

## Nivel de implementación del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo en empresas de Colombia del territorio Antioqueño

Level of implementation of the Program for Safety and Health at Work in Antioquia, Colombia

Nível de implementação do Programa de Segurança e Saúde no Trabalho no Departamento de Antioquia, Colômbia

Ninfa Del Carmen Vega-Monsalve <sup>1,2</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00062516

### Resumen

*Esta investigación describe el nivel de implementación del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo en empresas colombianas, ubicadas en el departamento de Antioquia, y los factores que inciden en ello. Para ello se realizó un estudio transversal con 73 empresas, con más de 50 trabajadores e implementación del programa. Se realizaron 65 entrevistas y 73 listas de chequeo y revisión de procesos. Se encontró que las empresas cumplían medianamente el modelo de gestión en seguridad y salud en el trabajo, propuesto por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el componente con mayor desarrollo fue Organización (87%), y el de menor progreso: Política (67%). Los directivos creen que la causa de la mediana implementación es el poco compromiso de los jefes de área y los escasos recursos económicos. La gestión de los riesgos obedece en su mayoría al cumplimiento legal para evitar sanciones y documentación de los procesos; es poca la implementación de controles efectivos que reduzcan la fuente de los accidentes laborales del personal. Se concluye que la gestión de la salud laboral es poco estratégica.*

*Organización y Administración; Gestión de Riesgos; Salud Laboral*

### Correspondencia

N. D. C. Vega-Monsalve  
Escuela de Gestión Estratégica.  
Calle 27Dsur #25C-89, Oficina 1812, Envigado / Antioquia –  
0000, Colombia.  
ninfavegamonsalve@gmail.com

<sup>1</sup> Escuela de Gestión Estratégica, Envigado, Colombia.

<sup>2</sup> Corporación Universitaria Minuto de Dios, Bello, Colombia.



## Introducción

La gestión de los riesgos laborales es un proceso multidisciplinario, que protege la salud de los trabajadores, controla los accidentes laborales y las enfermedades laborales y reduce las condiciones de riesgo y peligro <sup>1,2,3,4</sup>, todo ello para no afectar la calidad de vida laboral o el desarrollo misional de la empresa. Es un proceso donde seguridad industrial es igual a productividad del negocio <sup>5,6,7</sup>.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) <sup>8</sup> calculó que los accidentes laborales y las enfermedades laborales causan más de 2,3 millones de muertes anuales. Se estima que la afectación en la producción es por lo menos de cuatro días de ausencia al trabajo. A pesar del alto índice de subregistro, América Latina triplica los índices de siniestralidad de los países más desarrollados, las razones: las condiciones socioeconómicas de la región, bajo estado de salud de la población trabajadora, maquinaria obsoleta <sup>9</sup>, altos índices de informalidad, leve cobertura en seguridad social <sup>8</sup>, escasa implementación del Programa de Salud Ocupacional (PSO), “desde la sanción del *Decreto 1.072* <sup>10</sup>, elevado a Sistema de Gestión en Seguridad y Salud Laboral (SG-SST)” o su implementación con una visión reduccionista y poco estratégica <sup>11</sup>, y precarización de las condiciones de trabajo a partir de los procesos de flexibilización laboral <sup>12</sup>. En este artículo se utiliza indistintamente la expresión PSO para referirse a SG-SST y viceversa, entendiendo que ambas se refieren a lo mismo.

Para Colombia el panorama es similar, según el Ministerio de Trabajo del país <sup>13</sup> en 2014, la tasa de accidentes laborales fue de 7,73 y aunque la tasa mundial sea de entre 8 y 12 accidentes laborales por cada 100 trabajadores, los resultados del país encienden las alarmas al considerar la estructura de su economía, en donde el 52,7% de las empresas ejecutan actividades de bajo riesgo <sup>14</sup>. Colombia no presenta una economía altamente industrializada como la de otros países, que justifiquen estos indicadores.

Según varios autores <sup>15,16,17</sup> esto se debe a la escasa implementación del SG-SST que debe responder a los criterios de los organismos internacionales de normalización y estructura normativa del país, que a su vez están en sintonía con el modelo propuesto por la OIT <sup>2</sup> (Figura 1). Según el informe de la *II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo* (SST) <sup>18</sup>, el desarrollo de las empresas en cuanto a los programas de salud ocupacional es realmente bajo, por ejemplo, sólo el 21,07% realizan programas de vigilancia epidemiológica, el 45,83% realiza exámenes médicos y el 55,5% tiene panorama de factores de riesgo.

