
EDITORIAL

Repensando el síndrome cardiometabólico en el ámbito laboral: de la vulnerabilidad individual a la responsabilidad colectiva.

El síndrome cardiometabólico (SCMet), se ha consolidado como un importante problema de salud pública, por su elevada morbilidad y por ser un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares, primera causa de muerte a nivel mundial. Sin embargo, en el tejido de la cotidianidad laboral actual, se gesta como una epidemia silenciosa. En los servicios de salud laboral es cada vez más frecuente identificar trabajadores(as) con perímetro abdominal elevado, presión arterial alta, triglicéridos alterados, lipoproteína transportadora de colesterol de alta densidad (HDLc) baja y glucosa elevada. Este conjunto de condiciones metabólicas interrelacionadas denominado SCMet, se posiciona como una amenaza crítica para la población laboral activa.

Históricamente los programas de salud ocupacional se han estructurado para responder a lo inmediato; es decir, el accidente laboral, la toxicología industrial y las enfermedades profesionales de origen ergonómico. El SCMet, así como sus consecuencias, no ha sido considerado una enfermedad causada por el trabajo, por su carácter multifactorial. Sin embargo, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha reconocido oficialmente la asociación entre el estrés laboral y los trastornos metabólicos, como el SCMet y la diabetes tipo 2; reconoce que las ECM afectan la productividad, la expectativa de vida laboral y el bienestar de los trabajadores(as). Conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud (OMS), demuestra que las jornadas ≥ 55 horas semanales son el factor de riesgo ocupacional que causa la mayor cantidad de muertes en el mundo, vinculadas a cardiopatías isquémicas y accidentes cerebrovasculares.

En Venezuela, la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT) establece la obligación de reportar enfermedades ocupacionales. Sin embargo, los criterios del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL) han tenido un enfoque predominantemente biomédico, centrado en trastornos musculoesqueléticos, agentes químicos e hipoacusia. La realidad de los trabajadores(as) venezolanos está marcada por un incremento del desgaste psicosocial y metabólico, pero los protocolos de los Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo (SSST) siguen anclados en esquemas que no priorizan la intervención temprana de estos nuevos factores de riesgo.

Las alteraciones cardiometabólicas como la resistencia a la insulina (RI), perfil lipídico alterado y las cardiopatías complejas suelen ser tratadas bajo la lupa de la enfermedad común, ignorando cómo la organización del trabajo actúa como un factor desencadenante. Por ende, el sistema de vigilancia epidemiológica formal del país carece de herramientas metodológicas estandarizadas y obligatorias para capturar el desgaste cardiometabólico antes de que se convierta en un evento fatal como un infarto.

El abordaje habitual del SCMet se reduce a recomendaciones sobre dieta, ejercicio y medicación, bajo una lógica que traslada al individuo la responsabilidad sobre su estado de salud, resultado de elecciones individuales inadecuadas o de estilos de vida poco saludables. No se ha relacionado el efecto de las condiciones laborales sobre las enfermedades cardiometabólicas. Algunos estudios muestran mayor incidencia en el personal de salud, los docentes y los transportistas, atribuyéndola a la combinación de estrés crónico, largas jornadas, baja calidad nutricional y ambientes laborales estresantes. Este hecho recalca la necesidad que los sistemas de salud ocupacional se actualicen y adopten protocolos de vigilancia e intervención para este creciente grupo de enfermedades cardiometabólicas (ECM), que representan una de las deudas más profundas de los sistemas de vigilancia epidemiológica.

Durante décadas, la salud cardiometabólica se han estructurado bajo el paradigma de la epidemiología lineal, limitándose a la identificación de factores de riesgo, y a la cuantificación de indicadores biológicos aislados. Sin embargo, una comprensión fragmentada del problema deja fuera elementos decisivos para entender por qué este síndrome se expresa con tanta fuerza en determinados grupos de trabajadores (as) y en sectores productivos. En ese sentido, el SCMet no puede comprenderse únicamente como una suma de factores de riesgo individuales, sino como una expresión de procesos que deterioran la salud desde las condiciones mismas en que se organiza el trabajo.

La visión reduccionista no solo culpabiliza al individuo, sino que invisibiliza el origen estructural del problema. La persistente prevalencia de trastornos crónicos no transmisibles en la población económicamente activa demuestra que este enfoque ha cumplido su ciclo. Para avanzar en la salud colectiva y la medicina social hoy en día se requiere una ruptura epistemológica frente a los conceptos tradicionales que han modelado la praxis de la salud ocupacional. Es el momento de repensar el SCMet, transitando de la noción restrictiva de riesgo individual hacia el marco comprensivo de la determinación social de la salud.

La alta prevalencia del SCMet no solo evidencia un problema clínico, sino que revela el impacto de determinantes sociales estructurales como la inseguridad alimentaria y la desigualdad social en la salud cardiometabólica de las poblaciones. Esto sugiere que es un problema de salud pública transversal, que no se trata de un problema aislado ni exclusivo de ciertos grupos, ni de nivel de educación, sino de una condición que afecta de forma amplia y diversa a la población, aunque con diferentes patrones por actividades económicas y variables socioculturales.

