

SALUD DE LOS TRABAJADORES

**VOLUMEN 27 N° 1
ENERO – JULIO 2019**

ISSN: 13-15-0138 / Depósito legal pp 199302AR125 / Publicación semestral

ARTÍCULOS

Prevalencia del síndrome burnout en trabajadores que laboran con personas en situación de discapacidad en Puerto Montt, Chile

Prevalence of burnout syndrome in workers who work with people with disabilities in Puerto Montt, Chile.

El seguro chileno contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: lecciones y desafíos a 50 años de su creación

Chilean insurance against workplace accidents and occupational diseases: lessons and challenges 50 years after its creation.

Factores de riesgo psicosociales presentes en Tribunal y Juzgados del Sur de Chile

Psychosocial risk factors presents in Tribunal and Courts of South Chile.

Bienestar psicológico en migrantes latinos en la ciudad de Temuco

Psychological wellbeing in latino migrants and chilean natives in the City of Temuco.

El sistema de salud en Venezuela y sus políticas públicas: aportes para su integración desde la mirada de la salud colectiva

The health system in Venezuela and its public policies: contributions to the integration from the view point of collective health.

Efectos del entrenamiento sensoriomotor en balance, deambulación y calidad de vida en personas con enfermedad de Parkinson

Effects of sensorimotor training on balance, ambulation and quality of life in people with Parkinson's disease.

REVISIONES

Repensar el bienestar humano desde la filosofía spinozista: potenciar la vida desde la lógica del cuidado y la protección del cuerpo

Rethink human wellbeing from Spinozist philosophy: empowering life from the logic of body care and protection.

NOTAS Y REFLEXIONES

Salud de los trabajadores en el mundo neoliberal: una quimera macabra y cínica para el desarrollo de la democracia y una sociedad abierta

Workers' health in the neoliberal world: a macabre and cynical chimera for the development of democracy and an open society.

Aproximación crítica al sentido de la reparación en salud en población sobreviviente de violencia política en Chile

Critical approach to the meaning of the health service in population surviving political violence in Chile.



Universidad de Carabobo.
Postgrado en Salud Ocupacional
e Higiene del Ambiente Laboral
Rif: G-20000041-4
www.uc.edu.ve

Online ISSN: 2665-0215



Facultad de Ciencias de la Salud

La Revista Salud de los Trabajadores, es una publicación científica, editada semestralmente por el Postgrado en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral, Universidad de Carabobo, dedicada a temas de Salud Ocupacional y Ambiental: Medicina y Toxicología Ocupacional, Higiene Ocupacional, Seguridad Industrial, Derecho Laboral, Salud Ambiental, Sociología del Trabajo, Educación Ambiental, Seguridad Social, Ergonomía, Salud, Mujer y Trabajo, Gerencia en Salud Ocupacional, Cultura Preventiva.

Dirección: Universidad de Carabobo, Postgrado en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral (SOHAL). Final Av. Leonardo Ruiz Pineda. La Morita II, Estado Aragua, Venezuela. ZP 2101. Apartado Postal 2442.

Teléfonos: 58-02438710205

e-mail: st.revista@gmail.com
ligia.uc@gmail.com

Portal web:

<http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/saldetrab/>

Salud de los Trabajadores como publicación científica Tipo "A" recibe el apoyo permanente del Fondo Nacional de Ciencias, Tecnología e Innovación FONACIT.

INDIZADA EN:

REVENCYT: Revistas Venezolanas de Ciencia y Tecnología.

REDALYC: Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.

LATINDEX: Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.

LILACS: Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud.

LIVECS: Literatura Venezolana en Ciencias de la Salud.

DIALNET: Servicios de alertas sobre publicación de contenidos científicos

CLACALIA: Índice de publicaciones periódicas latinoamericanas y caribeñas de libre acceso.

Versión Impresa:

ISSN: 1315-0138 - Depósito Legal pp199302AR125

Versión Digital (Continuidad de la versión impresa):

ISSN: 12665-0215 - Depósito Legal CA2019000068

Editada por:

Postgrado en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral, Universidad de Carabobo.

Diseño y diagramación:

Francisco Antonio Ponte-Rodríguez.
Universidad de Carabobo, Venezuela.

Impresión:

Junio 2019. Maracay, Edo. Aragua. Venezuela.

Tiraje: 500 ejemplares.

COMITÉ EDITOR:

Directora-Editora: Ligia Sánchez Tovar, Universidad de Carabobo.

-David Cobos Sanchiz, Universidad Pablo de Olavide, España.

-Evelin Escalona, Universidad de Carabobo, Venezuela.

-Ernesto García Machín, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

-Gisela Blanco, Universidad Central de Venezuela.

-Jesús Gabriel Franco Enríquez, Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco, México.

-Jairo Luna, Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá.

-Director Fundador: Oscar Feo, Universidad de Carabobo.

SECRETARÍA TÉCNICA:

Estela Hernández, Universidad de Carabobo, Venezuela

CONSEJO CONSULTIVO:

-Aismara Borges, Universidad de Carabobo, Venezuela. -Antonio Granda, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores (INSAT) y Escuela de Salud Pública, Cuba. -Bruce Millies, International Brotherhood of Teamsters, Washington, USA. -Carlos Anibal Rodríguez, Universidad de Buenos Aires, Argentina. -Carmen Irene Rivero, Universidad de Carabobo, Venezuela. -Doris Acevedo, Universidad de Carabobo, Venezuela. -Estela Ospina Salinas, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. -George Delclos, Division of Environmental and Occupational Health Sciences, The University of Texas School of Public Health, USA. -Leopoldo Yanes, S.A. Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon", Venezuela. -Lilian Capone, Universidad de Buenos Aires, Argentina. -Lya Feldman, Universidad Simón Bolívar, Venezuela. -Margarida Barreto, Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo, Brasil. -María del Carmen Martínez, S.A. Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon", Venezuela. -María del Pilar Matud, Universidad de La Laguna, España. -María José del Pino, Universidad Pablo de Olavide, España. -Milady Guevara de Sequeda, Universidad de Carabobo, Venezuela. -Neil Maizlish, Instituto de Salud Pública, Oakland, California, USA. -Oscar Betancourt, Fundación Salud, Ambiente y Desarrollo, Ecuador. -Orielle Solar, Universidad de Chile. -Pedro Almirall, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores (INSAT), Cuba. -Susana Martínez Alcántara, Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco, México.

La Universidad de Carabobo se reserva el derecho patrimonial de impresión, reprografía, digitalización, publicación electrónica y permisos de la propiedad intelectual publicada en Salud de los Trabajadores. Las publicaciones están protegidas por el Protocolo N° 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor. No obstante, las entidades editoras, autorizan, para fines didácticos y de investigación la reproducción y traducción de trabajos publicados, siempre y cuando se cite la fuente.

CONTENIDO

EDITORIAL

ARTÍCULOS

Prevalencia del síndrome burnout en trabajadores que laboran con personas en situación de discapacidad en Puerto Montt, Chile

Prevalence of Burnout Syndrome in workers who work with people with disabilities in Puerto Montt, Chile

Edgardo González Sierra & Alex Véliz Burgos. 05

El seguro chileno contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: lecciones y desafíos a 50 años de su creación

Chilean insurance against workplace accidents and occupational diseases: lessons and challenges 50 years after its creation

Gonzalo Miranda Hiriart. 15

Factores de riesgo psicosociales presentes en Tribunal y Juzgados del Sur de Chile

Psychosocial risk factors presents in Tribunal and Courts of South Chile

Rubén Celis Schneider, Argentina Ahumada Torres, Paulina Obando Negrón & Katherine Rosas Latorre. 27

Bienestar psicológico en migrantes latinos en la ciudad de Temuco

Psychological wellbeing in latino migrants and chilean natives in the city of Temuco

Alexis Soto Salcedo , María Iris Olave, Alex Véliz Burgos & Marcela Andrade Pérez. 43

El sistema de salud en Venezuela y sus políticas públicas: aportes para su integración desde la mirada de la salud colectiva

The health system in Venezuela and its public policies: contributions to the integration from the view point of collective health

Pedro Villasana & Joel J. Caraballo. 51

CONTENIDO

ARTÍCULOS

Efectos del entrenamiento sensoriomotor en balance, deambulaci3n y calidad de vida en personas con enfermedad de Parkinson

Effects of sensorimotor training on balance, ambulation and quality of life in people with Parkinson's disease

Nicole B. Fritz Silva, Paulina Arratia Bernucci, Camila Aguilar Flores & Katherine Castro Cárdenas. 65

REVISIONES

Repensar el bienestar humano desde la filosofa spinozista: potenciar la vida desde la l3gica del cuidado y la protecci3n del cuerpo

Rethink human wellbeing from Spinozist philosophy: empowering life from the logic of body care and protection

Cristian Tejeda G3mez, Rodrigo Lagos Vargas & Juan Mansilla Sepúlveda. 77

NOTAS Y REFLEXIONES

Salud de los trabajadores en el mundo neoliberal: una quimera macabra y cínica para el desarrollo de la democracia y una sociedad abierta

Workers' health in the neoliberal world: a macabre and cynical chimera for the development of democracy and an open society

Juan Guillermo Estay Sepúlveda, Mario Lagomarsino Montoya, Juan Mansilla Sepúlveda, Germán Mauricio Moreno Leiva, Claudia Leticia Peña Testa & Rodolfo Cruz Vadillo. 85

Aproximaci3n crítica al sentido de la reparaci3n en salud en poblaci3n sobreviviente de violencia política en Chile

Critical approach to the meaning of the health service in population surviving political violence in Chile

Andrés Varela M. & Pedro Villasana L. 93

EDITORIAL

El presente número tiene como finalidad mostrar una serie de trabajos de corte teórico y empírico respecto a la salud y bienestar humano de diversos grupos de trabajadores y trabajadoras latinoamericanos/as. Estos manuscritos han sido generados por investigadores/as de diversas áreas de las ciencias sociales y de la salud que han considerado la relevancia de hablar del bienestar humano en sus múltiples dimensiones y el trabajo.

En este escenario, cuando nos referimos al bienestar humano en los trabajadores, significa poner el acento en las personas y su desarrollo humano como un todo, más que sólo en condiciones laborales que aumenten la productividad de la organización o el poder adquisitivo de estos trabajadores.

Este bienestar va más allá de lo económico, e implica considerar una serie de factores que fomenten el aumento de la felicidad de las personas en su vida diaria y por ende en su entorno laboral. Algunos de estos factores son individuales, otros organizacionales y un conjunto importante corresponden a las definiciones que cada sociedad construye para entender la relación personas, trabajo y calidad de vida a través de su cultura, el conjunto de normativas y legislaciones, incluso pasando por derechos humanos irrenunciables.

Entre estos factores combinados podemos encontrar: uso del tiempo libre, esparcimiento, condiciones laborales adecuadas para el desempeño del trabajo, compensaciones, proyecciones vitales, legislaciones laborales y de salud de los trabajadores, entre otros. Para ello, se deben considerar además aquellos factores que favorecen los accidentes y enfermedades laborales, el estrés por el trabajo, el burnout y que afectan la salud mental y el bienestar de las personas. Por otra parte, se deben generar acciones para reeducar a las personas en el desarrollo de acciones que favorezcan el autocuidado personal y comunitario.

En este contexto además, significa considerar las emociones humanas, las cuáles son parte de nuestra vida personal y laboral, los valores adquiridos por las personas a través de su vida y que los acompañan en su trabajo. Además de indagar en las diferentes áreas laborales las dimensiones que favorecen la calidad de vida de las personas.

Significa además, ampliar la mirada del estudio de las personas en el trabajo tradicional y considerar temáticas no tradicionales como salud y bienestar de personas que trabajan por ejemplo en la pesca artesanal, buzos y recolectores de orilla, en el sector rural, minero entre otros. Asimismo, identificar el acceso y calidad de trabajo de migrantes, el trabajo no formal, acceso de las mujeres a emprendimientos remunerados, pueblos originarios, trabajo inclusivo, entre otros.

Por otro lado, la reflexión teórica invita a discutir respecto a los modelos económicos que subyacen a los tipos de empleo, las jornadas de trabajo, formas de pagos, compensaciones, calidad del trabajo, seguridad laboral. En definitiva, beneficios del trabajo, no sólo para el empleador, sino también para los trabajadores/as, mejorando además su bienestar y calidad de vida y como esto se traduce en una armonía con el cuidado del medio ambiente y su sustentabilidad.

Alex Véliz Burgos
Doctor en Psicología
Académico asociado. Departamento de Ciencias Sociales.
Universidad de Los Lagos
alex.veliz@ulagos.cl

Prevalencia del Síndrome Burnout en trabajadores que laboran con personas en situación de discapacidad en Puerto Montt, Chile.

Prevalence of Burnout Syndrome in workers who work with people with disabilities in Puerto Montt, Chile

Edgardo González Sierra¹ & Alex Véliz Burgos²

Resumen

El objetivo del estudio fue evaluar la prevalencia del síndrome burnout en trabajadores que laboran con personas en situación de discapacidad. La investigación es no experimental de tipo cuantitativo. La muestra estuvo compuesta por 41 trabajadores. Los instrumentos utilizados para la recolección de información fueron el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS), adaptado al castellano y el cuestionario CESQT-PD. Los resultados demuestran que el 15% de los trabajadores presentan el síndrome burnout, con riesgo de presentar burnout el 73% de los trabajadores y con bajo riesgo 12%. Además, se obtienen dos perfiles, en el perfil 1, se observa que el 41,2 % de la muestra posee síndrome burnout y en el perfil 2 más culpa, el 20% posee síndrome burnout. Los resultados indican la necesidad de abordar la problemática para contribuir a abordar el bienestar de los trabajadores.

Palabras clave: Salud laboral, Prevalencia, Síndrome Burnout, Discapacidad.

Abstract

The objective of the study was to assess the prevalence of burnout syndrome in workers who work with people with disabilities. The research is non-experimental of quantitative type. The sample was composed of 41 workers. The tools used to collect information were the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) questionnaire, adapted to Spanish and the CESQT-PD questionnaire. The results show that 15% of workers have burnout syndrome, with 73% of workers having a risk to present burnout and 12% with low risk. In addition, two profiles are obtained, in profile 1, it is observed that 41,2 % of the sample possesses burnout syndrome and in profile 2 more fault, 20% possesses

burnout syndrome. The results indicate the need to address the problem in order to contribute to help address the welfare of workers.

Keywords: Occupational health, Prevalence, Burnout syndrome, Disability.

Introducción

En la actual sociedad, el desarrollo de las organizaciones se encuentra influenciado por las condiciones del entorno. Así como, los fenómenos de la globalización, han llevado a profundas transformaciones sociales, económicas y tecnológicas, generando un nuevo contexto para las organizaciones laborales (Veliz, Dörner, Soto & Arriagada, 2018a). Estas transformaciones acompañadas del progresivo envejecimiento, transiciones epidemiológicas, masiva incorporación de la mujer al mundo laboral y la tercerización económica con sus demandas y preferencias de los consumidores y/o usuarios de servicios, mayor exigencia al trabajador tanto físicas, emocionales y cognitivas, han transformado profundamente la organización laboral y de cómo concebir el trabajo (Olivares, Vera & Juárez, 2009).

Esta situación puede transformarse en una fuente desencadenante de estrés en el mundo laboral, el cual está relacionado con una disminución en la calidad y productividad del desempeño profesional, tanto a nivel individual como organizacional (Jawahar, Stone & Kisamore, 2007; Le Rouge, Nelson & Blanton, 2006) y con seguimiento de nuevas patologías laborales y factores de riesgo para la salud y el bienestar psicológico de los trabajadores (Cox, Griffiths, & Rial-González, 2000; Gómez, Hernández & Méndez, 2014).

¹Académico carrera de Kinesiología. Universidad de Los Lagos. Chile. E-mail: edgardo.gonzalez@ulagos.cl

²Departamento de Ciencias Sociales. Universidad de Los Lagos. Chile. E-mail: alex.veliz@ulagos.cl

En este contexto, es en el sector servicio donde se han notado con mayor claridad las consecuencias de estos cambios, exacerbándose riesgos distintos a los tradicionales (físicos, químicos y biológicos), de naturaleza psicosocial, los cuales son los causantes del estrés laboral y sus patologías asociadas como el Síndrome de Burnout y se constituye con los daños laborales del carácter psicosocial, el más importante (Bresó, Salanova, Schaufeli, & Nogareda, 2007; Véliz, et. al., 2018a).

El síndrome Burnout puede definirse como una respuesta al estrés laboral crónico, que aparece, en especial en los trabajadores de las organizaciones de servicio (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). La prevalencia del Síndrome de Burnout en países desarrollados, ha sido plenamente estudiada, no así en países latinoamericanos. En Chile surge la necesidad apremiante de iniciar estudios sistemáticos sobre factores psicosociales que intervengan en el trabajo, con tal de evaluar la prevalencia del síndrome.

Esto dado en el contexto de la globalización y los continuos cambios en las características de la actividad laboral, han generado repercusión en el sistema de trabajo, en particular en la forma de organizarla, generando una gran capacidad de adaptación de los trabajadores (Hernández, Olmedo & Ibáñez, 2004; Veliz-Burgos, Dörner-Paris, Soto-Salcedo, Reyes-Lobos & Ganga-Contreras, 2018b).

Esto también se aprecia en los trabajadores en el ámbito de los servicios del área de la salud y en los trabajadores que asisten a personas en situación de discapacidad, que se caracterizan por una intensa y prolongada entrega a los cuidados de estas personas generando un deterioro en la calidad del servicio que prestan, y donde lo resultante provoca vacío emocional (Gil-Monte & Peiró 1996; Vicente & Guerrero 1999).

El término Burnout lo define por primera vez Herbert Freumanberger en el año 1974, y la nombra como: “Un síndrome de agotamiento o pérdida de la energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por problemas de los demás”. Maslach & Jackson (1986), lo conciben como un “síndrome de agotamiento emocional,

despersonalización y reducida realización personal, que pueden ocurrir en individuos que hacen algún tipo de trabajo con la gente”.

En general, todos coinciden en señalar que el Síndrome Burnout es un proceso que vincula al entorno laboral. En tal sentido, el síndrome burnout es una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos y actitudes y que tiene un cariz negativo para el sujeto, dado que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicopatológicas como consecuencias nocivas para la persona y para la organización (Gil Monte, 2005).

A pesar de conocer que la salud mental es importante porque es la aptitud que nos ayuda a afrontar y adaptarse a las repetidas situaciones estresantes de la vida de un modo aceptable, el síndrome de burnout en la actualidad se presenta como una problemática no percibida por las autoridades y los trabajadores de las organizaciones, considerándolo sólo como estrés, de allí la poca importancia que se le viene dando a nivel organizacional. (Véliz, et, al, 2018a).

Al respecto existen numerosas investigaciones en distintos países en donde concluye que el contacto continuo con otras personas y de la carga efectiva propician afectación en la salud mental (Maslach et. al. 2001). Dentro de este sector las personas que trabajan hacia clientes y el personal que trabaja hacia discapacitados, son grupos de especial riesgo de sufrir las consecuencias del síndrome burnout (Dormann & Zapt, 2004).

En Chile, no existen datos nacionales estadísticamente representativos que den cuenta del estrés laboral (Espinoza & Morris, 2002). Y menos el síndrome burnout, a pesar de las repetidas sugerencias hechas de otros estudios, en la cual han señalado que el fenómeno del síndrome burnout debe ser necesariamente investigado, por sus importantes consecuencias en el mundo del trabajo (Carr & Pudelko, 2006).

El trabajo con adultos mayores con alto nivel de dependencia (situación de discapacidad) que se caracteriza por la decadencia general del

funcionamiento de todos los sistemas del cuerpo, lo que conlleva a una serie de problemas debido a la gran variabilidad del estado de salud físico, fisiológico, cognitivo y psicosocial que presentan, además se suman a ello afecciones crónicas y degenerativas que afectan a la población, esto los hace más vulnerables y con distintas situaciones de discapacidad, generando dependencias de otras personas, para realizar sus necesidades básicas tales como alimentación, higiene, vestuario, entre otros; a las vez requieren apoyo emocional que les ayude a sobreponerse, por lo tanto la salud del personal es un factor preponderante para mantener el equilibrio psicoemocional, la cual permite que las acciones y actitudes, comportamientos y obligaciones puedan desarrollarse sin tensiones que interfieran en los cuidados específicos del personal (Gamboa, 2014).

Debemos matizar que los síntomas que caracterizan al Síndrome Burnout no indican necesariamente la presencia del síndrome. Es fundamental tener presente el contexto en el que surge la patología y su proceso de desarrollo (deterioro cognitivo, afectivo y actitudinal) antes de considerar que un determinado síntoma es indicador del síndrome (Ríos-Risquez, & García-Izquierdo, 2016).

Además de los síntomas descritos anteriormente, para Gil Monte los sentimientos de culpa son una variable clave en el modelo teórico para explicar la relación del síndrome burnout con algunas de sus consecuencias más importantes como la depresión.

El objetivo de estudio fue determinar el nivel de prevalencia del Síndrome Burnout en una muestra de trabajadores que laboran con personas en situación de discapacidad en Puerto Montt (Chile).

Metodología

El presente estudio de investigación es no experimental de tipo cuantitativo. La investigación es descriptiva y de corte transversal. Se trabajó con una muestra de 41 trabajadores/as de dos centros de adultos mayores en la ciudad de Puerto Montt.

Instrumentos y técnicas

Se utiliza la versión (MBI-HSS), adaptación al castellano del Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey, dirigida a los profesionales de la salud (Maslach & Jackson 1986) elaborada por Gil-Monte y colaboradores (Gil-Monte, 1994; Gil-Monte & Peiró, 1997). El cuestionario consta de 22 ítems en los que el sujeto se valora, mediante un rango de 6 adverbios que van desde “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas.

La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos, tres dimensiones que se denomina, cansancio emocional (CE), despersonalización (DP), y realización personal (RP).

La puntuación en las escalas del MBI es el resultado de sumar todos los puntos o grados de frecuencias anotados en los elementos correspondientes de cada una ellas. Se recomienda que se considere que los individuos con altas puntuaciones en solo dos dimensiones (bajo en el caso de RP), de las tres que componen el MBI, pueden ser considerados como individuos que han desarrollado el síndrome burnout.

El otro instrumento utilizado es el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de quemarse por el trabajo CESQT. Está formado por 20 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. Mediante esta escala el individuo, indica, con un rango de 5 adverbios que va de “Nunca” (0) a “todos los días” (4), con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los elementos de la escala.

El análisis factorial, de los 20 ítems que forman CESQT presenta una estructura de cuatro denominadores: ilusión por el trabajo (6 ítems), desgaste psíquico (4 ítems), indolencia (6 ítems) y culpa (5 ítems).

Cuando se aborda la evaluación del síndrome burnout con esta escala hay que tener presente que mientras que en las subescalas desgaste psíquico e indolencia altas puntuaciones

corresponden a altos niveles del síndrome, en la subescala de ilusión por el trabajo, bajas puntuaciones corresponden a altos niveles del síndrome.

Se puede obtener un puntaje global del individuo en el cuestionario. Las puntuaciones obtenidas en la escala de culpa no deben incluirse para el cálculo de la puntuación del individuo, ya que no todos los profesionales con altos niveles de síndrome burnout desarrollan culpa. La escala culpa permite realizar un diagnóstico diferencial.

Por otra parte la puntuación de cada escala se calcula como promedio de los ítems que forman esa escala y también se puede obtener una puntuación total promediando los 15 ítems que componen la escala, ya que no se suman los ítems de culpa para obtener dicho resultado. Hay que invertir las puntuaciones de la variable ilusión por el trabajo. Para CESQT-PD se determinó con estos dos perfiles:

Perfil 1: promedio de los 15 ítems de las siguientes variables: ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia que sea igual o mayor a 2 como promedio de cada una.

Perfil 2: Síndrome de quemarse por el trabajo obteniendo el promedio de los 15 ítems, más altas puntuaciones en la escala "culpa".

Procedimiento de recolección de información

Para efectuar la investigación, se envió una carta de solicitud de aplicación de los instrumentos ya mencionados, a los directores de cada una de las Instituciones de Adulto Mayor. En esta carta se mencionó que dichos instrumentos serían aplicados a todos los trabajadores de cada organización, excluyendo a los que no deseen participar. Posterior a ello, se coordinó de mutuo acuerdo una fecha de aplicación de los cuestionarios. Las técnicas de registro de la información que se utilizaron fueron las hojas de respuesta de ambos cuestionarios.

Para analizar la información se realizó una transcripción de los puntajes obtenidos al programa

SPSS versión 19, donde se utilizó la fórmula entregada mediante el manual de uso del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS), adaptado al Castellano y Evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo (CESQT-PD).

Una vez tabulada la información, se crearon gráficos que demuestran el nivel de cansancio emocional, nivel realización y despersonalización, además de los perfiles uno y dos del CESQT-PD.

Los resguardos éticos cumplieron con garantizar el anonimato, la confidencialidad, la participación voluntaria y la entrega de un consentimiento informado a cada uno de los participantes de la muestra de los trabajadores, además de la solicitud por escrito dirigido a los directores de los centros de adulto mayor.

Resultados

De acuerdo a la aplicación realizada a través del cuestionario sociodemográfico. De los 41 trabajadores que laboran con personas en situación de discapacidad, 38 (93%) son del género femenino y 3 (7%) son del género masculino. Las edades van de 20 a 70 años ($M=30,3$ y $DS=15,5$). En relación a su estado civil, un 51,2% señala tener pareja estable, un 7,3% con pareja no estable y un 41,5% se declara sin pareja.

En relación a la antigüedad en los centros donde trabajan, encontramos la antigüedad laboral va de menos de un año a 16 años ($M=5,4$ y $DE=5,9$). El nivel de educación de los trabajadores es técnico de nivel superior (43,6%), universitario (22,8%) y educación media completa (33,6%).

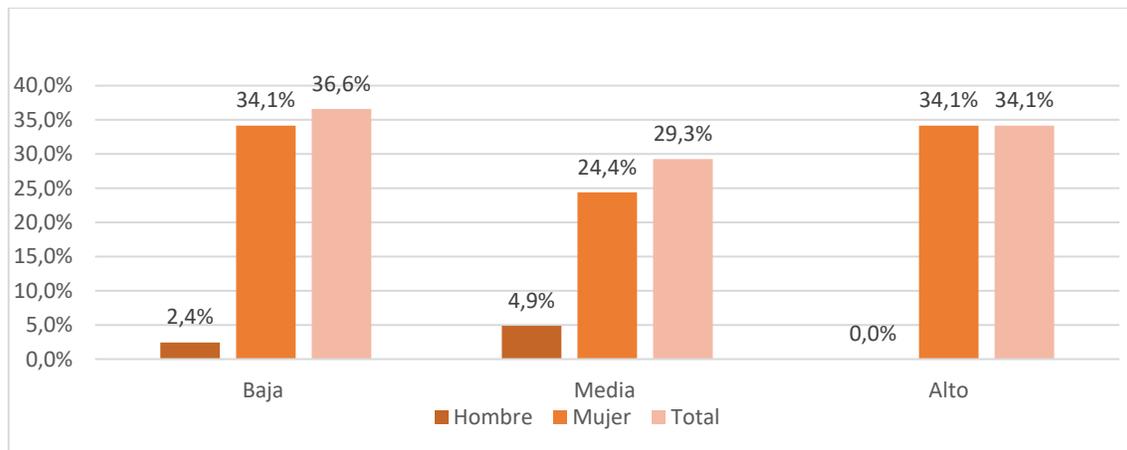
Para analizar la prevalencia del síndrome burnout aplicando el MBI-HSS, se consideró que los participantes debían cumplir el criterio de puntuar bajo en realización personal en el trabajo, al tiempo de puntuar alto en cansancio emocional y en despersonalización.

Se observa que 6 trabajadores presentan el síndrome burnout (15%), con riesgo de presentar burnout 30 trabajadores (73%) y con bajo riesgo 5

trabajadores (12%). Respecto del nivel del síndrome burnout en trabajadores que laboran con personas en situación de discapacidad se observa que 34,1% del

total de trabajadores encuestados presenta alto nivel de cansancio emocional (figura 1)

Figura 1. Nivel de cansancio emocional

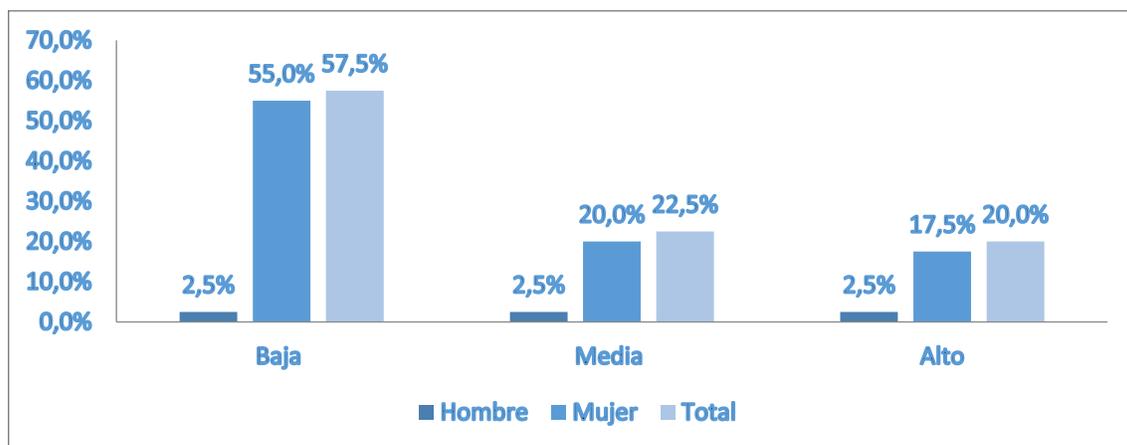


Fuente: Elaboración propia

Respecto del nivel de realización personal de los trabajadores que laboran con personas en situación de discapacidad se observa que un 57,5%

del total de encuestados presenta bajo nivel de realización personal (figura 2).

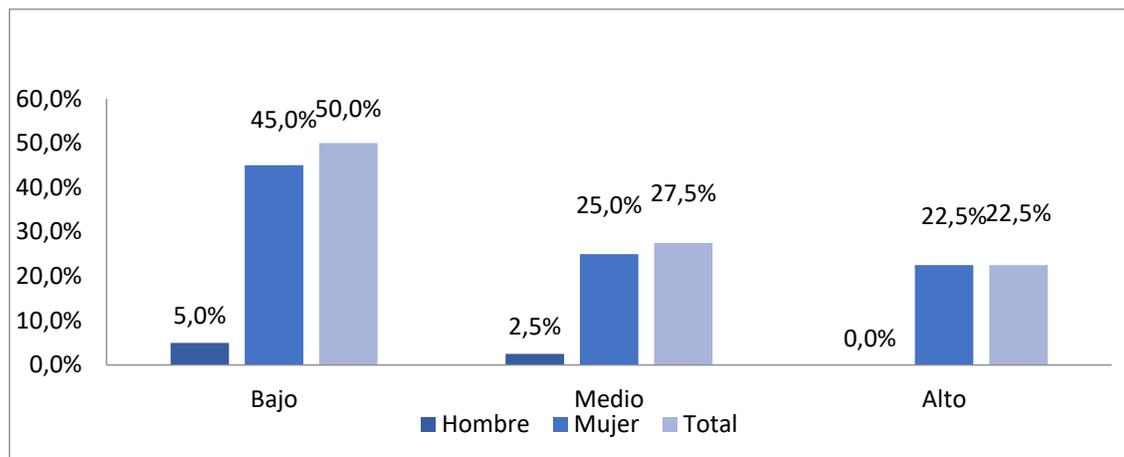
Figura 2. Nivel de realización personal



Fuente: Elaboración propia

Nivel de despersonalización de los trabajadores que laboran con personas en situación de discapacidad. Se observa que 22,5% del total de

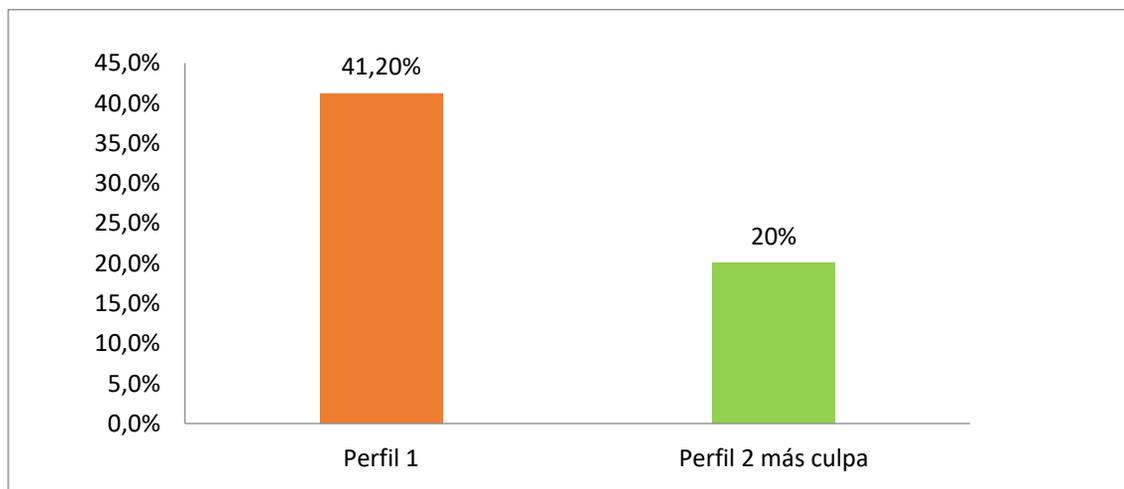
trabajadores encuestados presenta alto nivel de despersonalización (figura 3).

