

Enfoque para Justificar la Promoción y Prevención como Medios en la Erradicación del Sedentarismo desde el Ámbito Laboral

An Approach to Justify Promotion and Prevention as means of Reducing Sedentary Activity in the Workplace

Mariely Ramos Piñero ¹

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), definió el sedentarismo como la ausencia de la actividad física necesaria para que el organismo humano se mantenga en un estado, saludable y lo ubica como un factor de riesgo y causa del incremento de la mortalidad, morbilidad y discapacidad en el mundo actual.

Como se sabe, el sedentarismo es un factor de riesgo independiente que puede ser estudiado en su esencia como un fenómeno de la vida contemporánea que tiende a arraigarse en los individuos como actores sociales, condicionados por factores de índole social, cultural, económicos y laborales, que causan efectos directos e indirectos en el ámbito fisiológico, psicológico y social de las personas y, representan por su magnitud y trascendencia un problema de salud social al condicionar y agravar enfermedades no transmisibles como las afecciones cardiovasculares (reconocidas a nivel mundial como la primera causa de mortalidad) las patologías osteomusculares, el cáncer, la diabetes y la obesidad, entre otras.

Venezuela no escapa de tener una incidencia alta en enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades osteomusculares son la principal causa de morbilidad en el medio laboral, así lo reporta el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral (INPSASEL), para los años 2005 al 2007, y la obesidad es otro fenómeno evidente con una incidencia alta en toda la población. Existe un paralelismo creciente entre obesidad y tasa de sedentarismo de la población (Bensimhon, Krraus & Donahue, 2006) y el sedentarismo o falta de actividad física casi siempre está presente acompañando a todas las enfermedades crónicas.

En la realidad que nos circunda como país Latinoamericano, se habla que Venezuela es una región

señalada por ser injusta o inequitativa en lo que respecta a la eficiencia de la distribución de los ingresos, las oportunidades de trabajo en la población y por otro lado, se advierte una gran deficiencia en las estrategias de llevar el conocimiento a todos y cada uno de los actores sociales. En el ámbito de salud este fenómeno se hace incuestionable en todos sus contextos, trayendo como consecuencia que no sea posible alcanzar uno de los derechos fundamentales de todo ser humano como es “el disfrute del máximo nivel de salud posible...” (OMS, 2007).

Al enfocar la problemática de la salud en el medio laboral según la definición dada por The Hastings Center (1996), como una experiencia de bienestar e integridad del cuerpo y de la mente, caracterizada por una aceptable ausencia de condiciones patológicas y consecuentemente, por la capacidad de la persona para perseguir sus metas vitales y para funcionar en su contexto social y laboral habitual, donde el trabajo es un aspecto fundamental, nos damos cuenta que aún cuando los trabajadores cuentan con un empleo, la mayoría de ellos tienen condiciones de salud determinadas por una realidad precaria, expresada en jornadas de trabajo extensivas, bajos salarios, exposición a riesgos que atentan contra su salud y bienestar, además de tener limitadas las acciones de prevención y protección de la salud laboral y general.

Al visualizar esos trabajadores en su contexto familiar, se detecta que su núcleo familiar se encuentra por debajo de mínimos aceptables en seguridad, alimentación, educación, vivienda, condiciones ambientales y hábitos. Por tanto, es imperativo establecer prioridades, reflexionar y establecer el diálogo entre distintas disciplinas, emitir juicios de valor, revisión crítica permanente y sentido moral profundo a través de un proceso cultural basado en la educación, que tienda

¹ Médica especialista en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Centro de Investigaciones Ergológicas. Unidad de Investigación Calidad de Vida. E-mail: ramosmariely@yahoo.es

a capacitar a las personas para desenvolverse en su medio, otorgándoles herramientas para: la gestión de su realidad, la convivencia y la participación activa en los distintos escenarios sociales (Fracapani, 2005).

Se concibe a la empresa como un medio y fin en si misma, con capacidad de crear una cultura organizacional y con influencia directa en la calidad de vida de sus empleados y de la sociedad en general, la cual aportaría avances significativos en la promoción y prevención de factores de riesgos que deterioran la salud, siendo uno de ellos el punto focal de este ensayo: el sedentarismo.

En esta investigación se parte de la premisa que los sistemas sanitarios y las prácticas de salud en los niveles de atención pública y privada han tenido tradicionalmente casi como único objetivo la enfermedad y han dirigido sus esfuerzos hacia el perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos para el abordaje de las patologías establecidas, prestando poca o nula atención a la prevención, la conservación y promoción de la salud y quedando desasistida la atención al sedentarismo o inactividad física; situación ésta a la que no escapa la atención que se ha venido fomentado en los servicios de salud del medio laboral. En tal sentido, resulta preciso contextualizar desde la bioética el problema del sedentarismo y después justificar el contenido legal que sirve de apoyo para sustentar algunas estrategias organizacionales con respecto a este problema. El objetivo general de este ensayo se basa en justificar a través de un enfoque sanitarista, bioeticista y legal la promoción y prevención como argumento para erradicar el sedentarismo en el ámbito laboral.

