

SALUD PÚBLICA Y SALUD LABORAL PARA EL DESARROLLO DE LA EMPRESA QUERETANA

Hilda Romero Zepeda¹, Ramiro Froylán Súmano Poblano² y Rubén Salvador Romero Márquez³

¹Facultad de Ciencias Naturales de la Universidad Autónoma de Querétaro (Querétaro, Qro., México); ²Coordinación Auxiliar de Salud en el Trabajo del Instituto Mexicano del Seguro Social (Querétaro, Qro., México) y ³Coordinación Delegacional de Salud Pública del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro (Querétaro, Qro., México).

E-mail: phd_hromero@yahoo.com.mx.



Introducción

Visualizar a la empresa en competitividad como un conjunto de recursos, capacidades y aptitudes centrales heterogéneos que pueden utilizarse para crear una ventaja con relación a otras empresas del mercado, permite suponer que cada empresa tiene recursos y capacidades que no poseen otras empresas, o no en la misma combinación (1). Así, bajo el alto grado de especialización disciplinaria en términos de comercio y empresa, es difícil concebir el grado de efecto silencioso pero económico que tiene la salud

pública en el desarrollo empresarial. Existen múltiples proyectos de evaluación social en donde se cuantifica el gasto público y privado de una población enferma y el efecto que una población enferma y con alta incidencia a la lesión, puede tener en el sector productivo social.

En México, instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, y a través de su gran trascendencia al atender la salud general y especializada del 60% de la población económicamente activa en el país, ha establecido vínculos y lineamientos importantes con este sector productivo a través de las Coordinaciones Delegacionales de Salud Laboral y Salud Pública (2,3) dictando pautas institucionales de prevención, atención y control de enfermedades y lesiones.

Desarrollo - Gestión Empresarial y Comercial

Desarrollo y Gestión Empresarial son términos utilizados para describir el conjunto de técnicas y la experiencia de la organización, planificación, dirección y control eficientes de las operaciones de los mismos. (4). En las teorías implícitas para el desarrollo y la gestión empresarial, la organización tiene dos facetas esenciales: la creación de las líneas de responsabilidad y la creación y desarrollo de una plantilla de ejecutivos altamente calificados (5).

En la empresa, la planificación se relaciona con la creación de políticas básicas generales en torno a la producción, ventas, compra de equipos, materiales y materias primas, la contabilidad, precios, análisis de riesgos y cuestiones estratégicas. Esto a través de la aplicación de estas políticas y de la creación de pautas de trabajo uniformes en todos los departamentos. La dirección empresarial da seguimiento y conduce, mientras que el control permite empatar las acciones con las metas institucionales a través de los registros para la generación de bases de datos y sus informes para la toma oportuna de decisiones.

En las concepciones modernas institucionales se da prioridad a no solo a estos beneficios, incluyen el maximizar las ventas o el crecimiento de la empresa aunque estratégicamente no se enfatice por un tiempo el acrecentar ganancias. La gestión de recursos humanos como estrategia empresarial, subraya la importancia de la relación individual frente a las relaciones colectivas y la importancia de una participación activa de todos los trabajadores de la empresa. Cuando esta gestión de recursos humanos funciona correctamente, los empleados se comprometen con los objetivos a largo plazo de la organización, lo que permite que ésta se adapte mejor a los cambios en los mercados y consecuentemente a la permanencia empresarial no sólo para mantener la competitividad de la empresa en el mercado, sino además para mantener su viabilidad futura. (6).

Uno de los elementos estratégicos de la gestión de recursos humanos se refiere a la relación que debe existir entre los salarios y la productividad de cada trabajador ambas fuertemente influenciadas por razones de salud del trabajador, por el ausentismo, trato diferenciado al enfermo, por episodios agudos de enfermedad, por efecto psicosocial y económico del trabajador cuando ocurre la enfermedad en él o en su medio social, haciendo que en ocasiones no pueda allegarse los beneficios del reconocimiento por función y trabajo ejercido. El capital humano que reside en el recurso humano, constituye actualmente uno de los factores determinantes para la obtención de valor agregado (7,8). Desde una perspectiva de salud, el trabajador trasciende en la economía de mercado y en la supervivencia misma empresarial.

Acorde a Franco y Martori (9), de las nueve dimensiones que configuran el concepto de calidad laboral, la organización del trabajo y equilibrio con la vida cotidiana y la flexibilidad y seguridad son las que más inciden en un aumento de la productividad. Por el contrario, la salud y seguridad en el trabajo y el diálogo social son las dimensiones que repercuten negativamente en la productividad, si bien las dimensiones con influencia positiva tienen una contribución cuantitativamente mayor que las dimensiones negativas.

