

COLABORACIÓN ESPECIAL

Recibido: 12 de mayo de 2021
 Aceptado: 7 de octubre de 2021
 Publicado: 17 de noviembre de 2021

IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO EN ESPAÑA(*)

María Ramos Montserrat (1), Sara Bueno Ruíz (1), Carolina González Broto (2), R. Panadès, Nuria de Lara Barloque (3), Inmaculada Barrero Través (4) y María Dolores Fernández Pérez (5)

(1) Direcció General de Salut Pública i Participació. Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears. Mallorca. España.

(2) Dirección General de Salud Pública. Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón. Zaragoza. España.

(3) Sub-direcció general de Promoció de la Salut. Secretaria de Salut Pública de la Generalitat de Catalunya. Barcelona. España.

(4) Dirección General de Trabajo. Consejería de Educación y Empleo de la Junta de Extremadura. Cáceres. España.

(5) Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. Sevilla. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

(*) **Financiación:** Este estudio se ha realizado con los recursos propios de la Direcció General de Salut Pública i Participació del Govern de les Illes Balears, con la ayuda de Sara Bueno, residente de cuarto año de Enfermería Comunitaria, sin financiación externa.

RESUMEN

Fundamentos: La promoción de la salud en el trabajo (PSLT) es un componente esencial de la política social y económica. Los objetivos fueron: 1) Determinar en qué comunidades autónomas (CCAA) existe un programa de PSLT y 2) Revisar dichos programas de acuerdo con los modelos de promoción de la salud y equidad en salud.

Métodos: Los programas se han identificado a través de la Ponencia de salud laboral. Se han revisado sus webs y se han entrevistado por videoconferencia las personas responsables de cada programa. Se ha utilizado un cuaderno de recogida de datos para recoger variables descriptivas y de calidad según los marcos de promoción de la salud y equidad.

Resultados: 6 CCAA tienen programa de PSLT: Andalucía, Aragón, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura y Galicia, desarrollados por la administración sanitaria, por la de trabajo o conjuntamente. 4 CCAA han desarrollado normativa para el programa y 3 han creado una red. La participación de los servicios de prevención de riesgos laborales es clave, mientras que la de las personas trabajadoras y equipos directivos es variable. Sólo 2 CCAA han incorporado información y materiales relacionados con la COVID-19. Se observan medidas para el fomento de la igualdad y conciliación laboral, pero no para fomentar la equidad.

Conclusiones: La PSLT en España es una realidad en 6 CCAA, con diferencias entre los programas, tanto en relación con los requisitos, como respecto a lo que les ofrece la administración.

Palabras clave: Promoción de salud, Trabajo, Salud laboral, Programas de salud, Equidad, Género.

ABSTRACT

Identification and review of health promotion at work programs in Spain

Background: Health promotion at work (HPW) is an essential component of social and economic policies. Objectives: 1) To determine which regions in Spain have a HPW program and 2) To review these programs according to health promotion and equity models.

Methods: Regional HPW programs were identified through occupational health committee. Their webs were reviewed, and we interviewed by videoconference the persons in charge of each program. We used a data collection notebook to collect descriptive as well as quality variables, according to health promotion and equity models.

Results: 6 regions have a HPW program: Andalucía, Aragón, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura and Galicia, developed by health administration or work administration, but only in 1 case by both. 4 programs have regulations and 3 have created a network. The participation of occupational risk prevention services is key, while participation of workers and management teams is variable. Only 2 regions have incorporated information and materials related to COVID-19. Measures to promote equality and work-life balance, but not to promote equity.

Conclusions: HPW in Spain is a reality in 6 regions, with differences between them related to the requisites and what the administration offers to them.

Key words: Health Promotion, Work, Occupational health, Health programs, Equity, Gender.

Correspondencia:
 María Ramos
 Direcció General de Salut Pública i Participació
 Conselleria de Salut i Consum
 Govern de les Illes Balears
 C/ Jesus, 38A
 07010 Palma de Mallorca, España
 mramos@dgsanita.caib.es

Cita sugerida: Ramos Montserrat M, Bueno Ruíz S, González Broto C, Panadès R, De Lara Barloque N, Barrero Través I, Fernández Pérez MD. Identificación y revisión de los programas de promoción de la salud en el trabajo en España. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 17 de noviembre e202111177.