Figura 3. Nivel de despersonalización

Fuente: Elaboración propia

Para analizar la prevalencia del síndrome burnout aplicando el CESQT-PD, en la muestra seleccionada, se consideran dos perfiles: perfil 1 y perfil 2 más culpa.

En el perfil 1, se observa que el 41,2 % de la muestra posee síndrome burnout y en el perfil 2 más culpa, el 20% posee síndrome burnout (figura 4).

Figura 4. Síndrome de Burnout

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte al analizar la relación entre las escalas del CESQT (Gil Monte, 2005) y el MBI (Maslach & Jackson 1986), la correlación r de Pearson entre los pares de escalas que estiman constructor similar, resultaron significativas para $p < 0,05$. Se observa que la correlación entre ilusión por el trabajo y cansancio emocional resultó negativa $r =$

$-0,354$, mientras que la correlación entre las restantes dimensiones resultó positiva. Ilusión por el trabajo y realización personal $r = 0,466$ ($p < 0,05$); Desgaste y cansancio emocional $r = 0,815$ ($p < 0,05$); indolencia y despersonalización $r = 0,496$ ($p < 0,005$) (Tabla 1).

Tabla 1. *Relación entre dimensiones de la escala de Maslach y dimensiones escala CESQT*

Dimensiones	Cansancio emocional	Realización personal	Despersonalización
Ilusión	-,354*	,466**	
Desgaste	,815**		,496**
Indolencia	,493**		,577**
Culpa	,621**		,497**

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Fuente: Elaboración propia.

Por su parte el alfa de Cronbach, resultado superior a 0,70 en todas las escalas de CESQT, excepto en culpa donde obtuvo un 0,61, por lo que se considera que la escala presenta una consistencia interna adecuada (Nunnally & Bernstein, 1995). En el MBI destaca el alfa de Cronbach de la escala de despersonalización, pues se presenta con una baja consistencia (alfa= 0,57). (Nunnally & Bernstein, 1995).

Discusión y reflexiones finales

El objetivo de este estudio ha sido determinar la prevalencia del síndrome burnout. Se puede concluir que existe relación entre las dimensiones de las escalas aplicadas. Respecto a la prevalencia del síndrome burnout aplicando MBI-HSS, se puede concluir que el 15% presenta síndrome burnout. Al aplicar CESQT-PD se concluye que para el perfil 1 el 41,2% posee síndrome burnout y para el perfil 2 más culpa el 20% posee el síndrome.

En estos casos se podría hablar de enfermedad laboral según legislación de algunos países como por ejemplo Brasil o España. Sin embargo, en Chile a pesar de la última revisión de la legislación que regula las afecciones laborales, estos casos no serían considerados una enfermedad laboral, ya que en este país no se conoce al síndrome burnout como una enfermedad profesional.

Al comparar este estudio con la tasa de prevalencia global del síndrome burnout, siguiendo

diferentes criterios normativos (según manual de MBI-HSS, Maslach & Jackson, 1986) donde la tasa de prevalencia obtenida para este estudio se equipará en mayor medida a la tasa obtenidas en población chilena por Olivares Faundez (2007) y Maslach & Jackson (1986, EEUU), y en menor medida a la descrita por Gil-Monte y Peiro en España (2000).

Cabe destacar que estas diferencias, en cuanto a las tasas de prevalencia entre los estudios, no necesariamente podría significar la eficacia de uno u otro procedimiento para determinar la prevalencia global de síndrome burnout, ya que pudiese suceder que en las muestras la prevalencia fue más baja, porque se consideró criterios clínicos que determinaron menos “falsos positivos”.

Frente a la luz de los resultados de este estudio se hace necesario reflexionar sobre estudios longitudinales (Maslach et al, 2001), especialmente epidemiológicos, que permitan la detección de puntos de corte según su afectación de salud en el tiempo.

Por último y amparado por los resultados obtenidos en esta investigación, señalo que la utilización de la adaptación al castellano del Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (Maslach & Jackson, 1986) y el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, en su versión para profesionales que trabajan hacia personas con discapacidad (Gil-Monte, 2005), pueden ser útiles para realizar una primera medida del Síndrome

Burnout, lo que a su vez pudiese permitir comparación de los resultados obtenidos con muestras normativas de diversas poblaciones trabajadoras, ya que los estadísticos descriptivos resultaron adecuados y la validez de los instrumentos aceptable y claramente significativa (Olivares & Gil-Monte 2007; Maslach & Jackson 1986).

En el presente estudio, el 22,5% de la muestra presentó alto nivel de despersonalización que puede influir negativamente en el trato, comunicación y relaciones interpersonales con el equipo y usuarios (Véliz et.al., 2018a). Por otra parte, el 20% de la muestra presenta una realización personal alta la cual influye positivamente en el desempeño profesional (previene el burnout).

El 34,1 % presenta cansancio emocional alto lo que dificultaría el escuchar, atender a los usuarios y sus familiares de forma adecuada. El 41, 2% presento síndrome burnout para el perfil 1 y un 20% para el perfil 2 más culpa. Gil-Monte (2005) sostiene que con mayor frecuencia se presenta el síndrome con culpa, esto sugiere experiencias relacionados para no cumplir su rol y tratar impersonalmente a los usuarios.

Es importante concluir que trabajadoras con altos niveles síndrome burnout, deben necesitar una confirmación clínica para ser consideradas como tales.

Es importante señalar que respecto del perfil demográfico de la muestra estudiada, mayoritariamente corresponden a población femenina, dado que preferentemente los trabajadores que laboran con personas en situación de discapacidad son mujeres, por lo tanto los resultados del estudio pueden estar afectados por esta variable.

Una importante limitación de esta investigación proviene del tipo muestra, dado que no es probabilística, lo que no permite asumir que sea representativa del universo.

Sobre futuras investigaciones del síndrome es necesario complementar la investigación

cuantitativa con estudios cualitativos, considerando entrevistas a los trabajadores y diagnósticos clínicos de casos tratados. Sería importante extender este estudio a más centro con personas en situación de discapacidad con la finalidad de validar plenamente el MBI Y CESQT en un mayor número de trabajadores y considerar además un diagnóstico de los valores compartidos por los equipos, pues estos pueden también constituirse en factores protectores o potenciadores de la aparición del burnout (Véliz, Dörner, Gonzáles & Ripoll, 2017).

Finalmente realizar estudios longitudinales que permitan una mejor comprensión del síndrome en el transcurso del tiempo ya que la mayoría investigaciones que se han realizado son transversales, considerando la evaluación, la sintomatología asociada a este fenómeno en un solo momento. (Olivares, Vera & Juárez, 2009).

En el contexto organizacional conviene desarrollar evaluaciones periódicas para medir riesgo psicosocial, modificando aquellas condiciones específicas que promueven la aparición del problema de estrés y el burnout, mejorar las redes de comunicación y promover la participación en la organización (Gil-Monte, Carretero, Roldán & Núñez-Román, 2005). Fomentar el trabajo en equipo, disminuir los turnos y el número de pacientes por trabajador.

Para evitar que germine este síndrome igualmente es imprescindible mejorar la convivencia y clima laboral. Emprender acciones en este nivel es muy importante, ya que los estudios concluyen que los factores organizacionales juegan un papel más relevante que los individuales en la aparición y progreso del síndrome burnout.

Otro factor protector importante es desarrollar acciones de autocuidado que permitan potenciar el bienestar psicológico y social de las personas y de su equipo de trabajo (Hamdan & Hamra, 2017).

Respecto del aporte de esta investigación no se puede detectar, tratar o prevenir lo que no se conoce, por lo tanto este estudio constituye un aporte fundamental para comprender mejor este

fenómeno, que se presenta en los trabajadores que laboran con personas en situación de discapacidad, reflejando porcentajes emergentes del síndrome burnout. De hecho es frecuente, que los afectados no

se den cuenta del riesgo que significa la enfermedad, sino hasta que su estado es severo (Leño, et, al, 2017).

Referencias Bibliográficas

- Bresó, E., Salanova, M., Schaufeli, W.B. & Nogareda C. (2007). *Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): instrumento de medición*. NTP 732. Madrid, España: INSHT.
- Carr, C. & Pudelko, M. (2006). Convergence of management practices in strategy, finance and HRM between USA, Japan and Germany. *International Journal of Cross Cultural Management*, 6, 75-100.
- Cox, T., Griffiths A.J., & Rial-González, E. (2000). *Research on work-related stress*. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities. Disponible en: <http://agency.osha.eu.int/publications/reports/>.
- Dormann, C. & Zapf, D. (2004). Customer-related social stressors and burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(1), 61-82.
- Espinosa, M. & Morris, P. (2002). Calidad de vida en el trabajo: percepciones de los trabajadores. *Cuadernos de investigación 16*. Santiago de Chile: Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile.
- Gamboa, L. (2014). La dependencia funcional de los niños con discapacidad y síndrome de burnout de las personas encargadas de su cuidado en la fundación Fuvirese en el cantón baños de agua Santa en el periodo marzo –julio 2013.
- Gil-Monte, P.R. (1994). *El síndrome de burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería*. Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna, España.
- Gil-Monte & Peiró, J.M. (1996). Un estudio sobre antecedentes significativos del «síndrome de quemarse por el trabajo» («burnout») en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 12(1), 67-80.
- Gil-Monte, P.R. & Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P.R. & Peiró, J.M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 135-149.
- Gil-Monte, N. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo ("burnout")*. Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte Carretero N, Roldán MD, & Núñez-Román E. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(12), 107-123.
- Gómez Rojas, P., Hernández Guerrero, J., & Méndez Campos, M. (2014). Factores de Riesgo Psicosocial y Satisfacción Laboral en una Empresa Chilena del Área de la Minería. *Ciencia & Trabajo*, 16(49), 9-16.
- Hernández G.L, Olmedo E, & Ibáñez I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 323-336.
- Hamdan, M., & Hamra, A. (2017). Burnout among workers in emergency Departments in Palestinian hospitals: prevalence and associated

- factors. *BMC Health Services Research*, 17(1), 407.
- Jawahar, I. M., Stone, T.H., & Kisamore, J.L. (2007). Role conflict and burnout: The direct and moderating effects of political skill and perceived organizational support on burnout dimensions. *International Journal of Stress Management*, 14,142-159.
- Le Rouge, C., Nelson, A., & Blanton, J.E. (2006). The impact of role stress fit and self-esteem on the job attitudes of IT professionals. *Information & Management*, 43, 928-938.
- Leão, E., Dal Fabbro, D., Oliveira, R., Dos Santos, I., Victor, E., Aquarone, R., Andrade, C., Ribeiro, V., De Oliveira, R., Friedlander, R., & Ferreira, D. (2017). Stress, self-esteem and well-being among female health professionals: A randomized clinical trial on the impact of a self-care intervention mediated by the senses. *PLoS ONE*,12(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172455>
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory* (2^s ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Nunnally, J. & Bernstein (1995). *Teoría Psicométrica* (3^a. edición), México: Mc Graw Hill.
- Olivares, V. E. & Gil-Monte, R. (2007). Análisis de las propiedades psicométricas del "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT) en profesionales chilenos. *Ansiedad y Estrés*, 13, 229-240.
- Olivares Faúndez, V., & Gil-Monte, P. (2007). Prevalencia del Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en trabajadores de servicios de Chile.
- Olivares Faúndez V, Vera Calzaretta, & Juárez García (2009). Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en una Muestra de Profesionales que Trabajan con Personas con Discapacidades en Chile, *Ciencia & Trabajo*, 32, 63-71.
- Ríos-Risquez, M. & García-Izquierdo, M. (2016). Patient satisfaction, stress and burnout in nursing personnel in emergency departments: A cross-sectional study. *International Journal Of Nursing Studies*, 59, 60-67.
- Véliz Burgos, A., Dörner Paris, A., Gonzáles Sierra, E. & Ripoll Novales, M. (2017). Perfil de valores de estudiantes de carreras de salud del sur de Chile. *Horizonte Médico (Lima)*, 17(2), 48-54. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n2.07>.
- Veliz Burgos, A., Dörner Paris, A., Soto Salcedo, A. & Arriagada, A. (2018a). Bienestar psicológico y burnout en profesionales de atención primaria de salud en la región de Los Lagos, Chile. *Acta Universitaria*, 28 (3), 56-64. doi: 10.15174/au.2018.1895.
- Veliz-Burgos, A., Dörner-Paris, A., Soto-Salcedo, A., Reyes-Lobos J. & Ganga-Contreras F. (2018b). Inteligencia emocional y bienestar psicológico en profesionales de enfermería del sur de Chile. *Medisur* 16(2), 259-266. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3885>
- Vicente, C.F. & Guerrero, B.E. (1999). Salud mental profesional: programas de intervención psicopedagógica. En: J.N. García-Sánchez (ed.), *Intervenciones psicopedagógicas en los trastornos del desarrollo* (pp. 504-518). Madrid: Pirámide.

Fecha de recepción: 04 de abril de 2019
 Fecha de aceptación: 26 de junio de 2019

El seguro chileno contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: lecciones y desafíos a 50 años de su creación.

Chilean insurance against workplace accidents and occupational diseases: lessons and challenges 50 years after its creation

Gonzalo Miranda Hiriart¹

Resumen

El sistema chileno de salud laboral sobrevivió a las enormes transformaciones que introdujo en materia de seguridad social la Dictadura Militar, y se suele presentar como un modelo a seguir en otras latitudes. En el presente artículo se expone un breve análisis de dicho sistema, comenzado por la ley del Seguro contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales que le da origen, para luego evaluar la operación del sistema, a fin de identificar sus mayores fortalezas y debilidades. También se revisan algunas propuestas de cambio que han aparecido en los últimos años. Se concluye que el sistema cuenta con un alto nivel de reconocimiento y legitimidad, y que presenta un desarrollo importante en el plano curativo para las tres cuartas partes de los trabajadores que están afiliados. En contraste con la cobertura que reciben los accidentes del trabajo, presenta baja sensibilidad ante las enfermedades profesionales, además de importantes desafíos en el plano preventivo, que podrían llevar a revisar algunos supuestos sobre los cuales se construyó.

Palabras clave: Seguridad social, salud ocupacional, riesgos laborales.

Abstract

The Chilean occupational health system survived the enormous transformations introduced by the Military Dictatorship with regard to social security. This system is often suggested as a model to emulate overseas. In this article, I analyze the system, beginning with the law that regulates the Insurance against work accidents and occupational diseases which origins the system. Then, I examine its performance, and as a whole I identify its strengths and weaknesses. I also review some of the proposals of modification that have appeared in

the last years. I conclude that the system counts on a high level of recognition and legitimacy, and that it presents an important level of development at the therapeutics sphere three fourths parts of those workers who are affiliated. In contrast with the coverage given to accidents at work, the system presents low sensibility with regard to occupational diseases, on top of important challenges in the preventive sphere. These critical elements could take us to review the basic assumptions under which the system was built on.

Keywords: Social security, occupational health, occupational risks.

Introducción

En Chile, como en la mayoría de los países latinoamericanos, coexisten una diversidad de organismos y establecimientos que ofrecen atención sanitaria, con distintas fuentes de financiamiento y variedad de prestadores, que se segmentan de acuerdo con el nivel socioeconómico de los beneficiarios. Sin embargo, rara vez se toma la distancia suficiente para observar que, en la práctica, lo que hay son dos sistemas de salud paralelos, que se instituyen en torno a dos tipos de seguros: los de salud común (público y privado) y el de salud laboral. Este último, a pesar de las enormes transformaciones políticas, sociales y económicas de las últimas décadas, se ha mantenido con escasas modificaciones durante medio siglo, lo que, por lo mismo, lo convierte en una singularidad digna de estudiar. Además, a diferencia de lo que ocurre en otros países, los temas de seguridad laboral están escasamente judicializados en Chile, y esto también se debe al actual sistema.

Este artículo expone algunos resultados de un estudio que tuvo como objetivo describir y

¹Magíster en Salud Colectiva. MSc, PhD. Universidad de Los Lagos. Chile. Email: gonzalo.miranda@ulagos.cl

analizar la institucionalidad chilena encargada de velar por la salud de los trabajadores. En concreto, se presenta un análisis de la institucionalidad que comprende el seguro chileno contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, intentando develar las razones para su extraordinaria estabilidad, pero también, explorando sus falencias y los supuestos sobre los cuales opera.

Material y método

El estudio se realizó bajo la metodología de *estudio de caso* –específicamente, de *caso único integrado* (Yin, 1994)- que contempló análisis documental (leyes, decretos, informes y otros documentos oficiales), 23 entrevistas a expertos o informantes clave (dirigentes sindicales, representantes de las Mutuales de Empleadores, de las empresas y de las entidades estatales que participan en sistema) y dos observaciones participante, tanto al interior de un organismo administrador del seguro, como en el Ministerio de Salud.

La ley chilena de Seguro contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

En 1968, Chile se puso a la vanguardia en la región en materia de protección sanitaria de los trabajadores, al promulgar la ley 16.744, que establece un seguro obligatorio específico, distinto de otros seguros sociales (salud y jubilación), de cargo al empleador y solidario, en tanto las cotizaciones van a un régimen común y las prestaciones no se diferencian ni por ingreso ni por tipo de trabajador. Dicho seguro cubre prestaciones médicas, subsidios por incapacidad (transitoria y permanente), así como un subsidio por sobrevivencia. Además, se establecen mecanismos para la prevención de riesgos al interior de las empresas, como también, un sistema de fiscalización de los lugares de trabajo por parte de organismos estatales.

Origen y discusión de la ley

En enero de 1966 -en el marco de una reforma integral al sistema de seguridad social-,

entra a tramitación en el Congreso Nacional un nuevo proyecto sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Dicho proyecto se acompaña de un mensaje del presidente demócrata cristiano Eduardo Frei Montalva, quien expone la necesidad de avanzar hacia un seguro de carácter social, tomando como referente lo propuesto por el *Informe Beveridge*¹. En ese mismo mensaje, se señala que los organismos más idóneos para administrar el seguro que se propone crear serían las Mutualidades de Empleadores (que ya existían), argumentando para ello su “extraordinaria eficiencia”, y confiando además que en el futuro:

estos organismos, que serán administrados paritariamente por representantes de los empleadores y de los trabajadores, se transformarán en instrumentos magníficos de desarrollo comunitario, permitirán una efectiva participación del pueblo organizado en la dirección de las estructuras administrativas que la sociedad destaca para su protección; y lo que es, también, de suma importancia, serán estructuras que introducirán un elemento humanizador en las relaciones entre el individuo y el organismo destinado a otorgarles sus prestaciones de seguridad social (Congreso Nacional, acta 5 de enero de 1966).

La Ley 16.744 fue promulgada después de dos años de tramitación. El punto más discutido fue precisamente el rol de las mutualidades privadas, y por contraparte, el papel del Estado. En 1973, a pocos años de la puesta en marcha del nuevo sistema, ocurre el Golpe Militar, y un giro en la estrategia de desarrollo nacional, que incluye una gran restricción de las políticas sociales y la participación de la empresa privada en la seguridad social.

Sin embargo, el Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales se mantuvo casi intacto. El único cambio que se hizo fue

¹Se refiere a la exposición realizada por Sir William Beveridge ante el Parlamento Británico en 1942: *Social Insurance and Allied Services* y que fue uno de los pilares del Estado de Bienestar europeo

suprimir el aporte que por ley debían hacer las mutualidades al Estado. Más aún, hoy se trata de un seguro único en Chile: solidario, que no discrimina, y administrado por privados sin posibilidad de lucrar. Eso explica, en parte, que mantenga un alto nivel de reconocimiento en casi todos los actores involucrados, particularmente, en los trabajadores.

Beneficiarios

Originalmente, el Seguro fue concebido para proteger sólo a los trabajadores dependientes del sector privado. Esta cobertura, sin embargo, se fue ampliando paulatinamente a trabajadores por cuenta propia (pirquineros, taxistas, suplementeros, hípicos, pescadores artesanales, etc.), como también a funcionarios de la administración pública y de municipalidades, y a los trabajadores familiares. Para el año 2010, el Seguro alcanza a cubrir una cifra cercana al 68% de la fuerza ocupada (Comisión Asesora Presidencial para la Seguridad en el Trabajo, 2010), y para finales del 2018, al 73% de dicha fuerza de trabajo (Superintendencia de Seguridad Social, 2019).

Cobertura

Las contingencias cubiertas por el Seguro son: cualquier lesión que una persona sufra a causa o con ocasión de su trabajo, o durante el trayecto entre el domicilio y el lugar de trabajo, así como las enfermedades *causadas de manera directa* por el ejercicio de la profesión o trabajo. El Seguro otorga, además de atención médica, subsidio por incapacidad temporal, indemnización por discapacidad parcial, pensión de invalidez, y pensión de supervivencia a familiares en caso de muerte del afiliado.

La enumeración de las enfermedades profesionales se remite a un reglamento (Decreto Supremo 109), de competencia de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), el que debiese revisarse cada tres años. El DS 109, sin embargo, no tiene un carácter cerrado, en tanto se prevé la posibilidad de que el afiliado acredite ante el organismo administrador respectivo el

carácter de profesional de alguna enfermedad que no se encuentre en el listado oficial. Las controversias sobre la materia son resueltas por la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) servicio estatal descentralizado, creado el 1953.

Administración del seguro

La Ley 16.744 reconoce a las Mutuales de Empleadores como personas de derecho privado sin fines de lucro encargadas de administrar el Seguro. Ahora bien, se trata mucho más que de compañías aseguradoras, pues tienen que contar con servicios médicos propios y realizar actividades de prevención. La Ley también permite que empresas que cumplan con determinados requisitos puedan actuar como entidades administradoras del seguro respecto de sus propios trabajadores. Actualmente, sólo dos empresas se inscriben dentro de esta figura, denominada “administración delegada”.

En 1980, se suma el *Instituto de Normalización Previsional* (INP) como administrador público del Seguro. El año 2009, se crea el *Instituto de Salud Laboral* (ISL) que asume estas funciones, constituyéndose en la práctica en una mutualidad estatal. Si una empresa no cumple con la obligación de afiliarse a alguna mutualidad, al ser fiscalizada o en caso de que en ella se experimente algún accidente del trabajo, automáticamente se la incorpora al ISL.

Financiamiento

El financiamiento del Seguro -así como las acciones de prevención de riesgos-es de responsabilidad del empleador. Se establecen tres tipos de cotizaciones: una básica general, de aplicación uniforme para todas las empresas (0,9% de la remuneración imponible), una adicional diferenciada según el riesgo presunto o efectivo de la actividad (oscila entre un 0 y un 3,4% de las remuneraciones imponibles), y una adicional diferenciada según siniestralidad efectiva.

La ley establece un régimen solidario del reparto de los beneficios. También que el retardo

de la entidad empleadora en el pago de las cotizaciones, así como el incumplimiento de afiliación de parte de un empleador, no impide el recibir prestaciones -médicas y financieras- por parte del trabajador, ni exime al organismo administrador de otorgarle la totalidad de éstas (Ministerio del Trabajo – OIT, 2001).

Dimensión preventiva del seguro

El Título VII de la Ley se refiere a la prevención de riesgos profesionales. En éste se determinan los organismos responsables de la vigilancia y la fiscalización de la prevención así como las obligaciones de parte de los empleadores. Se definen también los instrumentos de prevención de riesgos que deben existir en las empresas: Reglamentos de Higiene y Seguridad; Comités Paritarios de Higiene y Seguridad, en caso de contar con más de 25 trabajadores; y, Departamentos Profesionales de Prevención de Riesgos, en caso de contar con más de 100 trabajadores.

La competencia general en materia de supervigilancia y fiscalización de los sitios de trabajo se le asigna al Servicio Nacional de Salud, y posteriormente a las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMIs) de Salud. Ello no obsta a que, mediante disposiciones legales particulares, se otorguen facultades tanto normativas como de inspección a otros entes públicos.

Análisis del sistema de seguridad y salud laboral chileno: resultados

Es complejo tratar de evaluar los rendimientos del sistema de salud laboral y poder cuantificar su funcionamiento y sus efectos. Sin embargo, es posible recopilar algunos datos, particularmente a partir de los registros de la SUSESO, que son interesantes al momento de analizar el sistema. En primer lugar, es importante descomponer la población afiliada al Seguro; el 87% de los trabajadores afiliados al Seguro está adscrito a una mutualidad de empleadores (Asociación Chilena de Seguridad: 42%, Mutual de

Seguridad C.Ch.C: 35%, e Instituto de Seguridad Laboral: 10%), y sólo el 13% al ISL. Proporcionalmente, las empresas de mayor tamaño están afiliadas al sistema de mutualidades, mientras las empresas pequeñas cotizan en el ISL; y lo que es más notorio, el ingreso promedio de los trabajadores adscritos al ISL es de \$ 494.796, mientras que el ingreso promedio de aquellos cubiertos por las mutualidades es de \$ 735.183 (SUSESO, 2018).

En las empresas con menos de 25 trabajadores la tasa adicional es de un 1,17%, mientras en las empresas con más de 1.000 trabajadores esta sólo llega a 0,4%. Por otra parte, existen diferencias interesantes de lo que se cotiza por rubro, siendo las empresas de servicios las que menos pagan, mientras transporte, construcción y pesca son las que más pagan por el Seguro. Es decir, las pequeñas empresas y de ciertos rubros son las que más pagan. Eso es coherente con las estadísticas de accidentes. Habría que ver si esta relación se mantiene al momento de contar con estadísticas más precisas sobre las enfermedades profesionales, en particular, osteomusculares y mentales.

Aun cuando existen algunas dudas sobre las estadísticas de accidentes, su tendencia decreciente es el argumento más frecuentemente esgrimido en defensa del actual sistema. De hecho, los accidentes en el trabajo han disminuido a casi la mitad en la última década (no así los accidentes de trayecto). Sin embargo, esto también puede ser explicado, en parte, por los cambios que ha experimentado la economía y por lo mismo, es muy difícil poder estimar la contribución efectiva del sistema en esta disminución. Y aunque la cantidad de accidentes haya disminuido, no lo han hecho los accidentes fatales. Salvo en la minería, rubro donde se observa una sostenida disminución de fallecidos, en el resto de las actividades productivas, las tasas son más o menos las mismas. Por otra parte, la cantidad de días no trabajados por accidente ha aumentado en todos los sectores económicos. Como consecuencia de accidentes del trabajo, el 2006 se perdían en Chile 13 días por accidentes, mientras que el 2017, por cada

accidente se pierden 20 días. Las licencias médicas, en general, han aumentado en cantidad y extensión en Chile, lo que posiblemente se deba más a su uso para compensar vacíos en la protección social que a un aumento en la gravedad de los cuadros clínicos.

El caso de las enfermedades laborales es mucho más complejo de analizar, y se trata de uno de los puntos clave para considerar el futuro del sistema. Las cifras que maneja la SUSESO son del orden de 4.000 a 5.000 casos tratados en el 2010, mientras que el 2017 ingresaron 8.942 al sistema. Sin embargo, esa cifra representa sólo el 14% de las denuncias por presunta enfermedad profesional, proporción que no ha variado en el tiempo. Cabe señalar que una estimación hecha por la propia Asociación Chilena de Seguridad hace una década, a partir de parámetros internacionales y cálculos que los mismos autores del estudio consideran conservadores, concluye que en Chile el sistema registra apenas un 5% de las enfermedades profesionales. Más aún, que el 96,6% de las muertes atribuibles a enfermedades laborales en Chile no se reconocen como tales (Concha & Labbé, 2007). Esto es un asunto de gran importancia, pues revelaría que la institucionalidad es escasamente sensible a las enfermedades de origen ocupacional.

Gran parte de la legitimidad alcanzada por el sistema de salud laboral, se produce porque las Mutuales han desarrollado una capacidad asistencial y hospitalaria significativa y de mejor calidad que la red pública de salud. Además, los beneficios asociados al Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales son

superiores a los de los seguros de salud común. Entre otras cosas, los servicios vinculados al primero son parejos y no tienen costo alguno para el usuario. Esto hace que los organismos administradores del seguro laboral sostengan una actitud defensiva, y generen importantes filtros de ingreso, bajo el argumento que estas diferencias funcionan en sí mismas como un incentivo para intentar beneficiarse del sistema. Por otra parte, los administradores del seguro de salud común (Fondo Nacional de Salud de carácter público: FONASA, e Instituciones privadas de Salud Previsional, ISAPREs), señalan que el desconocimiento y falta de sensibilidad del gremio médico hacia la salud ocupacional, más el incentivo que significa retener un paciente para los tratantes privados, sumados a la discrecionalidad de los administradores del seguro laboral (que son los que en definitiva califican como ocupacional o no un trastorno), los perjudica, y que ellos estarían subvencionando al sistema de salud laboral.

Esto genera recelo y confrontaciones, particularmente entre ISAPREs y Mutuales. De hecho, la Asociación de ISAPREs encargó el año 2010 un estudio (Bitrán y Asociados, 2011) que permitiera estimar el porcentaje de casos atendidos como de salud común y que corresponderían a enfermedades profesionales, dentro de ciertos diagnósticos. De este modo, se seleccionó un subconjunto de enfermedades en base a criterios de frecuencia (trastornos mentales, trastornos osteomusculares y trastornos de columna), y se sometió a peritaje de médicos independientes a 158 casos que se encontraban con licencia médica y recibiendo tratamiento por alguna ISAPRE. Los resultados obtenidos aparecen en la Tabla 1.

Tabla 1. Resultados de enfermedades comunes periciadas

Conclusión	S. Mental	Osteomusculares	Columna	Total
Claramente laboral	19	34	8	61
Sugerente laboral	7	2	8	17
No concluyente	3	1	1	5
Enfermedad común	26	23	26	75
Total	55	40	63	158
% Casos laborales	34,5	56,7	18,6	38,6

Fuente: Bitrán y Asociados, 2011

Estos datos sugieren que existe un margen demasiado difuso al momento de determinar la *causalidad directa del trabajo*, aspecto exigido por la Ley para calificar una enfermedad como profesional. Sobre todo, cuando son los mismos organismos administradores del seguro los encargados de determinar la calidad de laboral o común de un trastorno.

En lo que se refiere a la prevención, no se puede desconocer el importante papel que los organismos administradores han ocupado en la generación de una cultura preventiva al interior de las empresas chilenas, en especial, en la adopción de medidas tendientes a evitar accidentes. Sin embargo, el gasto destinado a este ítem en las mutuales, no alcanza al 16% del ingreso, y el caso del ISL, no llega al 8%. Sin duda, es muy difícil cuantificar un gasto mínimo necesario, toda vez que la efectividad de las acciones en prevención es difícil de estimar.

Sólo existen cifras de cantidad de trabajadores que han participado en cursos de capacitación –sin que existan mediciones del impacto de dicha participación–, lo que hace pensar que se entiende la prevención fundamentalmente como una actividad educativa, y de responsabilidad del individuo.

Si bien, la Ley no es clara sobre el rol que les cabe a las mutualidades como supervisoras de las organizaciones adscritas, éstas pueden prescribir medidas a las empresas, así como aplicar multas e incrementos de la cotización. Ahora bien, la relación que se establece es más bien la de un prestador de servicios con un cliente, lo cual muchas veces inhibe la posibilidad de asumir un papel decisivo en materia de prevención al interior de la empresa. Eso se complementa con la dispersión que se observa en esta materia por parte del Estado.

Existe una multiplicidad de entes reguladores y fiscalizadores, que desde su propia óptica sectorial, emiten resoluciones, decretos y normas sobre seguridad y salud, lo que genera una

enorme difusión de la responsabilidad (Cifuentes, 2011; Vargas, 2014).

Por otra parte, los Comités Paritarios parecen ser muchas veces algo que existe como una mera formalidad, siendo poco efectivos a la hora de proponer y supervisar la implementación de estrategias de seguridad y salud en el trabajo en la empresa. Y los Departamentos de Prevención de Riesgos muchas veces están relegados a un plano secundario dentro de la jerarquía organizacional, particularmente en las empresas de tamaño mediano.

¿Y qué ocurre con los trabajadores? Cabe recordar que en el espíritu de la Ley, los organismos administradores deberían llegar a convertirse en “pueblo organizado”.

De hecho, en los directorios hay presencia de los trabajadores. Sin embargo, el Plan Laboral de 1979, excluye materias de salud y seguridad de las agendas sindicales. Y a pesar que, con el retorno a la democracia, la ley autoriza que estos temas sean tratados por los sindicatos, la baja tasa de sindicalización y de negociación colectiva, más la creciente inserción endeble al mercado laboral, la tercerización y precarización de las condiciones laborales, hacen que estos sean escasamente partícipes del sistema.