Los modelos de calidad más utilizados en América son la *Norma ISO 14001:2004* y la norma *OHSAS 18001* que permiten la integración de la salud ocupacional con otros procesos de la empresa. Estas normas se caracterizan por la importancia que dan al compromiso de la alta gerencia y la aplicación del ciclo de Deming o P-H-V-A para la mejora continua. Se organizan por dimensiones que a su vez se integran por procesos y actividades (Tabla 1).

Implementar el PSO ahora SG-SST con una visión estratégica asegura: aumento en la calidad de vida de los trabajadores, ventaja competitiva sostenible y mayores resultados económicos <sup>19</sup>. No hacerlo es exponerse a onerosas sanciones por parte de los organismos de control y disminución en sus niveles de productividad por la rotación y ausencias de los empleados <sup>20,21,22</sup>.

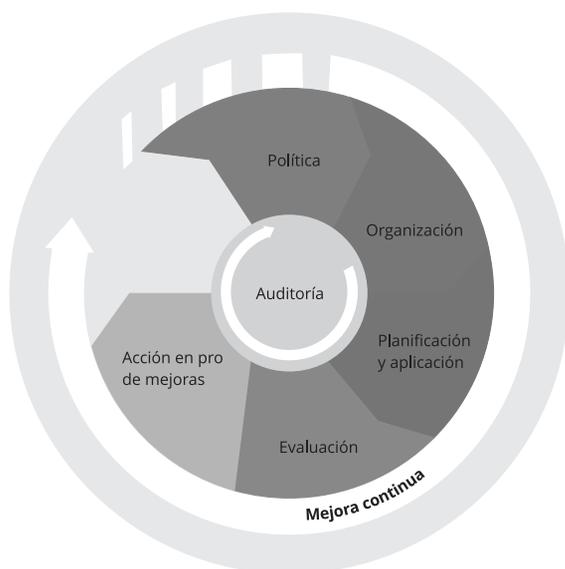
El departamento de Antioquia ha sido considerado como la segunda región de Colombia con más siniestralidad reportada <sup>23</sup>, para el año 2014 las cifras ascendían a 191.957 accidentes y 77 muertes, con el agravante de que hasta la fecha no se registraban estudios que indagaran por la implementación del PSO como medida de gestión de los riesgos laborales. Un alto porcentaje de las investigaciones realizadas en el país son estudios de caso que analizan aspectos de alguna empresa en particular, poco vigentes o que no evalúan o analizan la gestión de la salud ocupacional en su conjunto <sup>16,24</sup>.

De allí la importancia de esta investigación que pretende conocer la implementación del PSO de 73 empresas colombianas, ubicadas en el departamento de Antioquia; este trabajo no sólo entrega un diagnóstico a las empresas involucradas, sino que aporta reflexiones y contribuciones útiles para considerar la salud ocupacional como fuente de ventaja competitiva y afinar planes de intervención enfocados a los componentes de menor desarrollo.

Algunos autores <sup>25,26</sup> han planteado que el éxito empresarial está directamente relacionado con una adecuada planificación estratégica, que incluya los distintos procesos de la empresa y reduzca las situaciones que pongan en riesgo la continuidad de los procesos, cumplimiento misional y satisfacción de los clientes. La salud ocupacional es un proceso clave para cumplir con estos postulados, si

**Figura 1**

Elementos del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud Laboral (SG-SST) propuestos por la Organización Internacional del Trabajo.



Fuente: Organización Internacional del Trabajo (2001) <sup>2</sup>.

no se garantizan condiciones de seguridad y bienestar para los trabajadores, la calidad y flujo de los procesos no será el ideal y requerido. Otros estudios ya plantean el reto de integrar este proceso a la gestión estratégica de las organizaciones y las consecuencias de no hacerlo <sup>27</sup>.

Se cree que los indicadores de siniestralidad del país son el resultado de la baja implementación por parte de las empresas del PSO, pues si se gestionara con una mirada estratégica muy seguramente la cultura de seguridad sería una constante en las empresas. Es por esta razón que esta investigación se pregunta por ¿cuál es el nivel de implementación del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo en empresas de Colombia, ubicadas en el departamento de Antioquia, y los factores que inciden en ello?

## Materiales y métodos

Estudio transversal con una muestra de 73 empresas colombianas ubicadas en el departamento de Antioquia, representadas por el encargado del PSO y directivos, seleccionadas a discreción bajo muestreos intencionados no probabilísticos, buscando representación de varios municipios del departamento. Cumplieron los siguientes criterios de inclusión: empresas de naturaleza privada, del sector industrial y de servicios, con PSO implementado, un líder del área y más de 50 trabajadores.