Salud Pública y Salud Laboral en México

La salud se refiere a la protección y la mejora del bienestar biopsicosocial de los ciudadanos a través de la acción comunitaria más que la simple ausencia de la enfermedad o dolencia. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (10) la salud comprende cuatro áreas fundamentales:

- 1) Fomento de la vitalidad y salud integral: programas de higiene y salud ambiental, la higiene personal, la educación sanitaria, el ejercicio físico, los códigos de conducta y autodisciplina, las prácticas dietéticas, la sanidad ambiental y alimenticia y el tratamiento de enfermedades y dolencias menores
- 2) Prevención de lesiones y enfermedades infecciosas y no infecciosas como lo son; el control sanitario del suministro de alimentos, las campañas de vacunación, la prevención de enfermedades crónico degenerativas y la educación sanitaria de poblaciones con riesgo.
- 3) Organización y provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades: asistencia pública, seguros de enfermedad y servicios sanitarios nacionales.
- 4) Rehabilitación de personas enfermas o incapacitadas: programas y servicios de rehabilitación para mitigar la invalidez funcional resultante de enfermedades o lesiones y para que las personas puedan volver a desarrollar sus actividades lo antes posible, rehabilitación social y vocacional.

En México, los cambios en términos de salud en estos 30 años se caracterizan por la persistencia de enfermedades infecciosas como la neumonía y las diarreas en la población infantil y la ocurrencia de enfermedades crónico - degenerativas y el cáncer. Se han condicionado tanto la disparidad nutricia con la convivencia de deficiencias y excesos alimentarios y nutricios en la población mexicana, como el cúmulo de rezagos y problemas emergentes: Existen en un extremo del espectro epidemiológico enfermedades Infecciosas, desnutrición y problemas materno-infantiles, y en otro predominan enfermedades no transmisibles y lesiones que predominan en los países desarrollados.

En el renglón de la mortalidad en hombres y mujeres de México, la tasa bruta de mortalidad más actualizada señala en el caso las mujeres 4 muertes por cada 1000 y en los hombres 5 muertes por cada 1000, Las causas principales de la mortalidad femenina son las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos. En el caso de la mortalidad masculina, las principales causas son enfermedades del corazón y por los tumores malignos, así como por accidentes. En ambos casos la esperanza de vida ha aumentado, se estima que para las mujeres es de 77.6 años y de cinco años menos para los hombres. (11)

Ante los retos y desafíos actuales como el crecimiento demográfico, cambios en la distribución y estructura de la población, pobreza y sus características, seguridad alimentaria y malnutrición, cobertura y calidad de los servicios de atención y la capacidad de respuesta a enfermedades emergentes y reemergentes por los sistemas sociales y de salud, la **Tabla 1** presenta en forma resumida, las propuestas en el área de salud pública nacional para las diferentes intervenciones poblacionales.

Tabla 1. Propuestas de Intervenciones en el ámbito de Salud Pública Nacional

Concepto	Causa	Intervención
Transición Epidemiológica	■ Enfermedades Infecciosas, desnutrición y problemas materno-infantil ■ Enfermedades No transmisibles y lesiones	Intervención Poblacional: ■ Seguridad alimentaria y ■ Prevención, detección oportuna, cambios de estilos de vida
Problemas de Rezago	Pobreza y marginación de servicios	Incrementar su nivel de bienestar general
Problemas Emergentes	Sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, inseguridad pública y vial, violencia en el hogar y deterioro de redes familiares y sociales	Implantación de estrategias anticipatorias y preventivas que incidan sobre los hábitos de vida
Transición Demográfica	Aumento poblacional, disminución de tasas de mortalidad general	Control de la Dinámica de Población
Envejecimiento de la Población	Disminución de mortalidad, caída de la tasa de fecundidad e incremento de esperanza de vida al nacer	Programas de atención a la población y estrategias anticipatorias en la demanda de servicios de salud

Problemas Emergentes

El análisis de los AVISA (Años de Vida Saludable) indica globalmente que, las enfermedades no transmisibles y las lesiones tienen un peso importante. Las principales causas de daño a la salud son: Diabetes Mellitus (5.8%), homicidios y las violencias (4.8%) y la cardiopatía isquémica (4.5%), así como daños producidos por las afecciones perinatales (7.7%), infecciones respiratorias (3.0%), cirrosis (2.9%) y desnutrición (1.9%) siguen siendo relevantes. (12).

La mortalidad total por lesiones aumentó a 55.6 por 100 000 habitantes, marcadamente mayor en los hombres que en las mujeres, con tasas de 90.0 y 21.7, respectivamente.