INTRODUCCIÓN

La promoción de la salud, enunciada en la Carta de Ottawa de 1986, continúa siendo un marco vigente para el desarrollo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), tal como se reconoció en la Declaración de Shanghái de 2016⁽¹⁾. El ODS 8 establece una clara relación entre crecimiento económico sostenible y empleo decente para todas las personas. De hecho, la promoción de la salud en el lugar de trabajo (PSLT) ha sido reconocida por la Unión Europea como un componente esencial de la política social y económica⁽²⁾.

La PSLT implica dar un paso más al enfoque tradicional de prevención de riesgos laborales, que pone el foco en evitar accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, ya que supone mirar hacia la salud y hacia los determinantes sociales de la salud. Existen evidencias de que los programas de PSLT tienen beneficios para la salud de las personas trabajadoras⁽³⁾. De acuerdo con la Red Europea para la Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP en inglés), por cada euro invertido hay un retorno de entre 2 y 5 euros en absentismo y de entre 2% y 6% en costes de enfermedad. El retorno de la inversión de estos programas puede ser del 138%, aunque varía mucho en función de su calidad⁽⁴⁾. Los beneficios para las empresas de estos programas son mayores cuando la PSLT contribuye a la misión de la empresa, y se alinea y sirve a las prioridades de la empresa a corto y largo plazo⁽⁵⁾.

De acuerdo con la Declaración de Luxemburgo, firmada en 1997 por la ENWHP, *“La promoción de la salud en el lugar de trabajo 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. Eso se puede conseguir: mejorando la organización y las condiciones de trabajo, promoviendo la participación activa y fomentando el desarrollo individual”*⁽⁶⁾. En la

situación actual de crisis mundial, tenemos algunas pistas de cuáles son los aspectos que deberían abordarse⁽¹⁾.

En España, una de las primeras iniciativas relacionadas con la PSLT se materializó en el proyecto: Promoción de la salud en el lugar de trabajo: empresas generadoras de salud, desarrollado por el Grupo de trabajo de Salud Laboral, actualmente Ponencia de Salud Laboral, de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con representación de todas las comunidades autónomas (CCAA) y bajo la coordinación del Ministerio de Sanidad. En 2013, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) puso en marcha el proyecto Empresas saludables⁽⁷⁾, inspirado en la ENWHP, y ha creado una Red Española de Empresas Saludables (REES). Cada año realiza un encuentro donde se entrega un reconocimiento de buenas prácticas. Nos preguntamos cuál es el grado de desarrollo de la PSLT en las distintas comunidades autónomas.

La pandemia producida por el SARS-CoV-2 está teniendo importantes consecuencias sociales y económicas, que han afectado de forma dramática a las organizaciones empresariales y a la población trabajadora⁽⁸⁾. Las empresas han tenido que desarrollar planes para adoptar las medidas impuestas por las autoridades sanitarias para la prevención de la COVID-19. Está por ver aún si estas medidas preventivas serán temporales, o si algunas de ellas han llegado para quedarse. En este contexto, la PSLT podría ser útil para contribuir a superar esta crisis sanitaria, social y económica.

Los objetivos de este proyecto son: 1) Determinar en qué comunidades autónomas existe un programa de PSLT y 2) Revisar dichos programas de acuerdo con los modelos de la promoción de la salud y de la equidad en salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal de revisión documental, desarrollado en 3 fases: 1) Identificación de las CCAA que tienen programa de PSLT; 2) Revisión de la documentación accesible en Internet de dichos programas y 3) Entrevistas por videoconferencia con las responsables de estos programas de PSLT en cada CCAA.

Fase 1: Se contactó por correo electrónico con las personas representantes de la Ponencia de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial de Salud, para preguntarles si su CCAA tenía un programa de PSLT y, en ese caso, pedirles el nombre y datos de contacto de la o las personas responsables de dicho programa, así como su página web.

Fase 2: Se revisó la documentación disponible en la página web de los programas autonómicos de PSLT identificados. El instrumento utilizado fue un cuaderno de recogida de datos en Excel, elaborado por dos investigadoras del equipo, a partir de la revisión bibliográfica, así como de su experiencia en promoción de la salud. Durante la revisión, se recogieron además las dudas que fueron surgiendo. Con éstas, así como con la información faltante en las páginas web, se diseñó un guion de entrevista para cada CCAA.