Todas las empresas seleccionadas contaban con un líder de salud ocupacional que estudiaba o era egresado del programa de administración en salud ocupacional de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, seccional Bello. Ello permitió que hubiese confianza para contestar sin ninguna prevención las preguntas.

Los representantes de las empresas fueron contactados telefónicamente por los auxiliares de investigación, en entrevista inicial se les explicó el proyecto y se solicitó su consentimiento. Luego se definió una cita para responder un cuestionario que evaluó el cumplimiento de 102 ítems del PSO. En algunas ocasiones se solicitó evidencia de algunos de los ítems. Con el criterio de saturación teó-

**Tabla 1**

Componentes básicos que deben implementarse en el programa de seguridad y salud en el trabajo en cualquier empresa.

criterio	Componentes básicos (deben estar definidos, implementados y evaluados)	Indicadores
Política y filosofía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Política de seguridad u operación segura, contratación e idoneidad en seguridad para el personal vinculado;</li> <li>• Política de bienestar laboral y calidad de vida;</li> <li>• Criterios de participación de los trabajadores;</li> <li>• Compromiso de la alta dirección;</li> <li>• Responsabilidades de todos los niveles de la empresa frente al SG-SST;</li> <li>• Presupuesto para el sistema;</li> <li>• Política de competencia, inducción y capacitación;</li> <li>• Comunicación y retroalimentación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisiones y decisiones por parte de la gerencia frente al SG-SST;</li> <li>• Apropiación de la cultura de seguridad en todos los miembros de la empresa;</li> <li>• Presupuesto ejecutado eficientemente;</li> <li>• Personal competente para el cargo que desempeña;</li> <li>• Líder del SG-SST competente y con claridad del rol y recursos;</li> <li>• Funcionamiento del COPASST.</li> </ul>
Planeación y diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición de los requerimientos de ley, del sector económico y del tipo de empresa;</li> <li>• Definición de prioridades, actividades y tareas;</li> <li>• Estructura documental (procedimientos, instructivos, guías, formatos requeridos para asegurar la implementación);</li> <li>• Identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos;</li> <li>• Condiciones de salud, trabajo y perfil sociodemográfico de la población vinculada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento de los requisitos de ley para el tipo de operación y empresa;</li> <li>• Plan de trabajo anual;</li> <li>• Documentación del SG-SST;</li> <li>• Matriz de riesgos y peligros y planes de acción respectivos;</li> <li>• Diagnósticos y planes de intervención para las condiciones de salud y trabajo del personal;</li> <li>• Controles para actividades críticas;</li> <li>• Política de elementos de protección personal y equipos de seguridad especializada.</li> </ul>
Aplicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión de la cultura de seguridad y comportamiento seguro;</li> <li>• Medidas de prevención y control según la matriz de riesgos y peligros construida;</li> <li>• Respuesta ante situaciones de emergencias;</li> <li>• Gestión de contratistas y personal en misión;</li> <li>• Comité paritario;</li> <li>• Inversiones y ejecución del plan de trabajo anual;</li> <li>• Gestión de accidentes e incidentes laborales;</li> <li>• Gestión de enfermedades laborales;</li> <li>• Gestión de sustancias peligrosas;</li> <li>• Inspecciones de seguridad;</li> <li>• Programa de salud ocupacional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadores de accidentalidad y enfermedad laboral;</li> <li>• Efectividad del plan de trabajo anual;</li> <li>• Efectividad del Copasst e impacto percibido en la cultura de seguridad de la empresa;</li> <li>• Inversiones y ejecución presupuestaria;</li> <li>• Revisiones y decisiones por parte de la gerencia frente al SG-SST;</li> <li>• Indicadores de clima, cultura, bienestar y nivel de calidad de vida laboral;</li> <li>• Resultados en la gestión de las emergencias y momentos críticos que se hayan presentado;</li> <li>• Indicadores de salud del personal.</li> </ul>
Evaluación y mejora	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema de auditoría, seguimiento y control del SG-SST;</li> <li>• Cultura de mejora continua en todos los niveles de la organización;</li> <li>• Revisión por la dirección y plan de decisiones de mejora;</li> <li>• Inversiones en ingeniería e implementación de controles en la fuente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planes de mejoramiento a resultados de auditoría interna o externa;</li> <li>• Efectividad de las acciones correctivas, preventivas y planes de mejoramiento implementados;</li> <li>• Nivel de participación de los empleados en la definición e implementación de acciones correctivas o preventivas.</li> </ul>

COPASST: Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo; SG-SST: Sistema de Gestión en Seguridad y Salud Laboral.