El punto de vista Sanitarista y de la Salud Pública

A partir de la década de los setenta, sobre todo a raíz de la conferencia de la OMS de Alma-Ata en 1978, se difundió la necesidad de reorientar la atención de la salud apoyados en múltiples evidencias científicas que han demostrado que el incremento de la complejidad y de los costos de los sistemas sanitarios tradicionales no se ha visto reflejado de manera positiva en la salud de la población y que diversas enfermedades que inicialmente podrían ser atribuidas a las acciones del sistema sanitario están primordialmente en relación con otros factores medioambientales y de condiciones de vida, lo que ha hecho reflexionar sobre tres puntos esenciales (Martín y Cano, 1999): a) La eficacia y la eficiencia de un sistema sanitario dirigido exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, b) Una determinada

situación de salud no es un problema que resuelven los profesionales sanitarios y sus tecnologías; también desempeñan un papel fundamental otros sectores de la actividad social y económica relacionados con la calidad de vida general, y c) Las medidas de prevención y promoción de la salud pueden contribuir de forma efectiva a modificar los hábitos de vida que están en la base causal de enfermedades crónicas, de importancia creciente en la sociedad en general.

En esta conferencia se hizo hincapié en el fomento de la atención primaria entendida ésta como las acciones dirigidas hacia la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos de cada comunidad, que deben ser abordados a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, potenciando al mismo tiempo la auto-responsabilidad y la participación comunitaria.

En este orden de ideas, se reconoce al sedentarismo como uno de los fenómenos contemporáneos que se arraiga cada día más en todos los contextos sociales y que influye categóricamente en la salud y bienestar de toda la población, siendo incluido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) dentro de los riesgos no transmisibles más importantes para la salud humana, catalogándolo como problema de salud pública al estimar que más del 60 por ciento de la población adulta del mundo no realiza suficiente actividad física para tener una vida saludable.

Al plantear el sedentarismo como problema de salud pública, se podría pensar que solo es competencia del Estado, porque la responsabilidad de la salud pública suele apuntarse en esa dirección; pero sin restarle importancia a esa concepción que debe persistir como eje central, necesariamente tienen que incluirse a los actores sociales: la comunidad, las instituciones de atención de salud, las educativas, los medios de comunicación y las empresas.

Todo problema de salud tiene repercusión para y desde el medio laboral, abarcando la salud integral del trabajador y también su producción y productividad. Desde el contexto sanitarista, se hace necesario adentrarse en cómo han sido las relaciones de la atención de la salud-trabajo-trabajador, ya que esa trilogía se ha visto influenciada por el matiz de concepciones y visiones sociales, culturales, filosóficas, científicas, económicas y laborales en diferentes épocas (Ramos, 2005), demarcándose en tres tendencias, partiendo de las que tradicionalmente fueron destinadas para aumentar y mejorar la producción en el área laboral, hasta la propuesta más contemporánea.

La primera disciplina que se abocó a la atención de la salud en el medio laboral fue la Medicina del Trabajo, orientándose a mantener al trabajador sano “sin enfermedades”, con el objeto de sustentar la productividad, ajustándose a los acontecimientos propios de la época al configurarse como una relación lineal y positivista, donde el trabajador era visto solo para producir.

Surge luego la Salud Ocupacional, orientación que varió el pensamiento hacia la salud, más que hacia la enfermedad, admitiendo la atención de manera multidisciplinaria caracterizada por la intervención de los riesgos laborales, pero que siguió ajustada al positivismo de una manera fragmentaria para seguir sustentando la productividad, donde los alcances de los conocimientos técnico-científicos proporcionados por las distintas disciplinas no eran usados para promover el progreso social, por estar prendado de la concepción mecanicista-positivista o maquinocéntrica “que valora al trabajador como un elemento más del sistema hombre-máquina” como lo clasifica Almirall y León (1997), y donde la salud en el trabajo ...parafraseando a Capra (1996), se sustenta bajo la lupa de la medicina moderna y suele perderse de vista la humanidad del trabajador y reducir la salud a una función mecánica.

Estas posturas de atención a la salud en el medio laboral, hoy día persisten y han tenido dos tipos de acciones sanitarias: las actividades cuidadoras que se dirigen al mantenimiento de la salud y las sanadoras enfocadas al diagnóstico y tratamiento (Frias, 2000).

En el contexto general de la atención en salud dentro de las actividades cuidadoras se encuentra la medicina preventiva, la cual se ha transformado en el tiempo, como lo refleja Laín (1975) al señalar que la prevención se limitaba en una primera etapa a reglamentar la vida humana para evitar las enfermedades; luego se tuvo la convicción que los factores sociales tienen la génesis de las enfermedades por lo que se pasa a tomar en cuenta la higiene social o pública. No obstante, para formalizar esa convicción sobre los factores sociales se hace imprescindible que se realicen cambios de la estructura del sistema de salud como lo acota Zas (2005), haciendo énfasis en la necesidad de cambios de los modos de pensar, de los modelos teóricos de partida y hasta de los sistemas de creencias tan fuertemente arraigados en los profesionales que laboran en el campo de la salud y en las distintas disciplinas científicas que basan sus acciones en un modo de hacer y de pensar paternalista y científicista.