Fase 3: Se contactó por correo electrónico o por teléfono con las personas responsables de los programas autonómicos de PSLT para concertar una entrevista por videoconferencia. Para dichas entrevistas, se utilizó el guion elaborado en la etapa anterior. Las entrevistas fueron realizadas por dos investigadoras del equipo y se hicieron a la persona responsable del programa, que en ocasiones estuvo acompañada de su jefe de servicio o de otra persona de su equipo. Durante las entrevistas, se tomaron notas de campo.

La información recogida se puede agrupar en dos bloques: uno descriptivo y otro sobre la calidad del programa desde el punto de vista de la promoción de la salud y la equidad en salud, para el cual nos hemos inspirado en: la carta de Ottawa⁽⁹⁾, el modelo de determinantes sociales de la salud de Dahlgren y Whitehead⁽¹⁰⁾ y el modelo de equidad propuesto por la Organización Panamericana de Salud (OPS)⁽¹¹⁾. Las variables utilizadas han sido las siguientes:

Descriptivas: Nombre del programa; administraciones implicadas; año de inicio; existencia de documento de programa; existencia de cuestionario de autoevaluación; normativa que respalde el programa; existencia de una red; número de empresas adheridas y criterios para la acreditación como empresa promotora de salud.

De calidad: Participación de los distintos actores: personas trabajadoras y sus representantes, equipo directivo, Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL); participación comunitaria; incorporación de la perspectiva de género; incorporación de la perspectiva de equidad; tipos de acciones de acuerdo a las áreas de intervención de Salud Pública (prevención de enfermedades; promoción de la salud; protección de la salud); evaluación (proceso y resultados), tanto del programa en su conjunto, como de los proyectos de cada empresa adherida y, por último, inclusión de acciones específicas frente a la COVID-19.

Análisis: La información recogida en el cuaderno de recogida de datos (fase 2) y las notas de campo de las entrevistas a las personas responsables de los programas autonómicos de PSLT (fase 3) ha sido posteriormente sintetizada en dos tablas (información descriptiva y calidad de los programas), que se han devuelto a las personas responsables de los programas autonómicos de PSLT, para su revisión. Además, se han incorporado a los resultados otros

aspectos recogidos en las notas de campo no incluidos inicialmente en el cuaderno de recogida de datos.

RESULTADOS

Se han identificado 6 CCAA con programa de PSLT, por orden alfabético: Andalucía, Aragón, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura y Galicia. Las 6 CCAA accedieron a la entrevista por videoconferencia en todos los casos, excepto en uno, que se realizó por teléfono. Las principales características de los programas se muestran en la [tabla 1](#).

Sólo en una CCAA el programa ha sido desarrollado conjuntamente por Salud Pública y Trabajo. En tres CCAA el programa lo ha desarrollado Salud Pública y en dos, Trabajo.

El programa más antiguo es el de la Comunidad Valenciana, de 2005, que está en proceso de renovación, en el que se da un paso más en Promoción de la Salud, ya que se va a pasar de ofrecer a las empresas los programas de la Dirección General de Salud Pública a promover la autonomía de las empresas para desarrollar su proyecto de salud. En Galicia, el programa se integra en el marco de la Responsabilidad Social Corporativa y de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Cuatro de las seis CCAA tienen documento de programa, aunque sólo en dos es de acceso libre. En Galicia es necesario hacer previamente el cuestionario de autoevaluación. En el resto de CCAA, los fundamentos del programa están explicados en la página web, en la normativa o el modelo consiste en un conjunto de subprogramas temáticos, que están disponibles en la web.

Cinco de las seis CCAA tienen una normativa que respalda estos programas. Dos de las seis CCAA han creado una red de empresas para favorecer el intercambio de experiencias.

La de Andalucía se dirige a los centros de trabajo de toda la CCAA, mientras que la de Aragón está abierta a cualquier empresa que desarrolle su actividad o parte de ella en la CCAA, si tiene al menos un centro de trabajo en Aragón. Extremadura, en cambio, ha optado por crear una red de personas, formada tanto por empresarios o empresarias o persona trabajadoras interesadas en promover la mejora de las condiciones de trabajo, la reducción de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales.

