los empleados, el apoyo decidido y mantenido por parte de los dirigentes de la empresa puede servir para complementar un enfoque "de abajo a arriba", que contribuya a garantizar la legitimidad y los recursos del programa. Efectivamente, el apoyo de la gerencia a nivel local puede ser decisivo para que la promoción de la salud en el lugar de trabajo rinda los resultados deseados.

Formación de juntas consultivas de empleados

Los "comités de promoción de la salud", también denominados juntas consultivas de empleados, pueden resultar útiles para intercambiar ideas entre los empleados y la gerencia, ya que ambos grupos pueden entrar en un programa de promoción de la salud en el lugar de trabajo con diferentes objetivos en mente. Las juntas consultivas de empleados pueden guiar la orientación de actividades de intervención específicas. Las reuniones de las juntas también pueden servir de oportunidad para reforzar el modo en que se ajustará el programa general de salud en el lugar de trabajo con los objetivos empresariales.

Comunicación efectiva

Es preciso que exista una comunicación efectiva para lograr los resultados esperados.

Han de comunicarse mensajes de fondo en materia de salud con el fin de educar a los empleados en conductas saludables. Entre los métodos de comunicación pueden figurar los siguientes: sitios Web, mensajes en las nóminas, conferenciantes invitados, cursos o programas de ciberaprendizaje, charlas de orientación, declaraciones de principios y mensajes en los ascensores o las escaleras.

Es importante describir claramente el marco o la estructura de los programas de salud o bienestar de los empleados, de manera que éstos estén bien preparados para utilizarlos. Por ejemplo, el anuncio de programas planificados de promoción de la salud en el "día de la presentación" para toda la empresa o los grupos de paseo organizados a la hora del almuerzo, anunciados profusamente mediante carteles, mensajes de correo electrónico y boletines contribuyen a una comunicación efectiva y pueden animar a la participación de los empleados en los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo.

Debe producirse un intercambio mutuo de ideas y la colaboración entre los planificadores del programa y los empleados en cada una de las fases de la planificación, implantación y evaluación de los programas de promoción de la salud (17). La participación de los empleados en este proceso no sólo fomentará el compromiso sino que contribuirá a garantizar que los programas satisfacen las necesidades concretas de los empleados (56).

Existen diversas estrategias de participación para atraer a los empleados, desde la administración de cuestionarios para conocer las necesidades y deseos de los empleados a la formación de un comité de promoción de la salud que englobe representantes de los empleados y la gerencia.

Reseña de caso La planificación de los programas de promoción de la salud de los trabajadores de la NASA, con sede en los Estados Unidos de América, se organiza en el seno de un comité multidisciplinario que tiene representación en todos los centros de la NASA y que se ocupa también de su comunicación. Este comité se reúne trimestralmente para elaborar temas para campañas de salud, y utiliza estrategias normalizadas de sensibilización para comunicarse con los empleados y atraer su participación. Un componente importante de esta labor es la representación de funcionarios y trabajadores por contrato, lo que asegura la representación de una amplia base de la población trabajadora.

Entorno propiciatorio Las características del entorno laboral, tanto sociales como físicas, pueden influir en los hábitos de alimentación y en las opciones de actividad física de una persona (57).

Algunos ejemplos de acciones dirigidas a crear un entorno físico propiciatorio son los siguientes:

- añadir opciones de alimentos más saludables en la cafetería del lugar de trabajo;
- crear oportunidades de realizar actividad física;
- presentar estrategias en los “puntos de venta” sobre régimen alimentario y actividad física, como por ejemplo colocar signos en las escaleras que pongan de manifiesto los beneficios de su uso en comparación con la utilización del ascensor;
- facilitar el acceso a instalaciones de entrenamiento físico y duchas (18, 36, 58).

Reseña de caso En un programa de promoción de la salud en el lugar de trabajo dirigido a guardias de seguridad masculinos en Malasia, los diseñadores de la intervención trabajaron con la gerencia con el fin de modificar el entorno físico al colocar hornos de microondas, refrigeradores de agua y básculas en las zonas de los empleados (59). Los participantes en esta intervención acusaron un descenso significativo en los niveles de colesterol comparado con los participantes del grupo de control (59).

Uso de incentivos Los incentivos ofrecen un mecanismo que permite lo siguiente:

- crear y mantener la motivación en torno a los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo;
- aumentar la tasa de participación en los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo;
- evitar el descenso en las tasas de participación.

Existen varios tipos de incentivos que pueden utilizarse, que pueden definirse en general como intrínsecos o extrínsecos. Un incentivo intrínseco es, por ejemplo, cuando los participantes reciben un cuadro mensual de su progreso en el que se muestre un número creciente de escalones, hasta 10 000 escalones al día (60). Los incentivos extrínsecos (es decir, los que ofrece una fuente externa) pueden incorporarse de varias formas en los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo, a saber:

- reducción en las aportaciones del trabajador, reducción de las primas y prestaciones más atractivas por parte de las compañías de seguros para los empleados que llevan a cabo conductas saludables;
- posibilidad de realizar actividades dirigidas a la salud integral, por ejemplo clases patrocinadas como recorridos por supermercados, reconocimientos médicos y clubes de senderismo (61).

Es importante tener en cuenta el atractivo del incentivo desde el punto de vista del participante (62), por lo que podría ser de ayuda encuestar anualmente a los empleados con relación a sus preferencias (60). Por ejemplo, la comodidad de la hora y el lugar y las dispensas laborales pagadas pueden considerarse incentivos atractivos para participar en programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo.

Reseña de caso

En un estudio realizado en 2005 sobre 365 grandes compañías radicadas en los Estados Unidos de América, prácticamente la mitad de ellas informó de que ofrecía algún incentivo (63). Los incentivos citados con más frecuencia fueron en forma de tarjetas regalo, premios o mercancías, seguidos de la devolución de los costos del programa, los pagos en efectivo o la reducción de las aportaciones del trabajador a los seguros médicos (63).

Establecimiento de objetivos

El establecimiento de objetivos es fundamental para traducir las intenciones de modificación de la conducta a acciones específicas en un marco temporal especificado (64-67). Es importante fijar objetivos concretos, no abstractos (68).

Hay una actividad de establecimiento de objetivos que consiste en que los participantes elijan el objetivo concreto sobre el que desean trabajar; esto les permite trabajar en un tema que les resulte de particular interés (69). A continuación se ofrecen algunos ejemplos de objetivos fijados por los participantes. Las intervenciones de promoción de la salud en el lugar de trabajo pueden planificarse y ejecutarse con vistas a facilitar el logro de objetivos, como por ejemplo:

- Traeré mi propio almuerzo al trabajo al menos tres días a la semana.
- Tomaré correctamente mi medicación contra la hipertensión todos los días de acuerdo con las instrucciones del médico.
- Me pesaré todas las mañanas.

Autoeficacia

La autoeficacia se define como: "lo que opina una persona sobre su capacidad para organizar y ejecutar cursos de acción necesarios para alcanzar determinados tipos de rendimiento" (70).

La autoeficacia se ha citado como un factor habitualmente presente que influye en una diversidad de cambios de conducta (65), como el consumo de frutas y hortalizas o el aumento de la actividad física (71, 72).

Aumentar la autoeficacia suele ser con frecuencia un objetivo directo o indirecto de las sesiones de educación de los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo y puede abordarse a través de varios métodos, fundamentalmente a través de mensajes particularizados, que se describen con mayor detenimiento en la sección que sigue más adelante.

Entorno social, normas sociales y apoyo social

Reseña de caso

El entorno social engloba diferentes factores que abarcan desde el nivel individual (por ejemplo, el estrés diario) e interpersonal (por ejemplo, el número de vínculos sociales) al nivel social (por ejemplo, política) (73, 74).

La Caixa Geral de Depósitos (CGD) es una organización bancaria y financiera internacional con sede en Lisboa (Portugal) que da empleo a cerca de 20 000 personas. El equipo de salud ocupacional de la CGD elaboró un enfoque institucional respecto del régimen alimentario saludable que consistía en mantener

consultas "a solas" sobre nutrición; mejorar de la calidad de los alimentos ofrecidos en el restaurante; facilitar información; y aumentar la participación de los servicios de salud ocupacional (75).

