

## **INCORPORACION DE LA COMUNICACIÓN EN SALUD AL PILAR DE CALIDAD DE VIDA LABORAL DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL: REVISION DE LITERATURA**

INCORPORATION OF HEALTH COMMUNICATION INTO THE QUALITY OF BUSINESS LIFE PILLAR OF CORPORATE SOCIAL RESPONSIBILITY: LITERATURE REVIEW

**Guerrero Moreno, María Candelaria<sup>1</sup>**  
**Jiménez Terrazas, Carmen Patricia<sup>2</sup>**

### **RESUMEN**

La calidad de vida laboral hace referencia a la satisfacción y bienestar que los trabajadores experimentan con respecto a su vida en el trabajo; conjunta las experiencias de las personas y las condiciones del entorno laboral. Incorporados a uno de los factores de la CVL, la salud y seguridad se enfocan primordialmente hacia la vigilancia e intervención sobre las condiciones de trabajo. Bajo la metodología de revisión sistémica de literatura, se encontró que aunque algunas empresas llevan a cabo actividades para mejorar la salud de sus trabajadores, se ha dejado de lado el papel que desempeña la comunicación en salud en los programas de salud que implementan. Así también, como parte de los resultados se identifican las teorías en que se han basado estudios previos en comunicación en salud a nivel individual, interpersonal y comunitario. Se concluye como propuesta, realizar estudios posteriores que permitan conocer cómo las empresas incorporan y promueven acciones que puedan contribuir a disminuir los problemas de salud de los trabajadores con apoyo de la comunicación en salud y que ayuden a mejorar la calidad de vida en las empresas

**Palabras clave:** comunicación en salud, calidad de vida laboral, responsabilidad social empresarial

### **ABSTRACT**

Quality of working life (QWL) refers to the satisfaction and welfare workers experience regarding their work life; joint experiences of the people and work environment conditions. As part of one of the factors of QWL, health and safety focus primarily to surveillance and intervention on working conditions. Under the methodology of systemic literature review found that although some companies conduct activities to improve the health of their workers, has neglected the role of health communication in health programs they implement. Also as part of the results, we identify theories have been based on previous studies in health communication at individual, interpersonal and community level. It was concluded as proposed, subsequent studies that reveal how companies incorporate and promote actions that can help reduce health problems of workers in support of health communication and to help improve the quality of life in enterprises.

**Keywords:** health communication, quality of work life, corporate social responsibility

**JEL:** I310, M140

**Recibido:** 10 de agosto de 2017

**Aceptado:** 30 de septiembre de 2017

<sup>1</sup> Investigadora de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Ciudad Juárez, Estado de Chihuahua, México

<sup>2</sup> Investigadora de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Ciudad Juárez, Estado de Chihuahua, México.  
[pjimenez@uacj.mx](mailto:pjimenez@uacj.mx)

## **INTRODUCCIÓN**

El término de calidad de vida es un amplio concepto que ha sido relacionada con el bienestar social y reflejo principalmente la situación de vida de los individuos y sus percepciones. Toma importancia a partir de los años sesenta, sin embargo el mayor interés por estudiarla se da a partir de la publicación de los llamados indicadores sociales en 1975 (Tuesca, 2005).

El término calidad de vida es utilizado por primera vez en el ámbito de la salud al evaluar el tratamiento médico, sin embargo por su dimensionalidad donde abarca diversas disciplinas ha dificultado una definición general ya que es empleado en los ámbitos educativo, político, social (de Souza & Puzzi, 2013) y un poco más recientemente en el ámbito laboral (Nyagechi & Bwisa, 2013). El presente artículo se enfoca en el ámbito de calidad de vida laboral, vista también desde la responsabilidad empresarial e incorporando la comunicación en salud.

Su metodología es un estudio documental de revisión sistémica de literatura llevado a cabo mediante una revisión exhaustiva de artículos científicos, que abarcaron un periodo comprendido del año 2001 al 2015, de los cuales se seleccionaron 45 para realizar el análisis de las variables objeto del estudio. Dicha selección se realizó considerando su caracterización y perspectivas teóricas, entre otros aspectos con el objetivo de realizar un estado del arte sobre la visión de la comunicación en salud en el pilar de calidad de vida laboral de la responsabilidad social empresarial.