El comentario anterior alude directamente a la manera como se afronta la salud en el trabajo desde la medicina y la salud ocupacional, puesto que la prevención en una primera instancia era evitar la enfermedad y la segunda se limitaba solo a la prevención de riesgos laborales sin la participación de los trabajadores y la desinformación de los empleadores.

Hoy día, un nuevo panorama invita a dinamizar el concepto de salud ocupacional, cónsono con los objetivos de la OMS de “Salud para todos en el año 2000” (Alma-Ata 1978), el cual ha contribuido de forma decisiva a la puesta en práctica de nuevas estrategias que giran alrededor de la Atención Primaria, con énfasis en la promoción de la salud, con instrumentos que deben permitir la reorientación de los servicios sanitarios y se evidencia una tercera tendencia, “la contemporánea”, donde la salud en el ámbito laboral se promueve y canaliza de forma integral, como un sistema complejo, que amerita el apoyo de profesionales de diferentes disciplinas, con una gerencia comprometida y donde el actor principal sea el trabajador, conductor de las actividades en beneficio de la salud individual y colectiva.

Sin embargo, resulta paradójico enfrentarse a la realidad de reconocer que la salud de los trabajadores se sigue concibiendo en la prevención y promoción con respecto a los riesgos laborales típicos (físicos, químicos, mecánicos, biológicos, disergonómicos – músculo esqueléticos) descuidando los psicosociales y la salud general-integral del trabajador, sin hacer énfasis en los determinantes de la salud. Ante la referencia de reconocer que la población adulta no realiza actividades físicas suficientes para que su salud pueda beneficiarse, que una cantidad considerable de esa población está representada por el sector económicamente activo y que la problemática del sedentarismo acompaña a casi todas las enfermedades crónicas; las empresas venezolanas deberían canalizar este factor de riesgo como una amenaza para la salud de los trabajadores y de la productividad, visualizando al sedentarismo o falta de actividad física como una problemática para atacar y erradicar desde el ámbito laboral.

El diagnóstico sobre el problema del sedentarismo está dado, y científicamente se ha demostrado que las personas que no son sedentarias, porque realizan actividad física de forma regular tienen menor mortalidad que las personas sedentarias, especialmente en el caso de las enfermedades cardiovasculares (Wannamethee, Shaper, Walker y Ebrahim, 1998 y Paffenbarger, Hyde, Wing y Hsieh, 1986). Por otro lado también se ha demostrado que la realización de actividad física

de manera habitual conlleva importantes beneficios para la salud a nivel cardiovascular (Leon, Connett, Jacobs y Rauramaa, 1987 y Helmert, Herman y Shea, 1994), metabólico (Manson, Nathan, Stampfer, Willett y Hennekens, 1992 y Fung, Hu, Yu, Chu, Spiegelman, Tofler, et al. 2000), osteomuscular (Wolf, Croonenborg, Kemper, costéense y Twisk, 1999) y mental (Taylor, Sallis, Leedle, 1985).

Estudios científicos han sugerido que la actividad física que protege frente al riesgo coronario es la que se realiza de forma aeróbica, periódica e intensa, implicando movimientos de músculos largos y produciendo un cierto nivel de cansancio físico (Blair, Kohl, Gordon y Paffenbarger, 1992). Está comprobado además que la actividad física, independientemente de sus efectos sobre el sobrepeso, ejerce efectos favorables sobre la presión arterial, la resistencia a la insulina, el perfil lipídico, apnea del sueño, cáncer de colon y de mama, artrosis, osteoporosis al provocar un aumento o mantenimiento de la amplitud del movimiento articular, la disminución de la ansiedad y de la depresión e incremento de la sensación de bienestar y esperanza de vida. (Martín y Ortega, 2002).

Son muchas las investigaciones realizadas a nivel nacional e internacional en el medio laboral hechas sobre el comportamiento de la salud y bienestar y su relación con la capacidad física. Entre los investigadores nacionales se encuentran Manero (2000), quien orienta sobre la tendencia que tienen los seres humanos a la inactividad después de alcanzar la pubertad, enfatizando que si no se hace actividad física extralaboral y se está sometido a un puesto de trabajo poco exigente, el organismo va creando una serie de modificaciones que inciden directamente en el metabolismo celular, en el aparato cardiovascular, el aparato locomotor y en el sistema nervioso.

Dichas referencias estimulan a repensar cuales son las exigencias laborales a las que se expone el trabajador y cuales son las actividades intra y extralaborales que podrían beneficiar su salud. Por todos es conocido que cada puesto de trabajo demanda diferentes exigencias, existiendo puestos donde predomina el esfuerzo físico – dinámico, y otros donde prevalecen las exigencias mentales. Actualmente, la tendencia es a la automatización de los procesos laborales determinando menor exigencia física, en puestos que pudieran catalogarse como monótonos y estresantes, lo que se traduciría en habituar al trabajador a un modo de vida más sedentario, convirtiéndose así el trabajo en un “riesgo latente” para el trabajador.