Es decir, en este plano se advierte un desfase entre el sistema de salud ocupacional y el mercado laboral contemporáneo.

El Estado, por su parte, se mantuvo relativamente ajeno al sistema durante décadas. Recién el 2004 se crea el Departamento de Salud Ocupacional en el Ministerio de Salud, y se asigna a las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud las encargadas de fiscalizar, tanto las normas de seguridad y salud en el trabajo dictadas por el Ministerio de Salud al interior de las empresas, como también, las instalaciones médicas de los organismos administradores del seguro.

Por su parte, la Dirección del Trabajo (DT) fiscaliza las normas laborales, incluyendo las de

SST al interior de las empresas. La SUSESO, por su parte, fiscaliza la labor de las empresas administradoras del Seguro en tanto tales. Además, existen una serie de otras instancias gubernamentales que deberían ejercer labores inspectivas en sus respectivos ámbitos: La Secretaría de Electricidad y Combustibles (SEC), el Servicio Agrícola y Ganadero (SAG), el Servicio Nacional de Geología y Minería (SERNAGEOMIN), la Subsecretaría de Transporte, la Dirección General de Territorio Marítimo y Marina Mercante (DIRECTEMAR) y la Dirección General de Aeronáutica Civil (DGAC).

Así se ha ido generando un panorama diverso respecto de las instituciones gubernamentales con facultades regulatorias en el campo de la seguridad y la salud laboral. De hecho, al interior del Ministerio de Salud, además del Departamento de Salud Ocupacional (DSO), existe el Instituto de Salud Pública (ISP) -además de otras reparticiones y/o programa específicos- que puede normar sobre los lugares de trabajo. El Ministerio del Trabajo, incluyendo la misma SUSESO, también cumple un rol normativo importante. Pero otros ministerios, como Vivienda y Urbanismo, Energía, y el Ministerio de Defensa, también inciden en las reglas con las que opera el sistema.

De este modo, las normas involucradas en la prevención de riesgos laborales, ya sea leyes, decretos, resoluciones, etc. sobrepasan la centena, sin que exista necesariamente coordinación entre éstas.

Más aún, se observa la tendencia a competir y a desautorizarse entre los ministerios de Salud y del Trabajo. Los representantes de Ministerio del Trabajo opinan que Salud está sobrepasado, y que todo aquello relativo a seguridad y salud laboral debiese radicarse en el Ministerio del Trabajo.

Por su parte, quienes representan al Ministerio de Salud, que además, son más críticos del sistema de salud laboral en su conjunto, opinan que el Ministerio del Trabajo bloquea sus iniciativas. Se aprecia, también, cierta desconfianza entre los organismos estatales y las mutualidades.

Ahora bien, es interesante que al interior de las mutualidades hay diferencias entre quienes están a cargo de la administración del Seguro, y quienes prestan servicios, particularmente profesionales de la salud. Mientras los directivos -y los empresarios- no perciben como necesaria una mayor regulación del sistema, a través de las entrevistas y de las experiencias de observación participante, se pudo constatar que quienes se desempeñan como prestadores al interior de las mutualidades desearían un papel rector más claro del Estado, y se muestran más abiertos a que haya modificaciones al sistema.

Cuando el sistema acaba de cumplir cincuenta años, entonces, es posible constatar que aún existe sobre un cuarto de los trabajadores desprotegidos; que las mutualidades - particularmente dos de las tres existentes- cubren por sí mismas a algo más de la mitad de la fuerza laboral, y que el Estado debe hacerse cargo de los trabajadores más vulnerables.

Es decir, se replica aquello que ocurre en otras áreas, en tanto la iniciativa privada sólo se hace cargo de aquellos segmentos de la población atractivos económicamente y con menor riesgo, lo que finalmente reproduce las desigualdades sociales.

Se constata, también, que la cotización se ha ido diferenciando con los años fundamentalmente en relación al riesgo presunto de accidentabilidad. Por lo mismo, el Seguro castiga a las empresas pequeñas, las que a su vez, suelen no contar con los mecanismos preventivos que provee la Ley, lo que genera un círculo vicioso. Y lo que es quizás más llamativo, la prevención aparece como una actividad secundaria, a la cual se destinan recursos escasos comparados aquellos destinados a las prestaciones médicas y pecuniarias.

La relación clientelar entre mutualidades y empresas, más la dispersión y escasa capacidad de los agentes del Estado para fiscalizar a las empresas, entorpece la labor preventiva.

Por último, y algo no menor, no hay que pasar por alto la disputa más o menos solapada que existe entre los actores del sistema de salud laboral, y los del sistema de “salud común” (Ver figura 1).

Figura 1. Diagrama de los sistemas de salud chilenos



Fuente: Elaboración propia, 2012

Propuestas de cambio

Recién el 2010, el sistema de salud laboral saltó a la discusión política a raíz del accidente de la Mina San José². A raíz de éste, el presidente Sebastián Piñera estableció la *Comisión Asesora Presidencial para la Seguridad en el Trabajo*, que planteó la necesidad de revisar y actualizar el diseño del sistema.

Dicha Comisión propuso la creación de una Política Nacional Integrada, y en ese marco, ratificar el Convenio 187 de la OIT, lo que

² El 5 de agosto de 2010, producto de un derrumbe, 33 mineros quedaron atrapados a más de 700 metros de profundidad en la Mina San José, ubicada al noroeste de la ciudad de Copiapó, III Región. Todo lo relativo al accidente (la espera de los familiares, la noticia de que estaban vivos, los intentos de rescate y el rescate final de todos) tuvo una extensa cobertura mediática a nivel nacional como internacional.

efectivamente se hizo el 2011. Respecto de las Mutualidades, señala que hay ciertos problemas que es necesario corregir: falta de incentivos para afiliar empresas de menor tamaño, inversión excesiva en instalaciones hospitalarias, lo que les restaría flexibilidad, y que la cobertura de los esfuerzos preventivos sería insuficiente y se concentra en las grandes empresas. La solución que propuso a dichos problemas fue la clásica estrategia neoliberal, es decir abrir el Seguro a las compañías con fines de lucro, de modo de aumentar la competencia, y establecer los incentivos adecuados. Propuso también separar las funciones administrativas de las prestaciones curativas –para lo cual las Mutuales deberían transferir sus activos en salud- y de las preventivas.

En ninguna parte se explica eso sí, como se haría para sostener el carácter solidario del Seguro y no agravar la actual relación clientelar de las

empresas adheridas con las instituciones aseguradoras.

Tres años después, ingresó al Congreso Nacional un proyecto de ley que buscaba modernizar el sistema (Ministerio del Trabajo, 2013). Sin embargo, este no proponía cambios profundos al mismo, y sólo busca destrabar algunas dificultades en su operación.

Entre otras cosas, propone fortalecer el papel del ISL, terminando con las transferencias de fondos hacia otros programas y reparticiones del Estado. Respecto de las Mutualidades, buscaba aumentar los fondos de reserva para hacer frente a imprevistos, hacer algunos ajustes a la forma como se calculan las pensiones, y facultar más decididamente a los organismos administradores para evaluar y reevaluar las incapacidades temporales y permanentes.

En el plano de la prevención, se buscaba facilitar la investigación de los accidentes laborales, así como la capacitación de los trabajadores en materia de seguridad laboral. En el caso de empresas con entre 10 y 25 trabajadores, propuso que sea un individuo quien asuma las tareas del Comité Paritario. Se proponía fomentar la autoevaluación de las empresas, y el uso de mapas de riesgos y sistemas de vigilancia. Lo más concreto del proyecto, y lo más relevante también, era que creaba un sistema de información integrado de salud y seguridad en el trabajo. Pero siempre pensado en ajustes menores, y bastante más tímidos de lo que propuso la Comisión en su momento.

Posteriormente, se ha visto un mayor protagonismo de la SUSESO, que a través de una serie de circulares, aclara y especifica algunas materias concretas. Eso hasta que en marzo de 2018, se promulga el Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (Ministerio del Trabajo 2018), el cual, siguiendo la tónica, ordena algunos aspectos del sistema, y especifica una serie de materias respecto de los trabajadores independientes. Pero a medio siglo de existencia,

no introduce ningún cambio sustantivo en la operatoria del Seguro.

Discusión y conclusiones

El Seguro contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales es una de las instituciones de la seguridad social chilena que cuenta con los mayores niveles de legitimidad; se sostiene en una ley que aún es percibida como justa y beneficiosa por los trabajadores, y se valora el que haya permitido el desarrollo de una capacidad asistencial de alto nivel. Probablemente, el secreto para su permanencia en el tiempo es que se trata de un marco legal que entrega gran protagonismo a los privados, lo que explica que el Gobierno Militar apenas haya intervenido.

Por otra parte, se trata de un resabio de tiempos donde era posible que los privados administraran un seguro social, con carácter solidario, sin aspirar al lucro, cuestión que parece imposible en el Chile de hoy. Eso explicaría que los gobiernos progresistas tampoco hayan intervenido sólo indirectamente el sistema.

En su tiempo, los legisladores concebían a las Mutualidades de Empleadores como cuerpos sociales intermedios, de carácter comunitario – incluso agentes de desarrollo comunitario- y popular. Evidentemente hoy no lo son, y los trabajadores son beneficiarios pasivos y no protagonistas del sistema. Ninguna de las propuestas de la Comisión Asesora Presidencial para la Seguridad en el Trabajo, ni de los proyectos posteriores, recoge ese interés de los legisladores. Pero no hay que olvidar que la Ley 16.744 fue elaborada y aprobada bajo los parámetros de un modelo de desarrollo que ya no existe, como parte de un proyecto social cristiano, y en el marco del capitalismo industrial.

El Estado de Chile aún hoy, carece de una política integrada de seguridad y salud laboral. En parte, se debe a que el sistema sigue funcionando. Mirando en perspectiva, sin embargo, queda claro que el marco normativo se consolidó fundamentalmente durante la Dictadura Militar, lo

que significó una escasa participación de los trabajadores en el sistema, y un alejamiento casi absoluto del Estado. Eso trajo como consecuencia que se confunda salud laboral con lo que se hace al interior de las Mutualidades de Empleadores. O dicho de otro modo, la salud laboral en Chile está reducida a la operación del Seguro, lo cual ha generado cierta inercia y resistencias para concebir estrategias o acciones de salud que trasciendan ese marco.

De todos modos, el sistema deja aún a un 25% de los trabajadores fuera de su cobertura, y la alternativa estatal -el ISL- tiende a reproducir las desigualdades sociales al hacerse cargo de las empresas y personas poco atractivas para las mutualidades.

Hay que reconocer que las mutualidades han desplegado de manera autónoma una red de prestadores especializada y de buena calidad, pero con importantes barreras de entrada. Y si se observa el sistema en su conjunto, se puede ver que responde, fundamentalmente, ante los accidentes del trabajo. Su efectividad en lo que la Ley misma define como enfermedades profesionales es dudosa. Como ya se dijo, el sistema de salud chileno comporta dos subsistemas autónomos, distintos y desiguales: uno común y uno laboral, que no sólo no se integran, sino que desconfían el uno del otro. Es decir, no son subsistemas complementarios.

Eso trae como consecuencia la necesidad de disociar al trabajador del sujeto común, lo que muchas veces se transforma en una controversia que sólo afecta a la persona enferma. Hasta ahora, nadie se hace cargo a cabalidad de este problema. Y es que finalmente, no se cuestiona el paradigma en el que se sustentan ambos sistemas. Dicho paradigma lleva en su interior el supuesto de la especificidad etiológica -la búsqueda del “agente causal” único-, que hoy por hoy es difícil de sustentar.

Por otra parte, y como se ha visto en las páginas anteriores, el sistema chileno tiene un desafío pendiente en materia de prevención. La mayor parte del gasto, de la capacidad instalada y

del conocimiento de las mutualidades está en la atención médica. El gasto en prevención es exiguo, y lo que se entiende y se practica como prevención (uso de elementos de protección y capacitación) es muy limitado y de efectividad dudosa en el campo de las enfermedades.

Además, los mecanismos que provee la Ley (Departamentos de Prevención, Comités Paritarios y Reglamentos de Higiene y Seguridad) están pensados para medianas y grandes empresas, las cuales emplean a una minoría de trabajadores. Y aún en las grandes empresas, es difícil saber cuán efectivos son. Todo eso lleva a pensar que no basta con hacer más de lo que se hace hoy en materia preventiva, cuestión que recogen sólo tímidamente las reformas de la última década.

A esto hay que agregar que el creciente control de agentes químicos y físicos, así como el aumento sostenido de trabajadores en los ámbitos del comercio y los servicios, relevan una nueva generación de riesgos, llamados “psicosociales” (OIT, 2010) que desafían aún más a la institucionalidad, y dejan en evidencia la necesidad de repensar no sólo los mecanismos de prevención, sino el enfoque mismo con el que ésta se hace. El modelo de riesgos ambientales se muestra cada vez más limitado ante las nuevas evidencias.

De hecho, hace ya tiempo que la Unión Europea (2004) sugiere a los empleadores planificar la prevención de problemas de salud examinando globalmente y de manera integrada al trabajo mismo: además de la relación entre el hombre y la tecnología y las condiciones ambientales, atendiendo a la organización y condiciones de trabajo, y a las relaciones sociales al interior de la organización.

Es decir, ya no es posible separar la protección sanitaria de las políticas laborales y de la gestión, lo cual implica terminar con el divorcio entre prevención de riesgos y materias como organización del trabajo, liderazgo, cultura, clima y desarrollo organizacional.

Los sistemas de salud de los trabajadores como el chileno, que suponen que las

enfermedades son el desenlace directo de un agente causal único, se sustentan en un paradigma ambiental (Miranda, 2017), y la tajante división entre lo exógeno (precisamente el agente, que debe estar en una determinada concentración en el ambiente laboral) y lo endógeno (aquello propio del individuo).

La necesidad de transparentar el acceso a los servicios de salud ocupacional debe necesariamente pasar por una discusión sobre la causalidad, pues es cada vez más difícil e improbable encontrar una causa única y suficiente para muchas de las enfermedades contemporáneas.

En suma, la extraordinaria estabilidad del sistema es explicable porque en el Chile de hoy

podría ser considerado un vestigio de tiempos donde la seguridad social era menos esquiva e individualista por los trabajadores, y que además, deja tranquilos a los empresarios pues no hay mayor injerencia del Estado. No se puede desconocer, también, que el sistema responde de manera eficiente y con calidad ante los accidentes laborales.

Sin embargo, una mirada de futuro implicaría necesariamente discutir sobre el paradigma que sustenta la institucionalidad, donde los riesgos se evalúan separadamente del trabajo mismo y de su organización, y llegar a acuerdos desde una mirada global sobre la protección sanitaria de las personas, que a la par son trabajadores.

Referencias Bibliográficas

- Bitrán y Asociados. (2011). *Análisis de la situación de las enfermedades laborales en Chile y sus repercusiones en el Sistema Isapre*. Santiago: Isapres de Chile.
- Chile. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. (2018). Aprueba compendio de normas del seguro social de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales de la ley n° 16.744, deroga y declara inaplicables circulares que indica. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1116045>.
- Chile. Ministerio del Trabajo y Previsión Social – OIT. (2001). *Perfil Diagnóstico sobre la Institucionalidad de la Seguridad y la Salud en el Trabajo*. Programa Internacional de la OIT sobre Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente, Santiago.
- Chile. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. (2013). Proyecto de ley que moderniza el sistema de seguridad laboral y modifica el seguro social contra riesgos por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Santiago.
- Cifuentes, H. (2011). Los riesgos del trabajo y su prevención: camino a una reforma. *Revista Laboral Chilena* 4, 13 - 18.
- Concha, M. & Labbe, J. (2007). Enfermedades Profesionales: una aproximación a su frecuencia. *Ciencia & Trabajo*, 9(25), 117 – 120
- Daza, P., Novy, D., Stanley, M. & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish Translation and Validation with a Hispanic Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(3), 195-205.
- Comisión Asesora Presidencial para la Seguridad en el Trabajo. (2010). *Informe Final*. Santiago. Recuperado de <http://www.previsionsocial.gob.cl/cst/wp-content/uploads/downloads/2010/12/Informe-Final-CST.pdf>.
- Congreso Nacional. (1966). Mensaje de S.E. el Presidente de la República a la Cámara de Diputados. Acta sesión ordinaria N° 40, miércoles 5 de enero.

- European Union. (2004). *Framework agreement on work-related stress*. Bruselas. Recuperado de: http://www.etuc.org/IMG/pdf_Framework_agreement_on_work-related_stress_EN.pdf.
- Miranda, G. (2017). Cuestiones preliminares a la discusión de una política de protección de la salud mental de los trabajadores: reflexiones a partir del caso chileno. En H. Foladori & P. Guerrero (Eds.), *Malestar en el trabajo: desarrollo e intervención*. Santiago: LOM Ediciones.
- OIT (2010). *Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación*. Ginebra. Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_124341.pdf
- Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO). (2018). *Informe anual: estadísticas de Seguridad Social*. Recuperado de: <http://www.suseso.cl/607/w3-article-496701.html>
- Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO). (2019). *Panorama mensual Seguridad y Salud en el Trabajo, enero 2019*. Recuperado de: <file:///C:/Users/gamir/Downloads/Panorama%20Mensual%20Seguridad%20y%20Salud%20en%20el%20Trabajo%20enero%202019.pdf>
- Vargas, C. (2014). Reformas al sistema chileno de seguridad y salud en el trabajo (SST). *Rev Chil Salud Pública* 18(1), 19 – 24.
- Yin R. (1994). *Case Study Research. Design and Methods* (2ª Ed). ThousandOaks, CA: SAGE.

Fecha de recepción: 7 de febrero de 2019
Fecha de aceptación: 5 de abril de 2019

Factores de Riesgo Psicosociales presentes en Tribunal y Juzgados del Sur de Chile.

Psychosocial Risk Factors Presents in Tribunal and Courts of South Chile

Rubén Celis Schneider¹, Argentina Ahumada Torres², Paulina Obando Negrón³ & Katherine Rosas Latorre⁴

Resumen

El presente estudio de tipo Descriptivo – Mixto de Corte Transversal se realizó a la población total de funcionarios de los Juzgados y Tribunal del sur de Chile, teniendo como objetivo evaluar los Factores de Riesgo Psicosociales presentes en los trabajadores de las Instituciones Judiciales ya mencionadas durante el periodo de agosto del año 2017 hasta mayo del año 2018. Los instrumentos utilizados para la recolección de información de esta investigación fueron el cuestionario SUSESO ISTAS-21 versión completa y un Focus Group. Los resultados demuestran que existen instituciones con distintos niveles de riesgo psicosociales, donde finalmente se evidencia una disyuntiva entre los instrumentos aplicados y la percepción de los funcionarios.

Palabras clave: Salud laboral, Poder Judicial, Personal Administrativo.

Abstract

The present study is a Descriptive – Mixed type of Cross Cutting it was made to the total population of officials of the Courts and Tribunal in south of Chile, having as objective to identify the Psychosocial Risk Factors presents in the workers of the Judicial Institutions already mentioned during the period of August 2017 until May 2018. The instruments used to collect information from this research were the SUSESO ISTAS-21 full version questionnaire and a Focus Group. The results show that there are institutions with different levels of psychosocial risk, where it finally becomes evident a disjunctive between the instruments applied and the perception of the officials.

Keywords: Occupational Health, Judiciary, Administrative Personnel.

Introducción

La presente investigación tiene como objetivo evaluar los Factores de Riesgo Psicosociales (FRP) presentes en Juzgados y Tribunal del sur de Chile, factores que son definidos por la Organización Internacional del Trabajo como condiciones que conducen al estrés laboral, otros problemas relativos a la salud y la seguridad laboral, que comprenden aspectos del trabajo y del laboral, como el clima o cultura de la organización, funciones del cargo, relaciones interpersonales en el trabajo, el diseño y contenido de las tareas (Gómez, Guerrero & Méndez, 2014). La medición se llevó a cabo mediante la aplicación del Cuestionario SUSESO ISTAS-21 versión completa y de un Focus Group a los funcionarios de los tribunales considerados en la investigación, con la finalidad de responder a la perspectiva cualitativa, y mayor conocimiento del tema desde la visión y la posición del trabajador, donde se pueda indagar qué mecanismos se utilizan para identificar la presencia de los FRP. Este instrumento será adecuado a las necesidades transversales y específicas de la población en cada una de las Instituciones Judiciales en el trascurso de agosto del año 2017 hasta mayo del año 2018. En este sentido, el estudio que se llevó a cabo es de tipo mixto, el cual entrega una mirada completa e integral a través de la recolección de información por medición de instrumentos tanto cuantitativos como cualitativos. Asimismo, la relevancia de utilizar la herramienta cualitativa se relaciona con la oportunidad de indagar en las subjetividades, siendo imprescindible expresar las vivencias y experiencias que amplían el conocimiento acerca de habilidades y sensibilidades que posee el trabajador y su percepción hacia el trabajo.

Actualmente existen escasos estudios públicos a nivel nacional, y los que son posible

¹ Mg. Ps. Académico carrera de Psicología. Universidad de Los Lagos, Osorno. Chile.

²Ps. E-mail: acat.22@hotmail.com

³Ps. E-mail: elizabeth.obandon@gmail.com

⁴Ps. E-mail: katherine.rosas.latorre@gmail.com

encontrar son principalmente de tipo cuantitativo, los cuales son efectuados por la Asociación Chilena de Seguridad para el Poder Judicial con el objetivo de medir los FRP por medio del Cuestionario SUSESO ISTAS-21 versión breve, pero que evalúa de forma parcial este tipo de variables. Los resultados se presentan de forma estandarizada, donde se considera a toda la población encuestada como equivalentes aun cuando estos son diferentes, sin la presencia de un complemento cualitativo. A su vez, estos estudios son impartidos de manera confidencial, donde la información es entregada sólo a entidades que se encuentren a cargo de cada organismo Judicial.

Así, durante el año 2016 se llevó a cabo una medición realizada por la Asociación Chilena de Seguridad a 510 Tribunales y Unidades Judiciales, en la que se aplicó el cuestionario SUSESO ISTAS-21 (versión breve) a los funcionarios de dichas instituciones, donde los resultados demostraron que 375 de estas entidades se encontraban en un Nivel de Riesgo Alto a la exposición de FRP.

Previamente, otro estudio realizado por KPI (Empresa Para la Gestión del Capital Humano) durante el año 2011 a nivel nacional y publicado al año siguiente, demuestra que los trabajadores del Poder Judicial se ausentan de su puesto laboral 51 días anualmente como promedio, de los cuales 5,4 días es debido a permisos, 26,2 días por feriados y un 19,6 días debido a licencias médicas donde las causas con mayor frecuencia son producto de enfermedad o accidente común. De acuerdo a esos resultados, este promedio de ausentismo laboral en el Poder Judicial es elevado, puesto que se traduce en un mes y medio de días alejado de su puesto de trabajo, ocasionando cambios en las funciones y en la rotación por el reemplazo del personal que se encuentra con licencia médica.

De esta manera, y en relación con la definición de los FRP mencionada anteriormente, se infiere que uno de los elementos que inciden negativamente de estos factores, se produce por la rotación de las funciones laborales, donde cambia el contenido de las tareas, generándose así que los

funcionarios deban ejecutar funciones y desarrollar habilidades correspondientes a un cargo distinto al que desempeñan.

Además de la rotación de tareas, otra característica que tienen las instituciones ligadas al Poder Judicial, es que estas desarrollan su labor y evalúan el desempeño en función del cumplimiento de metas, denominadas como “Metas de Eficiencia Institucional y de Desempeño Colectivo”, las que son establecidas de manera diaria y mensual. Estas metas son entregadas año a año por la Corporación Administrativa del Poder Judicial, y se conforman por tres temas estratégicos: Acceso, Calidad y Modernización. Cada uno de ellos está compuesto por sus respectivos focos y lineamientos.

Al momento de ser evaluadas las instituciones Judiciales, las metas deben contar con una serie de requisitos mínimos para ser catalogadas como realizadas. Dichos requisitos se relacionan con ser llevadas a cabo en un tiempo específico, cumplir con requisitos técnicos en el que se deben realizar reportes, actas de encuentros o de reuniones realizadas, las cuales servirán posteriormente como medio de verificación.

En virtud de lo señalado anteriormente, la revisión bibliográfica y el funcionamiento del trabajo en el Poder Judicial, se podría llegar a pensar que actualmente existiría presencia de FRP en los funcionarios, por cuanto las Organizaciones Judiciales utilizan estrategias laborales que generarían potenciales condiciones en los trabajadores que serían perjudiciales para la salud mental y física, el bienestar y el desempeño laboral.

Desde el ámbito de la psicología laboral, los cambios que han tenido las empresas en el transcurso de los años, producidos por la globalización, economía, avances tecnológicos, entre otros, ha llevado a que las organizaciones tengan que adaptarse al entorno para poder sobrevivir, y desde aquí la importancia de esta rama científica, puesto que además de considerar a las organizaciones como complejas, también se debe considerar la complejidad del ser humano

que están insertos en ellas, donde no sólo está el logro de los objetivos y/o metas por parte de las organizaciones, sino que además están las motivaciones personales por parte de las personas que componen una organización, que en este caso son los funcionarios del Poder Judicial.

Por otro lado, las organizaciones no sólo han descubierto el valor de los trabajadores como recursos humanos, sino además, el valor del individuo que, como persona, propicia una gestión estratégica del capital humano, donde los trabajadores son sujetos activos y agentes de cambio (Escudero, Delfin & Arano, 2014). Ese cambio que debe generarse en cualquier área, supone un esfuerzo de adaptación constante, el cual conlleva al uso de estrategias de intervención, es decir, hacer algo para lograr la adaptabilidad las nuevas condiciones, respondiendo así a las exigencias del medio ambiente en que se encuentra la organización, teniendo como objetivo la supervivencia.

El desarrollo organizacional y la resistencia al cambio son dos procesos que están relacionados. Al adaptarse una variable implica el fenómeno psicosocial del otro, debido a la inercia del confort (Escudero et al, 2014). De lo anterior es posible inferir que la permanencia de la inercia al confort de los funcionarios en una institución, puede conllevar a la posible existencia de los FRP, a través de las resistencias al cambio.

Estas resistencias al cambio se entienden como un fenómeno psicosocial que se estudia para conocer y adoptar las reacciones y condiciones que faciliten este cambio (López, Restrepo & López, 2013). Estas se clasifican de la siguiente manera: 1) Percepción: Capacidad de atender y seleccionar aspectos del entorno de acuerdo a nuestras creencias y principios; entre las variables que la influyen está la socialización, educación, experiencias, necesidades, estereotipos, entre otros; 2) Hábitos: Son obstáculos para el cambio por el grado de arraigo a la homeostasis que tienen las personas; 3) Miedo a lo nuevo: Evitar los cambios y riesgos por temor de encontrar sorpresas buenas o malas, por lo que prefieren permanecer en el lugar en el que se encuentran; 4)

Apego a lo conocido: Junto con los hábitos, el apego y seguridad por el sistema que ya dominan, hacen que las personas sean reticentes al cambio; 5) Tendencia a conservar la estabilidad: Tendencia a permanecer en el ambiente predecible, estructurado y seguro; se puede deducir que entre más se arraigue el sujeto a sus modelos antiguos de comportamiento, más se resistirá al cambio; y, 6) Apego a lo elaborado por la persona: Cuando un individuo es el causante de una situación favorable dentro de la organización, el cambio puede simbolizar desprestigio o poca valoración a su esfuerzo.

Siguiendo la misma línea, se puede concluir que las resistencias al cambio individuales de cada trabajador, abren un espacio donde existe la posibilidad de perjudicar de manera negativa tanto a la organización, como al individuo en sus funciones laborales, generando así un riesgo laboral.

Este factor potencialmente nocivo se lo puede definir como la posibilidad de que un sujeto sufra un determinado daño derivado del trabajo, es decir, cualquier característica influenciada significativa en la creación de riesgos para la salud y seguridad de la persona, entre las cuales se encuentran características de la labor ligadas a la organización y ordenación llamadas factores psicosociales. Como puede verse, los FRP no sólo están compuestos por diversos procesos en el entorno laboral, sino que también, representan el conjunto de las percepciones y experiencias del trabajador. Gutiérrez (2015) menciona que estos procesos pueden ser: 1) Los factores ligados con la tarea, como demandas excesivas del trabajo, ritmo de trabajo, falta de adaptación al puesto, grado de atención, grado de implicación afectiva; 2) Los estilos de dirección inadecuados; 3) Horario de la jornada laboral, relacionados a la duración de trabajo, el número y la importancia de las pausas de cada día; 4) Conflicto de rol; 5) La ambigüedad de rol; 6) La promoción en el trabajo; 7) Información y la comunicación, tanto entre compañeros como con la empresa; 8) La participación de los trabajadores; 9) Trabajar en un contexto físico peligroso; y, 10) Relaciones interpersonales y grupales.

Debido a lo expuesto anteriormente, en Chile y sólo a partir del año 2013, se ha impulsado desde el Ministerio de Salud (MINSAL), la indicación que las empresas evalúen los Riesgos Psicosociales presentes en el lugar de trabajo. Para esto, se han definido herramientas y mecanismos que apuntan a medir el nivel de riesgo, y que sobre esa base, se generen acciones para controlarlo.

Un escenario diferente son los estudios realizados por otros países, como el llevado a cabo en Constanta, Rumania, durante el año 2010, el cual reveló que los magistrados presentan un alto nivel de estrés por las demandas de su trabajo, la realización de éste, la exposición de su labor a las constantes demandas del entorno que los ha llevado a resultados negativos en su trabajo, afectando su capacidad y salud.

Para este estudio se utilizó una muestra de 176 magistrados, de los cuales 92 fueron jueces y 84 fiscales (70 hombres y 106 mujeres), con un rango etario de 20 a 60 años. Los resultados demostraron que más del 25% de los encuestados declaraba que los factores adversos a la salud se encontraban ligados a carga de trabajo, requisitos de documentación, aplicación excesiva de la visión, insuficiente técnica, el ritmo del trabajo, alta demanda de la calidad del trabajo, entre otros (Ciocoiu, Cojocarú, Ciocoiu, 2010).

Otra investigación realizada por Ribeiro (2017) en Brasil, hizo un aporte sobre la interacción entre los Riesgos Psicosociales y el compromiso de los Magistrados del Ministerio Público recurriendo para ello al análisis del papel del capital psicológico como moderador de esta relación.

Se consideró para este estudio una muestra de 160 participantes, a los que se pidió que respondieran a un cuestionario en línea compuesto por tres subescalas de la versión breve del COPSOQ (Kristensen et al., 2005 citado en Ribeiro, 2017), por el instrumento Utrecht Work Engagement Scale Schaufeli, Bakker, & Salanova, 2006 citado en Ribeiro, 2017), y por el PsyCap Questionnaire (Luthans et al., 2007b citado en Ribeiro, 2017). Para probar las hipótesis

planteadas, se recurrió a la aplicación de regresiones lineales simples y múltiples jerárquicas. Los resultados obtenidos, tal como se esperaba, demostraron el impacto negativo de los Riesgos Psicosociales y el impacto positivo del capital psicológico en el compromiso. La hipótesis de moderación planteada, sin embargo, no fue soportada, no siendo posible inferir que el capital psicológico atenúa el papel negativo de los riesgos psicosociales en el compromiso de los trabajadores.

Estos datos demuestran la necesidad de explorar estrategias capaces de mitigar el impacto negativo de los riesgos psicosociales en el bienestar de los Magistrados del Ministerio Público y de profundizar las relaciones establecidas entre las variables estudiadas con muestras de mayores dimensiones.

A nivel nacional existe escasa información, literatura y estudios que sean accesibles sobre el Poder Judicial y que se encuentren relacionados con este tipo de investigaciones. Sólo existen los estudios ya citados, el estudio efectuado la Asociación Chilena de Seguridad a 510 Tribunales y Unidades Judiciales en el año 2016 en Chile, así como la investigación realizada por KPI (Empresa Para la Gestión del Capital Humano) durante el año 2011 en Chile a los trabajadores del Poder Judicial (Poder Judicial República de Chile, 2012).

En un contexto más específico, y de acuerdo a las conversaciones sostenidas en los distintos Juzgados y Tribunal considerados en la muestra de esta investigación, los sujetos señalaron que es primera vez que se realiza un Focus Group sobre la variable FRP, en el cual los involucrados pueden expresar sus opiniones de forma voluntaria y participativa con respecto a los distintos resultados del cuestionario SUSESO ISTAS-21 versión completa. Agregaron además, que este tipo de información es entregada sólo a las más altas autoridades, sin retroalimentar mayormente a los funcionarios de cada institución.

Frente a lo expuesto, el presente estudio plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los Factores de Riesgo Psicosociales presentes en los funcionarios de los Juzgados y Tribunal del sur de Chile el periodo de agosto de 2017 hasta mayo de 2018?