Fuente: elaboración propia a partir de normatividad aplicada en Colombia y vigente para el año 2015 y los sistemas de gestión *Norma ISO 14001: 2004* y la norma *OHSAS 18001*.

rica y para profundizar la información del cuestionario, se realizaron 11 entrevistas con directivos, 16 con empleados y 38 con los encargados del sistema de seguridad industrial. Estas entrevistas tomaron entre 35 y 50 minutos, fueron grabadas con consentimiento de los involucrados y luego transcritas fielmente.

Este estudio cumplió las consideraciones éticas para investigaciones en salud, consignadas en la *Resolución 8.430* de 1993 de Colombia, que define este tipo de investigación como “sin riesgo”, además

siguió estrictamente los planteamientos de Emanuel <sup>28</sup>, que aunque corresponde a estudios clínicos, presenta buenas prácticas que vale la pena replicar. Por ejemplo: el desarrollo de un estudio con valor social, validez científica, conveniente y transparente con la muestra.

Las entrevistas fueron procesadas con el software Atlas.ti (<http://atlasti.com/>) y se utilizó la técnica de análisis del discurso, para comprender el contexto y aprehender el sentido que se tiene de la gestión de los riesgos ocupacionales en las empresas de la muestra. Para el análisis de los cuestionarios se realizaron cálculos estadísticos descriptivos y se procesó la información utilizando Excel (Microsoft Corp., EE.UU.) y el procesador de datos estadísticos SPSS versión 22 (IBM Corp., Armonk, EE.UU.). Se construyó una sábana de datos, tipo lista de chequeo, en donde se vaciaron las respuestas de todos los ítems, logrando análisis individuales por cada componente. Se utilizaron dos instrumentos para la recolección de los datos: entrevista semiestructurada, construida a partir de la revisión teórica y sometida a revisión de expertos y prueba piloto y un cuestionario ya validado por el Ministerio de Protección Social de Colombia, contenido en el manual de procedimientos para la verificación de los estándares mínimos del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional <sup>29</sup>. Los instrumentos permitieron indagar por las dimensiones de: política, organización, planificación y acción, evaluación y acción en pro de mejoras (Tabla 2).

Para valorar el nivel de implementación del programa de salud ocupacional, se utilizó una escala de cinco rangos así: muy bajo (entre 0% y 24%); bajo (entre 25% y 49); medio (entre 50% y 79%); alto (entre 80% y 95%) y muy alto (entre 96% y 100%).

## Resultados

Se encontró que las empresas consultadas presentan mediano nivel de implementación del PSO (76,5%) (Figura 2).

El componente con mayor desarrollo fue Organización (87% = alta implementación), que responde a las acciones de: delegar un responsable para el proceso, implementar planes de capacitación,

**Tabla 2**

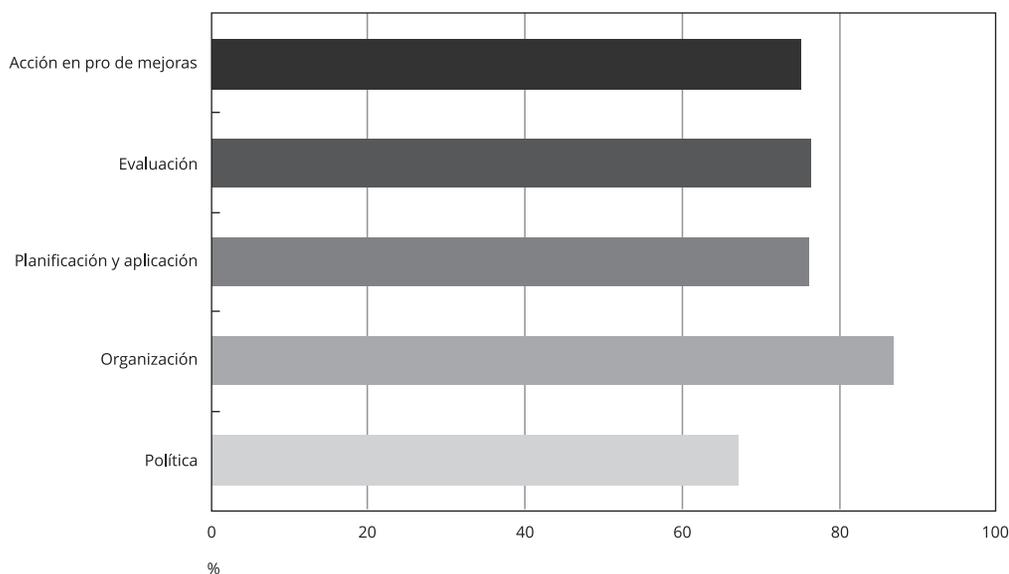
Dimensión y categorías utilizadas en esta investigación.