Ante este panorama, es imprescindible reflexionar sobre la promoción y la prevención en salud en el medio laboral y encausarnos en un compromiso con la vida misma, como lo diría el maestro Martín Fiorino (2004) “... repensemos sobre la necesidad de revalorizar la vida, las ciencias, la tecnología y el trabajo” para que afrontemos la salud en el ámbito laboral y al sedentarismo en particular, como un fenómeno complejo, que trasciende a lo extralaboral”.

Lo expuesto sirve de base para fundamentar una propuesta de cambios de metodología de los profesionales de la salud laboral, donde se reclama un nuevo perfil de los egresados de las diferentes áreas relacionadas directamente o indirectamente con la atención de la salud laboral; una posición distinta del sentido de compromiso del empresario y de los trabajadores, una gestión de prevención que incluye múltiples aspectos.

En las empresas venezolanas la gestión de salud está bajo la responsabilidad de los Servicios de Seguridad y Salud Laboral, los cuales tienen como objetivo “la promoción, prevención y vigilancia en materia de seguridad, salud, condiciones y medio ambiente de trabajo, para proteger los derechos humanos a la vida, a la salud e integridad personal de los trabajadores y trabajadoras” (Reglamento Parcial de la LOPCYMAT, 2007, Art. 20). Dichos servicios deben estar conformados por profesionales de distintas disciplinas en el área de seguridad y salud. El componente de salud se enfoca dentro de los parámetros establecidos desde la salud pública por el deber de fomentar y atender la salud en el medio laboral, a través del estudio de la relación salud - trabajo – trabajador, siendo una de sus funciones primordiales crear condiciones para la salud de sus empleados, gestión que se facilita por tratarse de una comunidad que puede y debe compartir valores que a su vez forjan la promoción de comportamientos y modos de vida los cuales proporcionan directa e indirectamente las bases de redes sociales saludables.

Ante la pregunta ¿Dónde se debe gestar la acción sanitaria en el medio laboral para erradicar el sedentarismo? Emerge la respuesta que es a través de la cultura organizacional empresarial, con un enfoque más sociocultural y multidimensional, donde se atienda la construcción social de la salud y de los riesgos no solo intralaboral sino extralaboral, tal y como lo expone Puy (1995) “impulsar la erradicación del sedentarismo como riesgo independiente”. De acuerdo a esto, el reto que plantea este ensayo, es erradicar el sedentarismo como riesgo no transmisible, modificable, que cada día se torna más visible en el mundo laboral, acentuado por los

gratísimos avances de la tecnología que han eliminado la necesidad de realizar ciertas actividades físicas en nuestra vida cotidiana, al proporcionar más confort, además de una actitud poco consciente del trabajador sobre la importancia de evitar la inactividad física para mantener o mejorar su calidad de vida.

Para ello, existen dos enfoques prácticos para atender la salud (Málaga, 2005), el enfoque de riesgo, que determina la probabilidad de la ocurrencia de un problema en un individuo (muy usado en la atención de la seguridad y salud en el medio laboral) y el enfoque de oportunidad de vida.

Los dos enfoques son susceptibles de incorporarlos en el medio laboral, al plantearse por un lado, al sedentarismo como factor de riesgo, palpable en aquellos trabajadores cuyos puestos de trabajo tienen una exigencia física mínima, además del antecedente de la inactividad física intra o extralaboral como elemento que afecta la capacidad física para mantenerse saludable y por el otro, al identificar comunidades con más riesgo, a través de indicadores indirectos con capacidad de predecirlo. El enfoque de oportunidad puede ser usado en el medio laboral para abordar al problema del sedentarismo de grupos de trabajadores, englobando el riesgo de la exposición ocupacional y la protección de la salud, de manera integral.

Para poder priorizar la intervención del sedentarismo desde el ámbito laboral, se pueden seguir los criterios de Gostin (2002) que toman en cuenta: el riesgo demostrado, la incidencia y severidad, la complejidad del problema, la relación costo-efecto, intensidad o disminución de pérdidas, satisfacción de receptores, costo-beneficio, entre otros.

El riesgo demostrado en el Sedentarismo está explícito en párrafos anteriores, debido a su alta incidencia en la población en general. Por otro lado, su complejidad queda manifiesta al tener la inactividad física, factores condicionantes, determinantes y causales que afectan al individuo, su medio de trabajo y su calidad de vida, provocando bajo rendimiento, ausentismo laboral y pérdida de mano de obra calificada.

El abordaje de la inactividad física en el medio laboral, requiere de políticas de salud integrales, que no solo garantizan una mejor calidad de vida y satisfacción de los trabajadores, sino de producción y de costos-efecto-beneficio. De acuerdo a esto, los programas de seguridad y salud en el trabajo deben estar orientados a impulsar, desarrollar y fortalecer actividades tendientes a modificar los hábitos de vida,

mediante estrategias de información, comunicación y educación que contemplen y respeten la existencia de la diversidad poblacional: étnica, religiosa, cultural (Ascurra y Rosales, 2005).