En este sentido se planteó como objetivo del estudio Evaluar los Factores de Riesgo Psicosociales presentes en los funcionarios de los Juzgados y Tribunal del sur de Chile durante el periodo de agosto del año 2017 hasta mayo del año 2018.

Metodología

El presente estudio fue de tipo Mixto de corte Transversal No Experimental, donde se aplicó el cuestionario SUSESO ISTAS-21 versión completa, el cual consta de 5 dimensiones que miden los FRP dentro de las organizaciones encuestadas, y un Focus Group, el cual fue construido de acuerdo a los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento cuantitativo. Este cuestionario fue aplicado a la población total de funcionarios de los Tribunales seleccionados, descartando a los jueces de cada institución Judicial del sur de Chile.

Instrumentos y técnicas

Para esta investigación se utilizaron dos instrumentos. En primer lugar, se empleó el cuestionario SUSESO ISTAS-21 de manera presencial y, en un segundo momento, un Focus Group con grabaciones y transcripciones de cada una de las Instituciones Judiciales. El primer instrumento utilizado tiene su origen en el cuestionario COPSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire o Cuestionario Psicosocial de Copenhague), el cual fue diseñado por el Instituto de Salud Laboral de Dinamarca (AMI), como un instrumento de prevención y evaluación de riesgos psicosociales, para así identificar y medir todas aquellas condiciones de una organización del trabajo que podrían constituirse en factores de riesgo psicosocial para la salud y bienestar de los trabajadores Cáceres, Campillay, Cvitanic & Bargsted, 2015).

El proceso de validación de este instrumento se desarrolló por etapas sucesivas, comenzando por una aplicación piloto que consistió en una validación de manera sistemática y una aplicación a una muestra intencionada a 20 personas, las cuales trabajaban en diferentes rubros de servicios.

Procedentemente, se realizó una aplicación de la versión de este instrumento a una muestra de 1.087 trabajadores, en conjunto con el instrumento GHQ-12 (Indicador del malestar Psicológico), donde arrojó que el instrumento tenía una correlación ítem-escala significativa, un análisis factorial pertinente y un buen nivel de consistencia interna. Asimismo, se encontró un buen nivel de validez convergente con el instrumento GHQ-12. La gran mayoría de las escalas (dimensiones) obtuvo un alfa de Cronbach mayor que el nivel convencional de 0,700, y la mitad obtuvo un alfa mayor a 0,800, demostrando así su consistencia interna (Alvarado et al. 2009, citado en Meza 2014).

De acuerdo al cuestionario SUSESO ISTAS-21, los FRP son las interacciones entre el medio ambiente de trabajo, el contenido del trabajo, las condiciones de organización y las capacidades, necesidades, cultura del trabajador, y consideraciones personales externas al trabajo que pueden, en función de las percepciones y la experiencia, influenciar la salud, rendimiento del trabajo y satisfacción laboral.

Este cuestionario en su versión completa, utiliza una tabla de porcentaje para obtener los niveles de riesgo de cada una de las dimensiones y subdimensiones que componen este instrumento, tal como se puede observar en la Tabla N° 1. Para obtener los porcentajes es necesario realizar un cálculo con regla de tres simple, sumando los puntos obtenidos en la subdimensión, los cuales deben ser divididos por el total real de la subdimensión y posteriormente multiplicarlo por 100. Para calcular el total de la dimensión se debe realizar la suma total de todas las subdimensiones y posteriormente dividir las por el total de ellas.

Tabla 1. Rangos de Factores de Riesgo Psicosociales

	Bajo	Medio	Alto
Exigencias psicológicas	0 - 46,33	46,34 - 59,64	59,65 - 100
Exigencias psicológicas cuantitativas	0 - 28,56	28,57 - 42,85	42,86 - 100
Exigencias psicológicas cognitivas	0 - 59,37	59,38 - 78,12	78,13 - 100
Exigencias psicológicas emocionales	0 - 24,99	25,00 - 49,99	50,00 - 100
Exigencias psicológicas de esconder emociones	0 - 12,50	12,51 - 49,99	50,00 - 100
Exigencias psicológicas sensoriales	0 - 74,99	75,00 - 93,74	93,74 - 100
Trabajo activo y posibilidades de desarrollo	0 - 28,09	28,10 - 42,14	42,15 - 100
Influencia	0 - 39,28	39,29 - 57,12	57,13 - 100
Control sobre el tiempo de trabajo	0 - 24,99	25,00 - 50,00	50,01 - 100
Posibilidades de desarrollo en el trabajo	0 - 17,84	17,85 - 35,69	35,70 - 100
Sentido del trabajo	0	0,01 - 16,66	16,67 - 100
Integración en la empresa	0 - 24,99	25,00 - 56,24	56,25 - 100
Apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo	0 - 19,25	19,26 - 32,58	32,59 - 100
Claridad del rol	0	0,01 - 18,74	18,75 - 100
Conflicto del rol	0 - 14,99	15,00 - 35,00	35,01 - 100
Calidad del liderazgo	0 - 20,82	20,83 - 41,67	41,68 - 100
Calidad de la relación con superiores	0 - 19,99	20,00 - 35,00	35,01 - 100
Calidad de la relación con compañeros de trabajo	0 - 12,49	12,50 - 29,77	29,78 - 100
Compensaciones	0 - 21,56	21,57 - 42,78	42,79 - 100
Estima	0 - 19,99	20,00 - 35,00	35,01 - 100
Inseguridad respecto al contrato de trabajo	0 - 20,00	20,01 - 49,99	50,00 - 100
Inseguridad respecto a las características del trabajo	0 - 8,32	8,33 - 41,66	41,67 - 100
Doble Presencia	0 - 18,75	18,76 - 37,50	37,51 - 100
Preocupación por tareas domésticas	0 - 12,50	12,51 - 37,50	37,51 - 100
Carga de tareas domésticas	0 - 12,50	12,51 - 37,50	37,51 - 100

Fuente: Extraído de Cuestionario de Evaluación de Riesgo Psicosociales en el Trabajo SUSESO ISTAS-21 Versión Completa

El segundo instrumento utilizado, es una técnica cualitativa que complementa la información entregada por el cuestionario SUSESO ISTAS-21. Su utilización resulta en una contribución importante para la evaluación de riesgos psicosociales, permitiendo escuchar a los trabajadores y aprender de sus experiencias, facilitando la participación activa de los empleados generando la sensación de aporte en la evaluación realizada a la organización.

El Focus Group consta de las 5 dimensiones del instrumento SUSESO ISTAS-21 versión completa, en las cuales se exponen problemáticas de acuerdo a los resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario. Dentro de estas se encuentran los Temas A y B, donde el primero se enfoca en aquellos resultados que demuestran riesgo psicosocial dentro de las organizaciones judiciales, mientras que el Tema B

centra aquellos aspectos positivos que, de acuerdo al cuestionario, se encuentran con un nivel bajo de riesgo psicosocial. La pauta que se utilizó en esta investigación fue validada por un comité de expertos en metodologías cualitativas de investigación de la Universidad de Los Lagos, sede Osorno.

Procedimiento de recolección de información

Para efectuar la investigación, se hizo envío de una carta de solicitud de aplicación de los instrumentos ya mencionados, a los administradores de cada una de las Instituciones Judiciales. En esta carta se mencionó que dichos instrumentos serían aplicados a todos los funcionarios de cada organización, excluyendo a

los Administradores del Tribunal y a los Jueces Titulares, en el periodo de tiempo de agosto del año 2017 hasta mayo del año 2018. Posterior a ello, se coordinó de mutuo acuerdo una fecha de aplicación del cuestionario, para el cual se determinó una duración aproximada de 4 horas. Una vez analizados los resultados, se efectuó en las instituciones judiciales un Focus Group a la población total de funcionarios en el mes de mayo de 2018.

Las técnicas de registro de la información que se utilizaron fueron las hojas de respuesta del cuestionario SUSESO ISTAS-21, así como grabaciones de audio y observaciones a la población total de los funcionarios a través del Focus Group.

Por otro lado, las limitantes del presente estudio se encuentran sujetas a los permisos otorgados por la Institución Judicial, donde existe un procedimiento protocolar que debe ser aprobado para que se realice el ingreso de personal externo, que pretende llevar a cabo la aplicación de instrumentos de medición.

Asimismo, se debe tener en cuenta que los espacios de intervención son acotados, por esto debe existir una planificación anticipada, donde se den a conocer los motivos por el cual se desea efectuar este tipo de estudios, de lo contrario no se puede llevar a cabo el procedimiento de medición.

Plan de análisis

Para analizar la información se realizó una transcripción de los puntajes obtenidos a una planilla Excel, donde se utilizó la fórmula entregada mediante el manual de uso del cuestionario SUSESO ISTAS-21. Una vez tabulada la información, se crearon gráficos que demuestran el nivel de riesgo de cada una de las instituciones a través de la técnica del semáforo, donde el color verde indica Bajo Riesgo, el color amarillo un Nivel de Riesgo Medio, mientras que el rojo Nivel de Riesgo Alto. Con los resultados finales, se creó la pauta de Focus Group, la que se enfocó en un análisis de contenido.

Los resguardos éticos fueron realizados garantizando el anonimato, confidencialidad, participación voluntaria y el consentimiento informado a cada uno de los participantes de la población completa de funcionarios, además de la solicitud por escrito dirigida a los administradores de los Juzgados y Tribunal del sur de Chile.

Resultados

De acuerdo a la medición realizada a través del cuestionario SUSESO ISTAS-21 versión completa, las instituciones judiciales demuestran diversos porcentajes, los cuales se diferencian como nivel Bajo, Medio y Alto. La población demuestra los siguientes resultados:

Tribunal N°1.

El Tribunal N°1 arrojó los resultados por dimensión que se encuentran detallados en la tabla 2

Tabla 2: Resultados por dimensión para el Tribunal N° 1

Dimensión	Porcentaje	Nivel de Riesgo
Apoyo Social en la Empresa y Calidad del Liderazgo	33,58%	Alto
Exigencias Psicológicas	47,54%	Medio
Trabajo Activo	41,09%	Medio
Compensaciones	25,98%	Medio
Doble Presencia	34,92%	Medio

Fuente: Elaboración propia.

Según el protocolo de la ACHS, un Nivel de Riesgo Alto Nivel I significa que sólo una o dos de sus Dimensiones se encuentran con alto nivel de exposición a los FRP. Como se observa en la información recopilada en este Tribunal, las dimensiones Exigencias Psicológicas, Trabajo Activo, Compensaciones, 25,98% y Doble Presencia 34,92%, presentan un Nivel de Riesgo Medio. En cambio, existe un Nivel Alto de Riesgo en la Dimensión de Apoyo Social y Calidad de Liderazgo; esto quiere decir que los funcionarios

percibirían que la calidad del liderazgo de sus superiores no es el apropiado para la institución. Por otro lado, es posible encontrar subdimensiones

dentro de las categorías anteriores que presentan distintos niveles de riesgo. Estos se detallan en la tabla 3:

Tabla 3. Resultado de Subdimensiones para el Tribunal N° 1

Dimensión	Subdimensión	Porcentaje	Nivel de Riesgo
Exigencias Psicológicas	Exigencias psicológicas cuantitativas	28,57%	Medio
	Exigencias psicológicas cognitivas	53,37%	Medio
	Exigencias psicológicas emocionales	42,31%	Medio
	Exigencias psicológicas de esconder las emociones	43,27%	Bajo
	Exigencias psicológicas sensoriales	70,19%	Bajo
Trabajo activo y desarrollo de habilidades	Influencia	66,21%	Alto
	Control sobre los tiempos de trabajo	43,27%	Medio
	Posibilidad de desarrollo en el trabajo	38,74%	Alto
	Sentido del trabajo	26,92%	Alto
Apoyo social en la empresa y calidad del liderazgo	Integración con la empresa	30,29%	Medio
	Claridad del rol	30,29%	Alto
	Conflicto de rol	21,54%	Medio
	Calidad de liderazgo	44,87%	Medio
	Calidad de la relación con los superiores	35%	Medio
Compensaciones	Calidad de la relación con compañeros de trabajo	36,22%	Alto
	Estima	33,85%	Medio
	Inseguridad respecto al contrato de trabajo	20,38%	Medio
Doble presencia	Inseguridad respecto a las características del trabajo	23,72%	Medio
	Preocupación por tareas domésticas.	34,62%	Medio

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar, existe un nivel alto de riesgo en las subdimensiones que componen Trabajo activo y desarrollo de habilidades, y Apoyo Social y Calidad de Liderazgo. Ello significaría que los funcionarios perciben de acuerdo a las subdimensiones que tanto influencia, posibilidad del desarrollo, sentido del trabajo, claridad del rol y la calidad de la relación con los compañeros de trabajo, contribuyen de manera negativa a los riesgos psicosociales.

Juzgado No. 1

Los datos obtenidos en el Juzgado N°1 muestran que todas sus dimensiones se encuentran en un rango de Nivel de Riesgo Medio, tal como se detalla en la tabla 4.

Tabla 4. Resultado de Dimensión Juzgado No. 1

Dimensión	Porcentaje	Nivel de Riesgo
Apoyo Social en la Empresa y Calidad del Liderazgo	50,48%	Medio
Exigencias Psicológicas	33,24%	Medio
Trabajo Activo	29,90%	Medio
Compensaciones	30,83%	Medio
Doble Presencia	33,33%	Medio

Fuente: Elaboración propia.

No obstante, algunas de sus subdimensiones arrojan porcentajes que se corresponden con un Nivel de Riesgo Alto. De esta manera, los datos obtenidos en este Juzgado se muestran en la tabla 5.

Tabla 5. Resultado de Subdimensiones Juzgado No. 1

Dimensión	Subdimensión	Porcentaje	Nivel de Riesgo
Exigencias Psicológicas	Exigencias psicológicas cuantitativas	25,30%	Bajo
	Exigencias psicológicas cognitivas	57,81%	Bajo
	Exigencias psicológicas emocionales	36,46%	Medio
	Exigencias psicológicas de esconder las emociones	42,71%	Medio
	Exigencias psicológicas sensoriales	90,10%	Alto
Trabajo activo y desarrollo de habilidades	Influencia	60,71%	Alto
	Control sobre los tiempos de trabajo	34,90%	Medio
	Posibilidades de desarrollo en el trabajo	32,74%	Medio
	Sentido en el trabajo	11,81%	Medio
	Integración en la empresa	26,04%	Medio
Apoyo social en la empresa y calidad del liderazgo	Claridad del rol	20,31%	Alto
	Conflicto del rol	23,33%	Medio
	Calidad del liderazgo	44,44%	Medio
	Calidad de la relación con los superiores	41,25%	Alto
	Calidad de la relación con los compañeros de trabajo	20,14%	Medio
Compensaciones	Estima	34,17%	Medio
	Inseguridad respecto al contrato de trabajo	25%	Medio
	Inseguridad respecto a las características del trabajo	33,33%	Medio
Doble presencia	Preocupación por tareas domésticas	33,33%	Medio

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a los puntajes obtenidos, las dimensiones demuestran que existe un Nivel de Riesgo Medio, mientras que dentro de las subdimensiones se puede observar un Nivel de Riesgo Alto de exposición a los FRP.

Esto significaría que los funcionarios perciben una alta exigencia física en relación con el contenido y las condiciones de trabajo, donde además se percibe ambigüedad en el rol que cumplen dentro de la institución en cuanto a las funciones y responsabilidades entregadas por sus superiores.

Juzgado N° 2

El Juzgado No. 2, se encuentra en un Nivel de Riesgo Medio con sus 5 dimensiones. Los porcentajes se detallan en la tabla 6.

Tabla 6. Resultado de Dimensión Juzgado No. 2

Dimensión	Porcentaje	Nivel de Riesgo
Apoyo Social en la Empresa y Calidad del Liderazgo	19,82%	Medio
Exigencias Psicológicas	51,19%	Medio
Trabajo Activo	34,71%	Medio
Compensaciones	22,14,%	Medio
Doble Presencia	32,14%	Medio

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, y en cuanto a los porcentajes y su nivel de riesgo en las subdimensiones, es posible encontrar los datos en la tabla 7. Las subdimensiones de Exigencias Sensoriales e Influencia, se encuentran en un nivel de Riesgo Alto. Esto quiere decir, de acuerdo a la percepción de los funcionarios, que hay una alta demanda de exigencias físicas relacionadas con el contenido y

las condiciones de trabajo, escaso nivel de autonomía sobre la ejecución del trabajo y poca participación en las decisiones de las tareas cotidianas.

Tabla 7. Resultado de Subdimensiones Juzgado No. 2

Dimensión	Subdimensión	Porcentaje	Nivel de Riesgo
Exigencias Psicológicas	Exigencias psicológicas cuantitativas	22,45%	Bajo
	Exigencias psicológicas cognitivas	66,52%	Medio
	Exigencias psicológicas emocionales	33,93%	Medio
	Exigencias psicológicas de esconder las emociones	39,29%	Medio
	Exigencias psicológicas sensoriales	93,75%	Alto
Trabajo activo y desarrollo de habilidades	Influencia	77,55%	Alto
	Control sobre los tiempos de trabajo	17,86%	Bajo
	Posibilidades de desarrollo en el trabajo	27,55%	Medio
	Sentido en el trabajo	5,95%	Medio
	Integración en la empresa	44,54%	Medio
Apoyo social en la empresa y calidad del liderazgo	Claridad del rol	4,46%	Bajo
	Conflicto del rol	17,86%	Bajo
	Calidad del liderazgo	33,93%	Medio
	Calidad de la relación con los superiores	25%	Medio
	Calidad de la relación con los compañeros de trabajo	17,86%	Medio
Compensaciones	Estima	22,86%	Medio
	Inseguridad respecto al contrato de trabajo	29,29%	Medio
	Inseguridad respecto a las características del trabajo	14,29%	Medio
Doble presencia	Preocupación por tareas domésticas	32,14%	Medio

Fuente: Elaboración propia.

Juzgado No. 3

Según los resultados obtenidos del cuestionario SUSESO ISTAS-21 versión completa, el Juzgado No. 3, las dimensiones se distribuyen de la manera como se muestra en la tabla 8.

Tabla 9. Resultado de Dimensión Juzgado No. 3

Dimensión	Porcentaje	Nivel de Riesgo
Apoyo Social en la Empresa y Calidad del Liderazgo	23,03%	Medio
Exigencias Psicológicas	45,08%	Bajo
Trabajo Activo	27,72%	Bajo
Compensaciones	14,58%	Bajo
Doble Presencia	32,81%	Medio

Fuente: Elaboración propia.

Por ello, tres de las dimensiones se encontrarían en un Nivel de Riesgo Bajo (sin riesgo) de los FRP: Exigencias Psicológicas, Trabajo Activo y Compensaciones, mientras que las dos dimensiones restantes se encuentran en un Nivel de Riesgo Medio, es decir, Apoyo Social y Calidad de Liderazgo, y Doble Presencia.

De acuerdo a las instituciones judiciales encuestadas, esta organización es la única que presenta un Nivel de Riesgo Bajo, es decir, sin riesgo de los FRP. Por otro lado, los porcentajes de las subdimensiones y su nivel de riesgo se encuentran especificados en la tabla 9.

De acuerdo a lo anterior, la subdimensión Calidad de la Relación con los Compañeros de Trabajo se encontraría en un Nivel de Riesgo Alto lo que podría evidenciar competitividad entre pares, falta de transparencias en permisos, bonos, entre otros.

Tabla 9. Resultado de Subdimensiones Juzgado No.3

Dimensión	Subdimensión	Porcentaje	Nivel de Riesgo
Exigencias Psicológicas	Exigencias psicológicas cuantitativas	34,38%	Medio
	Exigencias psicológicas cognitivas	47,27%	Bajo
	Exigencias psicológicas emocionales	45,31%	Medio
	Exigencias psicológicas de esconder las emociones	23,44%	Medio
	Exigencias psicológicas sensoriales	75%	Medio
Trabajo activo y desarrollo de habilidades	Influencia	53,13%	Medio
	Control sobre los tiempos de trabajo	30,47%	Medio
	Posibilidades de desarrollo en el trabajo	32,59%	Medio
	Sentido en el trabajo	8,33%	Medio
	Integración en la empresa	44,54%	Medio
Apoyo social en la empresa y calidad del liderazgo	Claridad del rol	14,84%	Medio
	Conflicto del rol	18,13%	Bajo
	Calidad del liderazgo	23,44%	Medio
	Calidad de la relación con los superiores	27,5%	Medio
	Calidad de la relación con los compañeros de trabajo	31,25%	Alto
Compensaciones	Estima	18,75%	Bajo
	Inseguridad respecto al contrato de trabajo	9,38%	Bajo
	Inseguridad respecto a las características del trabajo	15,63%	Medio
Doble presencia	Preocupación por tareas domésticas	32,81%	Medio

Fuente: Elaboración propia

Análisis de resultados mediante la aplicación del Focus Group

Para llevar a cabo el análisis de resultados del Focus Group, se dividió la información obtenida en cada una de las instituciones judiciales de acuerdo a las subdimensiones que presentan un nivel de riesgo alto y que tienen algún tipo de relación entre ellas. Por lo tanto, para realizar este procesamiento de la información, se identificaron elementos significativos de acuerdo a las percepciones y experiencias de los funcionarios pertenecientes a las instituciones Judiciales, quienes manifestaron opiniones semejantes de acuerdo a los temas A y B que conforman el Focus Group.

Exigencias Sensoriales es una subdimensión que se encuentra en un Nivel de Riesgo Alto en dos de las instituciones encuestadas, según el resultado del cuestionario SUSESO ISTAS-21 versión completa. En relación con ello, los sujetos mencionaron que: “Las tareas

requieren de una concentración profunda y exhaustiva, las cuales deben ser cumplidas diariamente dentro de un horario establecido por el Juez”. A su vez mencionaron que: “el manejo de la documentación debe ser expedito y respaldado en la plataforma de la institución, la que debe ser revisada por el Juez quien debe dar el visto bueno, de lo contrario es necesario realizar nuevamente el proceso”.

La subdimensión de Influencia se encuentra en Nivel de Riesgo Alto en tres de las instituciones encuestadas. Los resultados según los participantes se deben a diversas circunstancias que estarían llevando los porcentajes a este extremo, principalmente las decisiones respecto las tareas que se ejecutan dentro del puesto de trabajo, puesto que estas son entregadas por el juez, negando la posibilidad de autonomía de los funcionarios de elegir qué funciones deben realizar.

Por otro lado, en una de las instituciones encuestadas se mencionó que: “Nosotros somos

participes del plan de trabajo anual donde las funciones son más democráticas y apegadas al rol que cumplimos dentro de la institución”, lo que se consideraría una contradicción de acuerdo a los resultados obtenidos a través del cuestionario.

Además, Claridad del Rol es otra de las subdimensiones que se encuentra en Nivel de Riesgo Alto en dos de las instituciones encuestadas. En el Focus Group realizado, los funcionarios comentaron que: *“A veces, cuando falta algún funcionario, designan a alguien para que cumpla las funciones de la persona que falta, donde debe realizar tareas distintas a las propias de su puesto laboral. Esto hace que el proceso de trabajo sea más lento, pero al final igual se puede realizar”*.

Las subdimensiones de Posibilidad de Desarrollo, Sentido del trabajo, Relación con los Superiores y Relación con los Compañeros de Trabajo, no se encuentran presentes de manera frecuente en las Instituciones Judiciales que participaron en esta investigación, pero sí se encuentran en un Nivel de Riesgo en un organismo en particular.

De esta manera, para la primera subdimensión, los funcionarios mencionaron: *“No existe posibilidad de desarrollo para los funcionarios adscritos a la Antigua Reforma Procesal Penal, la cual se encuentra ligada a la estructura del Poder Judicial, mientras que aquellos funcionarios nuevos, deben buscar posibilidades de desarrollo por fuera de las Instituciones Judiciales”*.

Más aún, para la segunda subdimensión, los funcionarios demuestran una contrariedad de acuerdo a los resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario SUSESO ISTAS-21, donde mencionaron que *“Nos sentimos comprometidos y satisfechos con la labor que desempeñamos, ya que esta se adecua a la descripción de cargo que realizamos nosotros mismos”*.

En cuanto a la subdimensión Calidad de la Relación con los Superiores, los funcionarios de la

institución que se encuentra en nivel de riesgo, mencionaron que: *“Aquí existe una relación asimétrica y jerarquizada. El superior designa las tareas de acuerdo al cargo que cumple, lo que dificulta que exista una relación positiva entre funcionarios y superiores”*.

Para la última subdimensión, se aprecia una contrariedad de acuerdo a los resultados obtenidos a través del cuestionario SUSESO ISTAS-21, puesto que los funcionarios expresaron que existe una buena relación tanto con compañeros de trabajo como con los superiores, señalando además que realizan actividades extra programáticas como celebración de cumpleaños, día del trabajador, la Semana Judicial, Navidad, día del padre, día de la madre, entre otros.

En un foco más amplio, una de las dimensiones más criticadas por los funcionarios es la dimensión de Doble Presencia, la cual está compuesta por dos preguntas que son las siguientes: *“Cuándo está en el trabajo, ¿piensa en las exigencias domésticas y familiares?”*, y *“¿Hay situaciones en las que debería estar en el trabajo y en la casa a la vez?”*. Dichas preguntas se caracterizan por la ambigüedad que puedan presentar al momento de ser leídas por los encuestados, generando una confusión respecto a la puntuación que se le debe otorgar. Ello se vio reflejado en los diversos Focus Group realizados en las instituciones Judiciales, donde se encontró como punto crítico esta dimensión, en la que los funcionarios expresaron de manera directa su descontento con la formulación y la mala interpretación de las preguntas que aquí se encuentran.

Estas interrogantes se orientan más al género femenino quienes se han integrado de manera masiva al ámbito laboral, apelando a su rol de maternidad y cuidado del hogar, y culpándolas de los resultados cuando estos son negativos. Respecto a ello, mencionaron lo siguiente: *“Que yo piense en la casa no quiere decir que vaya a hacer mal mi trabajo”*, *“es una pregunta muy sexista donde siempre se culpa a las colegas mujeres. Los hombres también nos preocupamos sobre lo que pasa en el hogar, en especial con los*

hijos, pero no por eso vamos a mezclar lo que pasa en la casa con el trabajo”.

Discusión y reflexiones finales

El principal foco de esta investigación es evaluar los FRP en las Instituciones Judiciales del sur de Chile. A su vez, el propósito de este estudio es demostrar que cada contexto laboral posee elementos y necesidades distintas, que se manifiestan o interpretan de acuerdo a la comunidad donde se encuentren insertos y, teniendo en cuenta que este tipo de investigaciones son llevadas a cabo por agentes externos, entregan información poco accesible a las personas que no son parte de estas organizaciones, e incluso para aquellos que sí pertenecen a ellas. Por lo tanto, esta investigación profundiza la realidad del contexto local, de acuerdo a las percepciones y experiencias de los funcionarios de los diversos Juzgados y Tribunal del sur de Chile, intentando descubrir los FRP que pueden manifestarse de diversas maneras y afectar la salud de los trabajadores tanto positiva como negativamente, siendo la segunda la más común.

Así, al momento de efectuar una nueva investigación, es imprescindible profundizar en la percepción de los trabajadores con respecto a su entorno laboral. En este caso, esta indagación más precisa a través de un instrumento cuantitativo y uno cualitativo, se pudo apreciar una disyuntiva respecto a aquellos riesgos que se encuentran latentes en cada institución.

De esta manera, y para ahondar en la perspectiva de cada uno de los trabajadores, el Focus Group aplicado a las Instituciones Judiciales, se enfocó en aquellas dimensiones o subdimensiones que presentaron un nivel de riesgo a los FRP, donde se observó que los indicadores tienden a suponer una relación lineal entre un procedimiento y sus resultados, para muchas veces intentar estandarizar y protocolizar estos procedimientos, con el fin de promoverlos y generalizarlos.

Es así como en este tipo de método de estudio se margina y se desnaturaliza el fin que

tiene la medición y detección los FRP. Es por esto que se enfatiza en los Focus Group como una herramienta que permite indagar con mayor riqueza la experiencia y el conocimiento que el trabajador tiene respecto de su trabajo, con el propósito de tener un mayor acercamiento y un descubrimiento de su realidad particular.

Otro aspecto que resultó llamativo al momento de realizar el Focus Group, fue el reporte por parte de los trabajadores participantes del estudio, acerca de la forma en que se lleva a cabo la aplicación del instrumento ISTAS-21. Los encuestados señalaron que se les hace envío de un correo con las instrucciones del cuestionario, donde deben contestar los distintos reactivos de forma no presencial y con un tiempo limitado. Al respecto, los funcionarios mencionaron lo siguiente: *“A nosotros nos llega un correo donde se nos avisa qué día hay que contestar el cuestionario y luego enviarlo, pero la verdad es que al final pasa a ser otra encuesta más, donde los resultados nunca llegan, así que uno termina contestando por cumplir”.*

De acuerdo a esta opinión que manifestaron los sujetos con respecto a estas mediciones, se puede ver que existe una desnaturalización de la aplicación de instrumentos, es decir, los resultados medibles transforman el trabajo en una práctica instrumental que aleja la posibilidad de disfrutar de la misma.

Es importante destacar que cualquier tipo de evaluación que se realice, ya sea en contexto académico o fuera de él, no debe enfocarse sólo en la medición a través de instrumentos, sino que esta además debe ser una instancia donde los trabajadores puedan hablar sobre aquellos aspectos que el cuestionario no mide, utilizando este espacio para que se sientan reconocidos y comprometidos de acuerdo a las opiniones que ellos puedan presentar como entes que componen la organización en la que desempeñan. En relación con esto último, los participantes demuestran un descontento hacia la composición del cuestionario, mencionando que el enfoque debería ser a cambios físicos dentro de las instituciones, donde

nacen preocupaciones por parte de ellos sobre espacios adecuados para la realización de sus funciones, espacios de recreación, luminosidad natural, decoración de la infraestructura, dependencia de casino, entre otros.

Otro elemento presente en el cuestionario SUSESO ISTAS-21, se relaciona con el ausentismo laboral y cantidad de licencias médicas presentadas por los funcionarios durante el año 2017. De esta manera, se puede apreciar que aquellos tribunales encuestados que presentan una mayor exposición a los FRP muestran también un aumento de licencias médicas. Esta correlación entre el nivel de exposición a los FRP y el incremento en los permisos laborales por razones de salud, estaría provocando que los funcionarios tengan mayor cantidad de días de ausentismo laboral.

Asimismo, el reporte acerca de las posibilidades de desarrollo dentro del trabajo que los funcionarios encuestados realizan, deja abierta la posibilidad de ser estudiado en una próxima investigación, puesto que los sujetos manifiestan que no existiría posibilidad de desarrollo para los funcionarios adscritos a la Antigua Reforma Procesal Penal, mientras que aquellos funcionarios nuevos, deben buscar posibilidades de desarrollo de manera externa a las Instituciones donde se desempeñan.

Para finalizar, se sugiere realizar un proceso psicoeducativo en relación a los FRP, donde los funcionarios puedan conocer a profundidad las causales de la presencia de estos factores en el trabajo, posterior a ello ejecutar un

plan de acción preventivo que utilice técnicas o estrategias cualitativas o mixtas.

Finalmente, y de acuerdo a los resultados obtenidos, es posible encontrar cierta discordancia entre la información del cuestionario SUSESO ISTAS-21 y los datos cualitativos recopilados a través del Focus Group.

De esta manera, en las subdimensiones de Relación con los compañeros de trabajo y Sentido del trabajo, donde el Focus Group reveló que los funcionarios se encontraban en una disyuntiva respecto a los resultados obtenidos por el cuestionario, mencionando que no representa la realidad de la Institución Judicial, puesto que para ellos es primordial mantener una buena comunicación, respeto y colaboración entre los compañeros de trabajo. Igualmente, en Sentido del Trabajo se observan conflictos entre los resultados cuantitativos, donde los funcionarios de las instituciones encuestadas destacaron que las actividades son realizadas de acuerdo a las necesidades de cada cargo, donde ellos participan de manera constante de las tareas que son importantes dentro de su puesto laboral.

Respecto a lo mencionado anteriormente, resulta de especial relevancia llevar a cabo estudios que profundicen en la percepción y la experiencia de aquellas personas que son encuestadas a través del cuestionario SUSESO ISTAS-21, ya que las estadísticas son estandarizadas en base a la estructura del cuestionario, la cual no necesariamente representa la realidad de cada contexto en particular.