Tres CCAA con programa de PSLT, tienen un cuestionario inicial de autoevaluación. En dos casos es de elaboración propia, y tienen 11 y 12 ítems. Aragón, en cambio, requiere la adhesión a la Declaración de Luxemburgo, y para dicha adhesión utiliza un cuestionario online proporcionado por el INSST, con 27 ítems. En los tres cuestionarios, se evalúan: el interés del equipo directivo en la Promoción de la salud; la participación de las personas trabajadoras; las actividades de prevención de riesgos laborales y las actividades de promoción-prevención-protección en diferentes ejes temáticos (alimentación saludable, actividad física, bienestar emocional, prevención de adicciones...). En el propuesto por el INSST se incluyen otros aspectos (planificación, desarrollo y evaluación) de las acciones de promoción de la salud.

Los criterios para la acreditación como Empresa promotora de salud son variables. Probablemente Cataluña es la CCAA más exigente, ya que requiere una puntuación mínima en otro cuestionario, específico para la acreditación, aunque no para adherirse a la red, sino para acreditarse, en cualquiera de los cuatro niveles establecidos: miembro, bronce, plata y oro.

Algunos programas han incorporado a los hospitales, centros de salud y universidades; centros comarcales de Salud Pública, así como distritos sanitarios y otros centros de la administración autonómica como empresas promotoras de salud.

Tabla 1
Descripción de los programas autonómicos de Promoción de la salud en el lugar de trabajo.

CCAA	Título programa	Administraciones implicadas	Año inicio	Documento programa	Normativa	Red	Número empresas	Cuestionario	Criterios para la acreditación
Andalucía	“Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo (PSLT)”	Consejería de Salud y Familias	2008	Sí	Sí	Sí	200	Sí	Firma de un compromiso de adhesión. Participan en proyecto europeo (Chrodis+) donde se están desarrollando criterios.
Aragón	“Red Aragonesa de Empresas Saludables (RAES)”	Dirección general de Salud Pública e Instituto Aragonés de Seguridad y Salud Laboral (Dirección General de Trabajo)	2018	Sí	Sí	Sí	24	Sí	Certificado de adhesión a la Declaración de Luxemburgo, un año de antigüedad y la inexistencia de sanciones muy graves y firmes por parte de Inspección de Trabajo y Seguridad Social en los dos últimos años en materia de PRL, así como por parte de las Inspecciones Sanitarias.
Cataluña	“Empresa promotora de salud”	Secretaria de Salut Pública	2017	No	Sí	No	14	Sí	Se exige cumplimiento normativo de prevención y una puntuación mínima en cuestionario.
Comunidad Valenciana	“Empresas generadoras de salud”	Dirección General de Salud Pública	2005	Sí	Sí	No	315	No	Se exige cumplimiento normativa prevención. Firma de formulario.
Extremadura	“Red Extremeña de Agentes Promotores de Seguridad y Salud en el Trabajo (REAPSST)”	Dirección General de Trabajo	2017	No	Sí	Sí	120	No	Firma de formulario.
Galicia	“Emprega Saludable”	Instituto de Seguridade e Saúde Laboral y Consellería d’Emprego e Igualdade	2017	Sí	No	No	-	Sí	No, aunque recomienda: Declaración de Luxemburgo, Certificado de Empresa Saludable o Empresa Familiarmente Responsable.

También es interesante ver cómo empezaron algunos de estos programas: En la Comunidad Valenciana el marco fue su *Plan de Salud 2001-2004*, dentro de la cooperación intersectorial, para estrechar la cooperación entre la estrategia de salud en el trabajo y la de salud pública. En Cataluña empezaron a trabajar con PYMEC, en una caja de herramientas, y posteriormente el programa se desarrolló en el marco de su Plan Interdepartamental e Intersectorial de Salud Pública (PINSAP). En Andalucía, fue a partir de una iniciativa para crear centros de trabajo sin humo, y luego fueron ampliando los temas. En Aragón, la red surgió porque existía una colaboración previa de la administración laboral con la REES del INSST, y a partir de propuestas planteadas por una sociedad profesional y la administración sanitaria. En el apéndice se ha incluido el cuaderno de recogida completo, con información adicional de cada programa.

En la **tabla 2** se presentan los resultados de la calidad de los programas, donde se puede observar cómo los servicios de prevención de riesgos laborales (SPRL) tienen un papel clave para promover estos programas, así como para asesorar a las empresas durante su desarrollo. En cambio, la participación de las personas trabajadoras y de los equipos directivos es variable, en un abanico que iría desde estar informadas/os a participar en todas las fases, desde la planificación hasta la evaluación.

