

¿QUÉ SE DEBE HACER PARA PREVENIR LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO?

Paul Landsbergis

PhD, MPH (paul.landsbergis@mssm.edu), Department of Community and Preventive Medicine, Mount Sinai School of Medicine, New York, NY, USA

Cuando examinamos los programas de salud pública o las intervenciones para prevenir enfermedades, normalmente los agrupamos en tres categorías (1): prevención primaria, lo que significa prevenir la enfermedad antes de que se desarrolle, y en el caso de las enfermedades ocasionadas por el estrés laboral eso significa cambiar las características del trabajo a nivel de empresa, o realizar cambios sociales, es decir cambiar el contexto económico o político en el que trabajamos; la prevención secundaria implica ayudar a los trabajadores que comienzan a verse afectados por la enfermedad y se sienten “quemados”, o a aquellos cuya tensión arterial comienza a aumentar, con el objetivo de que se cuiden mejor; la prevención terciaria implica la aplicación de un tratamiento o rehabilitación a los trabajadores que ya están enfermos (2,3). ¿Cómo se hace esto?

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

¿Y por qué no aplicar simplemente la gestión del estrés para prevenir enfermedades derivadas del mismo? Se aprecian mejoras de la salud en los estudios de programas de gestión del estrés. Pero, sin embargo, muy pocos estudios tienen un seguimiento a largo plazo. No sabemos si esas mejoras se mantienen. En ocasiones se observan mejoras en los grupos de control (comparación). Puede resultar difícil aprender y practicar técnicas de relajación de manera regular (4). Algunas formas de combatir el estrés pueden generar bienestar, pero no aportan soluciones a largo plazo.

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

Los grupos de alto riesgo incluyen a trabajadores que se enfrentan a labores de altas exigencias y bajo control (tensión en el trabajo) (8), un alto nivel de esfuerzo unido a bajas recompensas (9), horarios de trabajo prolongados (10), trabajo a turnos (11), reducciones de plantilla (12) y otros factores de estrés, los trabajadores que se enfrentan a labores de alto riesgo (conductores de autobuses) (13); trabajadores con empleos precarios (14, 15); y trabajadores con bajo nivel de ingresos y bajos niveles de educación (16, 17). El método poblacional implica intentar buscar la mejora de las condiciones de trabajo para todos los trabajadores en una empresa o industria.

Cuando evaluamos los efectos en la salud de los cambios en el lugar de trabajo, dichos cambios pueden ser “intervenciones planificadas” o “experimentos naturales” en los que los cambios operados en el trabajo no tienen nada que ver con un programa preventivo (18).

He aquí un ejemplo de tales “experimentos naturales” que me aportó el ponente de la sesión de ayer, mi amigo Tage Kristensen. A finales de 1984 comenzaron a escucharse rumores de que se cerraría un astillero en Noruega. La tensión arterial de los trabajadores aumentó durante los próximos tres años como resultado de esa amenaza. El astillero no cerró, pero al tener este problema de vigilancia de la salud, es decir revisiones médicas anuales de los trabajadores, los investigadores midieron el efecto que tenía la amenaza de la pérdida del empleo en la salud de éstos (18, 19).

Otro ejemplo proviene de un estudio en el que participé en Nueva York. Detectamos que los hombres que dejaron de fumar en los tres primeros años del estudio presentaban un mayor nivel de aumento de control sobre su trabajo en esos tres años que aquellos que no dejaron de fumar o que comenzaron a hacerlo (20). No sabemos por qué ocurrió esto, pero la realización de encuestas periódicas o exámenes médicos en las empresas nos aporta información importante en la que podemos profundizar más tarde. En esto radica el valor de los “experimentos naturales”.

En mi texto trataremos el tema de las “intervenciones planificadas”.

Examinemos algunos de los ejemplos de programas para mejorar las características del trabajo.

En la agencia municipal de transporte de Estocolmo se puso en marcha un programa para reducir la congestión del tráfico y mejorar el servicio a los pasajeros. Durante la planificación el sindicato de trabajadores municipales y los investigadores estuvieron interesados también en estudiar el estrés en el trabajo y la salud de los conductores de autobuses (21). Se realizaron muchos cambios: se cambiaron los recorridos de los autobuses, aumentó el número y el alcance de los carriles bus, se instalaron luces verdes automáticas para los autobuses, se desplazaron y reconstruyeron las paradas y se instaló un sistema informatizado de información a los pasajeros en los buses y en las paradas. Como resultado de la “intervención”, los conductores registraron menos interferencias y menos distrés después del trabajo, comparados con los trabajadores de otras rutas que no habían cambiado. Había evidencias objetivas de la reducción de las interferencias: menos vehículos aparcados en zonas prohibidas, menos demoras por la obstrucción de pasajeros o solicitudes de información y conductas menos arriesgadas frente a los peatones/ciclistas. Se observó un descenso significativo en la tensión arterial sistólica de los conductores del grupo intervenido, mucho mayor que el de los otros conductores de las rutas que no habían cambiado (21).