Referencias Bibliográficas

- Asociación Chilena de Seguridad. (2016). *Procedimiento programa de vigilancia de riesgos psicosociales para empresas*. Obtenido de www.achs.cl: http://www.achs.cl/portal/Empresas/Documents/Instructivo_Vigilancia_Riesgos_Psicosociales_Empresas_Afiliadas_ACHS.pdf
- Asociación Chilena de Seguridad. (2017). *Manual Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales, Guía para el proceso de evaluación e intervención en RPSL en un Lugar de Trabajo*. Obtenido de www.achs.cl: <http://www.achs.cl/portal/ACHS-Corporativo/Documents/Instructivo%208>

[%20Preveni%C3%B3n%20-%20Plataforma%20Riesgos%20Psicosociales.pdf.](#)

- Asociación Chilena de Seguridad. (2017). *Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales*. Santiago, Chile: Gerencia Seguridad y Salud Ocupacional.
- Cáceres, N., Campillay, J., Cvitanic, C. & Bargsted, M. (2015). Los factores de Riesgo Psicosocial del trabajo afectan la salud mental de los profesores según el tipo del financiamiento del establecimiento. *Salud y Sociedad*, 6(1), 50-75.
- Chile. Instituto de Seguridad Laboral. (junio de 2013). *Dimensiones de Riesgo Psicosocial en el Trabajo*. Obtenido de http://www.campusprevencionisl.cl/contento/vigilancia/Dimensiones_de_Riesgos_Psicosociales_en_el_Trabajo.pdf.
- Chile. Ministerio de Obras Públicas. (2005). *Manual de Prevención de Riesgos*. Recuperado de Dirección General de Obras Públicas: http://www.dgop.cl/areasdgop/prevencionderiesgos/Documents/MANUAL_DE_PREVENCION_DE_RIESGOS_MOP.pdf.
- Chile. Ministerio del Interior. (1994). *Biblioteca del Congreso Nacional De Chile*. Recuperado de LEY 19.303 ESTABLECE OBLIGACIONES A ENTIDADES QUE INDICA, EN MATERIA DE SEGURIDAD DE LAS PERSONAS: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30670>
- Chile. Poder Judicial República de Chile. (2012). Informe Análisis de Índice de Ausentismo Laboral. Santiago de Chile: KPI Estudios. Recuperado de: <http://aprajud.cl/articulo-archivo/ausentismolaboral.pdf>
- Chile. Poder Judicial. (2018). *Metas de eficiencia institucional y de desempeño colectivo*. Recuperado de www.aprajud.cl: <http://aprajud.cl/articulo-archivo/aametas2018.pdf>.
- Chile. Poder Judicial. (2016). *Tramitación Electrónica, Justicia Moderna y Accesible*. Recuperado de Auto Acordado ACTA 71-2016: <http://www.tramitacionelectronica.cl/auto-acordado-71-2016/>.
- Chile. Superintendencia de Seguridad Social. (2018). *Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo SUSESO/ISTAS21*. Recuperado de www.suseso.cl: <https://www.suseso.cl/606/w3-article-19640.html>
- Ciociou, M., Cojocarú, M. & Ciociou, S.V. (2010). Implications of levels of stress factors in the magistrate's activity. *Romanian Biotechnological Letters*, 15(3), 126-133.
- Escudero, J., Delfin, L. & Arano, R. (2014). El desarrollo organizacional y la resistencia al cambio en las organizaciones. *Ciencia Administrativa*, 1, 1-9.
- Fernández, M. (2014). *Rol del psicólogo en el cambio organizacional*. Uruguay: Universidad de la República. Recuperado de Rol del psicólogo en el cambio organizacional: https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/2014_tf_g_fernandez_maria_sofia_rol_del_psicologo_en_el_cambio.pdf.
- Gómez, P., Guerrero, J. & Méndez, M. (2014). Factores de Riesgo Psicosocial y Satisfacción Laboral en una Empresa Chilena del Área de la Minería. *Ciencia & Trabajo*, 16(49), 9-16.

- Guerrero, P., Balboa, M., & Miranda, G. (2017). Sufrimiento y reconocimiento en el trabajo: un estudio de caso. *Teuken Bidikay*, 8(11), 175-190.
- Gutiérrez, M. (2015). *Evaluación del modelo de medición de factores de riesgo psicosocial en el sector informal urbano en Bogotá*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia
- Guzmán, R. (2017). *Protocolo de vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo*. Recuperado de <http://www.aprajud.cl/articulo-archivo/of6rh25440352017.pdf>.
- KPI Estudios. (2012). *Informe Análisis de Índice de Ausentismo Laboral*. Obtenido de <http://aprajud.cl/articulo-archivo/ausentismolaboral.pdf>.
- López, M., Restrepo, L. & López, G. (2013). Resistencia al cambio en organizaciones modernas. *Scientia Et Technica*, 18(1), 149-157.
- Meza, K. (2014). *Adaptación y validación del Cuestionario "Factores de Riesgo Psicosocial Laboral" en una muestra de trabajadores del Grupo Enersis Chile*. Santiago, Chile: Universidad de Chile.
- Moreno, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(supl.1), 4-19.
- Ribeiro, B. (2017). *Riscos psicossociais e engajamento nos magistrados do Ministério Público: uma relação moderada pelo capital psicológico*. Porto, Portugal: Universidade Católica Portuguesa.
- Universidad de Chile. (s.f.). *Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo SUSESO ISTAS-21*. Recuperado de FACSO Universidad de Chile: http://www.facso.uchile.cl/psicologia/epe/documentos/salud_docente/superintendencia_seguridad_social_cuestionario_evaluacion_riesgos.pdf
- Wlosko, M. (2015). Clínica de los procesos subjetivos en relación al trabajo: el abordaje de la psicodinámica del trabajo. *Rev. Arg. de. Psiquiat.* XXVI, 417-426.

Fecha de recepción: 12 de abril de 2019
 Fecha de aceptación: 03 junio de 2019

Bienestar Psicológico en Migrantes latinos en la ciudad de Temuco.

Psychological Wellbeing in Latino Migrants and Chilean Natives in the City of Temuco

Alexis Soto Salcedo¹, María Iris Olave², Alex Véliz Burgos³, Marcela Andrade Pérez⁴

Resumen

El objetivo del estudio fue determinar el nivel de bienestar psicológico durante el primer semestre del año 2019 en migrantes latinos de la ciudad de Temuco Chile (59,3% mujeres, y 40,7 % hombres). Se aplicó la escala de bienestar psicológico de Ryff con técnica muestral bola de nieve usando un sistema de contacto a través de redes y medios electrónicos, cautelando todas las dimensiones éticas siendo certificado por un comité acreditado. Como resultado relevante se pueda indicar que existe un nivel de bienestar más alto en mujeres que en hombres, que el bienestar pareciera estar asociado a la empleabilidad y que las dimensiones más sensibles en esta población son el dominio del entorno y las relaciones positivas. Este estudio permite tener claridad respecto de las dificultades de integración que han tenido los migrantes y la urgente necesidad de definir programas de inclusión y apoyo social.

Palabras clave: Bienestar psicológico, inventario de burnout, migrantes.

Abstract

The objective of the study was to determine the level of psychological well-being during the first semester of 2019 in Latino migrants from the city of Temuco, Chile (59.3% women, and 40.7% men). The psychological well-being scale of Ryff was applied with a snowball sampling technique using a contact system through networks and electronic means, safeguarding all the ethical dimensions being certified by an accredited committee. As a relevant result, it can be indicated that there is a higher level of well-being in women than in men, that welfare seems to be associated with employability and that the most sensitive dimensions in this population are the domain of the environment and positive relationships. This study

makes it possible to be clear about the integration difficulties that migrants have had and the urgent need to define inclusion and social support programs.

Keywords: Psychological well-being, burnout Inventory, migrants.

Introducción

El tema de la migración ha tomado mayor realce durante los últimos años por efectos de movilidad forzada que se ha producido en diversos lugares del mundo en donde debido a problemas políticos, conflictos bélicos o dificultades económicas las personas parecieran tender a desplazarse a lugares que son percibidos con mejores indicadores de calidad de vida.

Las migraciones internacionales son un barómetro de las condiciones económicas, sociales y políticas de los países. Las economías prósperas, que crecen, generan empleo, en un ambiente de razonable estabilidad económica y política, son generalmente atractivas para los inmigrantes de otros países. En la misma lógica, los incentivos para emigrar de naciones que ofrecen mejores oportunidades económicas y libertad política disminuyen (Solimano & Tokman, 2006).

En este contexto, estamos ante un fenómeno complejo y multidimensional, que por una parte viene determinado por factores históricos, y por otra, cada migración es un movimiento social que responde a presiones sociales relacionadas tanto con las oportunidades vitales de desarrollo como con problemas económicos, sociales, políticos y religiosos (Maya, García & Martínez, 1999; Norero, 2018).

El fenómeno migratorio no es nuevo en Chile, en cifras se puede señalar que el porcentaje

¹ Psicólogo, Magister en Educación, Académico Facultad de Ciencias Escuela de Psicología, Universidad Mayor, Temuco, Chile.

² Psicóloga, Escuela de Psicología Universidad Mayor Sede Temuco.

³ Psicólogo, Doctor en Psicología, Académico Departamento de Ciencias Sociales, Universidad de Los Lagos.

⁴ Trabajadora Social, Magister en Psicología Universidad de Aconcagua.

de la población de inmigrantes ha crecido en el tiempo. En el Censo de 2002, 1,27% de la población residente era inmigrante; 15 años después, el 2017, es un 4,35% del total de la población residente (INE, 2018). En las cifras de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional de Chile (CASEN), hay 777.407 mil extranjeros residentes en el país, provenientes principalmente de países limítrofes (CASEN, 2017), generando una serie de desafíos para las políticas públicas en las áreas laboral, salud, educación, por mencionar algunas.

Considerando lo anterior el tema de la inmigración en el Sur de Chile resulta un tema relevante toda vez que es un proceso de integración cultural nuevo que demanda comprensiones distintas en un territorio en donde la integración cultural del pueblo mapuche, sigue siendo un tema pendiente y en donde fenómenos de violencia y discriminación han estado presentes durante mucho tiempo, por lo que fácilmente podrían darse con grupos inmigrantes que recién se han desplazado a la región. La población migrante se expone a enfrentar obstáculos, desafíos, están expuestos una serie de acontecimientos traumáticos como riesgos de abusos, discriminación, dificultades de acceso a los servicios sanitarios, educacionales y sociales, falta de redes de apoyo y articulación social, lo que puede impactar en la salud física y mental de las poblaciones migratorias (Urzúa, Heredia & Caqueo-Urizar, 2016).

Una breve historia de la migración en Chile señala que a comienzos de los 50s, el 56 por ciento de los inmigrantes provenía de Europa, mientras que el 23,4 por ciento se originaba en países latinoamericanos (Solimano & Tokman, 2006). La mayoría correspondía al movimiento histórico de inmigrantes europeos, acrecentado por las migraciones, voluntarios y forzados, que se produjeron a partir de la segunda guerra mundial y sus efectos posteriores. En 1960 los inmigrantes de origen europeo alcanzaban al 61 por ciento del total de inmigrantes en Chile. Esta sustitución de origen se mantiene y profundiza hasta el presente. En 2002 (último año censal) sólo 17,2 por ciento de los inmigrantes eran de origen europeo,

mientras que cerca del 72 por ciento provenía de países latinoamericanos.

El incremento de las migraciones es un fenómeno mundial, que dentro de América Latina, Chile sobresale por ser un país en el cual el número de extranjeros ha tenido un aumento muy importante en los últimos 5 años, principalmente provenientes de países como Perú, Argentina, Bolivia, Ecuador y Colombia y más recientemente de Palestina (Vásquez-De Kartzow, 2018). Estos últimos cinco años ha aumentado la cantidad de personas del continente que trasladaron su domicilio a Chile en búsqueda de trabajo y mejores condiciones. Los procesos migratorios masivos se habían dado principalmente en la región metropolitana y en la zona norte por la cercanía existente con países vecinos como Perú y Bolivia con quienes se compartía incluso ciertas expresiones culturales. En este sentido un estudio realizado por Yañez & Cárdenas (2010) desde la Universidad Católica del Norte da cuenta de fenómenos antropológicos y psicológicos que se han dado en el proceso de integración de culturas y que relacionan el bienestar de las personas con el éxito en el proceso de integración.

En la actualidad los procesos de inmigración han ido avanzando desde la zona norte y centro hasta la zona sur del país donde no necesariamente existía un proceso de integración masivo posterior a los programas del siglo XIX que promovieron la llegada de ciudadanos alemanes. Es así como principalmente durante el último año ha llegado un número importante de ciudadanos principalmente venezolanos y haitianos a la Región de la Araucanía integrándose en distintos ámbitos del quehacer regional.

Considerando lo anterior y centrando el análisis en desafíos del fenómeno migratorio, es posible señalar que este desplazamiento territorial ha develado especialmente en Chile, la inexistencia de políticas migratorias o una condición desactualizada y poco moderna de las mismas, por lo que existe una escasez de mecanismos que apunten a regular el nuevo escenario político, social y cultural que se ha presentado.

Desde la Psicología social se comprenden procesos de influencia social desde grupos mayoritarios a grupos minoritarios. Respecto de este tema López (2016) aclara, que el intragrupo o endogrupo es aquel al que el sujeto pertenece y está formado por un número de personas con las que el individuo mantiene expectativas y experiencias en común. Tienen una gran importancia, puesto que en ellos se desarrollan conceptos que resultarán claves, como los de “nosotros” y “lo nuestro”, mientras que el extragrupo o exogrupo está constituido por un número de personas con las que el individuo no se identifica y tiene escasos o nulos intereses en común, e incluso pueden aparecer sentimientos de rechazo. El sujeto no tiene lazos de pertenencia y, en muchas ocasiones, su percepción de ellos está influenciada por estereotipos (López, 2016).

En esta comprensión que el endogrupo hace o no hace del quehacer del exogrupo pueden presentarse situaciones de violencia, discriminación o agresión, cuando no logran establecerse de manera fluida, o cuando existen ciertos estereotipos que pueden dificultar dicha integración, en este sentido Tijoux (2016) señala que en el proceso de integración de inmigrantes toma cuerpo en Chile una violencia simbólica y material que contempla una “distinción entre ‘inmigrante’ y ‘extranjero’”, que va más allá de la figura del afrodescendiente, pues se expresa en la discriminación de inmigrantes procedentes principalmente de seis países latinoamericanos con fuerte raíz indígena y negra (los ‘inmigrantes’ vienen de Perú, Bolivia, Ecuador, Colombia, República Dominicana y Haití) y no se expresa en contra de los provenientes de otros países a quienes se les considera “extranjeros”.

Esta preocupación social de violencia y discriminación que pudiese surgir en contra del inmigrante principalmente latino, afectaría de sobremanera su calidad de vida (CV) y por ende su bienestar psicológico. Aun cuando no se ha podido encontrar literatura que describa de manera específica los efectos de la migración en la calidad de vida de quienes viven esta experiencia, se han encontrado reportes que describen cómo se comportan en población migrante variables

altamente relacionadas con la CV como lo son el bienestar y la satisfacción con la vida (Urzúa, Vega, Jara, Trujillo, Muñoz, & Caqueo-Urizar, 2015).

En este mismo sentido un estudio realizado en la ciudad de Antofagasta en el norte de Chile, reveló que para quienes logran integrarse se reportan mejores indicadores en todas las dimensiones de bienestar psicológico. Del mismo modo, quienes se asimilan presentan los menores niveles de bienestar. Lo anterior, permite imaginar las repercusiones que puede tener la superposición de la cultura mayoritaria sobre la que se configuró en el ciclo de vida previo a la llegada (Yañez & Cárdenas, 2010). El proceso de integración social y su relación con el bienestar psicosocial es particularmente importante entre inmigrantes, especialmente para los recién llegados a la comunidad (Herrero, García, Fuente & Lila, 2012).

Otro estudio realizado también en el norte de Chile, para medir la calidad de vida de inmigrantes sudamericanos, determinó que la actividad económica fue una de las variables socioeconómicas que más afecta la Calidad de vida de los inmigrantes encuestados. Es esperable que quienes se mantienen activos laboralmente o tienen proyectos para comenzar actividades laborales remuneradas como los estudiantes, tengan una mejor percepción de apoyo social tanto del contacto con las personas que se encuentran en estos contextos como de compañeros o colegas, autoridades o agentes de servicios como directores de escuela, jefes, gerentes, AFPs, servicios de salud y otros beneficios que mejorarían la percepción tanto de protección social, apoyo y compañía. No así en quienes no realizan una actividad constante o segura y están en riesgo de dificultades económicas por falta de ingresos, salir de Chile por no tener un trabajo con contrato, o no cumplir con las expectativas de económicas que se tenían (Urzúa et al 2015).

Por lo mismo resulta interesante evaluar la calidad de vida que reportan los inmigrantes principalmente latinos a objeto de proponer acciones específicas que permitan generar o formalizar programas de acompañamiento a grupos

de migrantes que buscan a través de alguna organización establecer redes de apoyo que les permita integrarse al mundo laboral (en este aspecto existen grupos informales vinculados a juntas de vecinos, iglesias o instituciones de educación que proveen de espacios irregulares de reunión y coordinación que les dan herramientas para sortear barreras legales e idiomáticas que favorezcan su inclusión social). Cuando estas acciones no logran concretarse es posible evidenciar afectaciones en su respuesta conductual asociada principalmente a cuadros ansiosos o de estrés (Trucco, 2002). Los migrantes pueden experimentar así las características del *estrés aculturativo* si la adaptación no se alcanza. Esto ocurre cuando las personas experimentan reacciones físicas y emocionales adversas como resultado del complejo ajuste que deben realizar en un contexto cultural poco familiar (Castro, 2011).

Considerando lo anterior el objetivo del estudio fue describir el nivel bienestar psicológico de un grupo de inmigrantes en la ciudad de Temuco.

Materiales y métodos

El estudio está dentro del Paradigma cuantitativo, de diseño no experimental de corte transaccional (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Población y muestra

No existe un catastro específico de inmigrantes en la región de estudio ni en la ciudad de Temuco, el Censo 2002 indicaba que existía un número cercano a las 8000 personas en calidad de inmigrantes por lo que se estima que luego de los desplazamientos territoriales ocurridos durante los últimos años esta cifra ha aumentado fuertemente. Por esta razón se trabajó con un muestreo incidental.

Se usó como criterio de inclusión que sean residentes en la ciudad de Temuco, que logren comprender español y que deseen participar

voluntariamente del estudio. El contacto con los participantes se realizó trabajando con agentes claves vinculados con organizaciones laicas que están brindando ayuda a inmigrantes.

A través de ese medio se inició el proceso de contacto a través de correo electrónico en donde se les invitó a participar del estudio. Se usó técnica bola de nieve para poder obtener el número muestral, para lo que fue necesario realizar tres convocatorias electrónicas. Se trabajó finalmente con una muestra de 42 sujetos, de los cuales un 59,3% mujeres, y 40,7 % hombres, con edad promedio de 32,2 años ($dt=1,54$).

Recolección de datos

Se realizó un sistema de recolección de datos vía on line, se construyó un consentimiento informado digital y se utilizó la escala de bienestar psicológico de Ryff (1989), versión, adaptada en Chile por Véliz (2012), en formato digital a objeto que las personas pudieran responderlo en línea.

El procesamiento de datos se realizó usando Software SPSS versión 20, el cual ofrece un uso sencillo de las opciones, acceso rápido a datos y características de las variables, procedimientos de análisis, generación de gráficos, y es el más usado en las ciencias sociales (Hueso & Cascant, 2012).

La versión utilizada de la escala de bienestar psicológico contiene 39 ítems y seis subescalas: Autoaceptación, 6 ítems; Relaciones Positivas, 6 ítems; Autonomía, 8 ítems; Dominio del entorno, 6 ítems; Propósito en la vida, 7 ítems; Crecimiento Personal, 6 ítems. La confiabilidad de las subescalas va de 0,66 a 0,79. La escala además presenta una estructura factorial consistente con la teoría en población adulta chilena. Los índices de bondad de ajuste de la escala en población universitaria chilena fueron $\chi^2 = 2569.15$, error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) = 0.07, índice de ajuste Comparativo (CFI) = 0.95, índice no normalizado de ajuste (NNFI) = 0.94 y raíz cuadrada estandarizada de la media de las diferencias residuales (SRMR) = 0.06 (Véliz-Burgos, 2012).

Declaración de ética y conflictos de interés

Este estudio con población inmigrante tiene un alto valor social toda vez que permite considerar su propio proceso de incorporación a una cultura nueva dando posibilidades a la cultura dominante para establecer propuestas que hagan más llevadero este proceso. Esta investigación no presenta riesgos, consideró la firma de consentimiento informado y en todo momento se cauteló el respeto y dignidad de los/las participantes. Para ello, se siguieron los principios éticos básicos de investigación en seres humanos de Exequiel Emanuel y se contó con la aprobación del estudio por un comité ético científico de la Universidad

Mayor sede Temuco acreditado por el servicio de Salud Araucanía Sur de Chile.

Resultados

A nivel de bienestar psicológico general, al observar los resultados y realizar un análisis descriptivo se puede apreciar considerando la Tabla 1 que en el caso de los migrantes existe principalmente un nivel alto de bienestar psicológico (59,3%), mientras que el nivel bajo de bienestar alcanza un 7,4% (tabla 1). Llama la atención que este porcentaje es exclusivamente de los hombres mientras en las mujeres se aprecia un bienestar adecuado y alto.

Tabla 1. Nivel de bienestar psicológico inmigrantes latinos según género

	Femenino	Masculino	Total
Bajo	0,0%	7,4%	7,4%
Adecuado	29,6%	3,7%	33,3%
Alto	29,6%	29,6%	59,3%
Total	59,3%	40,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Ahora bien, al diferenciar el nivel de bienestar psicológico global considerando la nacionalidad de los inmigrantes se observan diferencias entre los grupos, el grupo de ciudadanos venezolanos y haitianos presentan algunas personas con bajo nivel de bienestar,

mientras que en los otros países se aprecia un bienestar que se distribuye entre un alto nivel y un nivel adecuado. En términos particulares el grupo de venezolanos es el que presenta el nivel más alto de bienestar con un 29,6% de los casos (tabla 2).

Tabla 2. Nivel de bienestar psicológico inmigrantes latinos según país de procedencia

	Venezuela	Colombia	Perú	México	Argentina	Haití	Total
Bajo	3,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,7%	7,4%
Adecuado	3,7%	14,8%	3,7%	0,0%	3,7%	7,4%	33,3%
Alto	29,6%	7,4%	3,7%	7,4%	7,4%	3,7%	59,3%
Total	37,0%	22,2%	7,4%	7,4%	11,1%	14,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Cuando se compara a las personas por tiempo de empleo, se observa que un 29,6% de las personas con empleo de tiempo completo presentan un alto nivel de bienestar psicológico. A su vez, un

3,7% de las personas con empleo parcial y sin empleo presentan un nivel bajo de bienestar psicológico (tabla 3).

Tabla 3. Nivel de bienestar psicológico inmigrantes latinos según jornada de trabajo

	Bajo nivel	Nivel adecuado	Alto nivel	Total
Empleo tiempo completo	0,0%	3,7%	29,6%	33,3%
Empleo tiempo parcial	3,7%	25,9%	18,5%	48,1%
Sin empleo	3,7%	3,7%	11,1%	18,5%
Total	7,4%	33,3%	59,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propi

Al realizar un análisis por dimensión, se observa que la dimensión dominio del entorno presenta el nivel más bajo de bienestar con un 59,3% de los casos, seguida por la dimensión relaciones positivas en las que un 22,2% de los

casos presenta un nivel bajo. Por otra parte, la dimensión crecimiento personal es la que presenta el nivel más alto con un 22,2% de los casos (tabla 4).

Tabla 4. Nivel de bienestar por dimensión en migrantes latinos

Dimensiones	Bajo	Adecuado	Alto
Autoaceptación	18,5%	66,7%	14,8%
Autonomía	18,5%	66,7%	14,8%
Propósito en la vida	18,5%	63,0%	18,5%
Dominio del entorno	59,3%	22,2%	18,5%
Relaciones positivas	22,2%	59,3%	18,5%
Crecimiento personal	14,8%	63,0%	22,2%

Fuente: Elaboración propia

Discusiones y conclusiones

Es posible apreciar diferencias importantes en los resultados obtenidos toda vez que parece ser que los inmigrantes se comportan de distinta forma en cuanto a la declaración de su estado de bienestar. Es visible establecer que se concentran en una lógica de perseverancia y propósito de vida que les moviliza a permanecer y perseverar independiente de que el nivel de bienestar en relaciones positivas sea bajo.

Solo para contextualizar es relevante recoger algunas de las ideas expuestas por Bauman (2015) que hacen referencia a la necesidad de una construcción individual y endémica lejos de los grupos de referencia pre asignados, desplazándose

hacia una era de la comparación universal en la que se pretende alcanzar como único final verdadero, el final de la vida del individuo. Esta búsqueda no está dada y tiende a pasar por numerosos y profundos cambios en donde escasean los antiguos códigos y conductas que eran posibles de observar como puntos estables en la orientación de la vida. Pareciera que el inmigrante latino asume que esta es una condición del proceso de integración y se adapta como proceso endoculturativo que se expresa como sumisión a la cultura dominante.

Este énfasis en lo individual también es visto como respuesta a un modelo capitalista que impulsa la competencia en un mundo de consumo en donde el ser está asociado principalmente a la adquisición de cosas, espacios y relaciones. Este

sistema de dominación señala Han (2014) en lugar de emplear el poder opresor, utiliza un poder seductor, inteligente que consigue que los hombres se sometan por sí mismos al entramado de dominación.

Ahora bien surge la pregunta también respecto de cómo cada uno espera encontrar ese estado de bienestar y si verdaderamente existe un tipo de bienestar que sea común, pareciera ser complejo presentar una propuesta de esta naturaleza, un paradigma integrador que muestre un camino para avanzar en el desarrollo de las personas, la calidad de vida y el bienestar común, puesto que parecieran existir tantas formas como individuos existen, la tendencia apunta a hacer énfasis en la diferencia y en la distinción y no necesariamente en aspectos sociales comunes (Véliz et al, 2017; Véliz, et al, 2018).

La situación que los hombres presenten un nivel más bajo de bienestar que las mujeres, y que las personas con trabajo a tiempo completo

presenten un nivel más alto de bienestar nos mueven hacia una reflexión respecto de roles tradicionales de protección y mantención que podrían presentarse en muchas de las culturas latinas y que influyen en la percepción de sentirse tranquilo e integrado.

Además de lo anterior existe un desafío importante con aspectos como inclusión e integración de inmigrantes situación que se ve reflejado en el bajo puntaje de dominio del entorno y relaciones positivas y que podría mejorarse en la medida que se entregan herramientas legales y de adaptación para mejorar este proceso.

El tema del bienestar es importante puesto que al estar vinculado a la calidad de vida influye en varios aspectos de la expresión conductual, puesto que es importante poder no sólo estudiarlo sino generar acciones para apoyar el trabajo con este tema, más aún cuando las barreras culturales e idiosincráticas influyen en este aspecto.

Referencias Bibliográficas

- Bauman, Z. (2015). *Modernidad líquida*. México: Fondo de cultura económica.
- CASEN (2017). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional Minuta resultados Casen migrantes. 2017. Disponible en: https://es.scribd.com/document/395977942/Los-datos-de-la-encuesta-CASEN-2017#from_embed.
- Castro Solano, A. (2011). Estrategias de aculturación y adaptación psicológica y sociocultural de estudiantes extranjeros en la Argentina. *Interdisciplinaria*, 28(1), 115-130.
- Chile. Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2018). *Síntesis resultados Censo 2017*. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile.
- Han, B. C. (2014). *Psicopolítica*. Barcelona: Herder.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (Tercera edición). México: Mc Graw Hill.
- Herrero, J., Gracia, E., Fuente, A., & Lila, M. (2012). Desorden social, integración social y bienestar subjetivo en inmigrantes latinoamericanos en España. *Anales de psicología*, 28(2), 505-514.
- Hueso, A. y Cascant, M. J. (2012). *Metodología y técnicas cuantitativas de investigación*. España: Universidad Politécnica de Valencia.
- López, J. L. (2016). La activación de identidades. La redefinición de endogrupos y exogrupos. *Télos*, 20(2), 105-125.
- Maya Jariego, I., García Ramírez, M., & Martínez García, M. F. (1999). El papel de los recursos

- sociales naturales en el proceso migratorio. *Intervención psicosocial*, 8(2), 221-232.
- Norero-V., C. (2018). Migración y Pediatría en Chile. *Revista chilena de pediatría*, 89(4), 430-431. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018005000609>
- Ryff, C. D. (1989) Happiness is everything: or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6): 1069-108.
- Solimano, A., & Tokman, V. E. (2006). *Migraciones internacionales en un contexto de crecimiento económico: el caso de Chile*. CEPAL.
- Tijoux, M. E. (2016). *Racismo en Chile. La piel como marca de la inmigración*. Santiago: Editorial Universitaria, Universidad de Chile.
- Trucco, M. (2002). Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(Supl.2):8-19. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600002>.
- Urzúa, A., Vega, M., Jara, A., Trujillo, S., Muñoz, R., & Caqueo-Urizar, A. (2015). Calidad de vida percibida en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Terapia psicológica*, 33(2), 139-156.
- Urzúa, A., Heredia, O. & Caqueo-Urizar A. (2016). Salud mental y estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Rev. méd. Chile*, 144(5), 563-570.
- Vásquez-De Kartzow, Rodrigo (2018). La nueva ola de inmigración en Chile. Oportunidad para crecer como país. *Revista chilena de pediatría*, 89(3), 307-309. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018005000301>.
- Véliz Burgos, Alex. (2012) Propiedades Psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico y su Estructura Factorial en Universitarios Chilenos. *Psicoperspectivas*, 11(2), 143-163. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol11-Issue2-fulltext-196>.
- Véliz Burgos, Alex; Soto Salcedo, Alexis y Dörner Paris, Anita (2017). Una propuesta multidisciplinaria para abordar salud colectiva y bienestar humano en comunidades vulnerables del sur de Chile. *Rev. Incl.*, 4(2), 179-187
- Veliz Burgos, A. L., Dörner Paris, A. P., Soto Salcedo, A. G., & Arriagada, A. (2018). Bienestar psicológico y burnout en profesionales de atención primaria de salud en la región de Los Lagos, Chile. *Acta Universitaria*, 28 (3), 56-64. doi: 10.15174/ au.2018.1895.
- Yañez, S y Cárdenas, M; (2010). Estrategias de Aculturación, Indicadores de Salud Mental y Bienestar Psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile. *Salud & Sociedad*, 1(1), 51-70. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439742462006>.

Fecha de recepción: 16 de abril 2019

Fecha de aceptación: 20 de mayo de 2019

El sistema de salud en Venezuela y sus políticas públicas: aportes para su integración desde la mirada de la salud colectiva.

The health system in Venezuela and its public policies: contributions to the integration from the view point of collective health

Pedro Villasana¹ & Joel J. Caraballo²

Resumen

Este estudio plantea una aproximación crítica a la fragmentación y segmentación de los servicios de atención a la salud en Venezuela, dado que ambas categorías impactan significativamente en la garantía del derecho a la salud de personas, familias y comunidades que consagra la Constitución Nacional. Se evidencian fundamentos epistémicos, su relación con el financiamiento y las políticas públicas de salud, el papel del modelo bio-médico hegemónico en los servicios, lo cual permite contrastarlos con la realidad empírica, de acuerdo con los postulados de una nueva mirada para integrar la salud y colaborar a su mejor comprensión. Se identifican y analizan antecedentes teóricos del Buen Vivir, la salud colectiva, la determinación social; así como la política de salud en la configuración histórica del sistema de salud venezolano, revelando nuevas preguntas a través de una mirada distinta que busca mejorar el mandato social y el posicionamiento de la salud colectiva como postura emergente en la región de las Américas, con ello se contribuye con una postura teórica para repensar las políticas de salud y proyectar el sistema de salud venezolano hacia su integración plena en el territorio, sus estructuras, financiamiento, planificación y en consecuencia, mejorar las redes integradas de servicios de salud, con una mayor capacidad de respuesta del Estado para garantizar el derecho a la salud de la población.

Palabras clave: Sistemas de Salud /organización y administración, Administración de los Servicios de Salud, Salud Colectiva.

Abstract

This study raises a critical approach to the fragmentation and segmentation of services of attention to health in Venezuela, since both categories impact significantly on the guarantee of the right to health of individuals, families and communities that enshrined in the national Constitution. Demonstrate fundamentals epistemic, its relationship with the funding and public health policies, the role of the hegemonic services bio-medical model, which allows to compare them with the empirical reality, in accordance with the tenets of a new looking to integrate health and contribute to better understanding. Are identified and analyzed theoretical background of good living, the collective health, social determination; as well as the health policy in the history of the Venezuelan health system configuration, revealing new questions through a different perspective that seeks to improve the social mandate and the positioning of the collective health as emerging posture in the region of the Americas, this contributes to a theoretical stance for rethinking health policies and project the Venezuelan health system towards their full integration into the territory, its structures, financing, planning and therefore improve the integrated networks of health services, with a greater capacity of response of the State to guarantee the right to health of the population.

Keywords: Health systems organization and administration, administration of health services and public health.

¹ Académico-Investigador. Departamento de Salud. Universidad de Los Lagos. Chile.

² Doctorante en Salud Pública. Universidad de Carabobo. Venezuela.