La participación comunitaria o establecimiento de lazos con las entidades y otros recursos locales se interpreta como un vínculo con los servicios sanitarios o como el apoyo

financiero a dichas entidades o recursos, no como la apertura de la empresa y su integración en el barrio o pueblo en el que está ubicada.

Con respecto a la inclusión de la perspectiva de género, cuatro de las seis CCAA utilizan un lenguaje inclusivo. Vemos que en la mayoría de CCAA se está incorporando la igualdad y la conciliación laboral y familiar como áreas de trabajo. Con respecto a la perspectiva de equidad, tres CCAA tienen planes específicos para determinadas subpoblaciones y una plantea a las empresas que ellas diseñen planes para los colectivos vulnerables.

En relación con la evaluación, se refiere a la evaluación que cada empresa debe hacer de su proyecto de PSLT, proponiéndole en algunos casos indicadores de proceso o resultados, pero sólo en una CCAA se hace referencia a la evaluación del conjunto del programa autonómico.

El intercambio de experiencias entre las empresas adheridas a estos programas se fomenta principalmente mediante jornadas, donde se entregan diplomas o premios, y se publica el nombre de las empresas galardonadas. Andalucía tiene una plataforma web de acceso restringido donde las empresas pueden comunicarse entre sí y pueden descargarse informes, datos estadísticos y las presentaciones de los talleres.

Por último, llama la atención que sólo dos de las seis CCAA han incorporado información y materiales relacionados con las medidas preventivas frente a la COVID-19.

Tabla 2
Evaluación de los programas de Promoción de la salud en el lugar de trabajo.

CCAA	Participación			Participación comunitaria	Género	Equidad	Evaluación	
	Personas trabajadoras	SPRL	Equipo directivo				Proceso	Resultados
Andalucía	Se cuenta con su opinión para decidir en qué temas trabajar.	Para el desarrollo y continuidad.	Tiene que estar en la sesión de presentación.	Acceso a servicios de la Junta: centros sanitarios, teléfonos de información, acceso a Planes y Programas.	Lenguaje inclusivo. Reconoce la doble carga de la mujer. Medidas de conciliación.	No.	Cuestionario de satisfacción con los talleres.	No.
Aragón	Parte activa en la toma de decisiones.	A veces son los SPRL quienes promueven el programa. Asesoría.	Análisis necesidades empresa y organización proyecto.	Diferentes vías de interacción de la empresa con su comunidad.	Lenguaje inclusivo. La igualdad y conciliación es una de las áreas de trabajo que se proponen.	Gestión de personas trabajadoras con enfermedades crónicas y diversidad funcional.	Cada empresa tiene que evaluar su programa.	Cada empresa tiene que evaluar su programa.
Cataluña	Desde la planificación de las acciones.	Asesoría en materia de riesgos laborales.	Transmiten la información a las personas trabajadoras.	No.	Lenguaje no inclusivo.	Menús para personas hipertensas, diabéticas, celíacas.	Se recomienda evaluar la aceptación de cada subprograma.	Se recomienda evaluar el impacto de cada subprograma.
Comunidad Valenciana	2019: Implicar organizaciones sindicales para la formación de personas trabajadoras.	2005: Colabora campañas 2019: Asesoramiento. Colaboración en evaluación.	2019: Con el empuje de la dirección de la empresa.	Vías formales de colaboración con los servicios sanitarios públicos, tanto de Primaria como de Especializada.	2005: Lenguaje inclusivo 2019: Asesorará Salud Pública.	2005: Programas para mujer (maternidad, osteoporosis, climaterio); pacientes VIH, oncológicos 2019: Asesorará Salud Pública.	Del programa (% SPRL que realizan tratamiento tabaquismo).	Del programa (% accidentes de trabajo e itinere en empresas adheridas).
Extremadura	Se inscriben personas, no empresas, y pueden ser personas trabajadoras.	No.	Se inscriben personas, no empresas, y pueden ser personas empresarias.	No.	Lenguaje no inclusivo.	No.	No.	No.
Galicia	Escuchar sus ideas y opiniones e implementarlas, de las personas trabajadoras y de sus representantes.	Escuchar sus ideas y opiniones e implementarlas.	Análisis de la empresa e implementación del programa.	Dar soporte financiero a las causas significativas para la comunidad.	Lenguaje inclusivo, diversidad de género, representación equitativa.	Incluir planes de igualdad y de integración de colectivos vulnerables (con discapacidades).	Se le proponen a la empresa indicadores (satisfacción) y repetir el cuestionario.	Se le proponen a la empresa indicadores (tasa absentismo, recursos destinados a este programa...).