Otra intervención en Suecia, esta vez con trabajadores de oficina, consistía en técnicas de relajación para combatir el estrés de manera individual, pero también la acción de comités de trabajadores que desarrollaron y ayudaron a aplicar “planes de acción” para reducir las causas de estrés en el trabajo. También hubo un grupo de control (comparación) como en el caso de los conductores de autobuses. (22). El grupo de intervención registró aumentos en los retos y en la autonomía de trabajo en un período de 8 meses, aumentos en el apoyo de los supervisores y curiosamente mejoras en el perfil lípido (colesterol), un cambio que no se explica por cambios en la dieta, el ejercicio, el hábito de fumar o el peso (22), por lo que sospechamos que esta mejora de la salud estaba vinculada a la reducción del estrés en el trabajo.

Una intervención en una empresa holandesa también incluyó un componente a nivel individual, ejercicio físico, educación para la salud, formación de los mandos y cambios en el lugar de trabajo para ayudar a los trabajadores con sus actividades para mejorar la salud –una instalación deportiva, una sala de fumar, alimentos más saludables en la cafetería–. Además se aplicó un programa ergonómico, mayor frecuencia de rotación y a un grupo de trabajadores se le concedió mayor autoridad en la producción. Como resultado, el riesgo de enfermedades cardiovasculares, las exigencias en el trabajo y las bajas por enfermedad descendieron y los niveles de control y ergonomía mejoraron. Los cambios también beneficiaron al empresario por el ahorro que significó la reducción de las bajas por enfermedad (23).

Estos estudios son ejemplos de “investigación acción” o “investigación participativa”, así que profundizaremos más en este método. La investigación participativa implica una colaboración entre trabajadores, sindicatos, dirección de la empresa y expertos externos para:

1. Cumplir los objetivos de la investigación y de la intervención
2. Definir de manera conjunta los problemas, diseñar estrategias e introducir cambios que beneficien a los trabajadores, que midan los resultados y evalúen los cambios (24, 25).

Este método se desarrolló en los años 50 y 60 en los países nórdicos, por ejemplo en Noruega, como parte de los esfuerzos por democratizar las empresas. Se hacía énfasis en el aumento de la influencia y el control de los trabajadores para mejorar la salud y los lugares de trabajo (6).

Este método y las personas involucradas en el mismo contribuyeron al desarrollo de las leyes del entorno laboral en los países escandinavos en los años 70. Dichas leyes ponían énfasis no sólo en la reducción de riesgos químicos y físicos sino también en la reducción de los factores de estrés, aumentando la influencia de los trabajadores y aplicando un enfoque conjunto de trabajadores y empresarios a la nueva tecnología y al entorno laboral (26). Este movimiento tuvo también su influencia en los Estados Unidos y condujo a programas de investigación conjuntos entre sindicatos e investigadores para mejorar la salud y seguridad en el trabajo (27).

La investigación participativa plantea preguntas importantes a los investigadores: ¿Cuál es el objetivo de la investigación? ¿Solamente ampliar conocimientos o mejorar también las condiciones de trabajo?

Se centra en los métodos cualitativos, lo que nos ayuda a comprender el significado de muchas estadísticas cuantitativas. Los participantes están involucrados en el proceso. La naturaleza del cambio no es predeterminada, sino que surge del proceso de colaboración. Este proceso ayuda a trabajadores, sindicatos y directivos a desarrollar sus propias habilidades para resolver sus problemas, tal y como lo hacéis vosotros en esta conferencia. También pone en tela de juicio la idea de que sólo los expertos pueden aportar respuestas.

Una buena guía para la investigación participativa es el manual producido por la OIT conocido como "Barefoot Research" (28). Es una guía práctica para que los trabajadores lleven a cabo su propia investigación y transformar esa información en acciones para mejorar la salud y seguridad.

Los estudios científicos no ofrecen garantías de mejoras en los lugares de trabajo. Los expertos externos no comprenden las cuestiones internas del centro de trabajo y además existen poquísimos científicos para estudiar todos los lugares de trabajo y sus riesgos. Los métodos descritos en este manual incluyen encuestas, observaciones, pequeños grupos de discusión, círculos de salud, entrevistas, mapas de riesgos en el lugar de trabajo y "mapas corporales de lesiones y dolor". Esta dinámica atribuye poderes a los trabajadores y ayuda a fortalecer sus conocimientos, su confianza y capacidad de acción.