Introducción

El Sistema de Salud de la República Bolivariana de Venezuela posee actualmente una amplia red de establecimientos y servicios, así como un conjunto de políticas que se gestionan en todos los niveles de gobierno. Desde el proceso de cambio social y la orientación de las políticas públicas hacia un enfoque integral promovido desde 1999, aún persisten problemas estructurales en el funcionamiento y operatividad de los servicios de salud lo cual, contrarresta los esfuerzos que realiza el Estado para incrementar la cobertura hacia la universalidad en el acceso. La fragmentación de los servicios de salud en el territorio y la segmentación financiera de las instituciones, constituyen dos problemas comunes de los sistemas de salud que se profundizaron con las reformas neoliberales de los años ochenta y noventa, en Venezuela aún son dos problemas pendientes por superar. (Alvarado, Martínez, Vivas-Martínez, Gutiérrez & Metzger, 2008; Carrillo Roa, 2018). A consecuencia de esta realidad, las inversiones que requiere el sistema de salud se han hecho insostenibles para el actual sistema económico, esto obliga a un cambio significativo en el modelo de gestión de la salud que, pese a los esfuerzos para incrementar el gasto general en salud, se observa una disminución del gasto público y una mayor dependencia de servicios privados en el sector, lo cual ha profundizado la crisis sanitaria en el último quinquenio 2013-2018. (Carrillo Roa, 2018; Curcio, 2009).

De acuerdo a la Organización de Naciones Unidas, el conjunto de sanciones económicas aplicadas por países que rigen el orden económico mundial, la devaluación sistemática a la moneda, el deterioro del ingreso familiar y la inestabilidad política, han configurado un complejo escenario con escasa capacidad de respuesta para proteger los derechos humanos afectando seriamente la cobertura y el acceso de salud a la población en general, significando una desventaja mayor a los grupos más vulnerables. (Organización de Naciones Unidas, 2018, p.13-14).

Se reconoce que:

“desde 1999 y hasta 2012 se han logrado avances y quedan desafíos a los que el Estado debe hacer frente para alcanzar lo establecido en las leyes venezolanas. Esta realidad, impulsa la motivación que supone un mejoramiento de la salud, en medio de un escenario muy complejo, pero con la posibilidad de reconstruir una lógica de gestión de la salud centrada en las personas, su familia y su comunidad, bajo los preceptos del respeto, la salud universal, la solidaridad e integración de las instituciones para reivindicarla salud como derecho social fundamental y como parte del derecho a la vida”. (Pereira & Heredia, 2014, p.26).

Segmentación y fragmentación del Sistema de Salud en Venezuela

De acuerdo a los expresado por Barillas (1997), desde la década de los noventa se ha abordado el tema de la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud como un problema recurrente en el mundo y de mayor complejidad para los países latinoamericanos cuyo impacto se evidencia en la coexistencia de entidades y servicios de salud que funcionan paralelamente, con dificultades en la integración de sus actividades o a través de un proceso de prestación de servicios donde se pierde la oportunidad de coadyuvar al cumplimiento de sus objetivos.

Roses (2007), plantea que la *segmentación de la salud* debe ser entendida como:

“la existencia de subsistemas con distintas fuentes y arreglos de financiamiento, reflejando una segmentación social por capacidad de pago o por inserción en el mercado laboral... [que] consolida y profundiza la desigualdad entre grupos sociales y es factor de exclusión social”. Mientras, que *la fragmentación de los servicios de salud* es interpretada como “la coexistencia en el territorio de infraestructura y capacidades de

diversos subsistemas sin coordinación y menos integración...[que] eleva los costos por duplicación y por mayores costos de transacción [tránsito de atención a usuarios], así como genera diferentes tipos y calidades de prestaciones” (Roses, 2007, p.6).

Ambas categorías, de acuerdo a su nivel de prevalencia en los sistemas de salud, constituyen una amenaza que evidencia problemas en el funcionamiento de los sistemas de salud, con el consecuente efecto de inequidad social de origen financiero y un sobre gasto en la operatividad de los servicios de salud a un costo insostenible. En Venezuela, la segmentación y fragmentación es un problema que se ha venido profundizando en los últimos años (Bonvecchio, Becerril Montekio & Carriedo Lutzenkirchen, 2011; Levcovit, 2007).

Este proceso ha devenido a través de varias etapas socio históricas, el cual ha transformado las instituciones y las políticas de salud en función del sistema económico capitalista, las reformas neoliberales y la posterior transición hacia un sistema socialista, siempre con una fuerte dependencia de la renta del petróleo en su financiamiento. De todas las etapas que caracterizan al sistema de salud venezolano, la más marcada por la segmentación y la fragmentación ocurre durante las décadas de los años ochenta y noventa con la creación de diferentes fuentes de financiamiento, el surgimiento de nuevas instituciones prestadoras de servicios bajo la lógica de la competitividad y la aplicación de la estrategia de descentralización/privatización ordenada por el Consenso de Washington como componente central de las medidas del ajuste neoliberal (Villasana, 2005, p.2).

Alvarado et al (2008) afirman que “las reformas de este periodo significaron reducir la capacidad de respuesta del Estado derivando en tres modelos competitivos: el modelo público abierto, con sistemas de recuperación de costos; modelo de seguridad social, con acceso restringido; y modelo privado”. (p. 115). En la medida que la economía venezolana mejoró con

recursos procedentes de la renta petrolera desde 1999, se aumentó el financiamiento a la salud, pero también se profundizó la segmentación y fragmentación del Sistema de Salud, siendo el sector privado el más fortalecido con recursos del Estado Venezolano (Curcio,2009). La autora refiere además, que las instituciones públicas, durante el auge económico venezolano solían garantizar la salud a trabajadores y dependientes “mediante la contratación de pólizas de seguros privados, como es el caso de todos los poderes públicos”. (p. 31).

Esta tendencia se mantiene vigente, donde el modelo privado, financiado fundamentalmente por el Estado sigue teniendo un elevado papel en la prestación de servicios a un segmento de la población, (Carrillo Roa, 2018, p.5). La transferencia de recursos al sector privado ha significado una de las principales afectaciones al financiamiento adecuado de servicios públicos de salud que, sin sostener una elevada capacidad de respuesta en inversiones propias, ha producido en la actualidad una sensación de inseguridad y angustia a la población. Por su parte, el modelo público de seguridad social, si bien ha sido ampliado de forma significativa hacia la universalización del acceso a los servicios públicos continúa teniendo problemas para garantizar equidad e integración en la contraprestación de servicios de salud para los usuarios que cotizan formalmente, y para el resto de la población. (Organización Panamericana de la Salud, 2007, p. 347).

Entre las instituciones financiadoras y/o prestadoras de servicio que conforman el sistema de salud venezolano en la actualidad, se encuentran: a) El Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) con un marco de atención universal financiado por el presupuesto centralizado, las gobernaciones, las alcaldías, y consejos comunales, con poca o ninguna coordinación de rectoría. b) El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) con una prestación financiada por el aporte de los trabajadores y el patronal. c) Los Ministerios del Poder Popular para la Educación y de Defensa,

universidades y empresas públicas que tienen subsistemas de seguridad social que demandan copago y ofrecen coberturas adicionales a sus trabajadores. d) Instituciones financiadoras y/o prestadoras de servicio. e) Financiamientos especiales a través de empresas como Petróleos de Venezuela (PDVSA), Corporación Venezolana de Guayana (CVG), empresas de servicios públicos, de comunicaciones y fondos estratégicos de desarrollo, entre otros, evidenciándose así la coexistencia de subsistemas segmentados de financiamiento, con la coexistencia de una prestación de servicio fragmentada y vertical. (Caraballo, 2014).

En el año 2003, para intentar resolver los problemas de salud a la población más excluida y saldar la deuda social, se crea la Misión Barrio Adentro con otra “fuente de financiamiento de esta Misión [que] recae principalmente sobre recursos públicos ejecutados por PDVSA o por el Fondo de Desarrollo Nacional (FONDEN).” (Curcio, 2009, p. 31).

Adicionalmente, se suma a esta masiva división del financiamiento, una significativa “disminución del gasto público en salud que ha conllevado a un incremento del gasto directo de bolsillo de las personas”, constituyendo otra nueva fuente de financiamiento segmentada que al mismo tiempo fortalece la fragmentación de los servicios de salud. (Carrillo Roa, 2018, p.5).

En este orden de ideas, Bonvecchio et al (2011), refieren la necesidad y prioridad de atender “la reducción de las inequidades en salud y la mejoría de la calidad de la atención. Para poder atender estos retos es preciso resolver el problema de... [la segmentación] del financiamiento y la [fragmentación en la] prestación de servicios” (p. 285).

Resulta indispensable como paso previo, aportar esfuerzos en la comprensión del marco epistemológico que estaría dando sustento a este fenómeno y a las políticas de salud a través de las cuales se concreta, con la finalidad de posibilitar una nueva mirada que logre integrar la atención a la salud en el país.

Bases epistémicas y concepción de la salud

Las bases epistemológicas que dan sustento a la *segmentación y fragmentación* que ha experimentado el sistema de salud venezolano, pueden ser comprendidas desde el paradigma bio-médico reproducido por el modelo hegemónico de la salud pública, que ha llevado a la población a naturalizar un modo de vida que predetermina la forma de conocer y reproducir la salud por partes, dejando a un lado su esencia de tejido social, en el relacionamiento dialéctico en el proceso salud-enfermedad-sociedad de forma integrada. Este modelo hegemónico no ha generado un paradigma capaz de “solventar epistemológica, metodológica y praxiológicamente el objeto de la salud, como tampoco su determinación social, económica y cultural”. (Casallas Murillo, 2017, p. 399).

En principio, tal cuestionamiento tiene su asidero en el proceso de formulación y práctica de las políticas de salud que, vistas desde su concepción fragmentada, determinan la forma de financiamiento y prestación de los servicios públicos. Según García (1983) la lógica que domina este proceso tiene su origen en el paradigma positivista clásico y el funcionalismo los cuales son reproducidos por los centros educativos y de investigación. “Esta racionalidad viene dada por el pensamiento heredado de Newton, que hoy genera dificultad para comprender y relacionar los conocimientos entre sí; [...] éste es aprendido en forma fragmentada”. (Betancourt & Wilson, 2015, p. 449). Venezuela, siendo un país con una elevada influencia colonial y occidental, no escapa de ser parte de esta realidad de muchos siglos de práctica.

En sintonía con lo anterior, la concepción de la salud es definida por los organismos internacionales como un estado biológico, psicológico y social, alineada al modelo biomédico, newtoniano y cartesiano con una postura ahistórica y clasista. La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que “la salud es un estado de completo

bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (2006a, p.1).

Así, pese a los principios declarados en la Conferencia Internacional de Alma-Ata en 1978 donde se plasman las bases para una reflexión diferente sobre la salud; aún impera la concepción originaria que en su definición resulta injusta para los pueblos. (OPS/OMS, 1978). Navarro señala que esta concepción “presupone que «salud» es un concepto apolítico, conceptuado científicamente, que se aplica a todos los grupos sociales y a todos los períodos históricos por igual” evitando el problema epistemológico del poder. (Navarro, 1998, Cap. 3, párr. 3).

En contraste con lo anterior, la producción histórica de conocimientos también ha evolucionado la concepción de la salud a lo largo del tiempo, aunque esta nueva postura conceptual no esté incorporada al consenso mundial, este proceso dinámico evidencia una permanente modificación de la forma de comprender y reproducirla salud a través de la práctica social, las políticas públicas, el intercambio de saberes, la investigación y la socialización científica. (Rojas Ochoa, 2004).

Tal panorama demuestra como las interpretaciones que se realizan de la salud, bajo una mirada de origen fragmentado, inciden en la forma de diseñar, gestionar e implantar políticas para reproducir este enfoque en su práctica social hacia su naturaleza controladora, hegemónica y reducida al intelecto de las clases gobernantes, intelectuales y gremiales, soslayando los saberes sociales que deberían determinar su praxis salubrista, e indudablemente, al servicio de intereses económicos. (Reátegui, 2008, p. 9).

Sobre esto, las posturas cartesianas y el desarrollo de la biología, el conocimiento, los descubrimientos, la inventiva y la tecnología han fomentado el establecimiento de políticas públicas, para la solución de los problemas de salud (o enfermedad), alejadas de los enfoques

integracionistas con poca participación de las personas beneficiarias de los servicios, en cuyo caso la **participación** también suele ser fragmentada (Jaime, 2016, p.46).

Por otra parte, el *modelo biomédico*, encargado del estudio de la enfermedad como problema fundamental de la sociedad para la “supervivencia” con un alto nivel científico, marca una fuerte influencia racional, biológica y cartesiana que, según Barros (2002), constituye uno de los mecanismos hegemónicos liderados por la medicina que estudia las enfermedades por áreas especializadas y fragmentadas. Este modelo, de la mano del paradigma lógico positivista y el modo de producción capitalista, es un componente determinante que segmenta y fragmenta el sistema de salud, las políticas y los servicios, así como de una concepción morbofílica y mediática de la salud de la gente en la vida cotidiana (Balestrini, 2009, p.243).

La noción de salud y el modelo biomédico reproducen corrientes hegemónicas, que han sido adoptadas por la industria biomédica convenientemente, generando intereses mercantiles ajenos a la salubridad pública y sus prioridades, creando y/o exacerbando necesidades en la población que obligan a los Estados a buscar nuevos mecanismos de financiamiento, dejando tras sí un problema bioético fundamental de la salud pública (Penchaszadeh, 2018, p. 9).

En el caso venezolano, aunque se han realizado inversiones significativas en salud, las políticas públicas se financian por varios mecanismos institucionales acompañadas siempre de la suprema adquisición de medicamentos, materiales, insumos y tecnologías a través de la industria biomédica al servicio del negocio de la enfermedad. Ello no significa que se deba prescindir de ello, pero hoy más que nunca se requiere, en palabras del intelectual latinoamericano De Sousa Santos (2018) “un pensamiento alternativo de alternativas” para poder así hacer más fuerte la idea de una salud con mejor calidad. (p. 2).

Políticas públicas en salud de Venezuela y su sostenibilidad

La creación del Sistema Público Nacional de Salud y la puesta en marcha de Barrio Adentro en el 2003, que se inicia con un incremento significativo en la cobertura de servicios de atención primaria de salud, trajo consigo la concreción de un modelo de atención integral y la creación de una red complementaria de diagnóstico y tratamiento (Organización Panamericana de la Salud, 2006b, p.34).

La Organización Panamericana de la Salud (2014) contempla dentro de sus estrategias para la salud universal: incrementar el acceso y mejorar la cobertura a los servicios de salud, enunciados presentes en las políticas públicas venezolanas; no obstante, el común denominador es que han sido planteadas para resolver problemas específicos o “partes” de problemas complejos de solución intersectorial.

Tales políticas, constituyen un componente de la política social venezolana gestionadas a través de las misiones sociales, las cuales fueron fundadas por el Gobierno nacional para superar la burocracia habitual del Estado y coadyuvar a la equidad con inclusión social. Este mecanismo de misiones tuvo logros significativos de 1999 a 2014 (Carosio, 2018) las cuales, a partir de la voluntad política nacional, se le fueron designando encargos sociales específicos pero fragmentados, con la capacidad financiera y mandatos institucionales limitados dependientes de recursos procedentes de la renta petrolera venezolana.

En la actualidad, al develar el modelo económico en crisis regido por el capital, la lógica rentística ha dejado entrever nuevamente, la dependencia, los vicios y problemas estructurales de un sistema de salud más segmentado y fragmentado que antes. (Elizalde, 2012). En éste, se realizan intervenciones a la salud con resultados parciales, que difieren de lo establecido en el Plan Nacional de Salud 2014-

2019 y sus 19 políticas (Ministerio del Poder Popular de Salud, 2016).

¿Cómo se formulan las Políticas de Salud en Venezuela?

La formulación de las políticas públicas, incluyendo las de salud, puede ser a través de dos vías: bien sea, por medio de la representación política de los colectivos o “democracia representativa”, o por la participación directa de la población o “democracia participativa”. Esta última es la que constitucionalmente se ha adoptado en Venezuela y está declarada como principio de integración social para el sistema de salud de la población. (Perales Arreste, s.f., p. 5).

Sin embargo, Jaime (2016) expone que en el caso de sistemas de salud fragmentados, “por el contrario, la heterogeneidad de valores y principios impide esta integración, y si bien pueden existir niveles altos de participación, se coexiste en una sensación de conflicto e inseguridad latente” (p.47), lo cual se manifiesta en la incongruencia o debilidad entre el aporte del conocimiento y la voluntad de la población en el proceso de construcción y puesta en práctica de las políticas.

En este contexto, el proceso de gestación y gestión de políticas de salud en Venezuela carece de una participación social real; en consecuencia, se impone una visión utilitaria que favorece la reproducción de la enfermedad a través de las políticas, dejando el campo a las corrientes hegemónicas centradas en el enfoque de riesgo y el gasto, con un invariable curso que deja de lado la concepción de inversión sostenible de la salud como un bien público, ético y como un derecho humano.

Hay que asumir responsablemente, que las políticas públicas en el sistema de salud fragmentado de Venezuela no han podido construir conductas sociales sostenibles que impongan la concepción de la salud como sinónimo de felicidad; por el contrario, se ha acentuado exageradamente la prestación de

servicios para curar o prevenir afecciones, que se traduce en una representación construida sobre un sistema de salud centrado en atender la enfermedad como un proceso social.

Este supuesto no excluye los esfuerzos realizados por el Estado, con la política de Barrio Adentro, que promueve una mirada integral del proceso de atención pero denota una fuerte medicalización para la atención a la salud, la necesidad de tecnologías apropiadas y suministros médicos básicos para su funcionamiento.

Asimismo, existe la percepción, por parte de los decisores, que el sistema de salud venezolano debe dar solución a la morbilidad epidemiológica prioritariamente, promoviendo la biomedicina y la infraestructura sanitaria de alta complejidad, como formas favoritas de aplicar políticas para asegurar la salud a la población; contradicción que lleva a preguntarnos: *¿cuál es la relación entre el conocimiento de su salud por parte de la población y las políticas de salud actuales promovidas por los dirigentes?, ¿cuál es la relación entre la carga de enfermedad, la fragmentación y segmentación producto de la aplicación de dichas políticas?* Por tal razón, las brechas que existen entre la subjetividad y necesidades de la población, la interpretación de los decisores y la posibilidad de construir políticas de salud que faciliten la integración de los servicios; se muestran como retos pendientes.

Sobre el buen vivir y el proceso salud-enfermedad

En el devenir del tiempo, se han implementado diversos modelos para el abordaje de la salud: el mágico religioso, social, sanitarista, unicausal, multicausal, epidemiológico, ecológico, histórico-social, entre otros, la mayoría de los cuales coexisten en la actualidad. Esto deja entrever que los seres humanos desde tiempos ancestrales han buscado maneras de dar respuesta a los problemas que

produce el sufrimiento, de acuerdo a la evolución del conocimiento. (Arredondo, 1992).

Así, la salud desde los postulados filosóficos y conceptuales del buen vivir se conceptualiza como arte de reproducir la vida y preservarla como un derecho. Esta alternativa, vigente en los miles de años de historia vivida por nuestros pueblos originarios, ofrece un enfoque diferente que ha comenzado a legitimarse en los países latinoamericanos; frente a los embates del deterioro neoliberal de las instituciones prestadoras de servicios públicos de salud. (Homedes & Ugalde, 2005, p. 210).

Estos países, aún con muchos problemas y dependencias coloniales, se plantean la necesidad de llevar una vida diferente, basada en la cotidianidad de la gente, con la gente y donde la participación social es fundamental, la solidaridad es imprescindible y la emancipación del conocimiento es obligatoria para salir del coloniaje explotador. Tal pretensión no ignora la existencia del modelo hegemónico de desarrollo identificado como insostenible para sus aspiraciones. (Laurell, 2016). Por tanto, vale la pena preguntarse *¿Cómo debería reinterpretarse el enfoque original de salud basado en la filosofía del Buen Vivir?*

Primero, transformando la forma como la sociedad construye conocimientos que, de acuerdo con una elevada valorización de la vida digna, se hace consecuente con la generación de una revolución de la ética y el relacionamiento entre los seres humanos y su interacción con la naturaleza basada en el reconocimiento mutuo y el respeto a la diferencia.

La salud debe interpretarse y asumirse como responsabilidad colectiva más que individual, donde es fundamental la distribución justa de condiciones de vida, bienes y servicios ajustados a un modelo económico sostenible, es decir, una lógica distinta de la vida basada en la cuestión colectiva. A esta nueva corriente conceptual, aún en proceso de consolidación, es lo que hoy denominamos *Salud Colectiva*

(Bertolozzi & De-la-Torre-Ugarte-Guanillo, 2012).

A tal efecto, la sociedad del Buen Vivir, se plantea como una postura teórica capaz de garantizar un modo de producción sostenible, respetuoso de la naturaleza y generador de recursos para la población que los produce, sin descuidar la solidaridad entre los pueblos, la ayuda mutua y el intercambio (Acosta, 2015). Esta postura garantiza el trabajo a toda la población y la producción de bienes e insumos necesarios para la salud y la vida *en y con* la Madre Naturaleza o Pacha Mama. Una cosmovisión que trasciende al rentismo económico neoliberal y evita dejar todos los problemas con solución inmediata para resolver en un futuro; considera sostenible el presente y se promueve el vivir viviendo de las generaciones actuales y futuras de cualquier especie viviente. Lograr esto implica la emancipación del conocimiento colectivo y de las formas de producción.

Vergara Quintero (2007) afirma que el proceso salud-enfermedad debe reinterpretarse como parte de las representaciones y el significado que tienen las personas sobre sus conceptos. En otras palabras, si la enfermedad es considerada como una condición que descuenta años o le resta sentido a la vida, entonces debe ser controlada no solamente desde la determinante biológica sino que, debe ser capaz de transformar los procesos destructivos que causan el denominado *mal vivir* que “con la globalización del capital y sus múltiples formas de acumulación, la mayoría de la población mundial está lejos del bienestar material y ve cómo se afecta cada vez más su seguridad, libertad e identidad” (Acosta, 2016, p. 137).

En el mal vivir la enfermedad es un medio de producción que se estudia e identifica para reproducir capital como sucede con las necesidades sociales. En este caso, Venezuela tiene mucho que corregir, garantizando su soberanía, recuperando su economía y promoviendo la solidaridad y militancia social

con esta idea. Por su parte, el Buen Vivir plantea la resolución de las afectaciones a la salud en armonía con la naturaleza, al invertir en la investigación, atención y medios terapéuticos de restitución se traduce en invertir para la vida y prolongarla plenamente a todos los seres vivos. Se plantea resignificar el Bienestar – Buen Vivir:

“Frente al cambio cultural que fue capaz de producir el neoliberalismo, la cultura depredadora del éxito y el consumo, la digestión y transmutación de nuestros valores ancestrales que, con sus métodos pacíficos, o no, le permitió colonizarnos y que, requiere respuestas orgánicas hacia un cambio cultural que desintoxique, reivindique y revalorice el Buen Vivir, que descolonice y recupere los valores colectivos que hacen posible de manera recursiva la felicidad individual.” (Villasana, Gómez & De Vos, 2018, p. 160)

Posibilidades desde la salud colectiva

Las bases teóricas de la salud colectiva plantean el derecho a la salud como una garantía universal y responsabilidad del Estado, la determinación social de la salud, la promoción y fomento de sistemas públicos de salud universales con políticas integrales e integradoras, la participación social como pilar fundamental y el desarrollo de una militancia en los movimientos sociales, académicos e intelectuales, (Feo, 2019, p.3).

De allí que la determinación social de la salud podría ser la principal base teórica que aborda los estudios de equidad social y la epidemiología vista desde la teoría crítica. Esta teoría a menudo se confunde con las determinantes de la salud que, por el contrario, es una postura contrahegemónica que considera a las determinantes desde la perspectiva del riesgo con algunas ampliaciones en su visión (Álvarez, 2009). El enfoque del riesgo de la epidemiología convencional tiene sus

limitaciones, dada su exagerada visión biológica, individual y fragmentada de las causas de los daños a la salud; aunque es una estrategia muy útil para abordar enfermedades desde su óptica de investigación clínico-epidemiológica sobre poblaciones. (Ruiz y Morillo, 2008).

Así, el concepto de determinación social está íntimamente ligado al sistema de relaciones sociales, la política, economía, entre otros, pero no significa que ignore sus estudios desde la biología y la medicina clínica. Al respecto, los críticos han argumentado que la determinación social debe alejarse del determinismo biológico o histórico en su totalidad (Breilh, 2010). Por otra parte, cuando la salud poblacional se analiza desde una perspectiva integral se pueden abordar mejor los hechos para obtener aproximaciones más certeras con la realidad ya que “los resultados de los estudios en que se analizan los factores condicionantes de la situación de salud difieren cuando el análisis se establece desde una perspectiva individual, de cuando se hace desde una perspectiva social”. (Álvarez, 2009, p. 73).

Para Cardona (2016), resulta necesario enfatizar la cuestión colectiva considerando el proceso salud-enfermedad determinado social e históricamente, así la epidemiología como disciplina puede “integrar múltiples estrategias metodológicas para abordar su objeto de estudio que no es otro que la salud de las poblaciones”. (Arias, 2017, p.194).

¿Una nueva mirada conceptual de la salud para la integración?

La salud colectiva se posiciona como una postura emergente que reinterpreta a la salud como hecho socio histórico, esta corriente epistémica confronta al modelo hegemónico convencional y se plantea la integración como un producto teórico derivado del pensamiento crítico. Los movimientos sociales e intelectuales latinoamericanos la han fundamentado en los últimos años a los fines de buscar nuevas miradas e interpretaciones salubristas alejadas

de los métodos dominantes y las relaciones de poder clasistas de la sociedad. Las corrientes del pensamiento emergente han dinamizado la búsqueda de nuevas soluciones donde, la participación de la población se hace imprescindible involucrando los saberes histórico-sociales, su voluntad y la co-gestión de un modelo de salud adaptado a las condiciones de los pueblos del sur, quienes determinan, a través de ésta, su salud y su forma de vivir.

Como perspectiva, la salud colectiva y sus bases teóricas plantean el estudio y la transformación permanente de la salud como un producto social y como un proceso socio histórico (Cardona Arias, 2016); emerge de sí misma la posibilidad de generar conocimientos para una práctica emancipadora de la salud que garantice la permanencia, reproducción y evolución de la vida.

Por su parte, el concepto de determinación social plantea que la praxis es el elemento que sustenta y determina la relación objeto-sujeto, y es determinada por ellos (Breilh, 2013, p.22).

La defensa del derecho a la salud y la transformación del sistema de salud hacia la universalidad e integración; son dos pretensiones teóricas que promueve la salud colectiva. Estas dos categorías se encuentran como mandato en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999, en sus artículos 83, 84 y 85. Allí se describen las bases que dan la oportunidad de profundizar la integración del sistema de salud de Venezuela y convertirla en un punto de encuentro entre el Estado y la sociedad. Este proceso debe ser el resultado de una amplia concertación de la vida pública nacional. (Feo & Curcio, 2004).

Balance y perspectivas

El sistema público de salud venezolano mantiene una marcada *segmentación* financiera que profundiza la fragmentación organizativa de los servicios que, en medio de una drástica reducción del gasto público, experimentan un

problema de funcionamiento y operatividad afectando la cobertura y la calidad de éstos. Esta conclusión evidencia una fuerte influencia del modelo de atención de la salud venezolano por parte de la episteme de la salud pública hegemónica, que va de la mano con el capital, la segmentación financiera poblacional y la fragmentación de los servicios de salud.

Es un desafío inminente trascender la cultura neocolonial de administrar un Estado con economía rentista hacia la aplicación de una política social que posibilite la estabilidad financiera e integración de sus servicios, mejorar la salud y la calidad de vida. Para ello, es indispensable descolonizar la práctica de la salud haciendo uso de la democratización en la producción económica y ejercicio de los saberes como mecanismo de construcción de una cultura del Bienestar-Buen Vivir desde el ejercicio del Poder Popular.

Las oportunidades que da la teoría de la salud colectiva dan lugar a plantear la posibilidad de integrar el financiamiento de la salud en un solo fondo que asuma toda la política de salud, la visión de los servicios de salud integrados debe ser promovidos por un ente rector facultado por la vía del hecho y ante las leyes, esto requiere un mayor fortalecimiento institucional del Ministerio del Poder Popular para la salud.

Hay una necesidad de entablar un diálogo social que permita superar la barrera que se establece entre el conocimiento social y la forma en cómo se operan las políticas de salud en los servicios asistenciales, cuyo

esfuerzo de ser asegurado de una sistematización respetuosa que reconozca en la población el saber originario de la salud.

La postura teórica de la salud colectiva defiende que a través del diálogo social participativo acompañado de un financiamiento unificado, es posible regionalizar los servicios de salud en sus bases operativas, bajo una sola dirección, un solo plan de trabajo y un equipo de salud bien formado para garantizar la salud a las personas, la familia y la comunidad desde la red comunal de salud hasta los hospitales de alta complejidad técnica. Este el mayor reto que hoy en día tienen las Áreas de Salud Integral comunitarias.

Para consolidar la idea de un sistema de salud integrado en Venezuela, la sociedad y el Estado deben estar convencidos que la Salud Colectiva ofrece el rescate de acciones que abordan el enfoque histórico-social alrededor de los problemas de salud con la efectiva participación de los movimientos sociales en todo el proceso, de allí surgen una nueva lógica de diseño, gestión y control social de políticas de salud.

La realización de todas estas propuestas teóricas requiere urgentes cambios políticos, económicos y culturales; cambiar el sistema hegemónico de producción capitalista y colonizador y construir la salud en su concepto amplio, obliga a modificar sus determinantes para cambiar la forma en cómo nacer, vivir, pensar y morir.

Referencias Bibliográficas

Acosta, A. (2015). El Buen Vivir como alternativa al desarrollo. Algunas reflexiones económicas y no tan económicas. *Política y Sociedad*, 52(2), 299-330. Recuperado de

https://doi.org/10.5209/rev_POSO.2015.v52.n2.45203.

Acosta, A. (2016). El Buen Vivir, una propuesta con potencialidad global. *Rev. Investig.*

- Altoandin*, 18(2), 135-142. Recuperado de <http://huajsapata.unap.edu.pe/ria/index.php/ria/article/view/194>.
- Alvarado, C., Martínez, M.E., Vivas-Martínez, S., Gutiérrez, N. J. & Metzger, W. (2008). Cambio social y política de salud en Venezuela. *Medicina Social*, 3(2), 113-129.
- Álvarez Castaño, L. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 8(17), 69-79.
- Arias, V. (2017). Epidemiología, equidad en salud y justicia social. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 35(2), 186-196. <https://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n2a03>.
- Arredondo, A. (1992). Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *CadSaúdePúbl*; 8(3), 254-61.
- Balestrini, M. (2009). *El discurso médico en el capitalismo. Algunas de sus premisas constitutivas*. Caracas: Consultores Asociados.
- Barillas, E. (1997). La fragmentación de los sistemas nacionales de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1, 246-249.
- Barros, J. (2002). Pensando o proceso saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11(1), 67-84.
- Bertolozzi, M y De-la-Torre-Ugarte-Guanillo, M. (2012). Salud colectiva: fundamentos conceptuales. *Salud Areandina*. 1(1), 24-36.
- Betancourt, J. & Wilson, M. (2015). Identificación de fragmentación en el aprendizaje en carreras de la salud. *Educación Médica Superior*, 29(3), 448-456.
- Bonvecchio, A., Becerril Montekio, V. & Carriedo Lutzenkirchen, A. (2011). Sistema de salud de Venezuela. *Salud Pública Méx.* 53(2), 275-286.
- Breilh J. (2010). *Epidemiología: economía política y salud*. Quito: Editorial Universidad Andina Simón Bolívar.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Suppl. 1), 13-27.
- Caraballo, J. (2014). *Modelo organizativo, funcional y operativo para integrar el Sistema Público Nacional de Salud desde la Red Ambulatoria*. República Bolivariana de Venezuela. Año 2013. Maracay: S.A. "Dr. Arnoldo Gabaldon". Experiencias Académicas, N° 1.
- Cardona Arias, J. (2016). Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. *Archivos de Medicina*, 16(1), 183-191.
- Carosio, A. (2018). Política Social en Venezuela: Las Misiones Sociales. *Encuentros Latinoamericanos*. Segunda Época. 1(1), p. 41-67. Recuperado de: <http://ojs.fhuuce.edu.uy/index.php/enclat/article/view/66>.
- Carrillo Roa, A. (2018). Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio? *Cadernos de Saúde Pública*, Río de

- Janeiro [online]. 34(3), 1-15. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00058517>
- Casallas Murillo, A. L. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Rev Cienc Salud*;15(3), 397-408. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosa.rio.edu.co/revsalud/a.6123>.
- Curcio, P. (2009). El gasto de salud antes y durante la revolución bolivariana en Venezuela. *Salud Problema*, 3(5,6,7), 31-48.
- De Sousa Santos, B. (2018). Epistemología del Sur: un pensamiento alternativo de alternativas políticas. *Geograficando*,14(1). Recuperado de <https://doi.org/10.24215/2346898Xe032>.
- Elizalde, R. M. (2012). *Antes de que se me olvide. Conversación con Rosa Miriam Elizalde*. La Habana, Cuba: Editora Política.
- Feo, O. & Curcio, P. (2004). La salud en el proceso constituyente venezolano. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200008&lng=es&tlng=pt
- Feo, O. (2019). *Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana*. Recuperado de http://201.249.62.219/ead/ead/pluginfile.php/85913/mod_resource/content/2/Medicina%20Social%20y%20la%20Salud%20Colectiva%20Latinoamericana.pdf.
- García, J. C. (1983). Medicina y sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. *Educ Med Salud*. 17(4), 383-97. Recuperado de hist.library.paho.org/Spanish/EMS/6322.pdf.
- Homedes, N. & Ugalde, A. (2005). Reformas de salud neoliberales en América Latina: Una visión crítica a través de dos estudios de casos. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J PublicHealth*, 17(3), 210-220. Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v17n3/a12v17n3.pdf>
- Jaime, S. F. (2016). Participación social en sistemas de salud fragmentados: ¿una relación virtuosa? *Gerencia y Políticas de Salud*, 15(30),36-56. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps15-30.psss>
- Laurell, A. C. (2016). Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados. *Cuad. relac. labor.*, 34(2), 293-314. <http://dx.doi.org/10.5209/CRLA.53458>
- Levcovitz, E. (2007). *Procesos de cambios y desafío para los sistemas de salud basados en la estrategia renovada de APS*. [Presentación]. Recuperado de: [http://www.paho.org/hq/documents/events/ecuador07/Procesos Cambio Sistemas Salud Basados APS-OPS-Eduardo Levcovitz.pps](http://www.paho.org/hq/documents/events/ecuador07/Procesos%20Cambio%20Sistemas%20Salud%20Basados%20APS-OPS-Eduardo%20Levcovitz.pps)
- Navarro, V. (1998). *Concepto actual de la salud pública*. Recuperado de <https://ifdcсанluis-slu.infod.edu.ar/sitio/upload/navarro.pdf>
- Organización de Naciones Unidas (2018). *Report of the Independent Expert on the promotion of a democratic and equitable international order on his mission to the Bolivarian Republic of Venezuela and Ecuador*. (A/HRC/39/47/Add.1).