Juega entonces, la educación para la salud un papel preponderante por involucrar comportamientos individuales, colectivos e institucionales que le confiere una connotación de sistema de construcción, basado en acciones personales y comunitarias de información y formación, con capacidad de orientar la problemática desde sus causas, consecuencias y maneras de afrontarlo y facilita la participación activa y responsable de directivos, técnicos y trabajadores.

El punto de vista desde la Bioética

Al considerar la bioética como un eje estratégico para abordar la problemática del sedentarismo desde el medio laboral, cabe tener presente la reflexión sobre Atención Primaria en Salud de Vuöri (1984), al referirse a ésta no solo como “un conjunto de actividades, para un nivel de asistencia sino una filosofía, la cual implica responder en todo momento a criterios de justicia e igualdad en el acceso y disfrute del derecho a la salud por todos los ciudadanos, con independencia de cualquier otro factor” y en la cual está inmersa la participación de los actores sociales, como se ha hecho referencia en párrafos anteriores.

De acuerdo a Vuöri (1984), al tratar el sedentarismo como un modo de vida que nos perjudica, la participación debe estar encaminada a crear conciencia de la problemática, puesto que no bastan las estrategias de regímenes normativos de carácter obligatorio impuesta por otros, sino una formación filosófica – ética por tratarse de una actividad que requiere de la voluntad libre del participante. Se concibe así un abordaje multidimensional del problema al incorporar a la visión científica, la bioética como una disciplina que pone de relieve los valores éticos, el respeto profundo por la vida y su preservación, la dignidad humana y la protección de la sociedad (Garza, 2000).

La bioética tiene como propósito la educación y transformación del hombre para el ejercicio del bien como resultado de una acción reflexiva, consciente y responsable (Código de Bioética y Bioseguridad, 2002). Por tanto, aun cuando la noción de “valor” no suele reflejarse junto a principios y reglas, es preciso su reivindicación por dos razones: la significación y la orientación a la acción; los que son del orden del Bien

y los que indican atributos del Ser ya que los principios designan una orientación fundamental, inspiradora de acción, fijan actitudes y reglas que determinan la acción y enmarcan las decisiones (Durand, 1986).

Este término fue usado por primera vez por el oncólogo Van Rensselaer Potter, para titular su libro "Bioética: un puente hacia el futuro" en 1971, en el cual invita a repensar la construcción de un mundo diferente donde se combine el conocimiento biológico con el conocimiento de los sistemas de valores humanos. Muchos han sido los aportes a este planteamiento, no obstante las ciencias médicas fue una de las disciplina donde más auge tuvo, al punto que surgió una nueva disciplina, la "Bioética Médica", que da respuesta a los cambios de las últimas décadas en esta práctica originados por el avance de las ciencias y de la tecnología.

En el caso estudiado, la bioética servirá para favorecer el proceso de socialización de la salud, ante la necesidad de una convicción ética compartida que permita la pluralidad desde los distintos ángulos comprometidos en el problema del sedentarismo en el ámbito laboral que involucra a trabajadores, empleadores, profesionales de la salud en el trabajo y a la sociedad en general, con miras a fomentar la actividad física como hábito saludable que ayude a extender la vida de la persona. Para el abordaje de problemas bajo el enfoque bioético existe una diversidad de metodologías: Casuística, Ética del Cuidado, Ética de la Responsabilidad y el Principialismo (Garzón, 2000).

La Bioética Principialista, desarrollada por los bioeticista T. Beauchamp y Childress, en 1979, de acuerdo a cuatro principios éticos básicos: No Maleficencia, Justicia, Autonomía y Beneficiencia, sirve de sustento para el estudio del modo de vida sedentario en el ámbito laboral de manera holística y compleja, teniendo en cuenta que este fenómeno no está dentro del listado de prioridades de la gestión de salud y seguridad de las empresas, ni se ha afrontado en las políticas de salud del Estado Venezolano. Sin embargo, debido a todas las consecuencias que implica para el trabajador directamente y para la empresa indirectamente como factor de riesgo, puede y debe incluirse como parte de los programas de salud en el trabajo, para fortalecer la salud integral de los trabajadores de manera individual y colectiva.

Uno de los aspectos significativos que aporta la bioética, como estrategia y fundamentación de tipo moral y ética es la exigencia del **Consentimiento Informado**, derecho importante que tienen los individuos, cuyo valor se inserta en el principio de autonomía, al

tomar en cuenta la libertad y creencias de las personas en el proceso de toma de decisiones y exige que los actores sociales tengan una comprensión amplia del propósito, procedimientos, riesgos y beneficios de las intervenciones, para que puedan tomar decisiones libres relacionadas con su participación.