Las causas de muerte más frecuentes fueron las enfermedades del corazón, con 15.7% del total de defunciones, seguidas por los tumores malignos, con alrededor de 55 mil defunciones (12.6%), y la diabetes mellitas, con casi 47 mil (10.7%). (13).

Estos problemas se han clasificado en 5 tipos de enfermedades que concentran más de la mitad de las muertes ocurridas en el país durante el 2005 al 2007 según las ENCOPREVENIMSS, 2003-2006 (14,15,16,17):

I Enfermedades de Cardiovasculares: De un total de 16% de muertes en el país por enfermedades cardiovasculares, la cardiopatía isquémica es responsable del 63% de estos casos.

I Diabetes Mellitus: Con un promedio de prevalencia poblacional del 8.2 a 8.7% en población mayor de 20 años, Diabetes Mellitus es la principal causa a nivel poblacional de la amputación no traumática por pie diabético, del 14% nefropatías, del 10% neuropatías y del 2 al 5% de los casos de ceguera por retinopatía diabética.

I Tumores Malignos: Entre ellos destacan la prevalencia de cáncer cérvico uterino y cáncer de mama los cuales van en ascenso en morbi – mortalidad pese a los múltiples programas de detección y atención oportuna.

I Cirrosis Hepática ha mantenido una tasa de prevalencia promedio de 11.5 por 100,000 habitantes, con incremento de incidencia de hepatitis b y c.

I Padecimientos Neuro-psiquiátricos: Con una prevalencia poblacional de 10% a nivel mundial, y que en su haber ha condicionado múltiples complicaciones en adicciones, conductas compulsivas, obsesivas y de depresión, ausentismo laboral y lesiones en general.

Salud Mental y Enfermedades Crónico Degenerativas en la Empresa

La salud mental y las enfermedades crónico degenerativas han condicionado múltiples complicaciones en el área de la calidad de vida del trabajador, de su salud laboral, de la incidencia de lesiones y accidentes laborales, así como ausentismo y retiro temprano por incapacidad, todos ellos con alto costo social y económico tanto para el trabajador como para los sistemas productivos en nuestro país.

El 20% del ausentismo laboral se ve ligado a aspectos de salud mental cuya sintomatología se traduce en procesos de depresión-compulsión. Condiciona salarios caídos o un recambio de personal en corto tiempo, tiene consecuencias económicas y de tiempo, requiere la inversión de recursos para la capacitación y la habilitación de nuevos trabajadores en el sistema productivo.

La violencia familiar y la de género es una de las múltiples expresiones de la salud mental en la sociedad, la cual era considerada una cuestión privada que concernía solo a la célula familiar y que hoy se sabe que tiene impactos múltiples que van desde el gasto de la atención médica, psicológica y legal, los días de ausentismo laboral de los adultos involucrados, el ausentismo escolar y disminución en el aprendizaje de hijos, el inicio de procesos adictivos en la célula relacionada a la violencia familiar o si así fuera el caso, a la violencia de género en sus múltiples expresiones. Las víctimas en estos casos, presentan síntomas depresivos y en consecuencia una disminución de rendimiento personal y productivo. En 2003, 46.6% de las mujeres de 15 años y más con pareja residente en el hogar enfrentaron algún tipo de violencia por parte de su esposo o pareja sentimental, siendo las más frecuentes la violencia emocional, seguida de la violencia económica, física y sexual. (18).

Las muertes por causas violentas (accidentes, homicidios y suicidios) han disminuido ligeramente en el país, y durante 2003 se presentaron 41 mil defunciones masculinas y 11 mil femeninas por estas causas, siendo la proporción de 4 hombres por 1 mujer. Los accidentes de transporte son la principal causa de muerte, al constituir 7 de cada 10 muertes violentas en hombres y 8 de cada 10 en mujeres, le siguen los homicidios. (19).

Por otra parte las lesiones y las lesiones por accidentes, constituyen la tercera causa de ingreso a clínicas y hospitales (después de atención del parto y las afecciones obstétricas). A nivel nacional ocasionan la presencia de 6,000 pacientes diarios en los servicios de urgencia de los cuales 600 terminan hospitalizados (10%) y 170 fallecen (2.8%). Constituyen la principal causa de muerte prematura y discapacidad en México, se derivan de actos violentos y accidentes y provocan enormes pérdidas en términos de Salud Pública.

Acciones de Salud Pública y Salud Laboral del IMSS

Dentro del sistema de seguridad social, el IMSS que atiende al menos al 60% de la población trabajadora en el país. Uno de los principales programas de atención preventiva poblacional se denomina PREVENIMSS. Este programa

forma parte de los programas Integrados en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y emergen como un conjunto de Programas Estratégicos de Medicina Preventiva denominado Atención Integral PREVENIMSS.