DISCUSIÓN

Algunas CCAA han desarrollado programas de PSLT, inspirados en el modelo de la ENWHP, promovido por el INSST. El concepto que subyace tras la denominación de empresa saludable, empresa promotora de salud o empresa generadora de salud implica que la empresa no sólo favorece un estilo de vida saludable para las personas que trabajan en ella, sino que se transforma en un entorno favorecedor de la salud, para las personas trabajadoras, pero también para sus clientes, y para la comunidad (barrio, pueblo) de la que forma parte.

Hemos observado que la mayoría de los programas de PSLT en nuestro país han sido impulsados bien por Administración sanitaria, o bien por la Administración laboral. Sólo en Aragón la Administración laboral y Salud pública han desarrollado este programa conjuntamente. Teóricamente, esta colaboración sería lo ideal, ya que las dos administraciones poseen bagajes y capital social complementarios. Mientras que la Administración laboral está cerca de las empresas, tiene el conocimiento sobre prevención de riesgos laborales, prerequisite indiscutible para la PSLT y debe vigilar su cumplimiento, Salud pública puede ofrecer una perspectiva más amplia de la salud, que incluye el marco teórico de la promoción de la salud y de la equidad en salud, así como aspectos de epidemiología, prevención de la enfermedad y protección de la salud. De hecho, en alguna CCAA como Navarra, Salud pública y Salud laboral están unidas en la misma institución: el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra⁽¹²⁾. A nivel nacional, esta coordinación entre administraciones sanitaria y laboral ya existe, tanto en la REES, como a través de la Ponencia de Salud Laboral.

Sin embargo, el impulso de salud pública y/o salud laboral no es el único modelo para la PSLT. En Euskadi, la está impulsando

Innobasque, a través de la red GOSASUN⁽¹³⁾, que se define como un movimiento socioeconómico para fomentar hábitos de vida saludable en los distintos entornos sociales. Innobasque es el principal órgano de coordinación del Sistema Vasco de Innovación, creado para apoyar el proceso de implementación de la política de ciencia, tecnología e innovación de Euskadi, dirigida directamente desde la lehendakaritzza, lo que pone de relieve el respaldo político que tiene este programa. Otros programas de PSLT también lo han conseguido. En la Comunidad Valenciana, por ejemplo, el presidente de la comunidad habló de él durante el discurso del estado de la comunidad en 2019. De la misma forma que el apoyo decidido del equipo directivo es uno de los elementos que garantizan el éxito de los programas de PSLT en las empresas⁽¹⁴⁾, podemos plantear la hipótesis de que el apoyo político también lo es para el éxito de un programa de PSLT autonómico o nacional.

La participación de las personas trabajadoras es otro de los elementos que garantizan el éxito de los programas de PSLT⁽¹⁴⁾, y ésta no puede consistir sólo en que la población trabajadora esté informada o pueda opinar, sino que debe poder influir en todas las fases del proceso, desde el diseño del programa hasta su evaluación y revisión. Es lo que se ha llamado participación transformadora, y pasa por reconocer que la participación tiene que ser una política de la empresa⁽¹⁵⁾. Lo mismo se puede aplicar cuando las personas que participan son representantes sindicales de las personas trabajadoras.

Otro elemento estratégico para los programas de PSLT y, en general, para los programas de promoción de la salud basados en la creación de entornos saludables, es el desarrollo de redes⁽¹⁶⁾, para favorecer la diseminación y el intercambio de experiencias. A escala nacional, el INSST lo está haciendo a través de la REES. Hemos visto que algunos de los programas autonómicos de PSLT se han constituido

como red, y otros como el de Galicia se lo están planteando. En este sentido, quizás sería bueno que el INSST y la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad potenciaran la creación de una red de redes de empresas promotoras de salud, para favorecer el desarrollo de estos programas en todas las CCAA, así como el intercambio de experiencias no solo entre empresas, sino también entre programas.