Dimensión	Categorías indagadas
Política	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Política;</li> <li>• Comité paritario de salud.</li> </ul>
Organización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa plan de capacitaciones.</li> </ul>
Planificación y aplicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico condiciones de trabajo;</li> <li>• Definición de riesgos prioritarios;</li> <li>• Cronograma de trabajo;</li> <li>• Acciones de higiene industrial;</li> <li>• Elementos de protección personal;</li> <li>• Reporte e investigación de accidentes laborales y las enfermedades laborales;</li> <li>• Plan de inspecciones de seguridad;</li> <li>• Plan de mantenimiento;</li> <li>• Exámenes médicos ocupacionales;</li> <li>• Programa de factores psicosociales;</li> <li>• Plan de emergencias.</li> </ul>
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadores de accidentes laborales y las enfermedades laborales.</li> </ul>
Acción en pro de mejoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planes de mejoramiento;</li> <li>• Revisión de la alta gerencia de los indicadores.</li> </ul>

Fuente: elaboración a partir del manual de procedimientos para la verificación de los estándares mínimos del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional en empresas, del Ministerio de la Protección Social de Colombia (2014) <sup>29</sup>.

**Figura 2**

Porcentaje de implementación de los componentes del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud Laboral (SG-SST) por las empresas consultadas.



Fuente: elaboración propia a partir de resultados.

documentar los principales procedimientos y establecer los medios de comunicación sobre estos temas en el interior de la empresa. El componente de menor progreso fue Política (67% = mediana implementación) que evalúa los niveles de participación de los trabajadores en la identificación e intervención de los riesgos, así como la definición por escrito del compromiso que asume la empresa con la seguridad de sus trabajadores. Como se vio en la Figura 1, este es el componente por donde inicia la gestión de los riesgos, pues es el reconocimiento público que hace la empresa sobre que le preocupa la salud y vida de sus trabajadores y por ello se compromete a cuidarlos.

Se encontró que la mayor motivación para la implementación del programa es evitar sanciones; las intervenciones y planes de acción son priorizados en función del menor impacto económico en el presupuesto y en la atención de los requerimientos de los organismos de control. Se destaca un mayor interés por implementar controles de tipo ergonómico y una baja realización de acciones en temas de control de higiene industrial y medidas administrativas complementarias, que se dan sólo en un 67%.

Con relación al manejo de riesgos de alto impacto, se identifica baja gestión. El 46,6% dice trabajar las condiciones de exposición al riesgo por sustancias altamente tóxicas o materiales que puedan generar cáncer, el 68,5% cuenta con un procedimiento en donde sus trabajadores puedan reportar las condiciones inseguras y el 67% presta atención al mantenimiento de tareas y máquinas críticas.

El análisis de las entrevistas muestra que existe consenso entre los empleadores, trabajadores y líderes de salud ocupacional sobre que las principales causas de la mediana implementación del PSO es el poco compromiso de los jefes de área y los escasos recursos económicos, representado en bajos presupuestos para invertir en controles en la fuente. La poca disponibilidad de recursos económicos hace que los tiempos de respuesta sean mayores a los requeridos. Aunque el 74% de las empresas consultadas dijo disponer de los recursos necesarios para gestionar los riesgos, en las entrevistas esta fue una queja reiterada en los distintos grupos consultados.

El seguimiento, auditoría y supervisión de las acciones también juega en contra del éxito del proceso, aunque el 76,4% dijo realizar evaluaciones periódicas, en la práctica se encontró que estas no se

realizan con la frecuencia que se requiere o se realiza sólo cuando se presentan auditorías de entes de control o se han presentado accidentes de trabajo. Se privilegia la documentación de los procesos antes que la implementación de controles efectivos que prevengan los accidentes laborales y las enfermedades laborales.