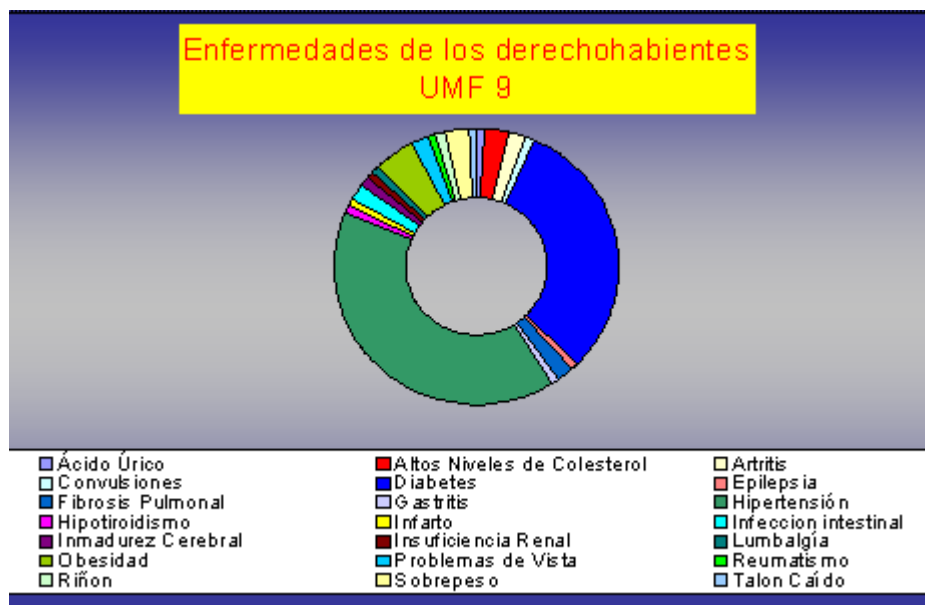
PREVENIMSS constituyen una manera práctica de otorgar servicios de salud centrados en el usuario, cambiando el enfoque hacia la protección de la salud a grupos bien definidos y otorgados principalmente a través de las Unidades de Medicina Familiar (UMF) del IMSS y pasando de 39 acciones fragmentadas para la salud, cambia a 5 programas de atención integral con abordaje por grupos etáreos: Niños de 0 a 9 años, Adolescentes de 10 a 19 años, Mujeres de 20 a 59 años, Hombres de 20 a 59 años y Adultos Mayores, mayores de 60 años. Estos programas a su vez se atienden a través de 5 procesos básicos de atención, Promoción a la Salud, Nutrición, Prevención, Control y Detección de Enfermedades y Salud Reproductiva.

Una de las herramientas utilizadas en el PREVENIMSS es la Encuesta Nacional de Cobertura o ENCOPREVENIMSS (20), quienes a la fecha reportan que las enfermedades crónico degenerativas tales como Obesidad, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus 2, Cáncer y Adicciones (tabaquismo, alcoholismo, sustancias tóxicas) constituyen las principales causas de enfermedad y mortalidad en el país y las lesiones.

Estas enfermedades crónico degenerativas a su vez representan la principal causa de consulta tanto de medicina familiar como de especialidad y el principal egreso económico institucional por atención de salud en sus tres niveles con una extensa duración por tratarse de enfermedades con desarrollo degenerativo e incapacitantes a nivel laboral con retiros a edad temprana.

La **Figura 1** muestra el perfil poblacional de una de las Unidades de Medicina Familiar (UMF 9) referente a enfermedades con mayor prevalencia.

Figura 1. Perfil poblacional de enfermedades



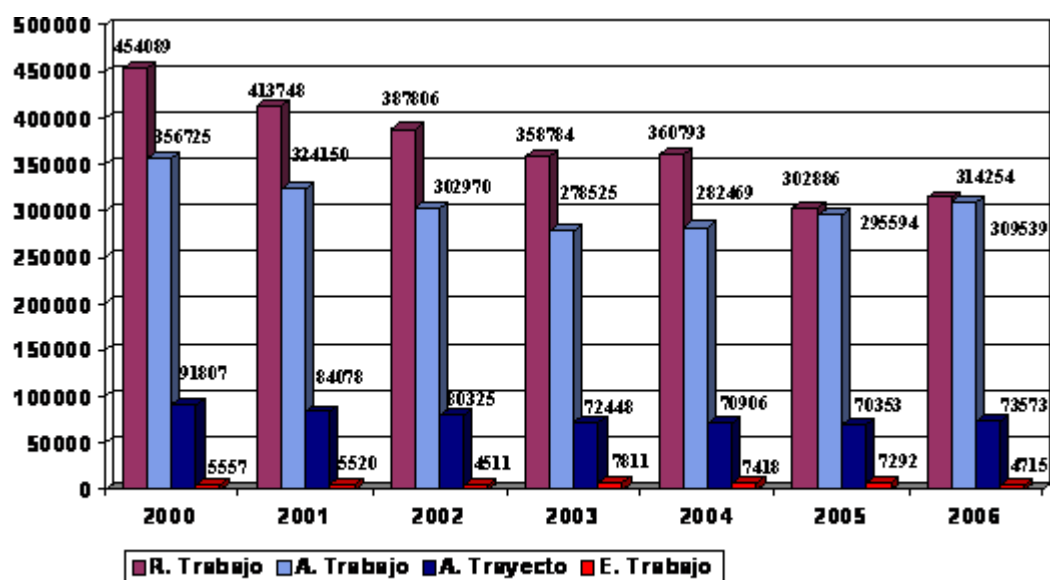
Fuente: Romero-Zepeda, Romero-Márquez y col. (2006). (21)