## **CALIDAD DE VIDA LABORAL**

En el ámbito laboral, el término calidad de vida laboral o calidad de vida en el trabajo (utilizado indistintamente), comprende aquellas condiciones que guardan una relación con el trabajo (Cladellas, 2008) y se logra cuando las personas a través del mismo logran cubrir sus necesidades personales (Gómez, 2010; de Souza & Puzzi, 2013; Palaniammal, 2013). Dentro del amplio campo de la investigación, los estudios sobre calidad de vida laboral han encontrado diversas y variadas definiciones debido a su vinculación con el trabajo, Segurado y Agulló (2002) definen dos perspectivas teóricas:

la calidad de vida del entorno de trabajo y la calidad de vida psicológica. La primera tiene como meta mejorar la calidad de vida mediante el logro de los intereses de la organización, mientras que la segunda su interés es la satisfacción, la salud y el bienestar del trabajador.

Para estos autores la calidad de vida laboral se divide en dos componentes: uno que se relaciona con las experiencias de las personas en el trabajo llamados componentes subjetivos y el otro que abarca las condiciones del entorno laboral denominados componentes objetivos (Segurado & Agulló, 2002).

En los componentes subjetivos aparecen la motivación, satisfacción laboral, bienestar logrado, desarrollo personal, compromiso, actitudes y valores entre otros, mientras que en los componentes objetivos aparecen elementos que están presentes en el ambiente laboral entre los que se encuentran las condiciones ambientales, organización y ritmo del trabajo, salarios, contenido del puesto, seguridad y salud en el trabajo, etc. (Figueiredo, Grau, Gil, & García, 2012).

Más recientemente Palaniammal (2013) también encuentra que la calidad de vida laboral está compuesta por dos factores, siendo estos el medio ambiente de trabajo y el bienestar del empleado, el primer factor se integra por: La democracia, contenido de las tareas, cantidad y calidad de tiempo libre, promoción, mientras que para el segundo factor se integra por la seguridad laboral, salarios, beneficios, equidad, medio ambiente físico, integración social, la salud y seguridad (Palaniammal, 2013), esta última encontrada como salud laboral, la cual se ocupa de la vigilancia e intervención sobre las condiciones de trabajo.

La salud laboral o salud ocupacional ha sido definida por el Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo y de la Organización Mundial de la Salud “la finalidad de la salud en el trabajo consiste en lograr la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todos los trabajos, prevenir todo daño causado a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus

aptitudes fisiológicas y psicológicas; y en suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su actividad” (Gómez, 2007).

El concepto de salud ocupacional a salud de los trabajadores, es ampliado por Gómez (2007) al extenderse fuera del ámbito laboral, donde además de los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales se consideran las enfermedades derivadas de la vida fuera del centro de trabajo.

El interés de las empresas por la salud del trabajador además de la salud laboral, ha surgido debido a cambios importantes (de Souza & Puzzi, 2013). Asociaciones y empresas incluyen programas preventivos asociados al empleo saludable, todos ellos encaminados a mejorar la calidad de vida laboral.

Algunas actividades para mejorar la salud del trabajador están presentes en muchas empresas, algunas de ellas incorporadas como parte de su responsabilidad social empresarial, como ejemplos se pueden citar algunos en México como Grupo Cementos de Chihuahua, donde se promueve la cultura de la salud; Volkswagen de México, promueve la expo salud, así como la alimentación saludable mediante la elaboración de comidas especiales que ayudan a la reducción y/o control de peso; Femsa, promueve la cultura de la salud y el autocuidado, otras empresas ofrecen y llevan a cabo sus propios programas saludables es el caso de Sodexo, e- Saludable y Empresas Saludable (Sodexo, s.f.; e saludable, s.f.; Empresas Saludables, s.f.).

## **RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL**

Una nueva forma de hacer negocios que a nivel mundial ha tomado importancia en las últimas décadas y que en México no ha sido la excepción, es denominada responsabilidad social empresarial, donde su carácter voluntario (Barroso, 2008; Alonso, Rodríguez, & Cortez, 2012) integra consideraciones económicas, sociales y ambientales (Barroso, 2008; Lee, Yeon, & Jung, 2013).

La implementación de algunas estrategias de responsabilidad social, han mostrado a las empresas que el éxito y la reputación no dependen exclusivamente de las utilidades

(Barroso, 2008; Alonso, et. al., 2012). Esta posible ventaja competitiva de alcanzar beneficios tanto internos como externos ha impulsado a las empresas mexicanas a incursionar en la implementación de prácticas de responsabilidad social (Mercado & García, 2007), buscando favorecer la calidad de vida de los trabajadores, sus familias y las comunidades.

Una de estas prácticas ha sido el interés de las empresas por la salud del trabajador que además de la salud laboral, ha surgido debido a cambios importantes en los costos de los servicios médicos que con anterioridad se escapaban a las necesidades de la empresa (Leiner, Ávila, & Jiménez, 2010).