Los trabajadores indican que aunque se les convoca a capacitaciones, en pocas ocasiones pueden participar, porque hacerlo implicaría ausentarse de su puesto de trabajo o sacrificar su tiempo de descanso. Insisten en que se requieren mayores esfuerzos en prevención y promoción de estilos de vida saludable, elementos de protección personal e inducción en los cargos. Los líderes del proceso refieren que los esfuerzos deben estar encaminados a la implementación de programas como: control de tareas de alto riesgo, gestión de emergencias, mediciones ambientales y seguimiento a indicadores.

## Discusión

Esta investigación pretendió describir el nivel de implementación del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo en empresas colombianas ubicadas en Antioquia y los factores que inciden en ello y encontró que se cumple medianamente el modelo propuesto por la OIT<sup>2</sup>, la gestión de los riesgos es poco estratégica al priorizar las acciones no por su real impacto, en la prevención de accidentes y enfermedades laborales, sino del impacto económico en el presupuesto de la empresa y los requerimientos de los organismos de control para evitar sanciones.

Los resultados de este estudio son similares a otros estudios que encontraron que en Colombia, frente a los modelos teóricos, las intervenciones son en la persona y no en la fuente, y donde persiste el reto de integrar la salud ocupacional a la gestión estratégica de la empresa<sup>18,27</sup>, también que las empresas cuentan con programas de papel que no funcionan en la práctica<sup>15</sup>.

Al centrar el componente de Organización, sólo en la contratación de un encargado para el área que responda por la gestión de los riesgos de toda la empresa se incumple los preceptos de varias normas, y autores que aseguran que hasta que la seguridad no se convierta en un asunto de toda la organización, los resultados no serán satisfactorios<sup>10</sup>. Esto es confirmado con la percepción de los empresarios, frente a que falta compromiso de los jefes de área, es decir, aún la seguridad y salud no son una preocupación permanente de todos los miembros de la empresa.

A partir de los hallazgos, puede plantearse que el éxito de esta gestión recae entre otros aspectos, en dos muy importantes: el compromiso gerencial por cumplir el deber de proteger la vida de los trabajadores y la alineación de la cultura organizacional con la cultura de seguridad y salud de los trabajadores<sup>7,30</sup>. Es decir, no basta con contratar un líder, sino acompañarlo en la generación de cultura de seguridad a todos los niveles jerárquicos de la compañía. Hoy día en las empresas consultadas se está dejando la responsabilidad en el líder del proceso lo que no es efectivo para la gestión de los riesgos laborales.

Los hallazgos contradicen lo indicado por otro estudio<sup>31</sup> en cuanto a que existen falencias en el acompañamiento de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL). Este estudio encontró que el 80,8% (alto desarrollo) de las empresas consultadas evalúa la calidad de la asistencia técnica que le presta la ARL y difunde el resultado, lo que muestra apropiación y acercamiento con estas instituciones. Esta controversia puede deberse a que la población, instrumentos y época del estudio son distintas a este.

Este estudio genera importantes contribuciones. En el sentido académico abre nuevos interrogantes que se recomienda indagar. Por ejemplo, ¿si este es el panorama de las empresas que tienen implementado un programa de salud ocupacional, qué pasa con aquellas que aun ni siquiera tienen un líder para el proceso?, o ¿cuál es la percepción de otros actores que se ven involucrados en el fenómeno, como los entes de control y las ARL?

A nivel práctico llama la atención de las empresas frente a la importancia de su compromiso y participación en la gestión de los riesgos laborales, y de los líderes del proceso, en cuanto a que deben procurar por una gestión estratégica que demuestre su incidencia en los resultados de productividad de la empresa y con ello gane espacios y derechos de participación en los presupuestos, sin pretender responsabilizarlos absolutamente de este objetivo. Los resultados de esta investigación podrían ser aprovechados en el contexto de trabajo de otros países en América del Sur, pues presenta una des-

cripción detallada de los estándares mínimos que en materia de salud ocupacional deben implementar las empresas (Tabla 1).

Sin embargo, este estudio cuenta con una serie de limitaciones referidas especialmente al tamaño de la muestra que es inferior a la cantidad de empresas que existen en el departamento. Otra cuestión es la ubicación de la muestra, pues no se tuvo en cuenta a todos los sectores económicos y municipios, o empresas ubicadas en zonas apartadas que pueden presentar una configuración de riesgos y gestión distinta. También debe considerarse en próximos estudios actualizar los instrumentos de recolección de datos, que posterior a la realización del trabajo de campo presentaron modificaciones por la sanción en Colombia del *Decreto 1.072* de 2015 <sup>32</sup>.