A continuación presentamos algunos ejemplos de investigaciones participativas.

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

En los Estados Unidos, las encuestas realizadas por el sindicato de trabajadores de la hostelería (UNITE-HERE) en colaboración con investigadores y expertos, documentan que un alto porcentaje de camareras de piso en los hoteles trabajan con dolores debido a las exigencias físicas y el estrés que genera el trabajo (30). Me gustaría aportar más información de fondo sobre esta investigación. En 1998, los sindicatos de San Francisco comenzaron un proyecto de colaboración con expertos universitarios y los sindicatos definieron las prioridades del estudio (31). La mano de obra estaba compuesta en su mayor parte por mujeres, inmigrantes y con salarios bajos. Los grupos de estudio del servicio de limpieza en los hoteles trabajaron para diseñar un mapa de riesgos en los lugares de trabajo, desarrollaron un esquema corporal para demostrar dónde se concentraba el dolor y realizaron en-

cuestas pilotos. La versión final de la encuesta se aplicó después del trabajo y cerca de éste con la ayuda de traductores. El índice de respuestas fue bueno, alrededor de un 70%. Las trabajadoras informaron que su carga de trabajo había aumentado en los últimos 5 años y que realizaban sus tareas de manera acelerada y se saltaban los descansos. La mayoría informó tener una presión horaria constante y no ser respetadas por los supervisores. Detectaron que las empleadas del servicio de limpieza de los hoteles de San Francisco (y más tarde constataron lo mismo en Las Vegas) tenían un nivel muy inferior de salud, según su propia percepción, que la media de la población en EEUU (31).

Los investigadores y los miembros de los grupos de estudio analizaron juntos los resultados de las encuestas para comprenderlos mejor. Los investigadores ignoraban por qué la carga de trabajo había aumentado en los últimos 5 años. Las trabajadoras explicaron que los huéspedes de los hoteles traían consigo más basura (catálogos de conferencias, folletos, comida), había que limpiar las cafeteras, había más sábanas, almohadas y toallas y las camas eran más grandes y más pesadas. La plantilla se había reducido para ahorrar costes a los hoteles. Los investigadores presentaron estos datos ante un comité de negociación compuesto por sindicalistas y empresarios y como resultado en el convenio colectivo que entró en vigor en 1999, la cuota de habitaciones a limpiar en un día se redujo de 15 a 14, o en algunos casos especiales a 13 (31).

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

Analicemos los programas para realizar cambios a nivel organizativo, comenzando por los nuevos sistemas de organización del trabajo aplicados por los empresarios.

El sistema tradicional de organización del trabajo se llama "taylorismo" o "gestión científica" –la producción en cadena–. Ha sido una gran fuente de estrés, lesiones y enfermedades para muchos trabajadores a lo largo de un siglo (26, 35). Y en los últimos 50-60 años se han sugerido una variedad de métodos para reducir el estrés de los trabajadores. Existen muchos nombres: "gestión de recursos humanos de alto nivel de participación", "organización del trabajo de alto rendimiento", "concepto de equipo", "producción modular". Todos están basados en la idea de que los trabajadores no deben ser tratados como máquinas, sino que su conocimiento debe valorarse. El sistema más conocido es el llamado "producción eficiente" o "gestión de la producción al estilo japonés" y hace énfasis en la calidad del producto y en los programas de mejora de la productividad. Sin embargo, también proclama que es el mejor sistema para los trabajadores y su salud. Pero las investigaciones realizadas no apoyan esta conclusión. Los equipos de trabajadores en la "producción eficiente" tienen una autoridad limitada y con frecuencia los trabajadores informan de un aumento del estrés cuando se introduce dicho método (36).

Existe sin embargo otro sistema, que surgió en Inglaterra y en los países escandinavos en los años 50 y 60, y que tiene raíces similares a los métodos de "investigación acción". Se denomina modelo de "sistemas sociotécnicos" y promueve la idea de que los equipos de trabajadores deben tener un buen nivel de control del ritmo y contenido de trabajo. Las tareas tienen un "ciclo de tiempo" mayor y requieren más habilidades. Este sistema da lugar a una organización del trabajo más flexible (36, 37).

Solo conozco un estudio sobre los beneficios para la salud de este tipo de organización del trabajo, un estudio que compara este nuevo sistema flexible a la tradicional producción en cadena (taylorismo) (38). Los trabajadores de la línea de montaje de automóviles revelaron tener mayor autonomía en la organización del trabajo flexible, mayor aprendizaje de nuevas habilidades y mayor variedad que en la línea de montaje tradicional. Tampoco terminaban agotados como en la línea de montaje tradicional. El nivel de adrenalina en sus cuerpos no aumentaba durante el turno de trabajo, como sucedía en el sistema habitual (38). ¿Y qué pasaba después del trabajo? ¿Puede Charlie Chaplin (en la película "Tiempos modernos") deshacerse del estrés del trabajo y regresar a casa cómodo y relajado? Según este estudio, no. Los niveles de adrenalina de los trabajadores de la línea de montaje habitual continuaban subiendo después del trabajo (especialmente en las mujeres). Sin embargo, la adrenalina bajaba después del trabajo para aquellos que tenían una organización del trabajo más flexible (y saludable) (38).