Algunos autores han considerado que dado el incremento de enfermedades prevenibles y el impacto en su fuerza laboral, es necesario incorporar como estrategia corporativa la mejora de la salud de los trabajadores (Gómez, 2007). Para algunos autores la posibilidad y necesidad de considerar la salud de sus trabajadores puede determinar su propia competitividad y productividad en el futuro, considerando estas actividades como un nuevo paradigma en la responsabilidad social empresarial, (Leiner, Ortiz, & Ávila, 2008), cuyas prácticas llevadas a cabo en su dimensión interna están asociadas principalmente al recurso humano (Server & Villalonga, 2005).

Mediante la revisión en artículos de investigación científica, se ha detectado que la salud de los trabajadores como parte de la calidad de vida laboral de la responsabilidad social empresarial, ha sido escasamente estudiada, prueba de ello es la localización de una sola investigación empírica, cuyo enfoque fue principalmente relacionado con la salud y seguridad laboral (Hoffmeister, Benavides, & Jodar, 2005).

En relación a la salud de los trabajadores es importante considerar que a nivel mundial tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, en los últimos años se han observado problemas de salud, como es el caso de enfermedades crónicas no transmisibles destacándose las enfermedades cardiovasculares, seguida por algunos tipos de cáncer (Barquera, Campos, Hernández, Pedroza, & Rivera, 2013), enfermedades respiratorias y diabetes (Organización Mundial de la Salud, 2015), enfermedades que representan cada vez un costo más elevado para las empresas

(Gisbert, 2007; Kahn, Stevenson, & Roslender, 2010) y los sistemas de salud (Velázquez-Monroy et. al., 2003) afectando además a la competitividad y a la planeación estratégica (Romero, Súmano, & Romero, 2009) debido a que muchos de los empleados dejarán de trabajar por discapacidad o fallecimiento prematuro (Córdova et. al., 2008).

Asimismo poco o nada se conoce si los programas de Responsabilidad Social Empresarial incluyen la comunicación en salud. Esto abre un nuevo campo de estudio que permita conocer si los programas RSE incluyen realmente la promoción en la salud solo la mencionan, y como dicen Almaguer, Herrera & Pérez (2007) que además de integrar al trabajador se incluyan la familia y la comunidad.

## **COMUNICACIÓN EN SALUD**

La salud y seguridad laboral como parte del segundo factor de la calidad de vida laboral, han sido mencionados en los estudios de manera conjunta pero con mayor énfasis a la seguridad laboral, estudiando sus causas y su relación con los riesgos laborales, riesgos psicosociales y accidentes de trabajo (Smith & DeJoy, 2012), sin embargo, aspectos importantes como la comunicación en salud han sido excluidos.

La comunicación en salud busca concientizar, persuadir y motivar, a los individuos, y a las comunidades a la participación e involucramiento a favor de la adopción de hábitos saludables con la finalidad de prevenir enfermedades (Díaz & Uranga, 2011; Briscoe & Aboud, 2012).

La importancia de estudiar la comunicación en salud responde a la necesidad de informar, influenciar y motivar a los individuos, instituciones y público, sobre temas de salud, (Kahn, et. al., 2010) la comunicación en salud es ideal para la prevención de enfermedades, promoción de la salud, políticas de salud, financiamiento y mejoramiento de la calidad de vida de los integrantes de una comunidad (Díaz & Uranga, 2011).

Existe una brecha entre los avances logrados en las investigaciones relacionadas a la

rama de la medicina y el conocimiento y aplicación de estas investigaciones hacia la población. Los profesionales de la salud tienen grandes conocimientos sobre cómo promover la salud y prevenir las enfermedades, sin embargo no saben cómo comunicar esta información a la sociedad (Kreps & Maibach, 2008).

Por su naturaleza de estudio y la función de los medios necesarios para hacer que los temas en salud lleguen y produzcan el efecto deseado al público objetivo, se requiere de un trabajo multidisciplinario que incluya conocimientos en salud, comunicación, administración, sociología, economía entre otros. Se considera que el administrador por su formación y conocimientos puede ser el encargado de implementar programas de comunicación en salud (Leiner, et. al., 2008). Apoyándose en los medios masivos, organizacionales, comunitarios e interpersonales, la comunicación en salud busca contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas, al estimular los procesos de cambio social, mediante la propagación de conocimientos que modifiquen y refuercen las actitudes, valores y conductas (Wakefield, Loken, & Hornik, 2010).