La bioética se basa en el principio ético de "respeto a las personas" (Bartlett, 2005), derecho que tiene raíces históricas en el Consentimiento Informado, el Código de Nuremberg de 1948, la Declaración de Helsinki en 1964 y el Informe Belmont en 1979 (Castillo, 2006) y cuya premisa sustenta el abordaje del sedentarismo en el medio laboral porque demanda realizar una excelente "Capacitación" sobre el tema, los beneficios de la actividad física y las oportunidades que la empresa proporcionaría a todos los trabajadores y empleadores y donde la complejidad variará de acuerdo a las acciones de los participantes en la toma de decisiones voluntarias y significativas.

El respeto a la autonomía de las personas cuando se trata de colectivos, como es el caso del medio laboral, representa en sí mismo un problema complejo que requiere una acabada reflexión (Kottow, 2005) sobre los valores involucrados y, la manera más adecuada de respetar y formular esos valores, es mediante el conocimiento pleno de los criterios señalados por Gostin (2002), acompañados de una conjuntos de principios y valores resultado del consenso y la participación de los trabajadores y empleadores involucrados.

El principio de no maleficencia tiene como norma moral no causar sufrimientos ni incapacidades evitables; por tal razón se justifica llevar a cabo un análisis de riesgo-beneficio ante toda decisión, acompañado del Principio de Beneficencia o deber de los profesionales de asistir a los semejantes, apoyando con los medios científicos, tecnológicos, humanísticos y humanitarios a su alcance, promoviendo siempre el bien y comprometidos para ofrecer una atención respetuosa y de alta calidad. También se encuentran implícitos como estrategias al abordar el sedentarismo, dado que se promoverían acciones científicas, técnicas y educativas para analizar los riesgos del sedentarismo en los trabajadores de manera individual, encaminados a alcanzar los beneficios de la actividad física en cualquiera de sus formas (deporte, capacitación física, actividad física) para la preservación de la salud y la vida, revalorizando el principio de la justicia al tratar que llegue a todos y cada uno de los trabajadores y empleadores y suministrando las recomendaciones adecuadas a quienes lo necesiten de manera especial.

El principio de no maleficencia también refleja el compromiso que deben afrontar las empresas para evaluar cada puesto de trabajo, valorando las exigencias físicas de gasto energético, identificando aquellos puestos de trabajos que pueden ser catalogados como sedentarios, teniendo presente la relación individual de cada trabajador con su puesto y la formulación o puesta en práctica de estrategias orientadas a incentivar a los trabajadores que no contemplan dentro de sus hábitos extralaborales actividades físicas suficientes para que su salud pueda beneficiarse.

Lo expuesto anteriormente, puede ser considerado parte del principio de justicia, al tener que ver con dar a cada quien lo que necesita y le pertenece (Castillo, 1990), teniendo como norma y obligación moral brindar un apropiado nivel de atención, administrar los recursos con equidad al mayor número de personas, sin discriminación, con eficiencia y eficacia de todos y cada uno de los procesos que se emprendan.

Al tratar de usar a la bioética como estrategia para abordar el modo de vida sedentario, este principio deberá respetarse en todas las acciones ejecutadas por la empresa, las cuales estarán ajustadas a las circunstancias particulares y colectivas, a fin de lograr un mejor aprovechamiento de recursos y la modificación de estos hábitos en los trabajadores y su familia para contribuir en la formación extramuros de una cultura social integral que permita la erradicación del sedentarismo en el hogar.

El Punto de Vista Legal y de Responsabilidad Social

Se hace indispensable enfatizar acerca de la relevancia ética, moral y jurídica que tienen los Profesionales de la Salud de los Trabajadores, como equipo multidisciplinario responsable de promover y mantener el nivel más elevado posible de bienestar físico, mental y social de los trabajadores y trabajadoras al ejercer las funciones dirigidas a desarrollar programas de promoción de la seguridad y salud en el trabajo, de prevención de accidentes y enfermedades ocupacionales, de recreación, utilización del tiempo libre, descanso y turismo social.

El contexto legal de Venezuela desde el año 2005, en la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT), específicamente en los artículos referidos a los deberes de los empleadores, los deberes y derechos de los trabajadores,

el compromiso de la participación y control social, la eminente necesidad del cumplimiento cabal de los programas de seguridad y salud en el trabajo, por mencionar algunos, pueden ser la fuente de justificación de las acciones que se emprendan desde las empresas para luchar contra el sedentarismo.

Por ende, es significativo acotar, que uno de los medios a utilizar para dar cumplimiento al Numeral 11 del artículo 40 de la LOPCYMAT al referirse a “Desarrollar programas de recreación y utilización del tiempo libre...” puede ser perfectamente la definición y puesta en práctica de estrategias para la promoción de actividades físicas y así minorizar o erradicar el sedentarismo, mejorar o mantener la capacidad física de los trabajadores, promover el trabajo en equipo, además servir de plataforma para el cumplimiento del Numeral 12 del artículo 40 de esta Ley, el cual indica “Promover planes para la construcción, dotación, mantenimiento y protección de infraestructura destinada a los programas de recreación, utilización del tiempo libre, descanso y turismo social”