Ahora que hemos visto ejemplos de cambios en las características del trabajo y en los sistemas de organización del trabajo, me gustaría comentar sobre un artículo recién publicado y que analiza 90 estudios diferentes sobre intervenciones para prevenir el estrés en el trabajo (3).

Alrededor de la mitad de estos estudios se centraba en la gestión individual del estrés –ayudando al individuo a combatir el estrés en el trabajo–. Algunos intentaron realizar cambios sólo a nivel organizativo. Pero un tercio de ellos utilizó el método de "sistemas superiores". En otras palabras, se centraron tanto en el cambio de la organización como en las técnicas individuales. Esos estudios representan una proporción creciente de las investigaciones sobre intervención publicadas. El tiempo necesario en estos estudios para la intervención y evaluación (seguimiento) es normalmente prolongado, de meses o años.

Muchos estudios que sólo se centraron en los cambios del individuo utilizaron el modelo de investigación de alta calidad –con personas aleatorias asignadas a los grupos de intervención o de control, o al menos utilizaron los grupos de comparación–. Pero muchos de los estudios basados en los sistemas superiores (19 de 30) también utilizaron modelos de investigación de alta calidad. Eran estudios bien planificados (3).

Los estudios basados en "sistemas superiores" eran más propensos a contar con la participación de los trabajadores en el desarrollo o aplicación de la intervención, que aquellos que sólo se centraban en los cambios individuales. Por ejemplo, un estudio en Inglaterra demostró que la intervención reorganizativa aumentaba el control de los trabajadores sobre el trabajo, lo que condujo a una mejor salud mental, un mejor desempeño y a menos ausencias por enfermedad. Un estudio sueco en 11 centros de trabajo demostró que una alta participación de los trabajadores llevaba a un descenso en las exigencias del trabajo, aumentaba el apoyo social y disminuía los niveles de estrés. Y otro estudio en 217 centros de trabajo en Finlandia demostró que un método de intervención basado en la colaboración/participación estaba vinculado a la mejora de las relaciones entre compañeros de trabajo y a la percepción de seguridad en el empleo (3).

Y sobre todo, si analizamos los 31 estudios de mayor calidad basados en "sistemas inferiores", 25 de 30 detectaron cambios favorables a nivel individual (como se esperaba), pero sólo 10 midieron cambios organizativos y de ellos sólo en 3 se detectaron cambios favorables a ese nivel. Por el contrario, si examinamos los 19 estudios de mayor calidad basados en "sistemas superiores", 17 midieron niveles individuales de salud y 13 de ellos detectaron cambios favorables, y 18 midieron factores organizativos, de los cuales en 17 se detectaron cambios positivos. Los métodos basados en "sistemas superiores" detectaron beneficios donde se plantearon estos objetivos tanto a nivel individual como organizativo (3).

El parámetro de medición más común a nivel organizativo en estos estudios eran las ausencias por enfermedad. 8 de los 9 estudios de mayor calidad basados en "sistemas superiores" que midieron las ausencias por enfermedad detectaron una disminución en estas ausencias como resultado de la intervención. Por ejemplo, en el estudio de los 217 centros de trabajo en Finlandia, había menos ausencias por enfermedad cuando existían intervenciones participativas y orientadas al servicio al consumidor. En un estudio de 52 lugares de trabajo en Dinamarca, la mayor disminución en las ausencias por enfermedad se detectó en aquellos lugares donde se trabajó más para mejorar el entorno psicosocial.(3).

El estudio danés fue una tarea de gran magnitud como ha comentado Tage Kristensen. La intervención tenía como objetivo evitar el exceso de exigencias psicológicas en el trabajo y mejorar el control sobre el trabajo,

o sea la predictibilidad y el apoyo social (18). Los primeros resultados del período 1996-98 demostraron que las ausencias por enfermedad tuvieron un menor incremento en los centros de trabajo donde se realizaron intervenciones, comparados con aquellos en los que se siguió una dinámica de “control”.