Se utilizó Internet para difundir información sobre el contenido calórico del menú del restaurante del personal y se han implantado varias recomendaciones fundamentales para crear un entorno más propiciatorio. Entre éstas figuran música, flores y una decoración atractiva en los restaurantes de la compañía con el fin de que resulten más agradables, la presentación de las opciones más saludables de una manera más atractiva; la implantación de semanas temáticas; la oferta de yogures o fruta gratuitos; y la incentivación de la compra de alimentos saludables a través de unos precios más competitivos. Además, se ha puesto en marcha un proceso de sensibilización permanente sobre los beneficios de un régimen alimentario saludable (75).

Los resultados indican que tanto los hombres como las mujeres que participaron en el programa de consultas individuales redujeron su peso, y fueron los hombres quienes lograron mayores niveles de pérdida de peso.

Programas a la media

Si nos apartamos de un tipo de enfoque universal, la "elaboración a medida" es una estrategia que permite aumentar la efectividad de los programas de modificación del modo de vida (76-78).

Las intervenciones a medida suelen administrarse normalmente de las formas siguientes:

- orientación presencial;
- comunicación impresa;
- orientación telefónica;
- Internet ;
- CD-ROM y mensajería automática de voz;
- mensajería automática de voz (76, 78-85).

Entre las características particulares de los mensajes a medida pueden figurar las siguientes:

- estadísticas demográficas como el género y el lugar de residencia;
- variables psicosociales como los obstáculos percibidos ante el cambio;
- conductas como la actividad física durante el tiempo libre (86-92).

Reseña de caso

En una intervención llevada a cabo en Bélgica se ensayaron mensajes a medida sobre nutrición relativos a la ingesta de una dieta baja en grasas que se distribuyeron a través de la red interna del lugar de trabajo. El objeto del estudio era evaluar los efectos de la intervención en una situación real que no estaba estrechamente controlada; así pues, los lugares de trabajo estudiados variaban en tamaño (de menos de 200 a más de 1000 empleados totales), en el porcentaje de operarios (entre el 0% y el 60%) y en el porcentaje de empleados masculinos que cumplían los criterios de participación (de menos del 20% a más del 90%). Pasados seis meses, los participantes del grupo de intervención informaron de un descenso significativamente mayor en el número total de gramos de grasa y en el porcentaje de calorías totales procedentes de las grasas, en comparación con los participantes que no se sometieron a la intervención.

Creación de programas efectivos a lo largo del continuo entre individuo y entorno

El lugar de trabajo puede resultar un sitio muy práctico para instaurar un programa de promoción de la salud, ya que éste puede diseñarse para ejercer diferentes niveles de influencia de forma simultánea, como por ejemplo a través de la orientación de médicos y de educadores sanitarios (por ejemplo, el programa PACE) (93, 94), y a diferentes niveles ambientales y de la organización (por ejemplo el programa FoodSteps) (95).

Reseña de caso

Nos serviremos del estudio *Healthy Directions—Small Business* (HD—SB; Orientaciones saludables-Pequeña empresa) como ejemplo general para describir un programa multinivel (96). Esta intervención, realizada en los Estados Unidos de América, se concibió para influir no sólo a nivel individual e interpersonal sino también a nivel institucional.

HD—SB se diseñó para una población multiétnica en pequeñas empresas de manufactura. Para que un lugar de trabajo pudiera participar, al menos un 25% de los trabajadores tenían que ser inmigrantes de primera o segunda generación o personas de color; tener entre 50 y 150 empleados, una rotación de personal superior al 20% en el año anterior; y capacidad autónoma para tomar decisiones en lo que respecta a la participación en el estudio.

El programa se basaba en el modelo contextual social (57), que proporciona un marco con el cual pueden incorporarse factores sociales contextuales, como las normas sociales, la cultura y el entorno físico, en el diseño de actividades de intervención. Las actividades estaban orientadas a nivel individual, medioambiental y de la organización, y se llevaban a cabo cada mes en los lugares de trabajo.

A nivel individual, con el material didáctico introducido en las sesiones de grupo sobre educación para la salud se trataba de reforzar la autoeficacia de los participantes al exponerlos a información y dotarlos de estrategias sobre la manera de empezar a modificar sus hábitos actuales (98). Así, por ejemplo, los participantes hicieron visitas a los supermercados y debatieron cómo sustituir su patrón de alimentación actual por prácticas de alimentación más saludables. El concepto de sustituir alimentos menos saludables por alimentos más saludables también era una forma de control del estímulo, ya que se iniciaba un proceso de cambio que ayudaba a los participantes a atravesar las diferentes fases de cambio.

Los participantes recibieron también directrices sobre la manera de fijar objetivos progresivos para aumentar el nivel de actividad física. En acontecimientos como ferias de salud, los empleados pudieron participar en diversas evaluaciones individualizadas, como la determinación de la grasa corporal relativa o una evaluación de sus hábitos de alimentación. Seguidamente, se daba a los participantes información de retorno individualizada basada en las respuestas personales. Al ofrecer muchas oportunidades para que los empleados debatiesen estos temas en un marco de grupo, celebrar acontecimientos para toda la empresa y ofrecer actividades específicas para atraer el interés de las familias de los empleados, la intervención también trataba de aumentar los lazos sociales entre los trabajadores. Esto también podría haber llevado a un cambio positivo en las normas sociales del lugar de trabajo en torno a conductas saludables en el modo de vida.

Puesto que el estudio se centró en los trabajadores (frente a la gerencia), los efectos de la intervención se compararon en función de categorías de ocupación. Tanto la ingesta de frutas y hortalizas como la actividad física aumentaron en

cantidades importantes en los trabajadores que se sometieron a la intervención, en tanto que ambos tipos de conducta se redujeron en la gerencia. No obstante, los resultados fueron significativos estadísticamente solamente respecto de la ingesta de frutas y hortalizas. Estos resultados apuntan a estrategias de contratación e intervención que pueden dar buenos resultados con los operarios, quienes generalmente tienen menos acceso a los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo (97).

5. Participación de múltiples partes interesadas

Introducción

Para que una iniciativa de promoción de la salud en el lugar de trabajo rinda los resultados deseados es fundamental adoptar un enfoque basado en la participación de múltiples partes interesadas. Las distintas partes interesadas aportan diferentes perspectivas, capacidades, conocimientos y recursos a la relación y esto es algo que debe reconocerse como un punto fuerte. Al trabajar juntas, las partes interesadas tienen que utilizar estas diferencias a la hora de crear intervenciones robustas y efectivas (99).

Por ejemplo, en la esfera local, los sindicatos pueden trabajar en alianza con la gerencia de la empresa para crear un entorno de trabajo saludable en que el personal disponga fácilmente de la posibilidad de realizar ejercicio y consumir una dieta saludable. En la esfera nacional, los gobiernos pueden colaborar con una gran diversidad de partes interesadas, por ejemplo, ONG, organizaciones del sector privado y de la sociedad civil para lograr mejoras en la salud de la población.

Todas las partes interesadas tienen algo que aportar a la promoción de la salud en el lugar de trabajo y, como se ha señalado previamente, esto es algo que no tiene que ser en forma de ayuda financiera directa. Han de valorarse y apreciarse las contribuciones de todas las partes interesadas, ya sean financieras o a través de conocimientos, capacidades, experiencia o de otro tipo.

Compromiso y "captación"

Para extraer todo el potencial del marco del lugar de trabajo, es fundamental que las partes interesadas reconozcan que su compromiso ha de hacerse público y que ha de mantenerse: público, porque esto demuestra la convicción de que es necesario actuar; y mantenido, debido a que la modificación de actitudes, creencias y conductas necesita tiempo (99).

El compromiso de las partes interesadas se facilita cuando éstas "se apuntan", es decir, se comprometen con un plan de acción claro que tiene objetivos pertinentes y acordados. Los impulsores a todos los niveles del programa de promoción de la salud en el lugar de trabajo deben reflexionar cómo conseguir esta "venta". Como punto de partida, los promotores han de contar con estrategias claras respecto de si se relaciona con la mejora de la salud y de la empresa o si la participación puede obedecer a otras motivaciones. Cuando estas estrategias están respaldadas por planes de acción racionales, objetivos alcanzables y beneficios claros, es más probable conseguir la participación de toda la diversidad de partes interesadas (99).