Las empresas pudieran realizar una inversión social en su compromiso con la sociedad, cumpliendo así con la Responsabilidad Social Empresarial interna y externa, al proyectarse a través del abordaje del sedentarismo e impulsar la actividad física sobre sus grupos de interés: accionistas, empleados, clientes, proveedores, comunidad, entre otros, fomentando así una cultura solidaria y brindando la oportunidad de superar ciertas barreras que fungen como determinantes de esos actores sociales para mejorar su calidad de vida y bienestar, entendiendo ésta como oportunidad y la posibilidad cierta que tiene la empresa de incidir en la realidad y hacer un aporte trascendente: “hacer un mejor futuro a partir de construir un nuevo presente” (Rodríguez, 2005)

Al emprender estrategias de responsabilidad social empresarial basada en la promoción de actividad física y erradicación de sedentarismo, se promovería un proceso resiliente en los actores sociales, sobre todo en los trabajadores participantes, definiendo resiliencia como “un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad” (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000). La adversidad está presente en el sedentarismo por ser factor de riesgo para la salud, el bienestar y el desempeño laboral, por el desconocimiento de sus consecuencias, por la cultura intra o extralaboral de favorecer el confort con la inactividad física, por los pocos o nulos recursos de contar con espacios y tiempo para realizar ejercicios,

por estar este hábito veces relacionado con otros factores de riesgo como la obesidad, tabaquismo, drogas, malos hábitos alimenticios, etc.

A manera de conclusión

Lo que queda claro es, que cualquier medida de promoción y prevención, emprendida desde el medio laboral, para luchar contra el sedentarismo y fomentar la actividad física, intralaboral o extralaboral, debe ser visto como una oportunidad por los múltiples beneficios que brindaría, al convertir en saludable la

vida de los trabajadores, de la comunidad y por ende de la empresa.

Independientemente de los fines propiciados por la empresa para ajustarse a la normativa legal, al deber ser sanitarista o a cumplir con parte la responsabilidad social empresarial, amerita lograr transformación de los actores sociales, para que pueda ser perdurable y convertirse en una parte de la cultura cotidiana. Dicha transformación debería ser resultado de una acción reflexiva, consciente y responsable que puede conducirse a través de la bioética.

Referencias Bibliográficas

1. Almirall, P., León E. (1997). Una estrategia de Especialización en Salud y Trabajo. *Revista Salud de los Trabajadores*, 5(2),75-87. Disponible en la siguiente Dirección Electrónica <http://www.bvsde.paho.org/bvsast/e/fulltext/strate/strate.pdf>
2. Bartlett, E. (2005). *Normas Sobre el Consentimiento Informado por las Américas*. Oficina para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación (OPSHI). Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe 12 agosto del 2005.
3. Beauchamp, T. & Childress, J. (1979). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: University Press.
4. Bensimhon, D., Kraus W. & Donahue, M. (2006) Obesity and physical activity: A review. *Am Heart J*, 151(3): 598-603.
5. Blair, S., Kohl, H., Gordon, N. & Paffenbarger, R. Jr. (1992). How much physical activity is good for health? *Annu Rev Public Health*,13, 99-126.
6. Capra, F. (1996). *El Punto Crucial*. Buenos Aires: Ediciones. Estaciones.
7. Castillo, A. (2006). *Bioética*. Caracas: Editorial Disinlimed.
8. Castillo, A. (1990). Principios, Normas y Obligaciones del Médico. En: A. Castillo. *Crisis vital, muerte cerebral y ética médica*. (pp.11-25). Caracas: Disinlimed, 1992.
9. Durand, G. (1986). *La Bioética*. Bilbao: Ediciones Desclée de Bouwer.
10. Ecurra, M., Rosales C., (2005.) Análisis y perfil bioético de la investigación en salud pública. En: H. Málaga. *Salud Pública enfoque bioético* (pp. 207-219). Caracas: Editorial Disinlimed.
11. Fracapani, M. (2005, Agosto 11). *La Bioética como Instancia de Promoción y Fomento de Ambientes Saludables*. Ponencia presentada en el IV Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe. Panamá.
12. Frías, A.(2000). *Salud Pública y Educación para la Salud*. Barcelona, España: Editorial Masson.
13. Fung, T., Hu, F., Yu, J., Chu, N., Spiegelman, D., Tofler, G., Willet, W. & Rimm, E. (2000). Leisure-time physical activity, television watching, and plasma biomarkers of obesity and cardiovascular risk. *Am J Epidemiol*;152(12),1171-8.
14. Garza, R. (2000). *Bioética: La toma de decisiones en situaciones difíciles*. México, D.F.: Editorial Trillas.
15. Garzón, F. (2000). *Bioética, Manual Interactivo*. Santafé de Bogotá: 3R Editores.
16. Gostin, L. (2002.) Tradition, profession and values in public health. En: L. Gostin, *Public Health Law and Ethics: A Reader* (pp. 1-8). Berkeley: University of California.