**Tabla 1. Algunas campañas que han utilizado estos medios de comunicación**

Año de publicación	Autor(es)	País	Campaña	Enfatizada a	Impacto
2002	Sensores, R.; Giraldo, F. et al	México	Parchetransdémico	Dejar de fumar	Incremento de las personas que intentaron dejar de fumar. Estimado por el incremento en ventas de productos auxiliares para dejar de fumar
2005	Santos, M.; Lopes, A.	Brasil	Agita São Paulo	Actividad física	Incentiva a las personas a adoptar un estilo de vida activo, disminución del sedentarismo. Modelo utilizado como ejemplo en todo Brasil
2007	Ballesteros, J.M.; Dal-Re, M. et al	España	Estrategia Mundial Sobre Régimen Alimenticio, Actividad Física y Salud (NAOS)	Reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles relacionadas con las dietas poco saludables y la inactividad física	Altos niveles de sensibilización a la educación alimentaria
2010	Villalobos, V.; Ortiz, O. et al	México	Espacios Libres de Humo	Protección a no fumadores y trabajadores de los efectos dañinos del humo de cigarro.	Las campañas de mercadotecnia social pueden reforzar conocimientos y actitudes

**Fuente:** Elaboración propia mediante revisión de literatura.

La comunicación masiva, como su nombre lo indica tiene un gran alcance ya que su

medio para transmitirla incluyen: televisión, radio, prensa, cine, revistas, y hoy en día internet y redes sociales (Wakefield, et. al., 2010), algunas campañas que han utilizado estos medios de comunicación se presentan a continuación.

## **SUSTENTO TEÓRICO**

Las teorías de la persuasión o modelos conductuales, así como las teorías de redes sociales y de apoyo, ayudan a entender que es lo que motiva a las personas a adoptar o no adoptar comportamientos que ayuden a mejorar su calidad de vida. Las teorías o modelos en salud, ayudan a explicar la dinámica de ese comportamiento. Durante el proceso de cambio se busca que las personas avancen a través de varias etapas, hasta que este nuevo comportamiento se integre a su vida, las siguientes teorías han sido la base para la comunicación en salud, las cuales han sido agrupadas en los siguientes niveles: (a) Individuales; (b) Interpersonales y (c) Comunitario. En la siguiente tabla se resumen cada una de las teorías encontradas de acuerdo a su nivel.

**Tabla 2. Resumen cada una de las teorías encontradas de acuerdo a su nivel**

<b>Nivel individual</b>	<b>Nivel interpersonal</b>	<b>Nivel comunitario</b>
Teoría de la acción razonada	Teoría del aprendizaje social como base de la Teoría social cognitiva	Teoría de difusión de innovaciones
Teoría del comportamiento planificado	Teoría de la Autoeficacia	Teoría de las necesidades de Maslow
		Teoría Bifactorial de Herzberg
		Teoría de McClelland

**Fuente:** Elaboración propia mediante revisión de literatura.

### ***A Nivel Individual***

A nivel individual se identificaron dos teorías: Teoría de la acción razonada y Teoría del Comportamiento Planificado. La Teoría de la Acción Razonada, sostiene que las modificaciones a las conductas de un individuo, están determinadas por la intención propia del individuo a modificarlas. La intención de realizar una conducta se puede basar en dos factores: la actitud personal y la norma subjetiva (Díez, Juárez, & Villamarín, 2005). Esta teoría se adecúa a nivel individual con la comunicación en salud, ya que las modificaciones a partir de este tipo de comunicación, son determinadas por

el individuo y no por la comunicación misma que se le imparta.

La Teoría del Comportamiento Planificado, ayuda a entender como las personas cambian de comportamiento, debido a que éste puede ser planeado y considera tres variables: Actitud hacia el comportamiento, normas subjetivas y el control del comportamiento percibido (Cornélio, Gallani, & Godin, 2009). La comunicación en salud en base a esta teoría, se favorece al considerar las tres variables incluidas: la actitud que se busca hacia el comportamiento que se pretende modificar, las normas subjetivas que las empresas definan a partir de esta comunicación y el control que se va haciendo a partir del comportamiento percibido que se pretende.