Esta **Figura 1** también se expone de manera representativa para al menos el 80% de las UMF en el Estado de Querétaro, y representativos de la situación nacional en este aspecto, en donde Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus se han constituido en las principales causas de consulta de medicina familiar y de especialidad, y Obesidad ya comienza a aparecer en forma significativa.

Por otra parte, la Salud Laboral o Medicina del Trabajo en la Prevención de Riesgos Laborales, tiene dos objetivos básicos: la identificación de daños y la propuesta y evaluación de intervenciones. La promoción de la salud en el puesto de trabajo es una faceta de la prevención de riesgos laborales que debe ser contemplada como un importante avance social y un soporte relevante de la productividad y de los resultados económicos de la empresa.

La **Figura 2** muestra el reporte de casos considerados Riesgos de Trabajo a nivel Nacional de la Coordinación de Salud en el Trabajo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En ella se puede observar la proporción de casos de riesgo de trabajo, contra casos de accidentes en el trabajo, su relación con los accidentes en el trayecto al trabajo y finalmente las enfermedades por trabajo en México del 2000 al 2006 (22).

Figura 2. Casos a nivel Nacional presentados de Salud Laboral durante 2000 al 2006 en el IMSS

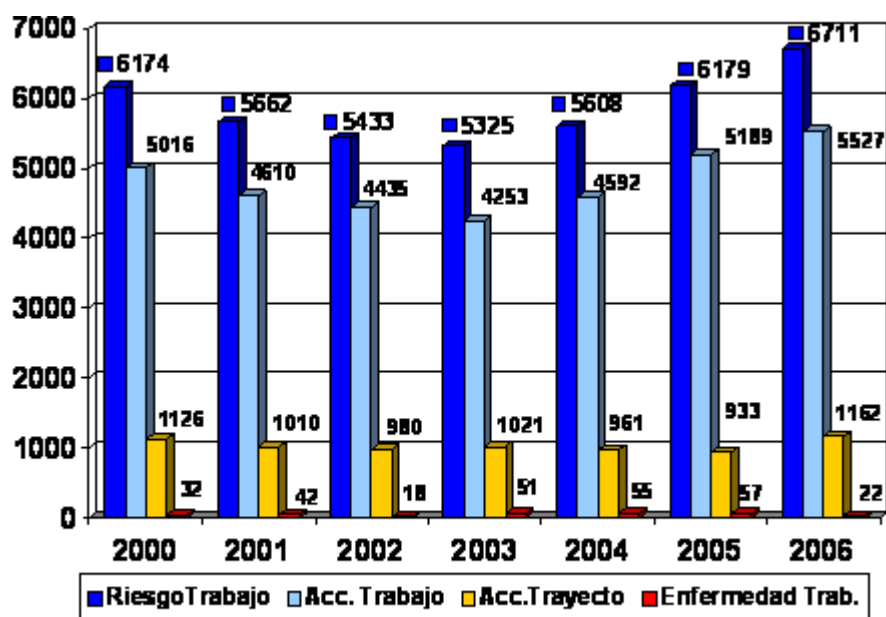


Fuente: Coordinación de Salud en el Trabajo. SUI55/ST-5

A través de una serie de medidas en corresponsabilidad de la Institución de Salud con la Empresa, se ha logrado en un período de 6 años, disminuir un 31% el número de casos considerados riesgos de trabajo, un 24% del año 2000 al 2003 en accidentes de trabajo, cifra que se vuelve a incrementar hasta un 11% del 2003 al 2006. Los accidentes durante el trayecto al trabajo, se han significado también un problema económico importante, manteniéndose alrededor de los 70 a 73 mil casos al año, muchos de ellos con implicaciones en la incapacitación del trabajador por lesiones. Las enfermedades por trabajo van de los 4715 durante el 2006 a 7811 durante el 2003, muchas de estas enfermedades se refieren a aspectos relacionados con postura corporal y duración de la misma.