Luego de su realización, se puede concluir que la gestión de los riesgos es poco estratégica y obedece en su mayoría al cumplimiento legal y documentación de los procesos, es poca la implementación de controles efectivos que reduzcan la fuente de los peligros, y sigue pendiente la alineación de la salud ocupacional con la gestión estratégica de la empresa.

## Agradecimientos

Se agradece a los integrantes del Semillero de Investigación SISO por su ayuda en el trabajo de campo para esta investigación. Corporación Universitaria Minuto de Dios (UNIMINUTO) quien cofinanció el estudio.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de la salud ocupacional para todos. El camino hacia la salud en el trabajo. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 1995.
2. Organización Internacional del Trabajo. Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo. Geneva: Organización Internacional del Trabajo; 2001.
3. Menéndez-Navarro A. El papel del conocimiento experto en la gestión y percepción de los riesgos laborales. *Arch Prev Riesgos Labor* 2003; 6:158-65.
4. Creus Solé A, Mangusio J. Seguridad e higiene en el trabajo: un enfoque integral. Buenos Aires: Alfaomega; 2011.
5. Goetzel RZ, Roemer EC, Short ME, Pei X, Tabrizi MJ, Liss-Levinson RC, et al. Health improvement from a worksite health promotion private-public partnership. *J Occup Environ Med* 2009; 51:296-304.
6. García-Ubaque J. Promoción de la salud en los lugares de trabajo. *Av Enferm* 2009; 27:124-9.
7. Pater R. Three essentials for elevating safety culture. *Occup Health Saf* 2015; 84:6-106.
8. Organización Internacional del Trabajo. Investigación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Geneva: Organización Internacional del Trabajo; 2015.
9. Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Estrategia iberoamericana de seguridad y salud en el trabajo 2010-2013. Estoril: Organización Iberoamericana de Seguridad Social; 2009.

10. Ministerio del Trabajo. Decreto 1.072 de 2015. <http://decreto1072.co/>.
11. Lizarazo C, Fajardo J, Berrio S, Quintana L. Breve historia de la salud ocupacional en Colombia. *Arch Prev Riesgos Labor* 2011; 14:38-42.
12. Vega-Monsalve NDC, Pinzón Salgado AM, Milena Álvarez C, Serna Gómez HM. Papel de gestión humana en procesos de flexibilidad numérica en organizaciones colombianas. *AD-Minister* 2014; (25):139-64.
13. Ministerio de Trabajo. Disminuyen muertes por accidentalidad laboral. <http://www.mintrabajo.gov.co/abril-2015/4398-disminuyen-muertes-por-accidentalidad-laboral.html> (accedido el 20/Abr/2016).
14. Asociación Nacional de Empresarios de Colombia. Mercado laboral colombiano. [http://www.andi.com.co/Archivos/file/Asamblea/2012/02Jueves\\_PM/RafaelPardo\\_MTrabajo.pdf](http://www.andi.com.co/Archivos/file/Asamblea/2012/02Jueves_PM/RafaelPardo_MTrabajo.pdf) (accedido el 06/Jun/2014).
15. Briceño L. Prevención de riesgos ocupacionales en empresas colombianas. *Rev Cienc Salud* (Bogotá) 2003; 1:31-44.
16. Andrade V, Gómez IC. Salud laboral investigaciones realizadas en Colombia. *Pensam Psicol* 2008; 4:9-25.
17. Torres-Rey C, Conde-Sierra J, Checa-Guerrero D, Díaz-Criollo S, Palma-Parra R, Varona-Urbe M. Servicios de medicina del trabajo en Colombia. *Rev Salud Pública* 2012; 14:598-606.
18. Ministerio del Trabajo. Informe ejecutivo. II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos. Bogotá: Grafic Editores; 2013.
19. Vásquez Artunduaga S, Correa Ruiz JC, Hincapié Palmezano LE. Medición del impacto en la rentabilidad dada la implementación de un sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo en la empresa americana de curtidos LTDA. & CIA. S.C.A. *Scientia et Technica* 2015; 20:42-9.
20. McCunney R. Health and productivity: a role for occupational health professionals. *J Occup Environ Med* 2001; 43:30-5.
21. Fernandez-Muñoz B, Montes-Peon J, Vasquez-Ordás C. Relation between occupational safety management and firm performance. *Saf Sci* 2009; 47:980-91.
22. Vega-Monsalve NDC. Competencias profesionales para la gestión de los riesgos ocupacionales. Caso de estudiantes y graduados de Uniminuto. Bello: Corporación Universitaria Minuto de Dios; 2015.
23. Loaiza J. Antioquia, segundo en accidentes de trabajo. <http://www.elcolombiano.com/antioquia-segundo-en-accidentes-de-trabajo-JH900874> (accedido el 18/Ago/2015).
24. Ministerio de la Protección Social. Diagnóstico actual y prospectivo de la salud ocupacional y los riesgos profesionales en Colombia con enfoques de entornos. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2005.
25. Kaplan RS, Norton DP. Mapas estratégicos: convirtiendo los activos intangibles en resultados tangibles. Barcelona: Ediciones Gestión 2000; 2014.
26. Porter ME. *On competition*. Boston: Harvard Business School Publishing; 1998.
27. Arévalo N, Molano J. De la salud ocupacional a la gestión de la seguridad y salud en el trabajo: más que semántica, una transformación del sistema general de riesgos laborales. *Innovar* 2013; 23:21-32.
28. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos básicos. In: Pellegrini Filho A, Macklin R, editores. *Investigación en sujetos humanos: experiencia internacional*. Santiago: Organización Panamericana de la Salud; 1999. p. 33-46. (Serie Publicaciones, 1999).
29. Unión Temporal Delta de Salud LTDA; Sociedad Colombiana de Medicina del Trabajo. Manual de procedimiento para verificar el cumplimiento de los estándares mínimos del programa de salud ocupacional de empresa. <http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/Publicaciones/Manuales/Manual-de-estandares-minimos.pdf> (accedido el 13/Oct/2013).
30. Galloway S. Business and safety: are the strategies aligned? *Occup Health Saf* 2014; 83:11-62.
31. Morales-Echavarría NY, Ortega-Berrio LM. Diagnóstico de acciones y programas de salud ocupacional en empresas y administradoras de riesgos profesionales de Medellín, 2008-2009. *Rev Salud Pública* 2009; 4:67-85.
32. Ministerio del Trabajo. Decreto 1.072 de 2015. Versión actualizada a 15 de abril de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. [http://www.mintrabajo.gov.co/component/docman/doc\\_download/7393-dur-sector-trabajo-actualizado-a-15-de-abril-de-2016pdf.html](http://www.mintrabajo.gov.co/component/docman/doc_download/7393-dur-sector-trabajo-actualizado-a-15-de-abril-de-2016pdf.html).