### ***A Nivel Interpersonal***

A nivel interpersonal se identificaron tres teorías: Teoría del aprendizaje social como base de la Teoría social cognitiva y Teoría de la Autoeficacia. La Teoría del Aprendizaje Social, llamada así en un primer momento, esta teoría escrita en los años sesentas, sugirió que los niños aprenden por observación, aprendiendo nuevas conductas al imitar lo que hacen otros niños sin tener una recompensa, esta teoría ha sido la base para la teoría social cognitiva del comportamiento (Leiner, et. al., 2008; Cuesta, Menéndez, & García, 2008). La Teoría Social Cognitiva establece que el comportamiento se explica en un modelo triangular y recíproco (determinismo recíproco) en el que se encuentra la conducta, los factores personales y los factores del medio ambiente (Dewar, Lubans, Plotnikoff, & Morgan, 2012).

En relación a la adopción de conductas saludables, los conceptos formulados por Bandura, los cuales son importantes para la promoción de conductas saludables se encuentran: Determinismo recíproco, capacidad de conducta, expectativa, auto-eficacia, aprendizaje por observación y refuerzo. La capacidad de conducta es la necesidad de saber qué hacer y cómo hacerlo. Expectativas; Son las creencias sobre los probables resultados de la acción. Auto-eficacia.

Es la capacidad percibida de salir adelante en situaciones específicas. Aprendizaje por observación; Las personas aprenden por medio de la experiencias de otros. Refuerzo;

Respuestas al comportamiento de una persona que aumentan o disminuyen las posibilidades de que algo vuelva a ocurrir, mientras que el determinismo recíproco fue detallado con anterioridad (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

Teoría de la Autoeficacia desarrollada por Bandura en 1977, hace referencia a "las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir logros dados". Estas creencias de autoeficacia son el resultado de procesos de aprendizaje basados en cuatro fuentes de información: experiencias de dominio actuados que sirven como indicadores directos de capacidades las experiencias vicarias que alteran las creencias de eficacia por observar a otras personas que realizan tareas similares, la persuasión verbal en la que otros puedan guiar a los individuos a creer en sus propias capacidades los estados fisiológicos que indican de la propia vulnerabilidad a la disfunción (Bandura, 1977).

### ***A Nivel comunitario***

A nivel comunitario se identificaron cuatro teorías: Teoría de Difusión de Innovaciones, Teoría de las Necesidades de Maslow, Teoría Bifactorial de Herzberg y Teoría de McClelland. Teoría de Difusión de Innovaciones plantea que la difusión es el proceso mediante el cual una innovación es comunicada por ciertos canales (medios de comunicación o comunicación interpersonal), en cierto tiempo, entre los miembros de una sociedad (Estabrooks, Thompson, Lovely, & Hofmeyer, 2006) a través de cuatro elementos que son: la innovación, los canales de comunicación, el tiempo, el sistema social (Rogers, 2002). Para acelerar el proceso de difusión es importante identificar a líderes de opinión para introducir una innovación, siendo éste un grupo pequeño que puede influir en cambios, debido a que su opinión es respetada (Leiner, 2012).

La innovación que puede ser un objeto, una idea o una práctica es percibida como algo nuevo, por el individuo u otra unidad de adopción, de ellos depende la decisión de adoptarla o rechazarla, esta adopción está compuesta de cinco atributos clasificados en los niveles alto y bajo. Los atributos altos son: la ventaja, la compatibilidad, la experimentación y la visibilidad, mientras que el atributo bajo es la complejidad, por lo

que una innovación que sea percibida por los individuos por tener una alta o mejor ventaja, compatibilidad, experimentación y resultados visibles serán adoptados más rápidamente que aquella que se sea compleja o tenga dificultad para ser entendida (Pérez & Terrón, 2004). Rogers (2002) al igual que Leiner (2012) identifican cinco categorías de adoptantes de la innovación, 1. Innovadores, 2. Los primeros adoptantes, 3. La mayoría temprana o la mayoría 4. La mayoría tardía o grupo de lentitud y finalmente 5. Los rezagados o tradicionalistas, estas últimas autoras consideran que para que un programa de prevención tenga éxito se debe de captar al tercer y cuarto grupo.

Los canales de comunicación son el medio por el cual los mensajes llegan de una persona a otra, esta teoría destaca dos principalmente, los medios masivos y la comunicación interpersonal. Los primeros tienen mayor eficacia para transmitir un conocimiento inicial, mientras que los segundos son más eficaces para el cambio de actitud hacia una innovación que en este caso a un programa de prevención al mencionarlo o comentarlo con los demás (Leiner, 2012) , los medios masivos y los interpersonales son efectivos para influir en la decisión de adoptar o rechazar una nueva idea (Rogers, 2002).