La **Figura 3** de manera similar a la **Figura 2** pero a nivel Estatal, muestra el reporte de casos considerados Riesgos de Trabajo por la Coordinación Delegacional de Salud en el Trabajo del IMSS Delegación Querétaro durante el 2000 al 2006 (23).

Figura 3. Casos a nivel Estatal presentados de Salud Laboral durante 2000 al 2006 en el IMSS Delegación Querétaro, México



Fuente: Coordinación de Salud en el Trabajo. SUI55/ST-5

En esta gráfica se puede observar que a diferencia del perfil nacional, a nivel Estatal en Querétaro se han incrementado el número de casos de riesgo de trabajo después de una disminución entre el año 2000 y el 2003, ahora incrementándose del 2003 al 2006 en un 26%. Respecto a accidentes de trabajo, estos también se han visto incrementados del 2003 al 2006 en un 30%, similar al aumento del 24% en el número de casos de accidentes en el trayecto al trabajo del 2005 al 2006. Los casos de enfermedades por trabajo se han visto disminuidas en al menos un 40% del 2003 al 2005 comparativamente con el 2006.

Jornadas Laborales perdidas e incapacidades permanentes

Existen grandes consecuencias a nivel nacional debidos a riesgos de trabajo, lesiones y enfermedades crónicas degenerativas. El Instituto Mexicano del Seguro Social durante el 2006 registró la pérdida a nivel nacional de 7,832,636 jornadas laborales, 715,959 más que en el 2005 (7,116,677 jornadas laborales perdidas), y de manera particular en el Estado de Querétaro se perdieron 77,947 jornadas laborales, equivalentes a un incremento de 24,836 jornadas más que en el 2005 (53,111 jornadas laborales perdidas). Respecto a incapacidades permanentes por causas múltiples de salud, en diciembre de 2006 y a nivel nacional 19,327 trabajadores habían quedado con una incapacidad permanente, 1,366 incapacidades menos que en el 2005 (20,693 trabajadores incapacitados), mientras que a nivel estatal 244 trabajadores habían quedado con una incapacidad permanente 20 menos que el año anterior (264 trabajadores incapacitados). Sobre la mortalidad debido a riesgos laborales, a nivel nacional 1,069 trabajadores habían fallecido en diciembre de 2006, 40 menos que el 2005 (1,109 defunciones). Particularmente en el Estado de Querétaro, 27 trabajadores habían muerto, 1 menos que en el 2005 (26 defunciones).

Actividades de mayor riesgo y tipo de lesiones

Las diez actividades de mayor riesgo laboral registrados en la Coordinación de Salud Laboral del IMSS Delegación Querétaro, se muestran en la **Figura 4** (24).

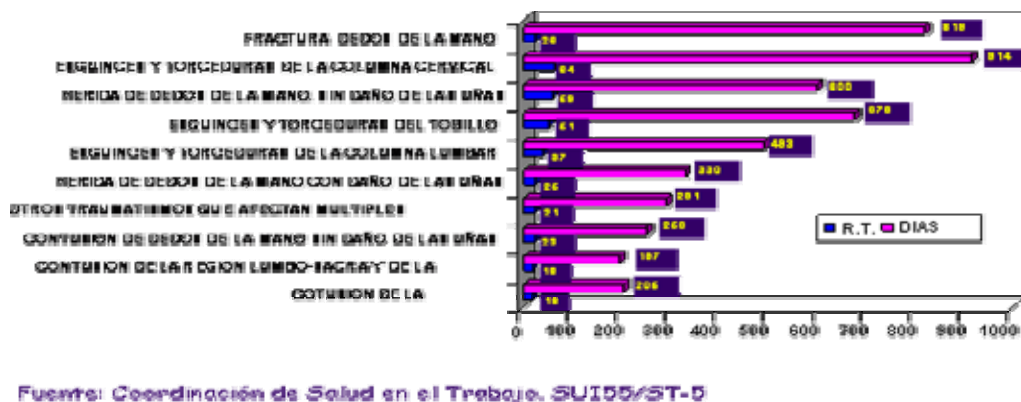
Figura 4. Diez Actividades con mayor numero de riesgos de trabajo y días de incapacidad en el Estado de Querétaro 2006 (México)



En la **Figura 4** se pueden observar que tanto la mayor incidencia al año de casos por riesgo de trabajo en el estado (493 casos), como la pérdida mayor por días de incapacidad (6945 días de incapacidad) se reportaron provenientes de Servicios Generales de la Administración Pública durante el 2006, haciendo hincapié en que estos tienen la mayor cantidad de empleados en el Estado y pareciera que es el hecho de densidad poblacional y no del tipo mismo de trabajo que permite esta situación. De igual forma, el área de los servicios profesionales, tiene una baja incidencia comparativa de riesgos de trabajo, mientras que en el área de la fabricación de automóviles, autobuses, etc., se tienen la menor incidencia de riesgos laborales y el área de Seguridad Social cuenta con el menor número de días de incapacidad en el año.