Respecto a la incorporación de la perspectiva de género, hemos querido diferenciarla de la perspectiva de equidad, aunque en sentido estricto el género sería uno de los ejes de equidad, porque en nuestro país existen políticas específicas de igualdad de género⁽¹⁷⁾, que no existen para la equidad. Aunque queda camino por recorrer, hemos observado que, en relación con el género, se ha avanzado en algunas CCAA, que incluyen programas para la conciliación laboral y familiar. En cambio, la perspectiva de equidad sólo se contempla de forma muy parcial en algunos de los programas, donde se presta especial atención a personas con patologías crónicas, se desarrollan programas específicos para las mujeres o se recomienda hacer planes específicos para personas con discapacidades. El Ministerio de Sanidad ha colaborado en el desarrollo del modelo innov8 de la Organización Panamericana de Salud⁽¹¹⁾ para integrar la equidad en los programas de salud, que podría ser útil para los programas existentes, y que vamos a utilizar en Illes Balears desde el diseño de nuestro programa. La crisis sanitaria de la COVID-19 está poniendo en jaque tanto a las instituciones como a las empresas, y la incorporación de la perspectiva de equidad en las empresas se hace más necesaria que nunca.

Para hacer frente a la pandemia de la COVID-19, el Ministerio de Sanidad, en colaboración con las CCAA, el Ministerio de Trabajo y Economía Social, la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones y

el Instituto Nacional de la Seguridad Social, han elaborado distintos protocolos, como el Procedimiento de actuación para los Servicios de Prevención de Riesgos laborales frente a la infección con SARS-CoV-2⁽¹⁸⁾, así como otros específicos para distintos ámbitos laborales. En nuestro estudio, llama la atención que sólo dos CCAA han incorporado la información y materiales para la prevención de la COVID-19 en la web de los programas, lo que consideramos una oportunidad perdida para trabajar la salud de forma global, siguiendo el modelo de promoción de la salud y de los objetivos de desarrollo sostenible. Una prueba de ello podría ser que en el V Encuentro de la REES, organizado de forma telemática por el INSST y el Gobierno de Aragón el pasado 1 de diciembre de 2020, algunas de las empresas que participaron manifestaron como el hecho de tener un programa de PSLT les había ayudado a afrontar la crisis y a poner en marcha de forma más efectiva las medidas de prevención y protección de la salud requeridas. La PSLT no es una panacea, y tampoco puede ser una excusa para no cumplir con la legislación en materia de prevención de riesgos laborales, pero creemos que puede generar espacios dentro de la empresa y en relación con su entorno que sabemos que pueden favorecer y proteger tanto a la salud de las personas trabajadoras⁽³⁾, como a la propia empresa⁽⁵⁾.

Por último, la evaluación de los programas de PSLT en España se basa en proponer baterías de indicadores a las empresas para que éstas evalúen sus planes de acción. Algunos de estos indicadores son de proceso y otros de resultado. En cambio, no se promueve la utilización combinada de métodos cuantitativos y cualitativos, ni tampoco hemos encontrado información acerca de la evaluación global de estos programas, excepto en la Comunidad Valenciana.

Limitaciones del estudio: Están relacionadas con la metodología empleada, ya que no

siempre está publicada toda la información disponible en las webs institucionales, y menos aún en revistas científicas. Hay que ser conscientes también del largo proceso desde la elaboración de un programa hasta que éste está disponible para las personas o colectivos que lo van a desarrollar. Por ejemplo, el nuevo programa de PSLT de la Comunidad Valenciana, que se pilotó durante 2019 en los centros comarcales de Salud Pública, está aún pendiente de su presentación oficial.

Conclusiones: La PSLT en España es una realidad en 6 CCAA. En el contexto actual, parece oportuno invertir en el desarrollo de estos programas.

La creación de redes y el papel central de los servicios de prevención de riesgos laborales emergen como los puntos fuertes de los programas de promoción de la salud en el trabajo en España.

En cambio, la participación de la población trabajadora y de los equipos directivos, la vinculación de la empresa con su entorno, la incorporación de la perspectiva de género y de equidad, así como su evaluación, se han mostrado como puntos débiles de estos programas.

AGRADECIMIENTOS

A Rafael Palmer, del Institut de Seguretat i Salut laboral de les Illes Balears, porque fue quién tuvo la idea inicial; a Elena Cabeza Irigoyen, jefa del Servei de Promoció de la salut de les Illes Balears, por su apoyo incondicional y a José Manuel Aranda Regules, por su lectura crítica del artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Disponible en: <https://www.who.int/healthpromotion/>

conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf [consultado el 27/11/20].