## Abstract

*This study describes the level of implementation of the Program for Safety and Health at Work in companies located in the Department of Antioquia, Colombia, and associated factors. A cross-sectional survey included 73 companies with more than 50 workers each and implementation of the program. A total of 65 interviews were held, in addition to 73 checklists and process reviews. The companies showed suboptimal compliance with the management model for workplace safety and health proposed by the International Labor Organization (ILO). The component with the best development was Organization (87%), and the worst was Policy (67%). Company executives contended that the causes of suboptimal implementation were the limited commitment by area directors and scarce budget resources. Risk management mostly aimed to comply with the legal requirements in order to avoid penalties, plus documenting cases. There was little implementation of effective checks and controls to reduce the sources of work accidents. The study concludes that workers' health management lacks effective strategies.*

*Organization and Administration; Risk Management; Occupational Health*

## Resumo

*O estudo descreve o nível de implementação do Programa de Segurança e Saúde no Trabalho no Departamento de Antioquia, Colômbia, e fatores associados. Foi realizado um inquérito transversal em 73 empresas com mais de 50 empregados cada, com foco na implementação do programa. Foram realizadas 65 entrevistas, além de 73 listas de verificação e revisões de processos. As empresas mostraram cumprimento abaixo do esperado com o modelo de gestão da segurança e saúde no local de trabalho, proposto pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). O componente que demonstrou melhor desempenho era Organização (87%), e o pior era Política (67%). Os executivos das empresas alegavam que as causas da implementação incompleta eram o compromisso insuficiente dos diretores de área e a escassez de recursos financeiros. A gestão de risco buscava principalmente atender as exigências legais para evitar penalidades, além de documentar casos. Houve pouca implementação das verificações e controles para reduzir as fontes de acidentes de trabalho. O estudo conclui que faltam estratégias eficazes para a gestão da saúde dos trabalhadores.*

*Organização e Administração; Gestão de Riscos; Saúde do Trabalhador*

---

Recibido el 12/Abr/2016  
 Versión final presentada el 26/Jul/2016  
 Aprobado el 24/Ago/2016