Ocho de los estudios que hemos analizado intentaron integrar la salud laboral (mejorando el lugar de trabajo) a través de la “promoción de la salud” (esfuerzos para mejorar los hábitos de los trabajadores como fumar, beber, dietas saludables y ejercicio físico) (3). Los trabajadores manuales presentan más factores de riesgo de enfermedad cardiovascular como el hábito de fumar, dietas poco saludables y falta de ejercicio físico. También estaban expuestos a más factores de riesgo en el trabajo, pero tienden a participar menos en los programas de promoción de la salud, en parte porque tienen menos control sobre sus horarios de trabajo, pero como señaló la “Declaración de Barcelona” (*para la mejora de la salud en el lugar de trabajo en Europa*) el hábito de fumar y el consumo de alcohol también están relacionados con el trabajo y “sólo se pueden combatir a través de la promoción de la salud en los lugares de trabajo” (3).

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

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

Una de las actuales causas de estrés en el trabajo es el seguimiento electrónico de la ubicación de los trabajadores, de su desempeño o sus conversaciones. Varios sindicatos en los Estados Unidos han resuelto este problema a través de la negociación colectiva.

Por ejemplo, en un centro de llamadas en Arizona, el Sindicato de Trabajadores de las Comunicaciones de América y la AT&T eliminaron las mediciones individuales y el seguimiento secreto. El tiempo medio de las llamadas (AWT) sólo se midió por grupos. La supervisión se realizó de manera tradicional por compañeros sentados junto a los operadores, escuchando las llamadas y discutiendo los resultados con el trabajador.

Este método dio como resultado menos quejas por parte de los clientes, un menor nivel de quejas de los trabajadores y menos absentismo y el tiempo medio de espera fue incluso mejor que con el seguimiento electrónico (44). De manera similar en la compañía Federal Express, tras remitir quejas de mal servicio por parte de los usuarios, se concedió menos importancia al número de llamadas que realizaba un operario y más a la calidad del servicio. Algunas empresas instalan sensores GPS en las furgonetas y en los teléfonos móviles como método de seguimiento de los operarios. En Chicago, los empleados urbanos se negaron a utilizar móviles con GPS y obtuvieron el derecho a apagar los móviles durante los descansos y después del trabajo. El sindicato de transportistas acordó con la UPS que se utilizara el GPS sólo para hacer un seguimiento de los envíos y no para controlar la disciplina de los trabajadores (45).

Estas mejoras en los convenios, como bien sabéis, se logran a menudo a través de la solidaridad. Por ejemplo, éstas son fotografías de enfermeras de California que se manifestaron por un número adecuado de perso-

nal, la cancelación de las horas extras obligatorias y la reforma política, y trabajadoras de los hoteles de San Francisco exigiendo un salario digno, derecho a pensiones, a un servicio de salud pública y a la reducción de la carga de trabajo.

Los convenios colectivos son un importante método para lograr cierto nivel e influencia en el lugar de trabajo, es decir, más democracia. Otro método utilizado en Estados Unidos es la planificación, cuando los trabajadores son accionistas de la empresa (46). Sin embargo, esto rara vez otorga a los trabajadores y sindicatos poder en las decisiones de la empresa. En ocasiones algún empresario progresista confiere cierto control a sus trabajadores (47). Las cooperativas son un modelo importante de democracia en el lugar de trabajo, como es el ejemplo de la zona de Mondragón en vuestro país, o de las "recuperadas" en Argentina, empresas abandonadas por sus dueños durante la depresión, hace 6 o 7 años, y que ahora son propiedad de sus antiguos trabajadores (48, 49). Sería importante conocer si el entorno psicosocial es más saludable en las cooperativas que en las empresas tradicionales.

Por último las leyes y los reglamentos pueden tener un impacto importante en el entorno laboral y en el estrés. En los Estados Unidos no tenemos legislación nacional o reglamentos específicos sobre estrés. Hace diez años la OSHA propuso una normativa de mejoras ergonómicas en el trabajo y dichas disposiciones sí incluían directrices sobre factores de estrés como las horas extraordinarias, el ritmo de trabajo, el control del ritmo de trabajo a través de máquinas, los descansos y la rotación. (50). Sin embargo, lo primero que hizo la administración Bush en 2001 fue revocar esas reglas. Como resultado los sindicatos y sus aliados han solicitado a los gobiernos de los estados que aprobasen leyes para mejorar la salud laboral. Ahora varios estados tienen una legislación que establece una plantilla mínima de enfermeras en hospitales, la prohibición de las horas extraordinarias obligatorias (para el personal sanitario) y que permite a los trabajadores permisos remunerados por concepto de responsabilidades familiares (51).

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

Desde entonces se han aprobado una serie de legislaciones europeas, así como un acuerdo entre las federaciones sindicales y las organizaciones empresariales en 2004 (54). Pero, ¿qué diferencia hay entre las leyes nacionales (o internacionales) en cuanto a la salud de los trabajadores en diferentes países? Apenas disponemos de información para responder a esa pregunta.