El sistema social es el grupo de unidades interrelacionadas que están comprometidas en la solución de un problema para lograr metas comunes, para el proceso de decisión (Pérez & Terrón, 2004). Rogers hace una diferenciación entre la decisión de adopción de los individuos y de las organizaciones, ambas se dividen en cinco fases: Individual: 1. Conocimiento, 2. Convencimiento, 3. Decisión, 4. Implementación y 5. Confirmación, mientras que la decisión organizacional: 1. Priorizar la agenda, 2. Contrastar, 3. Redefinir/reestructurar, 4. Explicar y 5. Rutina (Rogers, 2002). La comunicación en salud, como innovación preventiva, son las nuevas ideas que requieren la acción en cierta ocasión a tiempo a fin de evitar consecuencias no deseadas en algún futuro.

### **Teoría de las Necesidades de Maslow**

Propuesta en 1954 por Abraham Maslow, concibe a la motivación como algo infinito y constante que existe en cada ser humano. Su teoría de la jerarquía de necesidades

identifica cinco categorías ordenadas de manera ascendente según esta jerarquía, en la cual a medida que el hombre va satisfaciendo sus necesidades, van surgiendo otras que modifican su comportamiento, estas cinco categorías de necesidades son: fisiológicas, de seguridad, de pertenencia, de estima y de auto-realización (Naranjo, 2009).

### **Teoría Bifactorial de Herzberg**

Mientras que Frederick Herzberg en 1966 identifica dos tipos: factores higiénicos (extrínsecos) y factores de motivación (intrínsecos), los primeros relacionados al contexto laboral como las condiciones físicas, salario, seguridad, etc. Y los segundos relacionadas con la satisfacción en el cargo y la naturaleza del trabajo como logro, responsabilidad, reconocimiento, etc. (Naranjo, 2009).

### **Teoría de McClelland**

En 1961 David McClelland distingue tres tipos de necesidades: Necesidad de logro, Necesidad de afiliación y la Necesidad de poder. El logro es el que busca el individuo de sobresalir de todos los demás aceptando riesgos y responsabilidades, no necesitan afiliarse a los demás, mientras que la afiliación, busca relacionarse con los demás, les gusta el trabajo en equipo. El poder busca el control de las otras personas o grupos (Naranjo, 2009).

## **CONCLUSIÓN**

Respondiendo a la necesidad de informar, influenciar y motivar a los individuos, instituciones y público, sobre temas de salud, la comunicación en salud busca concientizar, persuadir y motivar, a los individuos, y a las comunidades a la participación e involucramiento a favor de la adopción de hábitos saludables con la finalidad de prevenir enfermedades.

Un ambiente favorable para promover la salud de las personas puede ser el lugar de trabajo donde las iniciativas para mejorar la salud pueden ser reforzadas a través de estrategias de acción, tomando en consideración que las personas pasan la tercera parte de sus vidas en el trabajo y dado el desconocimiento que se tiene con respecto a

cuáles son los programas de Responsabilidad Social Empresarial que realizan las empresas.

Estas deberán incluir la comunicación en salud es necesario considerar una investigación para elaborar un diagnóstico que permita conocer si los programas que realizan incluyen la promoción en la salud.

Además de integrar al trabajador se incluyan la familia y la comunidad y cómo se relaciona con la calidad de vida en el trabajo debido a que poco se conoce cómo son implementadas, evaluadas y cómo su costo es integrado a las actividades estratégicas, especialmente cómo estas actividades de comunicación y promoción de la salud son absorbidas por las empresas y la posibilidad de que sean consideradas como parte de la responsabilidad social empresarial.

Finalmente se incluye como propuesta, realizar nuevos estudios que permitan conocer cuáles son las actividades que las empresas realizan encaminadas a mejorar la salud del trabajador, debido a que poco se conoce cómo son implementadas, evaluadas y cómo su costo es integrado a las actividades estratégicas, especialmente cómo estas actividades de comunicación y promoción de la salud son absorbidas por las empresas y la posibilidad de que sean consideradas como parte de la responsabilidad social empresarial.

## REFERENCIAS

- Almaguer, M., Herrera, R., & Pérez, J. (2007). **Epidemia global de enfermedades vasculares crónicas un nuevo paradigma y desafío.** *Rev. Haban Cienc Méd(online)*,6(3), recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1729-519x2007000300007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1729-519x2007000300007)
- Alonso, M., Rodríguez, M., & Cortez, K. e. (2012). **La responsabilidad social corporativa y su desempeño financiero: un análisis en empresas mexicanas que cotizan en la bolsa.** *Contaduría y Administración*, 57 (1), 53-77.
- Bandura, A. (1977). **Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change.** *Psychological Review*, 84 (2), 191-205.
- Barquera, S., Campos, I., Hernández, L., Pedroza, A., & Rivera, J. (2013). **Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, 2000-2012.** *Salud Pública de México*, 55 (2), S151-S160.