- Recuperado de: <https://undocs.org/A/HRC/39/47/ADD.1>
- Organización Panamericana de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Recuperado de www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Organización Panamericana de la Salud. (2006a). *Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición, octubre de 2006 como consecuencia de la entrada en vigor de las modificaciones adoptadas por la 51ª Asamblea Mundial de la Salud*. [En línea] Recuperado de https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2006b). *Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*. Caracas, Venezuela. OPS
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. (CD53/5, Rev. 2) 53º Consejo Directivo; 66a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud (cap. 4, pp. 134-415). En: OPS, La salud en las Américas. Vol. I Regional. Recuperado de: <http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Cap%204.pdf>
- Penchaszadeh, V. (2018). Bioética y salud pública. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 7, 1-15. doi:<https://doi.org/10.14422/rib.i07.y2018.004>
- Perales Arretxe, I. (s.f.). *Poder local y democracia participativa en América Latina*. Recuperado de https://presupuestosparticipativos.com/wp-content/uploads/2016/12/POder_local_y_democracia_participativa_en_America_Latina.pdf
- Pereira, J. & Heredia, H. (2014). Conjeturas sobre el derecho social y la salud en Venezuela. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, 18, 3-27
- Reátegui, E. (2008). *Saber sobre promoción de la salud en familias y personal de salud*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Trujillo. Perú. Recuperado de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5411/Tesis%20Doctorado%20-%20Elva%20Re%C3%A1tegui%20Del%20Castillo.pdf?sequence=1>
- República Bolivariana de Venezuela. Asamblea Nacional. (1999, diciembre 30). *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. En: Tribunal Supremo de Justicia, *Gaceta Oficial de la República*, 36.860 [Extraordinaria]. Recuperado de <http://www.mp.gob.ve/LEYES/constitucion/constitucion1.html>
- República Bolivariana de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2016). *Plan Nacional de Salud 2014-2019*. Caracas: OPS.
- Rojas Ochoa, F. (2004). El componente social de la salud pública en el siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es&tlng=es

- Roses, M. (2007, agosto 17). *Palabras de la Dra. Mirta Roses, Directora OPS/OMS Cierre de la Conferencia internacional de salud para el desarrollo: derechos, hechos y realidades: de Alma Ata a la declaración del milenio*. En: Buenos Aires 30/15”, 1-9
- Ruiz, A. & Morillo, L. (2008). *Epidemiología clínica: Investigación clínica aplicada*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana
- Vergara Quintero, M. (2007). Tres concepciones históricas del concepto salud-enfermedad. *Rev Hacia la promoción de la Salud*,12,41-50. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126689003.pdf>
- Villasana, P. (2005). La descentralización de los servicios de atención a la salud en Venezuela. Una aproximación crítica a las contradicciones a la luz de la nueva ley de salud. *Revista Comunidad y Salud*, 3(2), 1-20.
- Villasana, P., Gómez, R. D. & De Vos, P. (2018). Aproximación crítico-hermenéutica a la noción de Bienestar en el marco del Neoliberalismo. *Utopía y Praxis Latinoamericana*,23(83), 148 – 164.<http://doi.org/10.5281/zenodo.1438590>

Fecha de recepción: 04 de marzo de 2019
Fecha de aceptación: 13 de mayo de 2019

Efectos del entrenamiento sensoriomotor en balance, deambulaci3n y calidad de vida en personas con enfermedad de Parkinson.

Effects of sensorimotor training on balance, ambulation and quality of life in people with Parkinson's disease

Nicole B. Fritz Silva¹, Paulina Arratia Bernucci², Camila Aguilar Flores² & Katherine Castro C3rdenas²

Resumen

La enfermedad de Parkinson (EP) es el segundo trastorno neurodegenerativo m3s frecuente del envejecimiento y el trastorno del movimiento m3s com3n. En Chile, de un total de 17.514.003 habitantes un 11,4% de la poblaci3n es adulto mayor, y aproximadamente un 1-2% de la poblaci3n de 65 a3os vive con EP, cifra que se eleva a un 3-5% en aquellos mayores de 85 a3os. Dentro de las alteraciones del movimiento que genera, se describen trastornos de la marcha y ca3das, afectando la calidad de vida de los pacientes, por lo tanto, es fundamental generar estrategias que combatan estas alteraciones. La investigaci3n tuvo como objetivo evaluar la efectividad de un plan de entrenamiento sensoriomotor para mejorar el balance, deambulaci3n y calidad de vida en personas con Parkinson de la ciudad de Valdivia. Estudio cuasi-experimental con medida pre-post test tras 18 sesiones de entrenamiento sensoriomotor de 45 minutos, 3 veces por semana en d3as no consecutivos, durante 6 semanas. Se evalu3 8 participantes utilizando los test Timed Up and Go (TUG), Gait Speed (GS), Sharpened Romberg (SR) y la escala Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS). Los resultados revelaron que se obtuvo una mejora significativa en las pruebas TUG y GS, con un porcentaje de cambio de 32,1% y 84,61% respectivamente, disminuci3n de compensaciones en test SR y disminuci3n de 2 puntos en la UPDRS. Se concluye que el entrenamiento sensoriomotor a corto plazo logra mejoras significativas en las variables de balance deambulaci3n y calidad de vida.

Palabras clave: Enfermedad de Parkinson, Balance postural, Entrenamiento o circuito.

Abstract

Introduction. Parkinson's disease (PD) is the second most common neurodegenerative disorder of aging and the most common movement disorder. In Chile, there is a total of 17,574,003 inhabitants, where 11.4% of the total population is older adult, and approximately 1-2% of the population of 65 years lives with PD, a figure that rises to 3-5% in those over 85 years old. Within the alterations of the movement that it generates, disorders of the gait and falls are described, affecting the quality of life of the patients, therefore, it is fundamental to generate strategies that combat these alterations. *Objective:* Evaluate the effectiveness of a sensorimotor training plan to improve balance, walking and quality of life in people with Parkinson's disease in the city of Valdivia. *Methods:* Quasi-experimental study with pre-post measurement after 18 sessions of sensorimotor training of 45 minutes, 3 times a week on non-consecutive days, for 6 weeks. Eight 2 participants were evaluated using the Timed Up and Go (TUG), Gait Speed (GS), Sharpened Romberg (SR) and the escalation of the Unified Parkinson's Disease Classification Scale (UPDRS). *Results:* A significant improvement was obtained in the TUG and GS tests, with a percentage of change of 32.1% and 84.61% respectively, decrease of compensations in SR test and decrease of 2 points in the UPDRS. *Conclusion:* Short-term sensorimotor training in the short term achieved significant improvement in variables of balance, ambulation and quality of life.

Keywords: Parkinson Disease, Postural Balance, Training or Circuit.

¹Universidad de Los Lagos, Departamento de Salud, Kinesiolog3a, Puerto Montt, Chile. E-mail: nicole.fritz@ulagos.cl.

²Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina, Kinesiolog3a, Valdivia.

Introducción

La Enfermedad de Parkinson (EP) es una afección degenerativa de las vías dopaminérgicas que, debido a lesiones multifocales, disminuyen el contenido de dopamina afectando al núcleo estriado y produciendo un control deficiente de los movimientos y los síntomas clínicos: rigidez, bradicinesia (lentificación de movimientos), temblor en reposo, inestabilidad postural y alteraciones en la marcha (Hernández-Montiel, 2006). A nivel mundial es la segunda enfermedad neurodegenerativa y la primera en disfunciones del movimiento, donde aproximadamente, 1 a 2% de la población mayor de 65 años sufre esta enfermedad, cifra que se eleva a 3 a 5% en aquellos mayores de 85 años; razón por la cual se pronostica en la población chilena un aumento progresivo de EP por el aumento de la sobrevivencia (Chaná, Jiménez, Díaz & Juri, 2013). Al ser una enfermedad neurodegenerativa, los síntomas se pueden atenuar inicialmente con drogas dopaminérgicas (Levodopa o agonistas dopaminérgicos), sin embargo, a medida que avanza la enfermedad, los trastornos de la marcha y el equilibrio continúan progresando, requiriendo terapia para poder mantener su independencia funcional, interactuar con el entorno y mejorar su calidad de vida.

En Chile es la enfermedad N° 62 del plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE), donde las personas pueden optar a diagnóstico y tratamiento farmacológico, pero no asegura que todos tengan acceso a un tratamiento kinésico estructurado y constante que intervenga las consecuencias físicas y funcionales (Ministerio de Salud, 2010). Debido a esta brecha en el acceso a atención, el presente estudio propone un plan de intervención basado en el entrenamiento sensoriomotor; el cual se fundamenta en la restauración de la función del sistema nervioso, a través del re-aprendizaje motor, en lugar de enfatizar el tratamiento en componentes estructurales aislados (Page, 2006).

Tal como indica Page (2006), el entrenamiento sensoriomotor inicia por la adquisición del control voluntario del movimiento, el cual requiere regulación cortical y

retroalimentación constante; a medida que el paciente aprende el nuevo patrón de movimiento, este se asimila en la región sub-cortical del cerebro, volviéndose más automático, menos consciente y más rápido. Para lograr esto, se aumenta la entrada propioceptiva de pies, articulación sacroilíaca y columna cervical, con el fin de estimular vías subcorticales y facilitar el movimiento coordinado automático. Operacionalmente, este entrenamiento consta de 3 fases, progresando desde una fase estática, centrada en estabilizar la pelvis, a una dinámica que genera movimiento hacia las extremidades, para finalizar en una fase funcional.

Debido a las potencialidades de este entrenamiento para trabajar el reaprendizaje motor y concientizar el movimiento, el objetivo de este estudio es evaluar su efectividad para mejorar el balance, deambulacion y calidad de vida en personas con Parkinson de la ciudad de Valdivia. Tras 18 sesiones de intervención (6 semanas), se espera lograr una mejora significativa en el balance, deambulacion y calidad de vida posterior al programa de entrenamiento.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

El presente estudio es un diseño cuasi-experimental, con medida pre-post tratamiento, donde la muestra ha sido elegida por conveniencia.

Población de estudio

Para la selección de los sujetos se realizó un llamado en medios de prensa locales y redes sociales para toda la comunidad Valdiviana, entre los que se encontraban miembros de la Agrupación de Parkinson de Valdivia. Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: diagnóstico de Parkinson, domicilio en Valdivia, con tratamiento farmacológico, controles médicos regulares y marcha independiente (incluye ayudas técnicas bastón y andador). Fueron excluidos menores de 40

años, postrados, con demencia senil (Minimental ≤ 13), en silla de ruedas o con otros tratamientos físicos.

El presente estudio fue aprobado por el comité de ética del Servicio de Salud de Valdivia y los participantes que accedieron a participar firmaron un consentimiento informado.

Variables de estudio

Las variables descriptivas de estudio fueron edad, género y características del participante (años de diagnóstico, red de apoyo y comorbilidades). Las variables de balance y deambulación que fueron analizadas pre-pos-intervención fueron:

Sharpened Romberg. Debido a que solo 3 participantes de los 8 que conformaron la muestra podían realizar el test según protocolo, se decidió adaptar la evaluación y realizar sólo la parte cualitativa de la prueba. El evaluador solicitó al participante mantener el bípedo, semi-tándem y tándem por un máximo de 10 segundos con ojos abiertos, a la vez que observaba la calidad del movimiento y compensaciones (Gras, Ganley, Bosch, Mayer & Pohl, 2017).

Timed Up and Go. Evalúa el equilibrio dinámico, para ello el evaluador ubicó al sujeto en sedente, con la silla apoyada en la pared; cuando se indicó el participante se colocó de pie y caminó 3 metros hacia un cono, regresando a la silla lo más rápido posible. Se registró el tiempo en segundos de la prueba (Podsiadlo & Richardson, 1991).

Gait Speed. Evalúa la velocidad de marcha, para ello el participante se ubicó en bípedo junto a una marca en el suelo. El evaluador solicitó al sujeto que camine derecho, lo más rápido posible, una distancia de 6 metros (Peel, Kuys & Klein, 2013).

UPDRS. Evalúa la calidad de vida en 4 ítems (estado mental, actividades de la vida diaria, exploración de aspectos motores y complicaciones

de tratamiento). Esta escala fue administrada por una de las investigadoras al participante y su cuidador y/o familiar, si es que lo requería (Martinez-Martin & Forjaz, 2006).

Cabe destacar que todas las evaluaciones fueron realizadas por estudiantes de último año de kinesiología capacitadas en la evaluación previamente con una modalidad de evaluador único por prueba, realizándose todo el mismo día dentro de la jornada de la tarde.

Plan de intervención

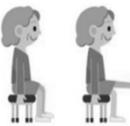
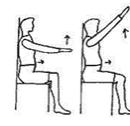
Los sujetos asistieron al Edificio de Ciencias del Movimiento Humano y la Ocupación de la Universidad Austral de Chile, donde se aplicó un plan de ejercicios de 18 sesiones basado en el entrenamiento sensoriomotor, con una frecuencia de 3 veces por semana durante 6 semanas, con una duración de 45 minutos aproximadamente, en los que se consideró un calentamiento y vuelta a la calma de 5 minutos cada uno. Estos consistieron en realizar marcha estática con movimientos articulares activos y elongación estática de los principales grupos musculares siguiendo las recomendaciones de la “American College of Sports Medicine” (Chodzko-Zajko, Proctor, Fiatarone Singh, Minson, Nigg, Salem, et al., 2009). Además, antes de iniciar la sesión, se mantenía a los participantes 10-15 minutos sentados, para que todos iniciaran en estado basal y se monitorizaba de manera constante durante el entrenamiento cuál era su sensación de cansancio, dolor y/o presencia de algún otro síntoma.

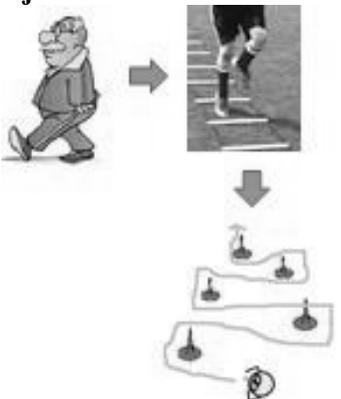
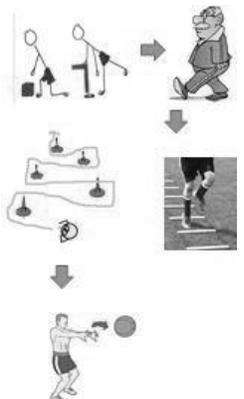
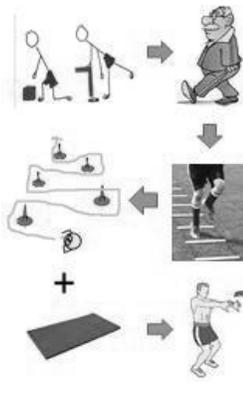
El plan de intervención fue diseñado siguiendo las 3 fases progresivas del entrenamiento sensoriomotor: estática, dinámica y funcional. Todos los participantes iniciaron en la fase estática, centrado en el balance y CORE (zona donde se ubica el centro de gravedad corporal; compuesto por musculatura abdominal, erectores espinales, cuadrado lumbar y suelo pélvico) teniendo 2 ejercicios y 2 progresiones; según fueron alcanzando el nivel máximo tolerable y cumplieron

con los criterios de progresión para la fase iniciaron la fase dinámica con ejercicios de fuerza para extremidad superior e inferior, implicando la movilización del segmento completo, también con 2 ejercicios y 2 progresiones cada uno. Finalmente, en la fase funcional recorrieron un circuito que involucraba desplazamientos, coordinación y balance. Las sesiones fueron guiadas por una de las investigadoras, para que cada 2 participantes se

encontrara un ayudante, el cual se encargaban de la correcta realización de los ejercicios y brindar seguridad. Se consideró como nivel máximo tolerable cuando el sujeto presentaba fatiga valorada en una escala de 0 al 10 (0=sin fatiga; 10=no poder continuar), sensación de ardor, compensaciones o alcanzaron el tiempo prescrito para cada ejercicio. El detalle de cada fase se puede ver en la tabla 1.

Tabla 1: Plan de entrenamiento sensoriomotor

FASE ESTÁTICA			
EJERCICIO BASE	PROGRESIÓN 1	PROGRESIÓN 2	CRITERIO DE PROGRESION
<p>Ejercicio 1.</p>  <p>Bípodo, manos en caderas y ojos abiertos.</p>	<p>Semi-tándem. <i>Agrega:</i></p> <p>a) cambio de base soporte: colchoneta </p> <p>b) Movimiento simétrico: círculos con los brazos.</p> <p>c) Desafío cognitivo: nombrar colores.</p> <p>d) Movimiento asimétrico y desafío cognitivo: círculos asimétricos con los brazos y contar de 2 en 2.</p>	<p>Tándem. <i>Agrega:</i></p> <p>a) cambio de base soporte: colchoneta </p> <p>b) Movimiento simétrico: realizar círculos con los brazos</p> <p>c) Desafío cognitivo: nombrar colores.</p> <p>d) Movimiento asimétrico y desafío cognitivo: círculos asimétricos con los brazos y contar de 2 en 2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 30 s de mantención por extremidad • Realizar 3 series • Dificultad de la tarea 1/10. • Sin compensaciones asociadas
<p>Ejercicio 2.</p>  <p>Mantener puente pélvico con apoyo bipodal</p>	 <p>Cuatro apoyos extendiendo brazo y pierna alternado una a la vez.</p>	 <p>Cuatro apoyos, extiende brazo y pierna contraria al mismo tiempo, alternado.</p>	
FASE DINÁMICA			
EJERCICIO BASE	PROGRESIÓN 1	PROGRESIÓN 2	CRITERIO DE PROGRESION
<p>Ejercicio 1.</p>  <p>Sedente con triple flexión de MMII, extender piernas de manera alternada.</p>	 <p>Con banda elástica en sedente con triple flexión de MMII, extender piernas de manera alternada.</p>	<p>Bípodo con banda elástica realizar abducción-aducción </p>	<ul style="list-style-type: none"> • 15 a 20 rep. por extremidad • Realizar 3 series • Dificultad de la tarea 1/10. • Sin compensaciones asociadas
<p>Ejercicio 2.</p>  <p>Sedente con triple flexión de MMII, elevar brazos de manera alternada.</p>	 <p>Sedente con triple flexión de MMII, con banda elastica elevar brazos de manera alternada.</p>	<p>Con banda elástica en bípodo elevar brazos. </p>	

FASE FUNCIONAL			
EJERCICIO BASE	PROGRESIÓN 1	PROGRESIÓN 2	CRITERIO DE PROGRESION
<p>Ejercicio 1.</p>  <p>Circuito funcional de realizar marcha, esquivar conos y coordinación en escalera de suelo.</p>	 <p>Levantar un balón del suelo y llevarlo por el circuito de marcha, esquivar conos, coordinación en escaleras y lanzar balón al finalizar.</p>	 <p>Al circuito anterior añadirle una base inestable (colchoneta) al momento de esquivar conos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar 3 series • Dificultad de la tarea 1/10. • Sin compensaciones asociadas

Fuente: Elaboración propia

Análisis estadístico

Los datos obtenidos, previos y posteriores a la intervención fueron tabulados en el programa Microsoft Excel. Para el resumen de los datos individuales y grupales se utilizaron medidas de tendencia central como la media aritmética, de dispersión como la desviación estándar, valores mínimo-máximos y porcentajes de cambios, los cuáles se muestran en tablas y gráficos.

Para analizar los cambios transcurridos las 18 sesiones de intervención se evaluaron las pruebas TUG, GS y UPDRS se comprobó normalidad de las variables de estudio con la prueba de ShapiroWilk, luego se aplicó la prueba T-student para muestras relacionadas en las variables de UPDRS y TUG; además su homólogo no paramétrico Wilcoxon para el Test GS.

Se consideró como prueba de un hallazgo estadísticamente significativo un $p \leq 0,05$. Dicho análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 18. Para la variable Sharpened Romberg, se describieron los cambios cualitativos de la prueba.

Por último, con la finalidad de saber si la intervención tuvo relevancia clínica, se compararon los resultados obtenidos post-intervención con el valor del Mínimo Cambio Detectable (MDC) publicados en la literatura para personas con EP por Steffen & Megan (2008), para las variables UPDRS, TUG y GS.

Resultados

De los 71 sujetos contactados, 27 fueron elegibles para participar y de los cuales 9 accedieron a participar en el estudio; 1 de los participantes decidió retirarse después de las evaluaciones iniciales, quedando una muestra 8 personas equivalentes en género, es decir, 4 de sexo femenino y 4 masculino. La edad media de la población fue de $70,6 \pm 11,62$ años, donde la menor edad era 57 y el mayor 91.

En cuanto a los años de diagnóstico de la EP, presentaron una media de 8,5 años, donde 3 de los participantes tenían un diagnóstico ≤ 3 años y los demás una media de 12,4 años; cabe destacar que el temblor o rigidez era independiente de los

años de diagnóstico, existiendo en nuestra muestra 4 con mayor presencia de temblor, 3 con mayor rigidez y 1 con ambas.

En relación con patologías asociadas, no existe un patrón común sobre las comorbilidades que presenta la población de muestra, sólo el hipotiroidismo se repite en 2 de ellos, dentro de otras patologías se declara artrosis de rodilla, diabetes mellitus, glaucoma e hipertensión.

Todos los participantes refirieron tener una buena red de apoyo, e incluso asistieron a las sesiones acompañadas de su cuidador o algún familiar; además realizaban controles médicos regulares en su centro asistencial y mantenían el tratamiento farmacológico según lo indicado por su médico.

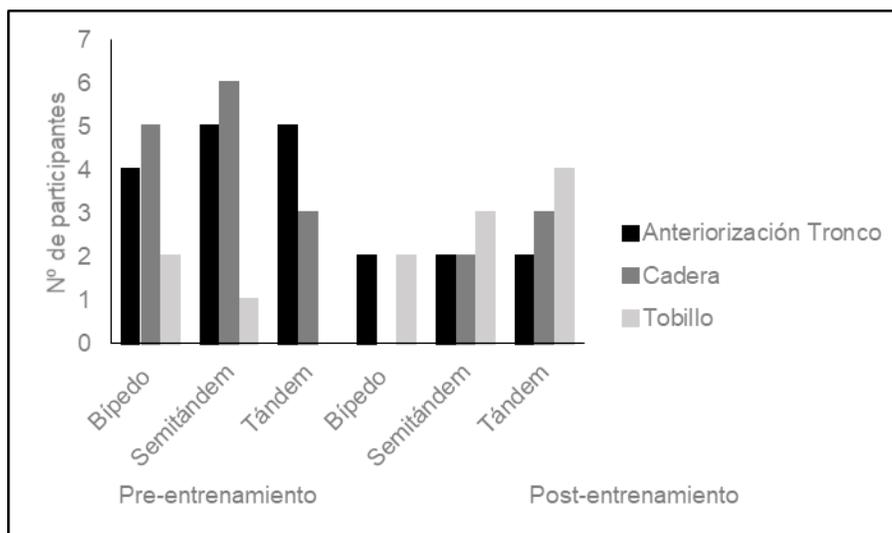
El total de los sujetos asistieron al $\geq 80\%$ de las sesiones, no hubo cambios en la dosis de fármaco durante este periodo ni ocurrieron eventos adversos producto de la intervención.

Sharpened Romberg

En base al análisis observacional previo al entrenamiento, 7 participantes lograban realizar bípedo y semi-tándem de manera independiente, la estrategia más utilizada fue oscilaciones de cadera con una prevalencia de 5 personas en bípedo y 6 en semi-tándem. Solo 4 personas lograron hacer tándem, con prevalencia en la estrategia de anteriorización de tronco; además uno de los participantes no pudo realizar las posiciones de manera independiente, ya que requería apoyo externo.

Posterior al entrenamiento todos los participantes lograron realizar bípedo, semi-tándem y tándem, 2 de los participantes utilizaron anteriorización de tronco en todas las posiciones ya que poseían hipercifosis; la estrategia más utilizada por los participantes fue oscilaciones de tobillo en todas las posiciones. Todos los pacientes post-entrenamiento refirieron mayor seguridad al momento de la evaluación (Figura 1).

Figura 1. Sharpened Romberg (SR) pre-post intervención según estrategia utilizada

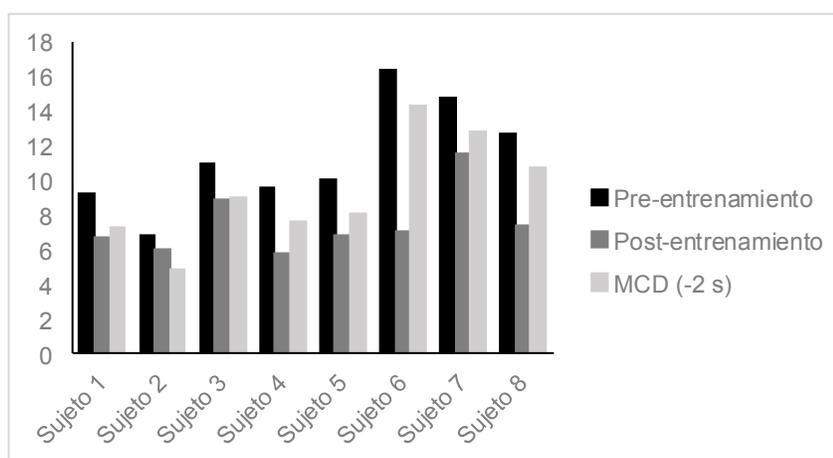


Fuente: Elaboración propia

Test Timed Up and Go

Se obtuvo un $p \leq 0,01$, el tiempo promedio de reducción fue de 3,81 segundos, con un

porcentaje de cambio del 33,9%, donde el tiempo mínimo fue 5,67 y el máximo 11,5 segundos. 7 de los 8 participantes superaron el MCD de -2 segundos (Figura 2A).

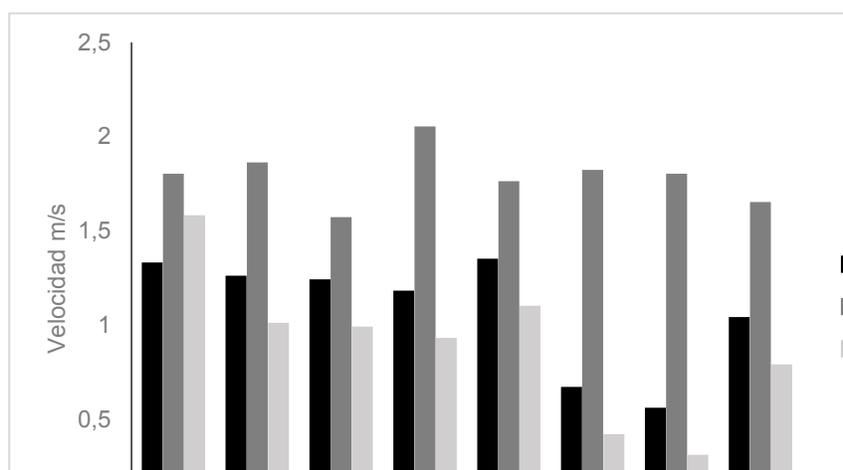
Figura 2A. *Timed Up and Go (TUG) pre y post intervención y MCD esperable de 2 s*

Fuente: Elaboración propia

Test Gait Speed

Con un $p \leq 0,01$, post-entrenamiento los participantes obtuvieron una media de 1,72 m/s,

donde la velocidad mínima fue 1,56 m/s y la máxima 2,04 m/s; el porcentaje promedio de cambio fue de 84,6%. Todos los participantes superaron el MCD de 0,25 m/s (Figura 2B).

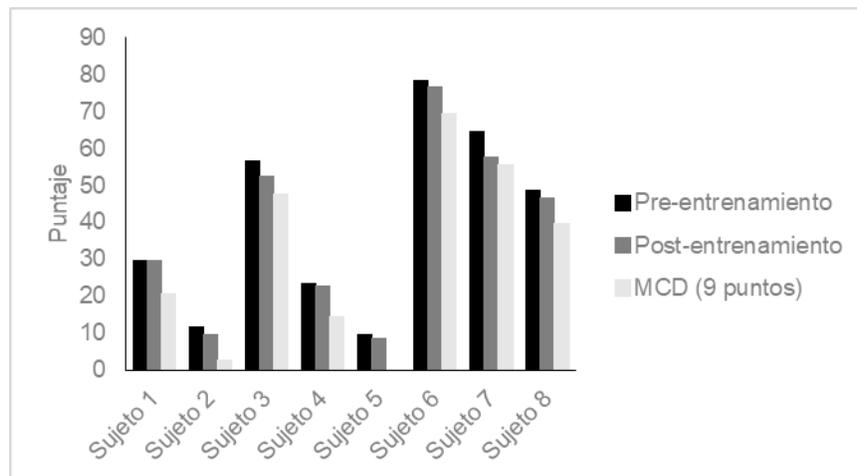
Figura 2B. *GaitSpeed (GS) pre y post intervención y MCD esperable de 0,25 m/s.*

Fuente: Elaboración propia

UPDRS

Se obtuvo un $p \leq 0,05$, el puntaje promedio inicial fue de 39,7 puntos, con un máximo de 78 y un mínimo de 9 puntos. Post-entrenamiento se produjo una reducción de 2 puntos en promedio, con un máximo de 76 y un mínimo de 8 puntos,

siendo las subescalas de mayor cambio las de actividades de la vida diaria en 0,8 y exploración de aspectos motores en 1,4 puntos. Ningún participante superó el MDC de 9 puntos en la escala total y/o 2-4 en actividades de la vida diaria y 7-8 en subescala motora (Figura 2C).

Figura 2C. Escala UPDRS pre-post intervención y MCD esperable de 9 puntos

Fuente: Elaboración propia

Discusión

El principal hallazgo de nuestra investigación es que a pesar de que el entrenamiento fue acorto plazo, obtuvo mejoras clínicas y significativas comparables con los estudios a largo plazo en esta población. Esto es un efecto muy positivo debido, a que, al ser la EP neurodegenerativa, la mantención o mejora de la condición física de manera aguda es relevante para el pronóstico funcional del paciente.

Con relación a esto podemos decir que un entrenamiento de 6 semanas (18 sesiones) es el tiempo mínimo para lograr mejoras en las variables evaluadas y mostrar cambios significativos y clínicos en los participantes. Esto ha sido reportado en la literatura previamente, en un ensayo clínico realizado con el juego de Wii Fit Balance Board, planteando un entrenamiento de 8 semanas, 3 veces por semana con sesiones de 30 minutos, logrando cambios significativos en el balance y deambulación (Mhatre, Vilares, Stibb, Albert, Pickering, Marciniak et al., 2013).