Principios básicos del trabajo en colaboración

Han de llevarse a la práctica los principios básicos siguientes de trabajo en colaboración (99):

- compartir el poder;
- compartir la responsabilidad;
- disponer de la autoridad para el cambio.

Para adoptar adecuadamente estos principios se requiere lo siguiente (99):

- confianza entre las partes interesadas;
 - una buena comunicación;
 - no buscar culpables cuando el progreso resulta difícil.
-

Principales interesados en los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo

Hay varias partes interesadas fundamentales que pueden desempeñar un papel determinante en la elaboración de programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo dirigidos a luchar contra las enfermedades no transmisibles. En el Cuadro 3 se ofrecen ejemplos de grupos de partes interesadas y se describe la lógica de su participación en el contexto de la promoción de la salud en el lugar de trabajo y de las intervenciones sobre el régimen alimentario y la actividad física en particular (99).

Cuadro 3
Ejemplos de partes interesadas que pueden intervenir en programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo, lógica de su participación y posible función

Parte interesada	Lógica de su participación	Posible función
Organizaciones internacionales por ejemplo, organismos del sistema de las Naciones Unidas	Crear acceso a un empleo sostenible y productivo, mejorar la salud, crear comunidades saludables, equidad en el trato a los ciudadanos y crear sociedades justas y civiles.	Promover el lugar de trabajo como contexto fundamental para fomentar la salud, y fomentar y facilitar avances en los países a través de la sensibilización, la investigación, la creación de capacidad, la formulación de políticas de salud pública, la elaboración y difusión de normas y prácticas óptimas y la inversión en programas piloto.
Organizaciones supranacionales por ejemplo, UE, ASEAN	Las oportunidades de empleo y la inversión del exterior se ven facilitadas por un mercado laboral que se caracteriza por un alto nivel de salud y estado físico.	Muy similar al papel de las organizaciones internacionales, con las funciones añadidas de formulación de marcos normativos legales, creación de servicios de salud y promoción del lugar de trabajo como contexto para promocionar la salud.
Gobiernos nacional y local por ejemplo, ministerios de salud, trabajo y seguridad; gobiernos locales y municipales	Los gobiernos a todos los niveles tienen la responsabilidad de prevenir las enfermedades y proteger la salud en la esfera social y de la comunidad. Los empleadores son responsables ante los gobiernos de la salud y seguridad de sus empleados, de la protección del medio ambiente y como contribuyentes a las finanzas del país.	Garantizar que el marco político en que actúan las organizaciones engloban los programas de salud en el lugar de trabajo. Crear un ambiente dinámico de promoción de la salud, en particular, crear oportunidades de participación para los empleados en las iniciativas de promoción de la salud a través de campañas nacionales y locales de fomento de la salud, sistemas de premios o de acreditación y creación de capacidad.

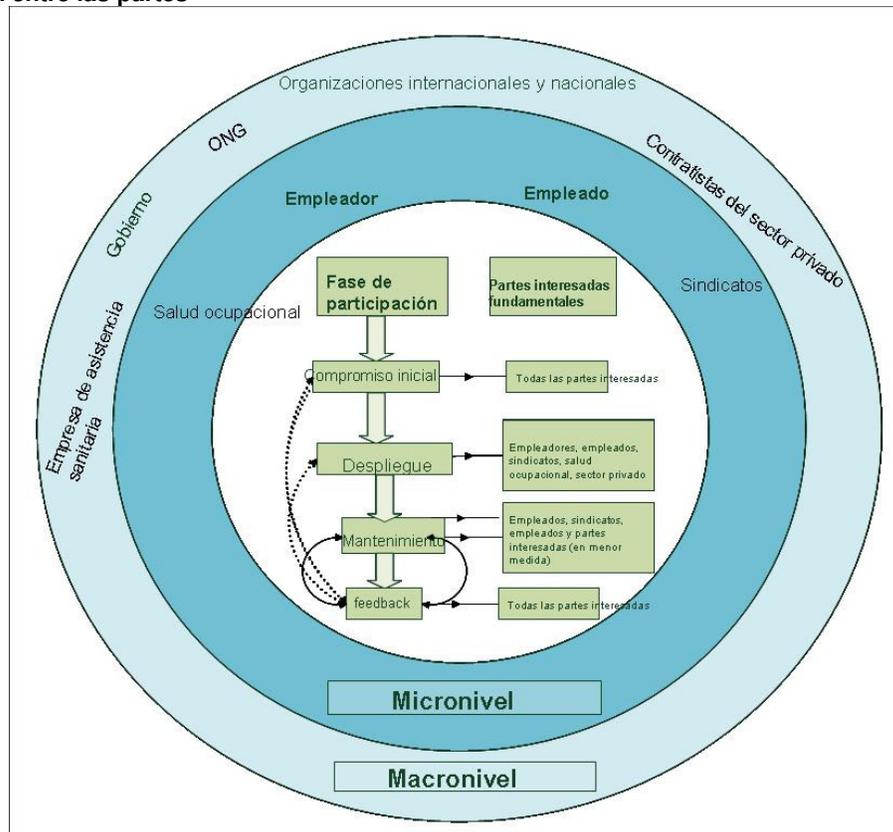
ONG de defensa y operativas	<p>En 2001, Anheir et al. estimaron que había en torno a 40 000 ONG actuando a nivel internacional. Si a este total se añaden las ONG que trabajan dentro de los países, podrá comprobarse entonces que existen varios millones de ONG.</p> <p>El Banco Mundial clasifica a las ONG de dos formas: "<i>operativas</i>" y "<i>de defensa</i>". Las ONG operativas pueden ser de ámbito internacional, nacional o comunitario. Se ocupan principalmente del diseño y ejecución de proyectos relacionados con el desarrollo. Las ONG de defensa defienden o promueven una causa específica al crear concienciación, fomentar la aceptación y aumentar los conocimientos a través de los grupos de presión, las labores de prensa y del activismo.</p> <p>Al cumplir su función, las ONG se encuentran en una situación ideal para promover buenas prácticas en materia de salud de la población, salud pública y desarrollo económico. Por tanto, ya hay muchas ONG que participan activamente en la elaboración y aplicación de programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo.</p>	<p>Sensibilización y desarrollo: sensibilización, al fomentar la aceptación del régimen alimentario y la actividad física como objetivos fundamentales de salud y el lugar de trabajo como contexto en el que otras partes interesadas pueden fomentar la salud; desarrollo, al establecer y difundir buenos hábitos.</p>
Sociedad civil	<p>En una sociedad que busca el bien común para todos, el desarrollo del bienestar y la protección de los derechos humanos constituyen aspectos fundamentales. Este punto se ve reforzado por la declaración de Luxemburgo sobre promoción de la salud en el lugar de trabajo, en la que se declara que "la Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PST) es aunar los esfuerzos de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar de trabajo" (9).</p>	<p>Responsabilizar a los gobiernos y empleadores sobre cuestiones relativas al régimen alimentario y la actividad física y la prevención de enfermedades relacionadas con el modo de vida; defender las buenas prácticas en lo tocante al lugar de trabajo como marco para promocionar la salud; apoyar políticas y programas para prevenir enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo.</p>
Empleadores	<p>Necesidad de una fuerza laboral en forma y productiva para que la organización o empresa pueda mantenerse competitiva, viable y capaz de ofrecer productos y servicios (100, 101)</p>	<p>Participar en programas y proyectos nacionales o locales dirigidos a promover la salud y el bienestar de los empleados; cuando corresponda, sensibilizar a los empleados sobre los beneficios de una buena alimentación y la actividad física y de los beneficios de la preparación y conservación seguras de los alimentos; crear un entorno de trabajo propiciatorio para la adopción de un régimen alimentario saludable y la realización de actividad física.</p>
Empleados	<p>La participación de este grupo es determinante para que los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo tengan efectos a nivel de la organización y la sociedad. Los empleados "defensores" de los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo ayudan a instaurar los programas y cumplen un cometido fundamental al mantener el compromiso de los empleados.</p>	<p>Son los participantes fundamentales de los programas de mejora de la salud en el lugar de trabajo; actúan de mensajeros: transmiten al resto de la comunidad los mensajes que reciben a través de los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo. Son quienes posibilitan las mejoras importantes en la salud pública.</p>
Sindicatos	<p>Históricamente, los sindicatos siempre han estado comprometidos con la salud. En los primeros tiempos, los sindicatos daban apoyo a sus miembros en caso de que se pusieran enfermos. Más recientemente, los sindicatos han intervenido activamente para mejorar las normas de seguridad en los lugares de trabajo y con frecuencia ofrecen formación a sus miembros en materias como la salud y la seguridad.</p>	<p>Sensibilizar a sus miembros respecto de los beneficios de una buena alimentación y del ejercicio. Defender el cambio: colaborar con los empleadores para conseguir mejoras en el lugar de trabajo que lleven a la salud, por ejemplo la promoción de una buena alimentación y del ejercicio.</p>