- Barroso, F. (2008). **La responsabilidad social empresarial. Un estudio en cuarenta empresas de la ciudad de Mérida, Yucatán.** *Contaduría y Administración*, 226, septiembre-diciembre, 73-91
- Briscoe, C., & Aboud, F. (2012). **Behaviour change communication targeting four health behaviours in developing countries: A review of change techniques.** *Social Science & Medicine*, 75(4), 612-621. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.03.01
- Cladellas, R. (2008). **La ausencia de gestión de tiempo como factor de riesgo psicosocial en el trabajo.** *Intangible Capital*, 4 (4), 237-254.
- Córdova, J. Á., Barriguete, J. A., Lara, A., Barquera, S., Rosas, M., Hernández, M., y otros. (2008). **Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral.** *Revista de Salud Pública de México*, 50 (5), 419-427.
- Cornélio, M., Gallani, M., & Godin, G. e. (setembro-outubro de 2009). **Desarrollo y confiabilidad de un instrumento para medir los factores psicosociales determinantes en el consumo de sal entre hipertensos.** *Rev. Latino-am Enfermagem (online)*, 17 (5), recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/es\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/es_17.pdf)
- Cuesta, U., Menéndez, T., & García, M. (2008). **Comunicación social y salud: Un nuevo planteamiento estratégico.** En Ubaldo Cuesta Cambra, Aitor Ugarte Iturrizaga y Tania Menéndez Hevia (coords), *Comunicación y salud: avances en modelos y estrategias de intervención* (pp 19-38). Madrid, España: Editorial Complutense, SA. Recuperado de [http://fundacionabbott.es/documentos/publicaciones/comunicacion\\_y\\_salud/comunicacionysalud\\_avances.pdf#page=20](http://fundacionabbott.es/documentos/publicaciones/comunicacion_y_salud/comunicacionysalud_avances.pdf#page=20)
- de Souza, A., & Puzzi, A. (2013). **Qualidade de vida no trabalho.** *J Health Sci Inst.*, 31 (1), 53-58.
- Dewar, D., Lubans, D., Plotnikoff, R., & Morgan, P. (2012). **Development and evaluation of social cognitive measures related to adolescent dietary behaviours.** *Intenational Journal of Behaviour Nutrition and Physical Activity*, 9:36. doi:10.1186/1479-5868-9-36
- Díaz, H., & Uranga, W. (2011). **Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria.** *Revista de Comunicación y Salud*, 1 (1), 113-124.
- Díez, E., Juárez, O., & Villamarín, F. (2005). **Intervenciones de promoción de la salud basadas en modelos teóricos.** *Med Clin (Barc)*, 125 (2), 193-197.
- e saludable. (s.f.). **e saludable.com.** Recuperado el 10 de febrero de 2015, recuperado de <http://www.e-saludable.com/>
- Empresas Saludables . (s.f.). **miempresasaludable.com.** Recuperado el 10 de febrero de 2015, de <http://www.miempresaessaludable.com/encuentro/>
- Estabrooks, C. A., Thompson, D. S., Lovely, J. E., & Hofmeyer, A. (2006). **A guide to knowledge translation theory.** *The Journal of Continuing Education in the Health*

*Professions*, 26, 25-36.