No obstante, un estudio reciente comparó la salud de la población entre 55 y 64 años de edad en Inglaterra y en los Estados Unidos (55). En ambos países el riesgo de enfermedad aumentaba al descender los niveles educativos y los ingresos. Pero las personas en esta franja de edad en los Estados Unidos tenían un riesgo mucho mayor de padecer enfermedades cardiovasculares que en Inglaterra (este tipo de enfermedad es la mayor causa de muerte en los países desarrollados y está asociado al estrés en el trabajo), los niveles de tensión arterial eran similares en ambos países, pero los norteamericanos padecían más diabetes y tenían más fibrógenos en la sangre (lo que provoca el endurecimiento de las arterias) y mucho menos HDL (el colesterol bueno). ¿Por qué?

Norteamericanos y británicos en esta franja de edad tenían el mismo porcentaje de fumadores y de obesidad. Hay más obesidad en EEUU pero hay un mayor consumo de alcohol en Inglaterra, por lo que estos factores de riesgo "estándar" no explican las diferencias en la salud.

Las diferencias tampoco se debían a diferencias raciales, ya que el análisis se limitó a individuos de raza blanca (caucásicos). Los resultados eran similares entre hombres y mujeres y los resultados clínicos de laboratorio eran similares a las respuestas reflejadas en los cuestionarios.

La falta de un sistema nacional de salud pública en EEUU no parece explicar las diferencias. La mayoría de las personas con poder adquisitivo en EEUU tienen un seguro de salud e incluso ellos tienen peor salud (en algunos indicadores) que los británicos con menores ingresos. La desigualdad en ingresos, es decir, la diferencia de ingresos entre ricos y pobres es mayor en EEUU, esta diferencia está vinculada con una peor salud según demuestran varios estudios, y esa podría ser una posible explicación (55).

Sabemos que los británicos en los últimos 10 años de gobierno laborista han fortalecido su "red" de seguridad social y han realizado esfuerzos para contrarrestar el aumento de la desigualdad y la pobreza que tuvo lu-

gar en los años 80. El índice de pobreza en Inglaterra se ha reducido a la mitad desde 1997. El salario mínimo en el Reino Unido es el doble en valor al de Estados Unidos y los británicos con menores ingresos gozan de beneficios fiscales (56). Algo va terriblemente mal en el contexto económico y político de los Estados Unidos y yo creo que eso empieza a notarse en nuestra salud.

Finalmente creo que es importante señalar que los cambios en las legislación y la normativa y los cambios en el contexto económico y político pueden producirse a causa de los movimientos sociales.

Agradezco a mi amigo Jeffrey Johnson la información que me ha suministrado. Las organizaciones ecologistas, sindicales, comunitarias, religiosas, de mujeres y grupos pro derechos humanos conforman estos amplios movimientos sociales. Vinieron juntos al Foro Social Mundial en Porto Alegre, Brasil, en 2001. Las campañas mundiales impulsadas por estos grupos han llevado a pequeñas pero importantes mejoras en las condiciones de trabajo de cientos de fábricas en países en vías de desarrollo.

En la actualidad han tenido lugar protestas contra el Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos y Corea, organizadas por los trabajadores coreanos.

Una representante del sindicato coreano de trabajadores del metal ha declarado que este acuerdo "pone en peligro los salarios y condiciones de trabajo de los coreanos" y que "creará condiciones que restringirán el ejercicio de los derechos laborales". Dicha representante ha criticado el tratado por "antidemocrático" ya que tanto los trabajadores coreanos como norteamericanos ha quedado excluidos del proceso de toma de decisiones (57). Los acuerdos comerciales internacionales tienen consecuencias que afectan el entorno psicosocial en el trabajo, por lo tanto, deben ser objetivos adicionales de debate y acción.

Para concluir, espero que estos ejemplos de intervenciones, programas y políticas para reducir el estrés y mejorar la salud de los trabajadores os sean útiles. El programa de este foro contiene muchos de los puntos importantes de un programa más amplio de mejora de la salud y el entorno psicosocial. Me gustaría proponer que se incluyesen los siguientes puntos:

- Formar a los trabajadores, representantes sindicales y empresarios en el diseño de puestos de trabajo y una organización del trabajo saludable. Realizar investigaciones sobre el estrés, las tareas y puestos de alto riesgo.
- Realizar intervenciones en los lugares de trabajo para reducir los factores de estrés.
- Evaluar los efectos para la salud de las intervenciones y "experimentos naturales" realizados en el lugar de trabajo.
- Cuando sea posible, combinar la reducción del estrés con programas ergonómicos (prevención primaria) y con programas de promoción de la salud y de gestión del estrés (prevención secundaria).
- Promover (y evaluar los efectos para la salud de) los convenios colectivos sobre reducción del estrés.
- Promover (y evaluar los efectos para la salud de) la legislación y la normativa para mejorar la salud laboral y reducir la desigualdad social. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Last J. A Dictionary of Epidemiology. 1995.
2. Murphy L, Sauter S. Work Organization Interventions: State of Knowledge and Future Directions. *Soz.-Pravenivmed.* 2004;40:79-86.
3. LaMontagne A, Keegel T, Louie A, Ostry A, Landsbergis P. A Systematic Review of the Job Stress Intervention Evaluation Literature: 1990-2005. *International Journal of Occupational and Environmental Health* 2007;13:268-280.
4. Murphy LR. Stress management in work settings: A critical review of the health effects. *American Journal of Health Promotion* 1996;11:112-135.
5. Sorensen G, Stoddard A, Ockene JK, Hunt MK, Youngstrom R. Worker participation in an integrated health promotion/health protection program: Results from the WellWorks Project. *Health Education Quarterly* 1996;23:191-203.
6. Deutsch S. The contributions and challenge of participatory action research. *New Solutions* 2005;15(1):29-35.
7. Tunstall-Pedoe H, Connaghan J, Woodward M, al e. Pattern of declining blood pressure across replicate population surveys of the WHO MONICA project, mid-1980s to mid-1990s, and the role of medication. *BMJ* 2006;332:629-635.
8. Belkic K, Landsbergis P, Schnall P, Baker D. Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* 2004;30(2):85-128.
9. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The measurement of Effort-Reward Imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine* 2004;58(8):1483-1499.

10. Caruso C, Hitchcock E, Dick R, Russo J, Schmit J. Overtime and extended work shifts: Recent findings on illnesses, injuries, and health behaviors. Cincinnati, OH: NIOSH; 2004. Report No.: 2004-143.
11. Steenland K. Shift work, long hours, and CVD: A review. *Occupational Medicine: State-of-the-Art Reviews*. 2000;15(1):7-17.
12. Vahtera J, Kivimaki M, Pentti J, Linna A, Virtanen M, Virtanen P, et al. Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study. *BMJ* 2004;328(7439):555.
13. Greiner B, Krause N, Ragland D, Fisher J. Occupational stressors and hypertension: a multi-method study using observer-based job analysis and self-reports in urban transit operators. *Social Science and Medicine* 2004;59:1081-1094.
14. Benach J, Muntaner C, Benavides F, Amable M, Jodar P. A new occupational health agenda for a new work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 2002;28:191-6.
15. Kompier M. New systems of work organization and workers' health. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* 2006;32(6 (special issue)):421-430.
16. Landsbergis P, Schnall P, Pickering T, Warren K, Schwartz J. Lower socioeconomic status among men in relation to the association between job strain and blood pressure. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 2003;29(3):206-215.
17. Landsbergis P. The changing organization of work and the health and safety of working people: A commentary. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2003;45(1):61-72.
18. Kristensen T. Workplace intervention studies. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews* 2000;15(1):293-305.
19. Erikssen J, Knudsen K, Mowinckel P, Guthe T, Holm JPL, Brandtzaeg R, et al. Blodtrykksstigning hos stresseksponeerte industriarbeidere (Increase in blood pressure among stress exposed industrial workers). *Tidsskr Nor Laegeforen* 1990;110:2873-2877.
20. Landsbergis PA, Schnall PL, Deitz DK, Warren K, Pickering TG, Schwartz JE. Job strain and health behaviors: results of a prospective study. *American Journal of Health Promotion* 1998;12(4):237-245.
21. Rydstedt LW, Johansson G, Evans GW. The human side of the road: Improving the working conditions of urban bus drivers. *Journal of Occupational Health Psychology* 1998;3:161-171.
22. Orth-Gomer K. International epidemiological evidence for a relationship between social support and cardiovascular disease. In: Shumaker S, Czajowski S, editors. *Social support and cardiovascular disease*. New York: Plenum Press; 1994. p. 97-117.
23. Maes S, Verhoeven C, Kittel F, Scholten H. Effects of a Dutch work-site wellness-health program: the Brabantia Project. *Am J Public Health* 1998;88(7):1037-41.
24. Susman G, Evered R. An assessment of the scientific merits of action research. *Administrative Science Quarterly* 1978;23:582-603.
25. Israel B, Schurman S, House J. Action research on occupational stress: Involving workers as researchers. *International Journal of Health Services* 1989;19(1):135-155.
26. Gardell B, Gustavsen B. Work environment research and social change: current developments in Scandinavia. *Journal of Occupational Behavior* 1980;1:3-17.
27. McQuiston T. Empowerment evaluation of worker safety and health education programs. *American Journal of Industrial Medicine* 2000;38:584-597.
28. International Labour Organization. *Barefoot Research*. Geneva: International Labour Organization; 2002.
29. Poulsen K, Jensen S, Bach E, Schostak J. Using action research to improve health and the work environment for 3500 municipal bus drivers. *Educational Action Research* 2007;15(1):75-106.
30. Frumin E, Moriarty J, Vossenas P, Halpin J, Orris P, Krause N, et al. Workload-related musculoskeletal disorders among hotel housekeepers. New York: UNITE-HERE; 2006.
31. Lee P, Krause N. The impact of a worker health study on working conditions. *J Public Health Policy* 2002;23:268-285.
32. Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, Vezina M, Lower A. Development and Implementation of a Participative Intervention to Improve the Psychosocial Work Environment and Mental Health in an Acute Care Hospital. *Occupational and Environmental Medicine* 2006;63:326-334.
33. Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, Vezina M, Lower A. Effectiveness of a participatory intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Occupational and Environmental Medicine* 2006;63:335-342.
34. Cole D, Rivilis I, Van Eerd D, Cullen K, Irvin E, Kramer D. Effectiveness of participatory ergonomics interventions: A systematic review. Toronto, Ontario: Institute for Work & Health; 2005.
35. Karasek R, Theorell T. *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, NY: Basic Books; 1990.
36. Landsbergis PA, Cahill J, Schnall P. The impact of lean production and related new systems of work organization on worker health. *Journal of Occupational Health Psychology* 1999;4(2):108-130.
37. Gardell B. Worker participation and autonomy: a multilevel approach to democracy at the workplace. *Int J Health Services* 1982;12:527-558.
38. Melin B, Lundberg U, Soderlund J, Granqvist M. Psychophysiological stress reactions of male and female assembly workers: a comparison between two different forms of work organization. *Journal of Organizational Behavior* 1999;20:47-61.
39. Landsbergis P. Collective bargaining to reduce CVD risk factors in the work environment. *Occupational Medicine: State-of-the-Art Reviews* 2000b;15(1):287-292.
40. Landsbergis PA, Cahill J. Labor union programs to reduce or prevent occupational stress in the United States. *International Journal of Health Services* 1994;24:105-129.