Fondos de los seguros sociales de la empresa	Los fondos de los seguros sociales de la empresa ingresan cuotas de los empleados y utilizan ese dinero para pagar los costos de asistencia médica de sus asegurados. Disponer de una base de clientes sanos reduce los costos de tratamiento. Los fondos de los seguros sociales de la empresa reconocen que la participación en la promoción de la salud en el lugar de trabajo es una actividad legítima que beneficia a empleados (mejor salud), empleadores (una fuerza laboral más eficiente y productiva) y a los propios fondos (unos costos de tratamiento reducidos).	Sensibilización y financiación
Otras organizaciones del sector privado agricultura/producción de alimentos/distribución de alimentos/sector de la restauración	El sector agrícola, los productores de alimentos y los distribuidores de alimentos son parte integrante de la cadena de suministro de la granja hasta el consumidor. A través de métodos de producción y políticas de establecimiento de precios pueden influir en los hábitos de alimentación directamente a través de los precios que fijan y la disponibilidad de alimentos que comprarán los empleadores en el contexto del lugar de trabajo.	Suministradores de alimentos y de ingredientes para platos preparados que cumplen las normas de nutrición.

Modelo de interacción entre múltiples partes interesadas

En el modelo que sigue a continuación (Figura 2) se describen cuatro fases en las que intervienen fundamentalmente diferentes partes interesadas. Cuanto más cerca del centro del círculo se sitúe la parte interesada, mayor será su compromiso general con un programa de promoción de la salud en el lugar de trabajo. Las cuatro fases que se presentan en el modelo son cualitativamente diferentes entre sí, plantean diferentes retos y requieren la participación de diferentes partes fundamentales. (99).

Figura 2
Modelo de interacción entre las partes



Reseña de caso

Las actividades presentadas por la ONG *Healthy Business* de Australia occidental representan un ejemplo de prácticas que vienen al caso de colaboración entre diferentes partes interesadas (102). Las partes son las siguientes: Cancer Council Western Australia, Heart Foundation of Australia, Diabetes Western Australian (organización sin fines lucrativos de sensibilización sobre la diabetes) y Healthway (órgano legislativo que dispone de diversos programas de financiación).

La ONG *Healthy Business* empezó como un proyecto piloto financiado por Healthway, que englobaba siete lugares de trabajo en Australia occidental. Esta ONG se dirige a organizaciones que emplean fundamentalmente a trabajadores manuales. Los lugares de trabajo del proyecto piloto determinaron las necesidades principales para mejorar la salud en el lugar de trabajo en las áreas de la actividad física, la nutrición, el hábito de fumar y la protección solar. Los lugares de trabajo se responsabilizaron de elaborar, implantar y evaluar sus programas de intervención. En el programa piloto se ofrecen múltiples niveles de apoyo a la intervención, por ejemplo, talleres sobre creación de capacidad, información y recursos, sesiones de educación, carpetas de información sobre salud, boletines electrónicos, la disponibilidad de un coordinador de empresa saludable y la disponibilidad de casos prácticos.

6. Vigilancia y evaluación

Introducción

La vigilancia y la evaluación son procesos sistemáticos dirigidos a evaluar el progreso de las actividades en curso tal como se hayan planeado, detectar las limitaciones para tomar acciones correctivas anticipadas y medir la efectividad y la eficiencia de los resultados deseados del programa (103).

Las actividades de vigilancia y evaluación (103):

- influirán en la toma de decisiones;
- promoverán y documentarán los cambios en la política o programas;
- contribuirán a la base de hechos demostrados;
- aportarán responsabilización;
- ayudarán en los procesos de planificación futura y de toma de decisiones;
- aportarán información sobre cambios en la salud debidos a la introducción reciente de elementos políticos o de intervención;
- llevarán a un fomento efectivo de la salud en el lugar de trabajo al obtener conocimientos sobre las intervenciones que dan buenos resultados de los elementos políticos de la promoción de la salud en el lugar de trabajo, de manera que puedan anticiparse las tendencias en la salud;
- contribuirán a la percepción de los empleados del compromiso de la empresa con la gestión de la salud ocupacional y de las actividades de promoción de la salud en el lugar de trabajo;
- aportarán un flujo de datos que podrán permitir la realización de análisis de costos y beneficios.

Idealmente, el marco para la evaluación deberá elaborarse en tándem con la política o el programa (103). Esto permitirá ajustar los objetivos y las metas al tipo de evaluación apropiada, de manera que se utilicen los indicadores adecuados a lo largo de todo el proceso de vigilancia y evaluación (52, 104).

Establecimiento de un sistema de seguimiento y evaluación

En el Cuadro 4 se recomiendan los pasos que deben tomarse a la hora de establecer un sistema de vigilancia y evaluación de políticas o programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo (*adaptado de 104*).

Cuadro 4

Pasos a seguir a la hora de establecer un sistema de seguimiento y evaluación de políticas o programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo

Paso	Acción
1	Comprobar que el seguimiento y la evaluación están incluidos en cualquier política o programa de promoción de la salud en el lugar de trabajo y que se incluyen una línea presupuestaria con este fin.
2	Identificar las actividades de seguimiento y evaluación existentes y comprobar que los datos existentes, si fueran de interés, puedan utilizarse para mejorar la política o programa de promoción de la salud en el lugar de trabajo que esté creándose y aplicándose.
3	Identificar indicadores adecuados para su uso a lo largo de todo el proceso de creación y aplicación de una política o programa de promoción de la salud en el trabajo.

4	Repetir la evaluación de forma sistemática para poder revisar o a la las actividades de aplicación. Una buena práctica consiste en empezar con un estudio básico (o utilizar los datos disponibles) o con una evaluación inicial del riesgo para la salud de acuerdo con El objetivo del programa de promoción de la salud que esté creándose, llevar a cabo las actividades y después realizar una nueva evaluación a través de la repetición del estudio.
5	Si fuera viable, de repetir la evaluación periódicamente, para que se pueda establecer un sistema de seguimiento.

Recopilación de datos en las diferentes fases Todo plan integral de vigilancia y evaluación comprende la recopilación de datos en diferentes fases. En el Cuadro 5 se describen diferentes tipos de información que habrá de recogerse en diferentes momentos (*adaptado de 105*).