- Figueiredo, H., Grau, E., Gil, P., & García, J. (2012). **Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería.** *Psicothema*, 24 (2), 271-276.
- Gómez, I. (2007). **Salud laboral: Una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo.** *Universitas Psychologica*, 6 (1), 105-113.
- Gómez, M. (2010). **Calidad de vida laboral en empleados temporales del valle de Aburrá-Colombia.** *Revista de Ciencias Estratégicas, Universidad Pontificia Bolivariana*, 18 (24), 225-236.
- Hoffmeister, L., Benavides, F., & Jodar, P. (2005). **Responsabilidad social corporativa en salud y seguridad en el trabajo: dimensiones realidad y perspectivas.** *Cuaderno de Relaciones Laborales*, 24 (1), 183-198.
- Kahn, H., Stevenson, J., & Roslender, R. (2010). **Workforce health as intellectual capital. A comparative study of UK accounting and finance and human resource directors.** *Journal of Human Resource Costing & Accounting*, 14 (3), 227-250.
- Kreps, G., & Maibach, E. (2008). **Transdisciplinary Science: The Nexus Between Communication and Public Health.** *Journal Communication* (58), 732-748.
- Lee, E., Yeon, S., & Jung, H. (2013). **Employee perception of CSR activities: Its antecedents and consequences.** *Journal of Business Research* (66), 1716-1724.
- Leiner, M. (2012). **Comunicación en salud como una estrategia de la prevención y control de enfermedades crónico degenerativas en el ámbito laboral.** En P. Jiménez, M. Leiner, M. d. Medina, & J. Melgar, *Responsabilidad social corporativa en las empresas*. Ciudad Juárez, Chihuahua, México: Editorial COLECH-UACJ.
- Leiner, M., Ávila, M., & Jiménez, P. (2010). **Promoción de la salud en el ámbito laboral ¿Descubriendo el hilo negro?** *RECA*, N°2, julio – diciembre, recuperado de <http://ppca.unam.mx/revista/images/imagenes/publicacionesPDF/promocion.pdf>
- Leiner, M., Ortiz, J. R., & Ávila, C. (mayo-agosto de 2008). **Un nuevo paradigma de la responsabilidad social corporativa. El aumento de enfermedades crónico-degenerativas en la fuerza laboral.** *Contaduría y Administración*, 225, agosto-diciembre, 105-119, recuperado de <http://www.ejournal.unam.mx/rca/225/RCA000022505.pdf>
- Mercado, P., & García, P. (2007). **La responsabilidad social en empresas del Valle de Toluca (México). Un estudio exploratorio.** *Estudios Gerenciales*, 23 (102), 119-135
- Naranjo, M. (2009). **Motivación: perspectivas teóricas y algunas consideraciones de su importancia en el ámbito educativo.** *Revista Educación*, 33 (2), 153-170.
- Nyagechi, A., & Bwisa, H. (2013). **Working Environment Factors that Affect Quality Work Life among Attendants in Petrol Stations in Kitale Town in Kenya.** *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 3

- (5), 289-296.
- Organización Mundial de la Salud (2015). **Enfermedades no transmisibles**. Nota descriptiva. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2001). **Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes**. Organización Panamericana de la Salud y Fundación W.K. Kellogg, recuperado de [http://www.nutricionenmovimiento.org.mx/dif/images/manual\\_comunicacion\\_salud\\_OPS.pdf](http://www.nutricionenmovimiento.org.mx/dif/images/manual_comunicacion_salud_OPS.pdf)
- Palaniammal, G. (2013). **Human Resource Development Ascertained Through Quality of Working Life**. *Golden Research Thoughts*, 3 (2) recuperado de <http://www.citeulike.org/user/researchjournal/article/12595737>
- Pérez, M., & Terrón, M. (2004). **La teoría de la difusión de la innovación y su aplicación al estudio de la adopción de recursos electrónicos por los investigadores en la Universidad de Extremadura**. *Rev. Esp. Doc. Cient.*, 27 (3), 308-329.
- Rogers, E. (2002). **Diffusion of preventive innovation**. *Addictive Behaviors*, 27 (6) November–December, 989–993.
- Romero, H., Súmano, R., & Romero, R. (2009). **Salud pública y salud laboral para el desarrollo de la empresa queretana**. *RESPYN Revista de Salud Pública y Nutrición*, 10 (1).
- Segurado, A., & Agulló, E. (2002). **Calidad de vida laboral: Hacia un enfoque integrador desde la psicología social**. *Psicothema*, 14 (004), 828-836.
- Server, R., & Villalonga, I. (2005). **La responsabilidad social corporativa y su gestión integrada**. *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, social y cooperativa*, 53, 137-161.
- Smith, T., & DeJoy, D. (2012). **Occupational Injury in America: An analysis of risk factors using data from the General Social Survey (GSS)**. *Journal of Safety Research*, 67-74.
- Sodexo. (s.f.). *Sodexo.com*. Recuperado el 10 de febrero de 2015, de <http://mx.sodexo.com/mxsp/default.asp>
- Tuesca, M. (2005). **La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla**. *Salud Uninorte* (21), 76-86.
- Velázquez-Monroy, Ó.; Rosas P., M.; Lara E., A.; Pastelín H., G.; Grupo ENSA 2000; Sánchez C., C.; Attie, F. y Tapia C., R. (2003). **Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: Resultados finales de la encuesta nacional de salud (ENSA) 2000**. *Archivos de Cardiología de México*, 73 (1), 62-77.
- Wakefield, M., Loken, B., & Hornik, R. (2010). **Use of mass media campaigns to change health behaviour**. *Lancet On line*, 376 (9748), 1261–1271, doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60809-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60809-4)