El tipo de lesión prevalente en el Estado en Salud Laboral, se muestra en la **Figura 5** (25). En ella se muestran los 10 principales tipos de lesiones con mayor prevalencia en los casos de riesgo laboral, las cuales resultaron ser durante el 2006, manos, esguinces y torceduras de la columna cervical, tobillo y columna lumbar, región lumbo - sacra y de la pelvis, traumatismos que afectan múltiples regiones y contusiones de la rodilla.

Figura 5. Naturaleza de lesión con mayor numero de riesgo de trabajo en el Estado de Querétaro-2006 (México)



Esta Figura 5 muestra cómo los esguinces y torceduras de la columna cervical tienen la mayor incidencia de casos de riesgo laboral significando durante el 2006, 9145 días de incapacidad, sin embargo fractura de dedos de la mano, herida de dedos de la mano sin y con daño de las uñas, y contusión de dedos de la mano sin daño de las uñas, en su totalidad significan 1345 casos de incidencia de riesgo laboral y un total de 20006 días de incapacidad, sin considerar que algunas de estas lesiones pueden ser incapacitantes para el trabajador en forma permanente o bien dejar secuelas permanentes que disminuyen capacidades funcionales y limitan su capacidad laboral.

Conclusiones

El peso económico de la Salud Pública y de la Salud Laboral en la Empresa Queretana, abarca los costos de tratamiento de las principales causas de morbilidad en el país. Estos son equiparables a los costos que se generan por baja eficiencia laboral, ausentismo, retiros tempranos, recambio de personal, y hasta accidentes laborales condicionados por efectos de salud mental y por tanto una no compatibilidad entre la visión empresarial y las necesidades personales, punto crítico de las teorías de gestión de recursos y procesos organizacionales en una institución económica, comercial y de servicio, que condicionan no solo su desarrollo sino también su permanencia en el sistema productivo de nuestra sociedad.

La salud laboral hace necesaria el proponer iniciativas dirigidas a atender y fortalecer las necesidades de salud con un enfoque de bienestar económico, desarrollo social, calidad y desarrollo productivo y de servicio empresarial, a través de un diagnóstico integral de las necesidades de salud y del diseño de alternativas de seguridad en salud para atender y fomentar el cuidado en salud a esta población, así como de sensibilizar a la sociedad misma y hacerla partícipe en su salud.

Resumen

La Salud Pública y la Salud Laboral hasta ahora cobran el significado deseado para los desarrollos empresarial, comercial y su permanencia misma en el sector productivo social. Las teorías económicas tradicionales consideran múltiples teorías para su comprensión en donde se establecen los sistemas organizacionales, la interacción y vinculación entre sus gestores y participantes, así como las políticas institucionales que rigen sistemas, procesos, metas económico-financieras y sus recursos. En la actualidad, se espera que los aspectos social y humano institucionales se perciban de manera holística tanto como el sustento, como el criterio mismo de permanencia empresarial y comercial en el contexto productivo. En una sociedad enferma, su salud y los elementos básicos de supervivencia, se constituyen en su prioridad deteriorando aquellos aspectos relacionados como la calidad de vida y los productos y servicios que se pueden obtener a partir del desarrollo económico. El recurso humano en la empresa tiene implicaciones directas en la línea de calidad y productividad, es el principal egreso económico institucional. Siendo el trabajador el principal ejecutor del desarrollo institucional, su eficiencia laboral se ve altamente influenciada por aspectos de bienestar social e individual, de aspectos de salud individual, ausentismo y bajo rendimiento laboral, haciendo que tanto la salud pública como la salud laboral cobren importancia en el desarrollo y en la permanencia misma empresarial. El presente documento pretende dar evidencia de aquellas lesiones y enfermedades de mayor impacto por parte del recurso humano en edad productiva y de la relación costo - beneficio de la cultura de la atención en salud del trabajador para el establecimiento, desarrollo y expansión empresarial en Querétaro, México.