Cuadro 5
Tipos de datos que habrán de recogerse en diferentes fases

Embrionaria	Se recaban las necesidades y percepciones de empleados y directores para sustentar la elaboración de las actividades del programa, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • comprensibilidad de los folletos educativos; • atractivo de los posibles incentivos.
Proceso	Se recogen datos sobre la implantación del programa que influyen en las razones que explican el grado de éxito de un programa, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • asistencia a las sesiones del programa; • grado en que las actividades del programa se han llevado a cabo tal como estaban previstas; • costos.
Intermedia	Se recogen datos sobre resultados intermedios, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • conocimientos; • grado de conciencia; • diferencias en el apoyo social.
Efecto sobre la salud	Se recogen datos sobre conductas o resultados en la salud (generalmente a través de una evaluación anual de los riesgos sobre la salud), por ejemplo: <ol style="list-style-type: none"> a) conductas: <ul style="list-style-type: none"> • ingesta de frutas y hortalizas; • ingesta de grasas saturadas; • actividad física durante el trabajo y en el tiempo libre; • datos objetivos sobre consumo de alimentos y/o datos sobre venta de productos; b) ejemplos del entorno que influyen cada vez más como factores determinantes de la conducta: <ul style="list-style-type: none"> • disponibilidad de alimentos y bebidas saludables en las cafeterías o en las máquinas expendedoras; • rutas a pie; • disponibilidad de duchas; • existencia de una política en el lugar de trabajo sobre un desplazamiento activo al lugar de trabajo, c) ejemplos biológicos, que pueden incluir un pequeño conjunto de medidas fisiológicas o clínicas viables y económicas: <ul style="list-style-type: none"> • peso, estatura e índice de masa corporal (IMC); • perímetro de cintura y caderas; • tensión arterial;

	<ul style="list-style-type: none"> • tiras reactivas de colesterol; • pruebas de aptitud física y de fuerza.
Resultados económicos y sobre los factores de trabajo	Entre los ejemplos de datos de resultados económicos y sobre los factores de trabajo figuran los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • costo de las distintas actividades del programa; • absentismo; • asistencia/productividad y satisfacción en el trabajo.
Efectos en la salud a largo plazo	Efectos en la salud a largo plazo, si se puede, donde se recogerán datos sobre la prevalencia real de enfermedades, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • casos de cáncer; • incidentes relacionados con cardiopatías; • prevalencia de diabetes.

Utilización de los datos recogidos Es importante perfilar una estrategia clara con relación al uso de los resultados de las actividades de vigilancia y evaluación. La difusión adecuada de los resultados de la evaluación de los riesgos para la salud, así como de todos los resultados del resto de las actividades de vigilancia y evaluación, puede contribuir a aumentar la conciencia entre los empleados de la necesidad de adoptar pautas de alimentación más saludables y hábitos de actividad física, y podrá estimular también el cambio de conductas. No obstante, la información personal de los empleados, cuando se recoja, deberá protegerse ante su divulgación inadecuada o el uso indebido.

Reseña de caso En una población industrial de la India se puso en marcha un proyecto de vigilancia con los objetivos siguientes (106, 107):

- 1) realizar una encuesta de base y llevar a cabo una vigilancia permanente de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, así como de sus factores determinantes;
- 2) impartir educación sanitaria para prevenir las enfermedades cardiovasculares y evaluar los efectos de la educación sanitaria sobre el control de las enfermedades cardiovasculares;
- 3) elaborar directrices sobre la detección y gestión de enfermedades cardiovasculares.

El proyecto de vigilancia se inició con una encuesta de base de más de 35 000 empleados y sus familiares en 10 industrias diferentes de la India (grupo de edad de 10 a 69 años) y con una encuesta pormenorizada de factores de riesgo a 20 000 personas elegidas aleatoriamente

La encuesta de base indicó un elevado nivel de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, tales como (106, 107):

- hipertensión – 27%
- diabetes – 10.1%
- sobrepeso – 47%

Esto era particularmente evidente en las industrias situadas en zonas muy urbanizadas.

El Programa de vigilancia se centró en gran medida en modificar las conductas poco saludables y promocionar conductas saludables con relación a la salud cardiovascular, basándose en los datos científicos existentes sobre la comunidad destinataria. Además, pretendía prestar asistencia basada en datos para aquellas personas con enfermedades cardiovasculares y diabetes. El programa de

promoción de la salud en el lugar de trabajo abordó la actividad física, la tensión arterial, la ingesta de frutas y hortalizas, la diabetes, el índice de masa corporal y los hábitos de vida cardiosaludables utilizando la teoría cognitiva y el modelo de las creencias sobre salud (106, 107).

A través de diferentes estrategias de comunicación, se difundieron mensajes sencillos y fáciles de recordar en las lenguas regionales entre la población destinataria. En cada uno de los lugares se ofrecieron independientemente clases regulares de educación sobre la salud, proyecciones de películas, seminarios, debates en grupo y sesiones de preguntas y respuestas (106, 107).

Todas las personas de alto riesgo se derivaron a una institución de atención de salud para darles seguimiento. Asimismo se llevaron a cabo sesiones de asesoramiento individual y en grupo sobre el régimen alimentario, el consumo de tabaco y la actividad física (106, 107).

En la evaluación realizada al final de los cinco años se hallaron reducciones significativas en la presión arterial diastólica, en la glucosa en sangre y en el colesterol en los grupos de intervención, comparado con el grupo de control. También aumentó significativamente el grado de conciencia sobre la hipertensión y la idoneidad del control en la población de intervención (106, 107).

La red de vigilancia creada en este proyecto es la primera de este tipo que se crea en la India con relación a los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y puede utilizarse como modelo para reproducir estrategias de prevención de enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles en la India y en otros países. Estos resultados pueden alentar a otras empresas a poner en marcha actividades de vigilancia, especialmente en países donde la fuerza laboral organizada engloba a un número de personas sustancial (106, 107).

7. Carencias en los conocimientos actuales

Se precisan posteriores investigaciones para abordar los puntos siguientes:

- elaboración de un conjunto flexible de prácticas óptimas que refleje la diversidad mundial, diferentes grados de educación y normas sociales en torno a diferentes conductas saludables;
- diseños normalizados para realizar estudios donde se examinen los resultados económicos y los efectos de los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo;
- instrumentos de autoinforme validados y creación de herramientas breves validadas para medir el régimen alimentario y la actividad física.

Se llamó la atención sobre la escasez de información y estudios prácticos de países de ingresos bajos y medianos como una importante deficiencia en los conocimientos actuales que debe subsanarse. Ha de hacerse un esfuerzo para adaptar los datos actuales al contexto de los países de ingresos bajos y medianos.

Además, es importante poner de relieve que la ausencia de resultados de ensayos de control aleatorios no debe impedir la elaboración y puesta en práctica de programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo. Descubrir y publicar (a través de medios no tradicionales si es necesario) casos prácticos y ejemplos de programas internacionales de promoción de la salud en el lugar de trabajo también puede aportar datos de apoyo y ayudar a los planificadores a entender mejor cómo elaborar programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo que se ajusten a diferentes contextos de trabajo.

8. Conclusiones generales

El lugar de trabajo como contexto para la promoción de la salud

El lugar de trabajo está reconocido internacionalmente como un contexto adecuado para la promoción de la salud. Abordar el régimen alimentario y la actividad física en este contexto puede servir para mejorar la salud de los trabajadores y contribuir a una imagen positiva y humanitaria de la empresa. Otros beneficios que pueden producirse son el aumento de la moral y la productividad del personal y la reducción en la rotación de personal, el absentismo y las ausencias por enfermedad. Asimismo pueden conseguirse reducciones en los costos de los planes de asistencia sanitaria y en las indemnizaciones por accidente de trabajo y por discapacidad. El lugar de trabajo constituye un contexto favorable, no sólo debido a la importante proporción de tiempo que pasa en el trabajo la gran mayoría de la población, sino porque brinda la posibilidad de utilizar la presión de los compañeros para animar a los empleados a realizar modificaciones deseables en sus hábitos relacionados con la salud.

La dirección superior puede tener diferentes motivos para desear unos empleados más sanos. Por tanto, es importante considerar sus razones y motivaciones para que pueda comprometerse adecuadamente en la instauración de programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo y para que los programas sean efectivos y rindan resultados.

Elementos fundamentales de un programa efectivo

En la creación e implantación de programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo han de tenerse en cuenta los elementos siguientes: el establecimiento de metas y objetivos claros, la vinculación de los programas a los objetivos empresariales, un decidido apoyo por parte de la dirección y una comunicación efectiva, y la creación de entornos propiciatorios.

La importancia fundamental de adoptar un enfoque basado en múltiples partes interesadas

La adopción de un enfoque basado en la participación de múltiples partes resulta determinante para el éxito de las iniciativas de promoción de la salud en el lugar de trabajo. Las diferentes partes interesadas cumplirán diferentes funciones, y habrán de concertarse y explorarse los puntos fuertes de cada una de ellas para facilitar el logro de metas y objetivos claros.