2. Breucker G, BKK Bundesverband, Schoer A. Promoción de la salud eficaz en el lugar de trabajo. En: La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Un informe de la Unión Internacional de Promoción de la salud y Educación para la salud para la Unión Europea. Parte 2. Versión traducida por la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología, de la Dirección General de Salud Pública y Consumo, del Ministerio de Sanidad y Consumo. España. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte_2.pdf [consultado el 27/11/20].

3. Burton J. Entornos laborales saludables: Fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo. Versión traducida por la PAHO. Disponible en: https://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf [consultado el 27/11/20].

4. Crane M, Bohn-Goldbaum E, Lloyd B, Rissel C, Bauman A, Indig D, Khanal S, Grunseit. Evaluation of Get Healthy at Work, a statewide workplace health promotion program in Australia. *BMC Public Health*. 2019;19:183.

5. De Greef M, Van den broek K, Prevent, NCO Belgium. Healthy Employees in Health Organisations. Making the case for Work Health Promotion. Analysis of the effects of WHP. Bruselas: ENWHP, 2004. Disponible en: https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/10/26/7_making_the_case.pdf [18/12/20].

6. Declaración de Luxemburgo. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/581928/Declaracion+de+Luxemburgo.pdf/3a8c8964-8f45-4a18-916c-11c6ba2cfbd1> [consultado el 27/11/20].

7. Red Española para la Seguridad y Salud en el Trabajo. Disponible en: <https://www.insst.es/red-espanola-de-empresas-saludables> [consultado el 27/11/20].

8. Kniffin KM, Narayanan J, Anseel F, Antonakis J, Ashford SP, Bakker AB, Bamberger P, Bapuji H, Have DP, Choi VK, Creary SJ, Demerouti E, Flynn FJ, Gelfand MJ, Greer LL, Johns G, Kesebir S, Klein PG, Lee SY, Ozcelik

- H, Petriglieri JL, Rothbard NP, Rudolph CW, Shaw JD, Sirola N, Wanberg CR, Whillans A, Wilmot MP, Vugt M. COVID-19 and the workplace: Implications, issues, and insights for future research and action. *Am Psychol*. 2020 Aug 10. doi: 10.1037/amp0000716. Online ahead of print.
9. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Una Conferencia internacional sobre la Promoción de la salud. Ottawa (Ontario), Canadá: 17-21 noviembre 1986. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf> [consultado el 03/12/20].
10. Dahlgren D, Whitehead M. Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población - Parte 2. Disponible en: <https://www.mschs.gov.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/estrategiasDesigual.pdf> [consultado el 03/12/20].
11. El enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA3.0IGO. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34933/9789275319772_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y [consultado el 03/12/20].
12. Decreto Foral 63/2012, de 18 de julio, por el que se crea y se aprueban los estatutos del organismo autónomo Instituto de Salud Pública y Labora de Navarra. En: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/8933F9B9-D0C4-478E-9EB8-DCC3F3E2439C/230427/Decreto_Foral_63_2012_ISPLN1.pdf [consultado el 14/12/20].
13. GOSASUN. En: <https://www.innobasque.eus/microsite/trayectoria/proyectos/gosasun/> [consultado el 14/12/20].
14. Rojatz D, Merchant A, Nitsch M. Factors influencing workplace health promotion: a qualitative systemic review. *Health Promot Int*. 2017;32:831-839.
15. White SC. Depoliticising development: the uses and abuses of participation. *Development in Practice*, 1996;6(1):6-15. Disponible en: <https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/121451/bk-development-ngos-civil-society-010100-en.pdf?sequence=8#page=143> [consultado el 03/08/20].
16. Dietscher C. How can the functioning and effectiveness of networks in the settings approach of health promotion be understood, achieved, and researched? *Health Promot Int*. 2017;32:139-48.
17. Ley orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y Hombres. «BOE» núm. 71, de 23 de marzo de 2007. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-6115-consolidado.pdf> [consultado el 18/12/20].
18. Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad. Procedimiento de actuación para los Servicios de Prevención de Riesgos laborales frente a la infección con SARS-CoV-2. Disponible en: https://www.mschs.gov.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Proteccion_Trabajadores_SARS-CoV-2.pdf [consultado el 09/08/21].