Palabras clave: Recursos humanos, empresa, salud pública y salud laboral

Abstract

Public Health and Occupational Health have acquired until now the desired meaning for business and commercial developments and their permanence in the social productive sector. Traditional-economical theories consider multiple theories for their understanding where organizational systems, interaction and association between representatives and participants are established, as well as institutional policies that manage systems, processes, economical-financial goals and their resources. Now, it is desirable that social and institutional human aspects are perceived in a holistic way as much as sustenance, criterion of business-commercial permanence in the productive context. In a weekly society, its health and basic elements of survival are constituted by impairing those aspects related to life quality and the products and services that can be obtained from the economical development. Human resource in a company has direct implications in quality and productivity; it is the main economical-institutional expenditure. The worker as principal performer of the institutional development has his labor efficiency highly influenced by aspects of social and individual welfare, aspects of individual health, absenteeism and low labor performance doing that public health and occupational health obtain importance in the development and business permanence. This document tries to give

evidence of those injuries and diseases of high impact for the human resource in productive age and the cost-benefit relation of the attention culture of the worker for business establishment, development and expansion in Querétaro, México.

Key words: human resources, business, public health and occupational health

Referencias

1. Cruz-Muñoz, P.K. y G.M. Vega-López, 2002. La gestión por competencias: Una nueva herramienta en la planificación estratégica del recurso humano. www.GestioPolis.mht
2. OPS, 2002. Perfil del Sistema de Servicios de Salud en México. Organización Panamericana de la Salud. Segunda Edición.
3. Gutiérrez G., B. Acosta, H. Reyes, I. Fernández, S. Flores, G. Martínez y col 2003. Programas Integrados de Salud. Encuesta Nacional de Coberturas ENCOPREVENIMSS 2003. Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS. México.
4. Moreno-Pestaña, J.L. y M.D. Sánchez-Pinilla, 2000. Teoría de Sistemas, Trabajo Social y Bienestar. NOMADAS 1 | Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas, ISSN 1578-6730. <http://www.ucm.es/info/nomadas/>
5. Llisterri, J.J. 2000. Competitividad y Desarrollo Económico Local. Nuevas Oportunidades Operativas. Departamento de Desarrollo Sostenible del Banco Interamericano de Desarrollo. Madrid, España.
6. Sánchez, P., C. Chaminade, y C.G. Escobar 1999. En busca de una teoría sobre la medición y gestión de los intangibles en la empresa. Una aproximación metodológica. EKONOMIAZ. Revista Vasca de Economía No. 45, 188-213pp.
7. Llisterri, J.J., *Op. cit.*
8. Mora-Vanegas, C. 2007. El Recurso Humano en la Productividad. Gestión del Talento. Universidad de Carabobo, Venezuela. www.GestioPolis.com
9. Franco, R. y L. Martori (2007) La calidad laboral, clave para explicar las diferencias de Productividad. Estudio Manpower Professional. Grupo Inforpress – Departamento de Comunicación Manpower. Barcelona, España.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). http://whqlibdoc.who.int/paho/2004/927531599X_introduccion.pdf
11. INEGI 2006. Mujeres y Hombres en México 2006. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Décima Edición.
12. *Idem.*
13. OPS, 2002, *Op. cit.*
14. Gutiérrez G., *et al.*, 2003. *Op. cit.*
15. Gutiérrez G., B. Acosta, J. Aranda, I. Fernández, S. Flores, G. Martínez, E. Rendón, *et al.* 2004. Programas Integrados de Salud. Encuesta Nacional de Coberturas ENCOPREVENIMSS 2004. Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS. México.
16. Gutiérrez G., B. Acosta, J. Aranda, G. Martínez, E. Rendón, J. González y col. 2005. Programas Integrados de Salud. Encuesta Nacional de Coberturas ENCOPREVENIMSS 2005. Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS. México.

17. Gutiérrez G., B. Acosta, H. Reyes, I. Fernández, S. Flores, G. Martínez y col 2006. Programas Integrados de Salud. Encuesta Nacional de Coberturas ENCOPREVENIMSS 2006. Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS. México.
18. INEGI, *Op. cit.*
19. *Idem.*
20. Gutiérrez G., *et al.*, 2003. *Op. cit.*
21. Romero-Zepeda, H., R.S. Romero-Márquez, y col. 2006. Encuesta de Salida de Satisfacción del PREVENIMSS. Universidad Autónoma de Querétaro e Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Querétaro. Reporte Institucional.
22. Coordinación de Salud en el Trabajo 2006. Reporte Institucional SUI55-ST5. IMSS Delegación Querétaro.
23. *Idem.*
24. *Idem.*
25. *Idem.*



Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición
Ave. Dr. Eduardo Aguirre Pequeño y Yuriria
Col Mitras Centro, Monterrey, N.L. México 64460
Tels. (8)348-4354, 348-6080, 348-6447
respyn@faspyn.uanl.mx



Universidad Autónoma de Nuevo León
webmaster@uanl.mx