La importancia de integrar una vigilancia y evaluación

La vigilancia y la evaluación son fundamentales para el éxito de los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo y han de ser integradas en la implantación de las políticas y programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo. Permiten entender hasta dónde ha llegado el programa, a dónde se dirige y a qué distancia se encuentra de las metas y objetivos planeados.

Carencias en los conocimientos actuales

Actualmente, no existe un conjunto de prácticas óptimas en la empresa. En este informe se ofrece un examen resumido de los conocimientos de que se dispone en la actualidad sobre la creación e implantación de programas de promoción de la salud en lugar de trabajo, y puede contribuir a orientar las actividades en esta área. No obstante, la recopilación, elaboración y difusión de un conjunto flexible de prácticas óptimas que refleje la diversidad mundial puede resultar útil en diversas circunstancias. Las nuevas tecnologías, la realización de nuevas investigaciones y la recopilación de información de diferentes fuentes de datos pertinentes deberán considerarse como componentes integrantes de este proceso.

Se necesita más información y casos prácticos de países de ingresos bajos y medianos.

Bibliografía

1. *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
2. Klesges RC, Cigrant JA. Worksite smoking cessation programs: clinical and methodological issues. In: Hersen M, Eisler RM, Miller RM, eds. *Progress in Behavioral Modification*. Newbury Park, CA, Sage, 1988:37–61.
3. Abrams DB et al. Cancer control at the workplace: the Working Well trial. *Preventive Medicine*, 1994, 23:1–13.
4. LABORSTA, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2007 (disponible en: <http://laborsta.ilo.org/>, visitado en diciembre de 2007).
5. *Good practice in occupational health services: a contribution to workplace health*. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2002.
6. *Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud*. [Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Ottawa]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1986.
7. *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI*. [Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Nuevos actores para una nueva era: llevar la promoción de la salud hacia el siglo XXI, Yakarta]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997.
8. *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. [Sexta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Tailandia]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
9. *Declaración de Luxemburgo sobre la promoción de la salud en el lugar de trabajo en la Unión Europea*. *Red europea de promoción de la salud en el trabajo*, Luxemburgo, 1997.
10. *Estrategia Mundial sobre el Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
11. *Legislating for smoke-free workplaces*. Copenhagen, Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2006.
12. *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
13. O'Donnell MP. Employer's financial perspective on workplace health promotion. En: O'Donnell MP, ed. *Health promotion in the workplace*, Toronto, ON, Delmar Thomson Learning, 2002:23–46.
14. LaMontagne A. Integrating health promotion and health protection in the workplace. En: Moodie R, Hulme A, eds. *Hands-on health promotion*. Melbourne, IP Communications, 2004:285–298.
15. Linnan L et al. Results of the 2004 national worksite health promotion survey. *American Journal of Public Health*. (publicado en noviembre de 2007).
16. Shepard RJ. Worksite fitness and exercise programs: a review of methodology and health impact. *American Journal of Health Promotion*, 1996, 10(5):436–452.
17. Sorensen G, Linnan L, Hunt MK. Worksite-based research and initiatives to increase fruit and vegetable consumption. *Preventive Medicine*, 2004, 39 (Suppl. 2):S94–S100.
18. Engbers LH et al. Worksite health promotion programs with environmental changes: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 29(1):61–70.
19. Stokols D, Pelletier K, Fielding J. The ecology of work and health: research and policy directions for the promotion of employee health. *Health Education Quarterly*, 1996, 23(2):137–158.
20. Sorensen G et al. A comprehensive worksite cancer prevention intervention: behavior change results from a randomized controlled trial (United States). *Cancer Causes and Control*, 2002, 13:493–502.

21. Williams RM, Westmorland M. Perspectives on workplace disability management: a review of the literature. *Work*, 2002, 19(1):87–93.
22. DeJoy D, Southern D. An integrative perspective on worksite health promotion. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 1993, 35(12):1221–1230.
23. Partnership for Prevention. *Healthy workforce 2010. An essential health promotion sourcebook for employers, large and small*. Washington, DC, Partnership for Prevention, 2001.
24. Harris JS, Fries J. The health effects of health promotion. En: O'Donnell MP, ed. *Health promotion in the workplace*. Toronto, ON, Delmar Thompson Learning, 2002:1–19.
25. Shephard RJ. A critical analysis of work-site fitness programs and their postulated economic benefits. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1992, 24(3):354–370.
26. Sorensen G, Barbeau E. *Steps to a healthier US workforce: integrating occupational health and safety and worksite health promotion: state of the science*. Washington, DC, Instituto Nacional de Higiene y Seguridad del Trabajo, 2004.
27. Proper KI et al. Effectiveness of physical activity programs at worksites with respect to work-related outcomes. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2002, 28(2):75–84.
28. Proper KI, Van Mechelen W. *Effectiveness and cost-effectiveness of worksite interventions to promote physical activity and healthy diet*. [Documento técnico preparado para el evento conjunto OMS/Foro Económico Mundial sobre la prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
29. Rose G. Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 1985, 14(1):32–38.
30. Rose G. *The strategy of preventive medicine*. Nueva York, NY, Oxford University Press, 1992.
31. Tosteson ANA et al. Cost-effectiveness of population-wide educational approaches to reduce serum cholesterol levels. *Circulation*, 1997, 95(1):24–30.
32. Dishman RK et al. Worksite physical activity interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15(4):344–361.
33. Glanz K, Sorensen G, Farmer A. The health impact of worksite nutrition and cholesterol intervention programs. *American Journal of Health Promotion*, 1996, 10(6):453–470.
34. Proper KI. The effectiveness of worksite physical activity programs on physical activity, physical fitness and health. *Clinical Journal of Sports Medicine*, 2003, 13(2):106–117.
35. Hennrikus DJ, Jeffery RW. Worksite intervention for weight control: a review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 1996, 10(6):471–498.
36. Matson-Koffman DM et al. A site-specific literature review of policy and environmental interventions that promote physical activity and nutrition for cardiovascular health: what works? *American Journal of Health Promotion*, 2005, 19(3):167–193.
37. Roman PM, Blum TC. Alcohol: a review of the impact of worksite interventions on health and behavioral outcomes. *American Journal of Health Promotion*, 1996, 11(2):136–149.
38. Janer G, Sala M, Kogevinas M. Health promotion trials at worksites and risk factors for cancer. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2002, 28(3):141–157.
39. Heaney CA, Goetzel RZ. A review of health-related outcomes of multi-component worksite health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 1997, 11(4):290–307.
40. Pelletier KR. A review and analysis of the health and cost-effective outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programs at the worksite, 1993–1995 update. *American Journal of Health Promotion*, 1996, 10(5):380–388.