El cuerpo y su fisiología no operan de manera aislada, el metabolismo humano se moldea, altera y deteriora según el modo de vida, es decir se subsume en el modo de vida laboral y en las dinámicas de producción a las que el individuo está sometido y sus estilos de vida (Breilh, 2003). El SCMet no puede seguir siendo abordado como un simple resultado de estilos de vida inadecuados o de decisiones biológicas particulares. Culpabilizar al trabajador por su perfil metabólico es una postura reduccionista que invisibiliza los procesos de determinación inherentes a la organización del trabajo moderno. No se puede exigir pautas de alimentación saludable a trabajadores expuestos a jornadas extenuantes, rotación de turnos o trabajo nocturno, condiciones que alteran crónicamente el ritmo circadiano y desencadenan RI, lo que se traduce biológicamente en un aumento sostenido de cortisol y citocinas proinflamatorias, promoviendo el depósito de grasa visceral y la disfunción endotelial, considerados como factores desencadenantes de ECM. Tampoco podemos atribuir el sedentarismo al desinterés individual cuando las dinámicas de hiperproductividad imponen la inmovilidad forzada o, en el otro extremo, una sobrecarga física desgastante sin los tiempos necesarios para la recuperación fisiológica.

Frente a esta realidad, la epidemiología crítica (Breilh, 2003) propone un giro epistémico, propone transitar desde la noción convencional de factores de riesgo hacia la categoría de procesos destructores, entendidos como aquellas dinámicas estructurales y modos de vida que deterioran de manera sistemática la salud de los trabajadores. En investigaciones realizadas en nuestro contexto (González-Mayo, 2026), se han identificado al menos cuatro procesos que operan como determinantes del síndrome cardiometabólico en trabajadores. Aparecen, la precariedad laboral (contratos temporales, ingresos insuficientes, multiempleo, falta de beneficios); el pluriempleo (el trabajador que tiene dos o tres empleos no tiene tiempo para cocinar sano, ni para hacer ejercicio, ni para dormir bien); la cronodisrupción (jornadas extensas, horarios rotativos, trabajo nocturno) y la culpa internalizada (“es mi culpa por no cuidarme”). Este es el mecanismo más perverso, porque el trabajador termina aceptando como propio un problema que es estructural. Además, se pudo encontrar que no solo los sectores más desfavorecidos o la población trabajadora de un determinado sector económico, se ve afectado por el SCMet. La falta de investigaciones que aborden el SCMet desde una perspectiva crítica y situada constituye una brecha de conocimiento que requiere ser investigada, para

poder establecer estrategias desde nuestra propia realidad. En consecuencia, se plantea una transformación paradigmática en los servicios de salud laboral.

La salud laboral debe asumir que la prevención del SCMet exige intervenir sobre las condiciones de trabajo, la organización de los tiempos, el acceso a alimentos saludables, las pausas activas, el descanso reparador, y reducción de factores psicosociales adversos. Se trata de pasar de la vulnerabilidad individual a una comprensión colectiva de la enfermedad y reconocer que estas condiciones pueden configurar el desarrollo de SCMet y así como de las ECM. Bajo esta lógica, la responsabilidad no recae solo en el trabajador. Los servicios de salud laboral deben ampliar su mirada e incorporar, además de los parámetros clínicos, la evaluación de las condiciones psicosociales y organizacionales que favorecen el riesgo metabólico. De allí la atención, en los centros de trabajo, de las jornadas, cargas de trabajo, ritmos de producción y disponibilidad de espacios para el autocuidado y el disfrute del ocio. Asimismo, los sindicatos y las organizaciones de trabajadores deben incorporar la salud metabólica como parte de la defensa de los derechos laborales.

Asumir este cambio de paradigma implica comprender que la salud cardiometabólica en los entornos laborales es una responsabilidad colectiva. Intervenir en el SCMet desde el ámbito laboral no es diseñar folletos informativos sobre dietas balanceadas; es intervenir desde una praxis transformadora en el entorno y en las condiciones de producción. El SCMet no es un destino inevitable ni un fracaso individual. Es también el resultado de ambientes laborales que, en muchos casos, producen enfermedad de manera silenciosa y sostenida. Se trata de desmedicalizar la vida cotidiana, abordando las condiciones estructurales que generan estrés crónico y malestar metabólico. Desindividualizar la culpa, reconociendo que la obesidad y la hipertensión no son fracasos personales y desnaturalizar lo que parece inevitable, mostrando que el cansancio, el dolor y la enfermedad no son normales en el trabajo. Desde este contexto y con el compromiso de un pensamiento crítico latinoamericano, se hace un llamado a la comunidad científica, organizaciones, profesionales de los servicios de salud laboral, empresas, sindicatos y al Estado a asumir que enfrentar el SCMet en el trabajo es una deuda social pendiente.

Referencias:

Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.

González-Mayo, G. (2026). *Más allá del riesgo: comprensión crítica del entramado de la determinación social del síndrome cardiometabólico y la calidad de vida en trabajadores venezolanos*. [Disertación Doctoral] Universidad de Carabobo. Venezuela.

Gregoria González-Mayo

Dra. en Salud Pública

Unidad de Investigación en Lípidos y Lipoproteínas (INLIP).

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. Maracay, Venezuela

Email: ggonzalez3@uc.edu.ve

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4176-9329>