17. The Hastings Center (1996). The Goals of Medicine. Setting New Priorities. *Hastings Center Report*, 26(6): S1-S27. Special Supplement.
18. Helmert, U., Hermam, B. & Shea, S. (1994). Moderate and vigorous leisure-time physical activity and cardiovascular disease risk factors in West Germany, 1984-1991. *Int J Epidemiol*, 23(2), 285-92.
19. Kottow, M. (2005). *Bioética en Salud Pública*. Santiago de Chile: Editorial Puerto de Palos.
20. Laín, P. (1975). *Salud y Enfermedad*. (Vol. 93). Barcelona-España: Biblioteca Salvat Grandes Temas.
21. Leon, S., Connett, J., Jacobs, D. Jr & Rauramaa, R. (1987). Leisure-time physical activity levels and risk of coronary heart disease and death. The Multiple Risk Factor Intervention Trial. *JAMA*, 258(17), 2388-95.
22. Luthar, S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The Construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev.*, May-Jun, 71(3), 543-62.
23. Málaga, H. (2005). ¿Es ético focalizar y/o priorizar en Salud Pública? En: H. Málaga. *Salud Pública enfoque bioético* (pp. 70-81). Caracas: Editorial Disinlimed.
24. Manero, R. (2000). Una modalidad de Entrenamiento físico y sus efectos en trabajadores con hipertensión esencial. *MAPFRE Medicina*, 11(1), 13-21.
25. Manson, J., Nathan, D., Krolewski, A., Stampfer, M., Willett, W. & Hennekens, C. (1992). A prospective study of exercise and incidence of diabetes among US male physicians. *JAMA*, 268(1), 63-7.
26. Martín, A y Cano, J. (1999). *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. 4th ed. Madrid: Harcourt Brace.
27. Martín, V. (2004). *Paradigmas en las Ciencias Médicas*. Ponencia Magistral presentada en el Doctorado en Ciencias Médicas. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo. Abril del 2004.
28. Martín, P. y Ortega, S. (2002). Actividad física y salud. En: Guillen, M. y Linares, D. *Bases biológicas y fisiológicas del movimiento humano* (401-410). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
29. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa (2007). *Derecho a la Salud. Nota descriptiva N° 323*. Disponible en la siguiente Dirección Electrónica: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>
30. Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la Salud en el Mundo. Ginebra: OMS*. Disponible en la siguiente Dirección Electrónica: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf
31. Organización Mundial de la Salud.(1978). *Salud para todos en el año 2000. Declaración de Alma-ATA 1978*. En: Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud. (1978, Septiembre 12, Kazajstán, URSS
32. Organización Mundial de la Salud.(1978). *Salud para todos. Declaración de Alma-ATA 1978*. En: Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud. (1978, Septiembre 12, Kazajstán, URSS
33. Paffenbarger, S Jr., Hyde, T., Wing, L. & Hsieh, C. (1986). Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *N Engl J Med*, 314(10), 605-13.
34. Potter, R. (1971). *Bioethics. Bridge to the future*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
35. Puy, A.(1995). *Percepción social de los riesgos*. Madrid. Editorial MAPFRE.
36. Ramos P, M. (2005). Abordaje epistemológico sobre la atención de la salud en el medio laboral. *Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, Ene-Dic*, 54(1-2). Serie Histórica 88.
37. Rodríguez, A, (2005). *Cómo hacer responsabilidad social empresarial para la gente*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello; Fundación Honrad Adenauer.
38. Taylor, C., Sallis, J. & Needle, R. (1985). *The relationship of physical and exercise to mental health*. *Public Health Rep*, 100,195-201.
39. Venezuela. Asamblea Nacional. (2005). *Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo*. Publicada en Gaceta Oficial N° 38.236 de fecha 26 de julio del 2005. Caracas: Imprenta Nacional. Disponible en la siguiente Dirección Electrónica: <http://www.leyesvenezolanas.com/lopocymat.htm>

40. Venezuela. Asamblea Nacional. (2007). *Reglamento Parcial de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo*. Publicada en Gaceta Oficial N° 38.596 de fecha 03 de enero del 2007. Caracas: Imprenta Nacional.
41. Venezuela. Ministerio de Ciencia y Tecnología, Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología. (2002). *Código de Bioética y Bioseguridad*. 2 ed. Caracas: Disinlimed.
42. Vuöri, H. (1984). ¿Qué es la Atención Primaria de Salud?, *Atención Primaria*, 1, 3-4.
43. Wannamethee, G., Shaper, G., Walker, M. & Ebrahim, S. (1998). Lifestyle and 15-year survival free of heart attack, stroke, and diabetes in middle-aged British men. *Arch Intern Med*, 158(22), 2433-40.
44. Wolff, I., van Croonenborg, J., Kemper, H., Kostense, P. & Twisk, J. (1999). The effect of exercise training programs on bone mass: a meta-analysis of published controlled trials in pre and postmenopausal women. *Osteoporos Int*, 9, 1-12.
45. Zas, B. (2005). *La Prevención en Salud. Algunos referentes conceptuales*. Extraído el 18 de Abril, 2005 de la siguiente Dirección electrónica: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.html>

Fecha de recepción: 5 de Octubre del 2007.
Fecha de aceptación: 29 de Noviembre del 2007.