41. Pelletier KR. A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: 1995–1998 update (IV). *American Journal of Health Promotion*, 1999, 13(6):333–345.
42. Pelletier KR. A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: 1998–2000 update. *American Journal of Health Promotion*, 2001, 16(2):107–116.
43. Pelletier KR. A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: 2000–2004 update (VI). *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2005, 47(10):1051–1058.
44. Proper KI et al. De effectiviteit van interventies ter stimulering van gezonde voeding [Efectividad de las intervenciones dirigidas a la promoción de una dieta saludable]. *Tijdschrift voor Bedrijfs en Verzekeringsgeneeskunde [Revista de medicina del trabajo y asistencial]*, 2006, 14(6):243–249.
45. Proper KI et al. De effectiviteit van interventies ter stimulering van bewegen [Efectividad de las intervenciones sobre la actividad física]. *Tijdschrift voor Bedrijfs en Verzekeringsgeneeskunde [Revista de medicina del trabajo y asistencial]*, 2006, 14(3):103–108.
46. Van Overbeek K et al. Effectiviteit van interventies op het voorkomen of stoppen van rookgedrag [Efectividad de las intervenciones dirigidas a la prevention del hábito de fumar o a la eliminación del hábito de fumar]. *Tijdschrift voor Bedrijfs en Verzekeringsgeneeskunde [Revista de medicina del trabajo y asistencial]*, 2006, 14(4):149–154
47. Proper KI et al. *Body@Work rapport: towards a lifestyle policy by occupational physicians, 2005* (disponible en http://www.bodyatwork.nl/files/rapport_bravo.pdf, visitado en diciembre de 2007).
48. Stamler R et al. Primary prevention of hypertension by nutritional-hygienic means. *Journal of the American Medical Association*, 1989, 13:1801–1807.
49. Nisbeth O, Klausen K, Andersen LB. Effectiveness of counselling over 1 year on changes in lifestyle and coronary heart disease risk factors. *Patient Education & Counseling*, 2000, 40:121–131.
50. Chapman LS. Meta evaluation of worksite health promotion economic return studies. *The Art of Health Promotion*, 2003, 6(6):1–16.
51. Proper KI et al. Costs, benefits and effectiveness of worksite physical activity counselling from the employer's perspective. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 2004, 30(1):36–46.
52. Institute of Medicine. Implementing integrated health programs. In: *Integrating employee health: a model program for NASA*. Washington, DC, National Academies Press, 2005:102–149
53. Chapman LS. Expert opinions on "best practices" in worksite health promotion (WHP). *American Journal of Health Promotion*, 2004, 18(6):1–6.
54. Quintiliani L, Sorensen G, Sattelmair J. *The workplace as a setting for interventions to improve diet and promote physical activity*. [Documento técnico preparado para el evento conjunto OMS/Foro Económico Mundial sobre la prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
55. Employee health programs and services. Midland, MI, The Dow Chemical Company, 1995–2007 (disponible en <http://www.dow.com/commitments/responsibility/health.htm>, visitado en diciembre de 2007).
56. Minkler M, Wallerstein NB. Improving health through community organization and community building. En: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, eds. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 2002:279–311.
57. Sorensen G et al. Reducing social disparities in tobacco use: a social contextual model for reducing tobacco use among blue-collar workers. *American Journal of Public Health*, 2004, 94:230–239.

58. Sorensen, G. et al. The influence of social context on changes in fruit and vegetable consumption: results of the healthy directions studies. *American Journal of Public Health*, 2007, 97:1216–1227.
59. Moy, F, Sallam AAB, Wong M. The results of a worksite health promotion programme in Kuala Lumpur, Malaysia. *Health Promotion International*, 2006, 21:301–310.
60. Baun WB. Program management of workplace health promotion programs. En: O'Donnell MP, ed. *Health promotion in the workplace*. Toronto, ON, Delmar Thompson Learning, 2002:78–112.
61. Powell DR, Frank E. The future of workplace health promotion. En: O'Donnell MP, ed. *Health promotion in the workplace*. Toronto, ON, Delmar Thompson Learning, 2002:590–602.
62. Kruger J et al. Selected barriers and incentives for worksite health promotion services and policies. *American Journal of Health Promotion*, 2007, 21:439–447.
63. *Wellness Survey*. Deloitte Consulting, The Deloitte Center for Health Solutions, 2005 (disponible en http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/Wellness%20Survey_04v2.pdf, visitado en diciembre de 2007)
64. Locke EA, Latham GP. *A theory of goal setting and performance*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1990.
65. Baranowski T et al. How individuals, environments, and health behavior interact: social cognitive theory. En: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, eds. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 2002:165–184.
66. Strecher VJ et al. Goal setting as a strategy for health behavior change. *Health Education Quarterly*, 1995, 22(2):190–200.
67. Cullen KW, Baranowski T, Smith SP. Using goal setting as a strategy for dietary behavior change. *Journal of the American Dietetic Association*, 2001, 101(5):562–566.
68. Locke EA, Latham GP. New directions in goal-setting theory. *Current directions in psychological science*, 2006, 15(5):265–268.
69. Strecher V et al. Tailored interventions for multiple risk behaviors. *Health Education Research*, 2002, 17(5):619–626.
70. Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1986.
71. Baranowski T, Cullen KW, Baranowski J. Psychosocial correlates of dietary intake: advancing dietary intervention. *Annual Review of Nutrition*, 1999, 19:17–40.
72. Sherwood NE, Jeffery RW. The behavioral determinants of exercise: implications for physical activity interventions. *Annual Review of Nutrition*, 2000, 20:21–44.
73. Lewis MA, DeVellis BM, Sleath B. Social influence and interpersonal communication in health behavior. En: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, eds. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 2002:240–264.
74. Heaney CA, Israel BA. Social networks and social support. En: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, eds. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 2002:185–209.
75. *Healthy Lifestyle and Corporate Culture*. Enterprise for Health, 2006 (disponible en http://www.enterprise-for-health.org/fileadmin/texte/EfH_Healthy_Lifestyle.pdf, visitado en diciembre de 2007).
76. De Bourdeaudhuij I, Stevens V, Brug J. Evaluation of an interactive computer-tailored nutrition intervention in a real-life setting. *Annals of Behavioral Medicine*, 2007, 33(1):39–48.
77. Brug J et al. The impact of a computer-tailored nutrition intervention. *Preventive Medicine*, 1996, 25(3):236–242.
78. Sorensen G et al. Tools for health: the efficacy of a tailored intervention targeted for construction laborers. *Cancer Causes and Control*, 2007, 18:51–59.

79. Velicer WF et al. An expert system intervention for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 1993, 18:269–290.
80. King E et al. Promoting mammography use through progressive interventions: is it effective? *American Journal of Public Health*, 1994, 84(1):104–106.
81. Rimer BK et al. Does tailoring matter? The impact of a tailored guide on ratings and short-term smoking-related outcomes for older smokers. *Health Education Research*, 1994, 9(1):69–84.
82. Curry SJ et al. A randomized trial of self-help materials personalized feedback and telephone counseling with nonvolunteer smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, 63(6):1005–1014.
83. Oenema A, Tan F, Brug J. Short-term efficacy of a web-based computer-tailored nutrition intervention: main effects and mediators. *Annals of Behavioral Medicine*, 2005, 29(1):54–63.
84. King DK et al. Outcomes of a multifaceted physical activity regimen as part of a diabetes self-management intervention. *Annals of Behavioral Medicine*, 2006, 31(2):128–137.
85. Delichatsios HK et al. Randomized trial of a “talking computer” to improve adults’ eating habits. *American Journal of Health Promotion*, 2001, 15(4):215–224.
86. Brug J, Campbell M, van Assema P. The application and impact of computer-generated personalized nutrition education: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 1999, 36:145–156.
87. Skinner CS et al. How effective is tailored print communication? *Annals of Behavioral Medicine*, 1999, 21(4):290–298.
88. Kroeze W, Werkman A, Brug J. A systematic review of randomized trials on the effectiveness of computer-tailored education of physical activity and dietary behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*, 2006, 31(3):205–223.
89. Skinner CS, Strecher VJ, Hospers H. Physicians’ recommendations for mammography: do tailored messages make a difference? *American Journal of Public Health*, 1994, 84(1):43–49.
90. Kreuter MW, Strecher V. Do tailored behavior change messages enhance the effectiveness of health risk appraisal? Results from a randomized trial. *Health Education Research*, 1996, 11:97–105.
91. Bull FC, Kreuter MW, Scharff DP. Effects of tailored, personalized, and general health messages on physical activity. *Patient Education & Counseling*, 1999, 36:181–192.
92. Petty R, Cacioppo JT. The elaboration likelihood model of persuasion. *Advances in Experimental Social Psychology*, 1986, 19:123–205.
93. Calfas KJ et al. A controlled trial of physician counseling to promote the adoption of physical activity. *Preventive Medicine*, 1996, 25(3):225–233.
94. Proper KI et al. Effect of individual counseling on physical activity fitness and health: a randomized controlled trial in a workplace setting. *American Journal of Preventive Medicine*, 2003, 24(3):218–226.
95. Engbers LH et al. The effects of a controlled worksite environmental intervention on determinants of dietary behavior and self-reported fruit, vegetable and fat intake. *BioMed Central Public Health*, 2006, 6:253.
96. Sorensen G et al. Promoting behaviour change among working-class, multi-ethnic workers: results of the healthy directions–small business study. *American Journal of Public Health*, 2005, 95(8):1389–1395.
97. Stoltzfus E. *Emerging benefits: access to health promotion benefits in the United States, private industry, 1999 and 2005*. Oficina de Estadísticas Laborales, 2006 (disponible en <http://www.bls.gov/opub/cwc/cm20060724ch01.htm>, visitado en diciembre de 2007).
98. Hunt MK et al. Cancer prevention for working-class, multi-ethnic populations through small businesses: the healthy directions study. *Cancer Causes and Control*, 2003, 14(8):749–760.