41. AFL-CIO Working Women's Department. Bargaining Fact Sheet: Control Over Work Hours and Alternative Work Schedules. Washington D.C.: AFL-CIO Working Women's Department; 2001.
42. Grundy L, Bell L, Firestein N. Labor's Role In Addressing The Child Care Crisis. New York, NY: Foundation for Child Development; 1999.
43. Dones N, Firestein N. Labor's Participation in Work Family Issues: Successes and Obstacles. In: Beem C, Heymann J, editors. Learning from the Past - Looking to the Future. Racine, WI: The Work, Family and Democracy Project; 2002.
44. Office of Technology Assessment. The Electronic Supervisor: New Technology, New Tensions, OTA-CIT-333. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1987.
45. Gruber J. GPS monitoring and the global workforce. Labor and Employment Law Summer 2005.
46. Padgham J. Worker Cooperatives. Bulletin of the University of Wisconsin Center for Cooperatives 2002(5).
47. Semler R. The Seven Day Weekend. New York: Portfolio; 2003.
48. Ballve M. The silent revolution. Orion Magazine 2006(July/August).
49. Magnani E. El cambio silencioso. Buenos Aires, Prometeo, 2003.
50. Warren N. U.S. regulations for work organization. Occupational Medicine: State-of-the-Art Reviews 2000a;15(1):275-280.
51. Milkman R, Appelbaum E. Paid family leave in california: new research findings. In: The state of california labor 2004. Berkeley: University of California Press; 2004.
52. Levi L. Legislation to protect worker CV health in Europe. Occupational Medicine: State-of-the-Art Reviews 2000;15(1):269-273.
53. Levi L. Work stress and health: Research approaches and health promotion strategies. In: Araki S, editor. Behavioral medicine: An integrated biobehavioral approach to health and illness: Elsevier; 1992.
54. European Trade Union Confederation, Union of Industrial and Employers Confederations of Europe, European Association of Craft Small and Medium-Sized Enterprises, European Centre of Enterprises with Public Participation and of Enterprises of General Economic Interest. Framework agreement on work-related stress. In; 2004.
55. Banks J, Marmot M, Oldfield Z, Smith J. Disease and disadvantage in the United States and England. JAMA 2006;295(17):2037-2045.
56. Krugman P. Helping the Poor, the British Way. New York Times December 25, 2006.
57. Lim S. Korean Unionists Protest Free Trade Agreement with U.S. Labor Notes August 2007.