99. Griffiths J, Hayley M, George E. *Stakeholder involvement*. [Documento técnico preparado para el evento conjunto OMS/Foro Económico Mundial sobre la prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
100. Gilmartin S. Wellness programs hit the attraction and retention mark. *Workspan*, 2002, 45:46–48.
101. Arneson H, Ekberg K. Evaluation of empowerment processes in a workplace health promotion intervention based on learning in Sweden. *Health Promotion International*, 2005, 20:351–359.
102. WA Healthy Business, 2007 (disponible en <http://www.healthybusiness.asn.au/>, visitado en diciembre de 2007).
103. Engbers L, Sattelmair J. *Monitoring and evaluation of worksite health promotion programs. Current state of knowledge and implications for practice*. [Documento técnico preparado para el evento conjunto OMS/Foro Económico Mundial sobre la prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
104. Estrategia Mundial sobre el Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud: marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
105. Bauman A et al. Physical activity measurement – a primer for health promotion. *Promotion & Education*, 2006, 13(2):92–103
106. Reddy KS et al. *Methods for establishing a surveillance system for cardiovascular diseases in Indian industrial populations*. Bulletin of the World Health Organization, 2006, 84:461–469
107. KS Reddy et al. Educational status and cardiovascular risk profile in Indians. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2007, 104(41):16263–16268

Anexo 1: Lista de participantes

Xihong Ai
Global Leadership Fellow
Industrias de Consumo
Foro Económico Mundial
Ginebra, Suiza

Albert Amoah
Vicedecano
Facultad de Ciencias de la Salud
Presidente de la Sociedad Panafricana de
Cardiología
Accra, Ghana

Vanessa Candeias
Oficial técnico
Unidad de vigilancia y prevención basada en la
población
Departamento de Enfermedades Crónicas y
Promoción de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Ginebra, Suiza

John Cooper
Director
Salud Laboral
Unilever Plc
Reino Unido

Gayle Crozier Willi
Director de cuestiones alimentarias
Relaciones públicas
Nestlé SA
Suiza

Roro Daniel
Secretario de Salud
Ministerio de Salud
Islas Cook

Luuk H. Engbers
UNICEF Regional and Health
UNICEF Kingston
Ámsterdam, Países Bajos

Ellen Exum
Directora de programa
Bienestar y Prevención
PepsiCo
Estados Unidos de América

Susan M. Fleming
Directora
Prestaciones mundiales
The Coca-Cola Company
Estados Unidos de América

Barry A. Franklin
Director, Laboratorios de Rehabilitación Cardíaca y
Ejercicio
Hospital William Beaumont
Michigan, Estados Unidos de América

Thomas Granatir
Director Mundial
Política y Estrategia
Humana Europe Ltd
Londres, Reino Unido

Tracy Kolbe-Alexander
Investigador UCT/MRC
University of Cape Town
Ciudad del Cabo, Sudáfrica

Helena Leurent
Directora Asociada
Global Leadership Fellow
Industrias de la Alimentación y la Bebida, Centro para
las Industrias Mundiales
Foro Económico Mundial
Ginebra, Suiza

Paul Litchfield
Médico jefe y Director
Salud y Seguridad
BT Plc
Reino Unido

Soeren Mattke
Científico
RAND Corporation
Estados Unidos de América

Katrina Minton
Oficial de proyectos
work2health Limited
Cardiff, Reino Unido

Sarita Nayyar
Directora Superior
Jefa de Industrias de Consumo
Foro Económico Mundial
Nueva York, Estados Unidos de América

Sania Nishtar
Presidenta
Heartfile
Pakistán

Michael P O'Donnell
Director
Salud y Bienestar
Clínica Cleveland
Estados Unidos de América

Karin I. Proper
VU University Medical Center
EMGO Institute
Amsterdam, Países Bajos

Lisa Quintiliani
Center for Community Based Research
Harvard School of Public Health
Boston, Estados Unidos de América

Christophe Roy
Oficial técnico
Unidad de vigilancia y prevención basada en la
población
Departamento de Enfermedades Crónicas y
Promoción de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Ginebra, Suiza

Denis Taschuk
Vicepresidente
Federación Internacional de la Diabetes
Canadá

Choon Meng Ting
Presidente y Director General
HealthSTATS International
Singapur

Janet Voûte
Directora General
Federación Mundial del Corazón
Ginebra, Suiza

Derek Yach
Director
Política de Salud Mundial
PepsiCo
Estados Unidos de América

Lichen Yang
Profesor asociado
Instituto de Nutrición y Seguridad Alimentaria
Centro Chino para el Control y la Prevención de
Enfermedades
Beijing, República Popular de China

Fan Wu
Director
Centro Nacional para la Prevención y el Control de la
Enfermedades Crónicas y no Comunicables
República Popular de China

YanWei Wu
Organización Mundial de la Salud
Oficina de país
Beijing, República Popular de China

Zhai Yi
División de Control de Enfermedades no
Transmisibles y Salud Comunitaria
Centro Chino para el Control y la Prevención de
Enfermedades
Beijing, República Popular de China

Dong Zhao
Director Adjunto
Instituto del Corazón de Beijing
Enfermedades Pulmonares y Vasculares (BIHLBD)
Director y Profesor
BLHLBD y Hospital Anzhen de Beijing afiliado a la
Universidad Médica Capital
Beijing, República Popular de China

Lei Zhenglong
Director
Enfermedades no Transmisibles y Gestión de la
Nutrición
Oficina de Control de Enfermedades
Ministerio de Salud
Beijing, República Popular de China

Anexo 2: Recursos clave

Véase la lista de referencia para información sobre cómo obtener estos recursos.

- Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital
http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html
- National Institute for Occupational Safety and Health, Work Life Initiative
<http://www.cdc.gov/niosh/programs/worklife/>
- Integrating employee health; a model program for NASA
<http://www.iom.edu/CMS/3788/18021/26995.aspx>
- Improving health, an employer toolkit
<http://www.iom.edu/CMS/3788/18021/26995/35482.aspx>
- Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado
http://www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
- Regional guidelines for the development of healthy workplaces. Shanghai, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para el Pacífico Occidental, en noviembre de 1999
- NASA occupational health: a healthier NASA
<http://ohp.nasa.gov/>
- Workplace health system: corporate health model booklet
http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/occup-travail/work-travail/model-modele/index_e.html
- Workplace health system: small business health model
http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/occup-travail/work-travail/small-petite/index_e.html

Nota de agradecimiento

El presente documento ha sido preparado por Timothy Armstrong, Vanessa Candeias, Lisa Quintiliani y Christophe Roy, en colaboración con el equipo del proyecto Working Towards Wellness del Foro Económico Mundial, Xihong Ai, Helena Leurent y Sarita Nayyar.

Las observaciones y la información han sido aportadas por Luuk Engbers, Barry Franklin, Katrina Minton, Sania Nishtar, Dorairaj Prabhakar, Karin Proper, Srinath Reddy, Willem Van Mechelen, Janet Voûte. También reconocemos con gratitud la aportación de los miembros del consejo de la iniciativa Working Towards Wellness del Foro Económico Mundial, Gayle Crozier Willi, John Cooper, Grant Eldred, Susan Fleming, Thomas Granatir, Robert Kanz, Paul Litchfield, Michael Thompson y Derek Yach.

Luuk Engbers, Emma George, John Griffiths, Maggs Hayley, Karin Proper, Jacob Sattelmair, Glorian Sorensen, Lisa Quintiliani y Willem Van Mechelen prepararon cuatro documentos de base para el evento conjunto. Esos documentos pueden consultarse en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>.

La OMS agradece la contribución financiera del Foro Económico Mundial en la elaboración del presente documento.

ISBN 978 92 4 359632 8