Cabe destacar que estudios previos en personas con EP han evaluado los efectos de la terapia física frente al ejercicio genérico. El estudio de Dipasquale, Meroni, Sasanelli, Messineo,

Piscitelli, Perin et al. (2017) realizó un ensayo controlado aleatorizado en el año 2016, durante 32 sesiones en 40 personas con EP, donde se comprobó que la terapia física logró mejores resultados en la independencia funcional, equilibrio y marcha por sobre el ejercicio genérico el cual trabajaba extremidades columna, equilibrio y respiración. Esto demuestra que la terapia física, independiente del tipo de ejercicio, logra mayores ganancias, lo cual explica las mejoras significativas a corto plazo de nuestro estudio para las variables de balance y deambulación.

Uno de los hallazgos de la investigación fue el cambio de estrategia en el balance estático posterior al plan de entrenamiento; con respecto a esto, el estudio de Rossi-Izquierdo, Soto-Varela, Santos-Pérez, Sesar-Ignacio & Labella-Caballero (2009), mediante posturografía computarizada en personas con EP para evaluar la efectividad de un entrenamiento vestibular, registró el movimiento del centro de gravedad (CG) y, entre los parámetros analizados, se encontraba la estrategia de equilibrio.

En esta investigación, dentro de sus mejoras, se consideró que los participantes aprendieran a utilizar la estrategia de tobillo para mantener el CG dentro de la base de apoyo, ya que

esto implica mayor control, representa un aprendizaje motor y permite evitar caídas. Si esta investigación la extrapolamos a la evaluación de la prueba Sharpened Romberg aplicado en el estudio, podemos decir que la mayoría de los participantes post entrenamiento lograron modificar su estrategia de balance, cambiando de cadera a tobillo, lo que implica un aprendizaje motor y mayor control del centro de gravedad en las diferentes posturas; además los participantes refirieron mayor seguridad y estabilidad al ser evaluados post entrenamiento.

En cuanto al balance dinámico, el estudio de Dipasquale et al. (2017) logró una reducción del TUG en 3 segundos con terapia física; 13 al compararlo con el entrenamiento sensoriomotor de este estudio, el TUG redujo en 3,8 segundos solo en 18 sesiones, indicando mayor efectividad. Cabe destacar que los participantes de la investigación de Dipasquale et al. (2017) fueron pacientes con Hoehn Yahr estadio II de EP, lo que significa que tiene afección en ambos hemisferios, pero un equilibrio normal, a diferencia de los participantes en el presente estudio que tenían alteración del equilibrio y cierto grado de dependencia, por lo tanto, al estar más afectados y sin terapias previas puede que logran mayores cambios en poco tiempo.

Los investigadores Tollár, Nagy, Kovács & Hortobágyi (2018) realizaron un estudio a 17 personas con EP, durante 15 sesiones de 60 minutos en 3 semanas, basado en un programa de entrenamiento sensoriomotor y de agilidad visomotora de alta intensidad y frecuencia, en el cual se utilizaron plataformas Xbox, en este estudio en el TUG se logró un porcentaje de cambio de 39%, 15 superando por un 7% al de nuestro entrenamiento; asimismo, Zettergren, Franca, Antunes & Lavallee (2011) realizaron un estudio cuasi-experimental donde se medían cambios pre y post-entrenamiento en el balance, marcha, movilidad y depresión en personas con EP idiopático utilizando plataformas Wii Fit, 60 minutos durante 8 semanas, logrando un cambio de 42% para el GSy 32% para TUG; si esto es comparado con el entrenamiento sensoriomotor realizado en este estudio, podemos decir que el

cambio para el GS fue mucho mayor, logrando un 84%, a diferencia del TUG que obtuvo 2% más de mejora con las plataformas Wii Fit. Esto lo podemos asociar a que las plataformas Wii Fit y Xbox, a diferencia de un entrenamiento tradicional, son capaces de entregar una retroalimentación visual, permitiendo a la persona observar y corregir su postura; en cambio el entrenamiento sensoriomotor, no tienen acceso a una retroalimentación visual más que su propia percepción corporal, sugiriendo desarrollar ejercicios que permitan entregar este estímulo para obtener mayores beneficios.

Con respecto a la UPDRS, en el estudio de Dipasquale et al. (2017), donde se comparaba la terapia física v/s el ejercicio genérico, refirieron una disminución de 4 puntos post intervención para los participantes con terapia física, 13 a diferencia de este estudio que solo modificó 2,4 puntos.

Si analizamos estos datos, los puntajes se deben a que el estudio de Dipasquale et al. (2017), tenía casi el doble de sesiones y la terapia física buscaba mejorar la independencia funcional, a diferencia del entrenamiento sensoriomotor que estaba orientado al balance y marcha; cabe destacar que tanto el estudio de Dipasquale et al. (2017), como en esta investigación, no lograron alcanzar el MCD para la UPDRS según media aritmética, que es de una reducción en 9 puntos. Podemos suponer que fue por la población más pequeña de ambos estudios y que las mayores reducciones de la escala se logran en periodos más prolongados de intervención.

Cabe destacar que dentro de la última guía clínica auge de la EP del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) del 2016, existen diversas sugerencias para el tratamiento no farmacológico, dentro de las cuales se encuentra la terapia física (MINSAL, 2016). Según se indica en la guía clínica del MINSAL 2010 para la EP, todos deben recibir 24 sesiones de terapia física anual (MINSAL, 2010). Esta información fue consultada a los participantes previo al entrenamiento, donde mencionaron que pocos tienen acceso a terapias

físicas dentro de sus centros de salud y quienes logran recibirla, declararon que es poco personalizada por la falta de profesionales; esto sugiere que se necesitan mayores centros de salud que incorporen la terapia física como parte fundamental del tratamiento de las personas con EP, con el fin de mejorar su calidad de vida, mantener su independencia funcional, entregar una red de apoyo y sobretodo hacerlos sentir partícipes e integrados a la sociedad.

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentran: cantidad de participantes, ya que no se contaban con los recursos económicos ni físicos para su traslado, razón por la cual la muestra se redujo a las personas que podían llegar de manera independiente, aun así, el 29,6% de la población elegible participó del entrenamiento.

La escala UPDRS fue muy general en esta investigación, siendo más apropiada la escala MDS-UPDRS que es una nueva versión de la UPDRS, patrocinada por la Sociedad de Trastornos del Movimiento (Movement Disorders Society, MDS), evaluando solo aspectos motores (Rodríguez-Violante & Cervantes-Arriagada, 2014); esta escala no fue utilizada porque la UPDRS estaba validada para el MCD. Otra de las

limitaciones en este estudio es que no hay investigaciones sobre la prevalencia de la EP en Valdivia, por lo que no se sabe cuál es el porcentaje que representa nuestro universo en la ciudad.

Es importante destacar que esta investigación aporta un protocolo de entrenamiento detallado y accesible, lo cual permite entender que fue lo que se hizo en las sesiones, comprender las bases del entrenamiento sensoriomotor y replicar el estudio.

Conclusión

El entrenamiento sensoriomotor, tiene mejoras significativas y clínicas en el balance, deambulaci3n y calidad de vida, siendo prometed3r como una herramienta de rehabilitaci3n en la EP.

Se sugiere que las futuras investigaciones incluyan las variables mencionadas en periodos de tiempo m3s prolongados a 6 semanas y que realicen un seguimiento para determinar cu3nto tiempo permanecen estos beneficios, as3 como tambi3n otro plan de trabajo basado en el entrenamiento sensoriomotor.

Referencias Bibliogr3ficas

- Chan3, P., Jim3nez, M., Diaz, V. & Juri, C. (2013). Mortalidad por enfermedad de Parkinson en Chile. *Revista M3dica Chile*, 141(3), 327-331.
- Chile. Ministerio de Salud. (2010). *Gu3a Cl3nica ENFERMEDAD DE PARKINSON*. Santiago:Minsal.
- Chile. Ministerio de Salud. (2016). *Gu3a Cl3nica AUGE Enfermedad de Parkinson, Tratamiento no Farmacol3gico de Rehabilitaci3n*. Santiago: Minsal.
- Chodzko-Zajko, W., Proctor, D., Fiatarone Singh, M., Minson, C., Nigg, C., Salem, G., et al. (2009). American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 41(7), 1510-1530.
- Dipasquale, S., Meroni, R., Sasanelli, F., Messineo, I., Piscitelli, D., Perin C. et al. (2017). Physical Therapy Versus a General Exercise Programme in Patients with Hoehn Yahr Stage II Parkinson's Disease: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Parkinson's Disease*, 7(1), 203-210.
- Gras, L., Ganley, K., Bosch, P., Mayer, J. & Pohl, P. (2017). Convergent Validity of the

- Sharpened Romberg. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 35(2), 99–108.
- Hernández-Montiel, L. (2006). Aspectos moleculares y prospectos de terapias en la enfermedad de Parkinson. *Bioquímica*, 31(4),146-158.
- Mhatre, P., Vilares, I., Stibb, S., Albert, M, Pickering, L, Marciniak, C., et al. (2013). Wii Fit Balance Board Playing Improves Balance and Gait in Parkinson Disease. *PM&R*, 5(9),769-777.
- Martinez-Martin, P. & Forjaz, M. (2006). Metric attributes of the unified Parkinson's disease rating scale 3.0 battery: Part I, feasibility, scaling assumptions, reliability, and precision. *Movement Disorders*, 21(8), 1182-1188.
- Page, P. (2006). Sensorimotor training: A “global” approach for balance training. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 10(1), 77-84.
- Peel, N., Kuys, S., Klein K. (2013). Gait Speed as a Measure in Geriatric Assessment in Clinical Settings: A Systematic Review. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 68 (1), 39–46
- Podsiadlo, D. & Richardson, S. (1991). The Timed “Up & Go”: A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142-8.
- Rodríguez-Violante M. & Cervantes-Arriaga A. (2014). La escala unificada de la enfermedad de Parkinson modificada por la Sociedad de Trastornos del Movimiento (MDS17 UPDRS): aplicación clínica e investigación. *Archivos de Neurociencias (Mex)*, 19(3), 157-163.
- Rossi-Izquierdo M, Soto-Varela A, Santos-Pérez S, Sesar-Ignacio A. & Labella-Caballero T. (2009). Vestibular rehabilitation with computerised dynamic posturography in patients with Parkinson's disease: improving balance impairment. *Disability and Rehabilitation*, 31(23), 1907-1916.
- Steffen, T. & Megan, S. (2008). Test-Retest Reliability and Minimal Detectable Change on Balance and Ambulation Tests, the 36-Item Short-Form Health Survey, and the Unified Parkinson Disease Rating Scale in People with Parkinsonism. *Physical Therapy*, 88(6),733–46.
- Tollár J, Nagy F, Kovács N. & Hortobágyi T. (2018). A High-Intensity Multicomponent Agility Intervention Improves Parkinson Patients’ Clinical and Motor Symptoms. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(12), 2478-2484.
- Zettergren K, Franca J, Antunes M. & Lavallee C. (2011). The effects of Nintendo Wii Fit training on gait speed, balance, functional mobility and depression in one person with Parkinson's disease. *MHSJ*, 9(2), 18-24.

Fecha de recepción: 10 de mayo 2019
 Fecha de aceptación: 05 de junio de 2019



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y PRODUCCIÓN INTELECTUAL
SEDE ARAGUA (DIPISA)



**CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD
DE LOS TRABAJADORES**

Docencia

Postgrado en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral
Cursos de Salud Ocupacional
Cursos de Actualización en el área de Salud Ocupacional
Programas Especiales de Formación en Salud Ocupacional

Investigación

Médica
Socio-Epidemiológica
Higiénico-Ambiental
Ergonómica
Legal

Extensión y Servicios

Asesoría y Consultoría Integral en Salud Ocupacional
Formación y Asistencia Técnica y Legal en centros de Trabajo
Evaluación Integral en Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo
Diseño y Evaluación de Puestos de Trabajo
Atención Médica y Servicios de Laboratorio
Asesoría en Programas de Seguridad Laboral
Estudios Ergonómicos en Centros de Trabajo

Programas Especiales

Centro de Atención al Trabajador con Discapacidad (CATDIS)
Publicaciones: Revista "Salud de los Trabajadores" y Material didáctico especializado
Convenciones Nacionales e Internacionales

**LA UNIVERSIDAD AL
SERVICIO DEL PAÍS**

**Universidad de Carabobo, Sede Aragua, Final Avenida Leonardo Ruiz Pineda,
Sector La morita, Municipio Francisco Linares Alcántara,
Edificio UNO, Piso 1. Oficina CEST, Maracay Estado Aragua
Teléfono: (0243) 8710205 / Correo: cestuc@gmail.com**

Repensar el bienestar humano desde la filosofía spinozista: potenciar la vida desde la lógica del cuidado y la protección del cuerpo.

Rethink human wellbeing from Spinozist philosophy: Empowering life from the logic of body care and protection

Cristian Tejeda Gómez¹, Rodrigo Lagos Vargas² & Juan Mansilla Sepúlveda³

Resumen

La protección del cuerpo es indispensable para potenciar las vidas singulares. De hecho, con el cuerpo se ejecutan las labores diarias que permiten su cuidado y también alcanzar el bienestar desde un punto de vista psicológico. Sin embargo, no es común encontrar en la ciencia aplicada discursos que examinen lo que sea un cuerpo, su valor y sus potencialidades desde una perspectiva reflexiva. Este escrito se propone repensar el bienestar humano desde la mirada del cuerpo, pero desde un punto de vista particular (y divulgativo): el pensamiento de Baruch Spinoza. Este filósofo del siglo XVII ha sido uno de los primeros pensadores en reflexionar seriamente sobre el cuerpo y durante la segunda mitad del siglo XX en Francia sus doctrinas han sido revalorizadas. Se puede aseverar que uno de los hitos más importantes de este renacimiento spinozista son las monografías del filósofo contemporáneo Gilles Deleuze. Él afirma que Spinoza otorga un nuevo modelo para repensar la filosofía: el cuerpo. Esto no presupone una desvalorización de la interioridad humana en relación al plano material, sino supone eliminar la supuesta superioridad que la conciencia tendría con respecto al cuerpo. A la vez, permite esto entender el valor que la vida tiene en relación al cuidado propio. De ahí que se releven conceptos como cuerpo, vida, inmanencia y potencia, ya que ellos aportan ciertas claves para repensar el tema del bienestar humano e invitan a pensar la necesidad de un cuidado del cuerpo tanto individual como social.

Palabras clave: potencia, inmanencia, cuerpo, cuidado, bienestar humano.

Abstract

The protection of the human body is essential in order to promote unique lives. In fact, the body develops daily activities which keep it healthy and, to achieve welfare from a psychological point of view. However, it is not common to find into the applied science any utterances which examine what is a body, its value and potentialities from a reflexive perspective. This article aims to reconsider the human welfare from the perspective of the body but, from a particular (informational) standpoint: Baruch Spinoza thoughts. This philosopher from the XVII century has been considered one of the first thinkers who seriously reflect about the body and, during the second half of the XX century in France, his doctrines have been reassessed. It is possible to asseverate that one of the most important milestones during the spinozista renaissance are the monographies of the contemporaneous philosopher Gilles Deleuze. He declares that Spinoza grant a new model to reconsider the philosophy: the body. It does not presuppose a devaluation of the human interiority related to the physical sense, despite it supposes to eliminate the purported superiority that the conscious may have in relation to the body. At the same time, allowed to understand the value that life has in relation to the self-care. Hence, concepts such as body, life, immanence and strength are revealed, since they provide certain keys to reconsider the issue of human welfare and, invite us to reflect on the need of individual and social body care.

Keywords: power, immanence, body, care, human well-being

¹Académico, Universidad de Los Lagos, Chile. E-mail: cristian.tejeda@ulagos.cl

²Académico, Universidad de Los Lagos, Chile. E-mail: rodlagos@ulagos.cl

³Académico, Universidad Católica de Temuco. E-mail: jmansilla@ulagos.cl

Introducción

Presentación e interpretación del pensamiento de B. Spinoza

Baruch Spinoza (1632-1677) fue un filósofo neerlandés (de origen hispano-portugués) del siglo XVII cuya obra ha traspasado el tiempo. Dice el neurobiólogo Antonio Damasio (2013) que algunas de sus ideas forman parte integral de nuestra cultura, pero de manera subrepticia. Como todo pensamiento rico y agudo, la obra de Spinoza ha sido interpretada desde múltiples miradas a lo largo de los años. Pierre-François Moreau en su *Spinoza y el spinozismo*, de manera breve y pedagógica, delinea algunas fuentes que han marcado la recepción de Spinoza: el idealismo alemán, el panteísmo, la lectura de Nietzsche y Marx, el psicoanálisis, entre otras (Moreau, 2012). En la última mitad del siglo XVIII la disputa sobre el significado del spinozismo tuvo una gran relevancia. “La *Polémica del spinozismo* -también denominada *Polémica del Panteísmo*- constituye uno de los eventos filosóficos más relevantes de la escena intelectual alemana del siglo XVIII” (Jacobi, Mendelssohn, Wizenmann, Kant, Goethe y Herder, 2013). Pensadores alemanes como Friedrich Jacobi (1743-1819) y Moses Mendelssohn (1729-1786) se disputaban no solo una particular mirada acerca de la doctrina spinozista, sino una posición ante temas tan relevantes como el comportamiento del ser humano frente a Dios y el mundo y del ciudadano frente a la autoridad (Jacobi *et al.*, 2013).

Sin embargo, una de las interpretaciones que marca el destino de la filosofía spinozista en el siglo XIX y parte del siglo XX es la de Friedrich Hegel (1770-1881). “Los primeros conocimientos que Hegel tuvo de Spinoza le llegaron a través de sus amigos Schelling y Hölderlin y del impacto epocal de la obra de Jacobi” (Fernández, 1981). En ese sentido, Hegel, pensador cumbre del idealismo alemán, no estuvo ajeno al impacto de la *polémica del spinozismo* y sus repercusiones. Sus anotaciones sobre el pensamiento de Spinoza

habrán de tener fuerte impacto en las posteriores miradas sobre el spinozismo, entendiendo la importancia que Hegel tiene en la historia de la filosofía. Spinoza, de hecho, puede ser considerado junto con Kant y Aristóteles una de sus mayores influencias en la construcción de su sistema filosófico.

En la segunda mitad del siglo XX, hay ciertas interpretaciones –sobre todo francesas- que han marcado un nuevo derrotero para los estudios spinozistas y la interpretación de Gilles Deleuze es un hito importante. Él no solo hizo un trabajo de exégesis, sino también de apropiamiento para la construcción de una filosofía propia. Sin duda, el impacto de su pensamiento en este siglo ha significado un realce de los estudios spinozistas. Dice Michael Hardt en la introducción de *Spinoza y Hegel* de Pierre Macherey: “es sabido. La presencia actual de Spinoza no sería la misma sin la lectura que de él nos ofrece Gilles Deleuze, auténtico médium filosófico” (Macherey, 2006, p.8). Uno de los puntos más importantes que Deleuze releva de la filosofía de Spinoza es el cuerpo:

Para pensar verdaderamente en términos de potencia, era necesario primero plantear la pregunta a propósito del cuerpo, era necesario en primer lugar liberar al cuerpo de la relación inversamente proporcional que hace imposible toda comparación de potencias, por lo tanto también toda evaluación de la potencia del alma tomada en ella misma. Era necesario tomar por modelo la pregunta: ¿Qué es lo que puede un cuerpo? Este modelo no implica ninguna desvalorización del pensamiento en relación a lo extenso, sino que solamente una desvalorización de la consciencia con respecto al pensamiento (Deleuze, 1999, p. 249).

Cuando Deleuze genera tal clave interpretativa de la filosofía de Spinoza, está pensando en el giro que él mismo y filósofos como Nietzsche proponen: invertir el platonismo que ha

sido el modelo predominante en la historia del pensamiento. Nos ocupamos del cuerpo no para ponderar un privilegio exclusivo, sino para entender con justeza el lugar que tiene en la constitución de las cosas y de nuestro pensamiento. En este sentido, los conceptos de inmanencia, potencia y cuerpo revelados por los tres autores mencionados tienen una relación intrínseca, pero que debe ser explicada en el contexto mismo de su teoría de la composición de los cuerpos en Spinoza.

Los cuerpos son más o menos compuestos y necesitan de otros cuerpos para sobrevivir

Señala François Zourabichvili (2014) que al pensar con Spinoza, no es necesario reintroducir platonismo alguno. Quizá sea la primera filosofía que intente abolirlo por completo. ¿Qué significado tiene esto? Debe recordarse que en Platón hay una imagen del mundo duplicado. Según su teoría de las ideas los seres humanos no son más que copias de las cosas. Las personas de carne y hueso no son más que calcos de la verdadera realidad: “lo humano” es una idea que trasciende la corporalidad y que define el carácter de las cosas (Platón, 1999). Algo similar explica la tradición judeo-cristiana: existe un Dios trascendente que produce a todas las criaturas. Es decir, que existe una causa externa que explica la existencia, pero esa causa es de una naturaleza muy distinta de la humana (Pinker, 2003). Hay algo que comparten ambas teorías: la parte más digna que poseemos es nuestra alma y ella pervive luego de nuestra muerte.

Trascendencia, por lo mismo, es lo opuesto a la inmanencia. La inmanencia explica que todas las cosas tienen una causa interna de producción y, en efecto, tanto el cuerpo como el pensamiento tienen la misma dignidad. No es necesario duplicar el mundo en dos, ya que “éste” es la única fuente de producción de los valores y de la autoridad política (Yovel, 1995). Un mundo trascendente fuera de los sentidos como un Dios que genera las cosas desde el exterior, son hipótesis vacías.

Spinoza hablará en su *Ética* persistentemente de Dios, pero hay que entender que su Dios solo puede ser equivalente a la naturaleza. Por lo mismo, no hay ciudad supraterránea ni alma que trascienda a la materialidad misma del cuerpo. “El alma no puede imaginar nada, ni acordarse de las cosas pretéritas, sino mientras dura el cuerpo” (Spinoza, 2011, p. 441). La inmanencia explica lo corpóreo y el alma como perteneciente a la producción misma de la naturaleza. En otras palabras, el cuerpo y el alma son partes de una historia y de un contexto de constitución.

Se entiende, entonces, que la inmanencia es un concepto clave que permite evitar el dualismo y la jerarquización tradicional de lo intelectual sobre lo corporal (Tejeda, 2015). Pero ahora, ¿cómo entender cuál es el sentido del concepto de cuerpo? Recuérdate que Deleuze decía: para hablar en términos de potencia es necesario hacer la pregunta por el cuerpo. Spinoza dedica un buen número de páginas para explicar la naturaleza corporal, pero llama la atención que su interés no recaiga en un análisis acerca de «qué es» un cuerpo, sino de «lo que pueden».

Spinoza determinará que existen cuerpos simples y complejos, pero ello no es una distinción crucial. Por sobre todo, los cuerpos se distinguen por el movimiento y el reposo y de acuerdo a ello por unirse entre sí “según una cierta relación” (Spinoza, 2011, p.146). Los cuerpos pueden componer sus partes con otros cuerpos y formar así un individuo con más poder. Un cuerpo, por lo mismo, más bien se define por su propia potencia y por la relación que establece con otros cuerpos. De ahí, que Deleuze sostuviera que era imposible pensar verdaderamente en términos de potencia sin antes pensar lo que puede un cuerpo.

Dos ejemplos pueden hacer más sencilla la anterior idea. El primero: si ingiero un alimento se establece una relación. Mi cuerpo se compone con otro cuerpo que me da energía y ciertos elementos necesarios para la supervivencia. Si consumo un veneno y muero, al descomponerse las partes de mi

cuerpo su potencia de actuar disminuye a cero y sus partes establecerán una nueva relación con la naturaleza: como abono, por ejemplo, para otros cuerpos vegetales. Segundo, un ave, gracias a la estructura de su cuerpo, hace que sus alas y otras partes de su organización le permitan (potencia) establecer una relación efectiva con el aire para volar. Esa relación enseña lo que puede un cuerpo como el del ave; sin embargo, se sabe de hecho que hay aves que no vuelan y cuya potencia no pasa por su capacidad de planear por los cielos: sus partes conforman otro tipo de relación con el medio.

La distinción entre cuerpos simples y complejos sirve entonces para señalar que los cuerpos pueden dividirse o componerse al infinito. Señala Moreau que “la radicalidad teórica de Spinoza consistirá en que extrae de esta débil diferencia inicial una total divergencia al final” (Moreau, 2012, p. 98). Así se vislumbra precisamente en los postulados finales de la teoría de los cuerpos, los cuales dedica a la especificidad del cuerpo humano. De los seis postulados interesa destacar cuatro: 1) El cuerpo humano se compone de muchísimos individuos (de diversa naturaleza), cada uno de los cuales es muy compuesto (Spinoza, 2011, p. 150); 2) Los individuos que componen el cuerpo humano (y, por consiguiente, el cuerpo humano mismo) son afectados de muchísimas maneras por los cuerpos exteriores (Spinoza, 2011: p. 150); 3) El cuerpo humano necesita, para conservarse, de muchísimos otros cuerpos, y es como si éstos lo regenerasen continuamente (Spinoza, 2011, p. 150); y, 4) El cuerpo humano puede mover y disponer los cuerpos exteriores de muchísimas maneras (Spinoza, 2011, p. 151).

Lo que Spinoza básicamente señala en estos postulados es que el cuerpo humano, como cualquier cuerpo, se constituye y necesita de muchos otros cuerpos para sobrevivir. Y debe aprender, por lo mismo, a distinguir qué cuerpos le son más útiles: “es bueno lo que provoca que la relación de movimiento y reposo que guardan entre

sí las partes del cuerpo humano se conserve” (Spinoza, 2011, p. 359). Malo, en cualquier caso, será lo que perturbe el movimiento natural del cuerpo para conseguir lo que necesita para su cuidado.

Si un individuo humano, entonces, logra reunirse con otros individuos, será más potente que estando solo. La composición de muchos cuerpos humanos conectados por intereses propios constituirá un cuerpo político particular y si continuamos “concebimos fácilmente que toda la naturaleza es un solo individuo” (Spinoza, 2011, p. 149). De ahí que se pueda concluir que para un mayor cuidado del cuerpo no solo es necesaria la potenciación del cuerpo propio, sino la potenciación de todos los otros cuerpos con los cuales se generan relaciones y encuentros. Mientras más encuentros y conexiones se mantengan con otros cuerpos que potencian la vida, mayormente potenciado se estará. ¿Acaso la alimentación, por ejemplo, no es aquel proceso por el cual selecciono el nutriente adecuado para el cuidado de mi cuerpo?

Sobre el cuidado del cuerpo y el repensar el bienestar humano desde los planteamientos de Spinoza

¿Por qué teorizar sobre el cuerpo para repensar el bienestar humano? “Parece especialmente legítimo plantearse en una tradición filosófica dominada por el cartesianismo, donde todo contribuye a conferirle un papel secundario, al menos hasta finales del siglo XIX” (Corbin, Courtine & Vigarello, 2006, p. 21). El cuerpo ha sido relegado a una categoría segunda y la historia de la filosofía occidental es un buen ejemplo de ello. Se ha visto como la epistemología de Platón recusa el cuerpo y que también la tradición judeo-cristiana aporta para ello. Descartes, depositario de esa tradición, dirá que solo Dios (trascendente, exterior) funda la ciencia y la posibilidad de conocer del hombre. Solo “el siglo XX ha inventado teóricamente el cuerpo” (Corbin *et al.*, 2006, p. 21) y con ello la posibilidad

de pensarlo desde múltiples perspectivas. Por ese motivo es que tiene sentido preguntarse por el cuerpo y su relación con el bienestar individual y colectivo.

En algunos trabajos propios ya se ha intentado repensar el bienestar humano desde la clave teórica que esbozamos. “La salud entendida como la calidad de vida que experimentan colectivamente las personas mantiene vínculos estrechos con educación, vivienda y previsión social” (Merino, Tejeda, Palencia & Bórquez, 2018). ¿Qué vínculo puede tener esto con la noción de cuerpo? Que precisamente Spinoza presenta una visión materialista (pero no ingenua) y multidimensional de las necesidades de los sujetos: un cuerpo necesita de muchos otros cuerpos para mantenerse y, precisamente, las instituciones como cuerpos afectantes –y con mayor fuerza que un solo individuo- potencian las capacidades de ellos. El bienestar de un individuo o, aún mejor, de una comunidad, se expresará porque mantiene vínculos que potencian las múltiples dimensiones en que se expresa su vida (Tejeda, 2018).

Esas dimensiones se mencionan más arriba: educación, vivienda, previsión social... pero ellas no se agotan ahí. Se puede mencionar igualmente: remuneraciones, trabajo, salud... (individual y colectivo, aunque en una teoría que pone acento en las relaciones se entiende que existe una prioridad de lo colectivo).

Por lo mismo, el cuidado del cuerpo y el bienestar humano sería primeramente una labor colectiva, que necesita plantearse desde la tarea política. Precisamente, en el *Tratado político* (2010) de Spinoza existe una concepción de la política que permite comprender los procesos sociales de forma no tradicional. Dice Spinoza que “la multitud puede mantener bajo el rey una libertad suficientemente amplia (*amplam*), con tal que logre que el poder del rey se determine por el solo poder (*potentia*) de la misma multitud y se mantenga con su solo apoyo” (Spinoza: 2010, p. 179). En esta simple cita se esconde el secreto de la

política de Spinoza: lo político se define como la tendencia a la “ampliación de potencia” o la “concentración de potencia”. La “ampliación de potencia” sería el proceso efectivo y material mediante el cual potenciamos la vida de las multitudes en sus múltiples dimensiones; la “concentración de potencia”, al contrario, es la tendencia a la desestabilización y a desatender la vida de la multitud como conjunto por la potenciación de solo una de sus partes (Tejeda, 2018).

¿Qué es lo que se desliza de esta apreciación? Que el bienestar humano debe pensarse desde la lógica del cuidado y la seguridad de la vida material. De esta forma, debería asegurarse la potenciación de los diferentes grupos que existen en un territorio desde una lógica colectiva y multidimensional.

Desde un punto de vista del análisis de las fuerzas existentes en el territorio, debiera uno preguntarse si las diferentes dimensiones en que se expresa la vida de los sujetos, se ven potenciadas o despotenciadas por las prácticas sociales y por los dispositivos que se generan desde el Estado (Tejeda, Merino, Ojeda & Santana, 2018).

La salud colectiva, así entendida, no podría ser concebida como un fenómeno ajeno a los otros factores que determinan la potenciación de los sujetos. Para entender la anterior reflexión y el valor que tiene para repensar el bienestar humano, pensemos en el programa para la promoción de la salud *Elige vivir sano* impulsado por la administración de Sebastián Piñera en Chile.

Ante el problema de alimentación y obesidad que demuestran las estadísticas de la sociedad chilena, la solución sería simple: “es necesario externalizar los derechos en salud y de esta forma hacer responsable al sujeto de las elecciones que toma. Si elige vivir sano, toma una decisión racional y si opta por el camino contrario, debe aceptar las consecuencias de sus actos” (Merino *et al.*, 2018). El problema de esta virtual

elección es que contenga por sí misma las posibilidades materiales efectivas para poder tomar esa elección; o, en otras palabras, que las condiciones político-sociales le permitan a ese sujeto elegir.

Pero en una sociedad de mercado desigual donde “el 50 % de los trabajadores chilenos gana menos de \$350.000 y 7 de cada 10 trabajadores menos de \$500.000 líquidos” (Durán & Kremerman, 2017: 3) es casi irrisorio pensar que el elegir vivir sano tenga como base una elección. “Tal vez Ud. o yo sí podamos elegir tomarnos un yogur en vez de comernos un completo [hot-dog], pero varios de nuestros compatriotas no pueden hacerlo [...] promocionar estilos de vida sin antes preocuparse que ellos sean asequibles a la población no solo es inefectivo e ineficiente, sino agresivo” (Marhino, 2014).

En una sociedad donde las condiciones adecuadas de salud, trabajo, educación y remuneraciones se den, es posible hablar de la posibilidad de una elección; pero cuando las condiciones materiales impiden tener opciones, es grotesco afirmar la posibilidad de aquello.

De aquí que sea posible entender por qué repensar el cuerpo es necesario para resignificar el bienestar colectivo: porque todas esas condiciones materiales atestiguarán sobre la potencia de ese o tal cuerpo, de la calidad de las relaciones que establece con otros individuos o instituciones (para Spinoza ambos son cuerpos afectantes) y en el fondo cuestionar en cuánto las políticas de salud permiten la ampliación de la potencia de toda la comunidad.

Pero este análisis que puede parecer tan nimio, puede incluso permitir hablar en términos históricos. Así, se hizo en otro trabajo colectivo en el cual se analizó el sistema de salud a través de los discursos presidenciales de Augusto Pinochet. Una de las conclusiones mayores de este trabajo fue comprender que la etapa histórica chilena correspondiente a la dictadura militar (1973-1989)

constituyó un ejercicio radical de despotenciación del cuidado colectivo de la vida y no solo por las grandes transformaciones estructurales del Estado, sino por las consecuencias inmediatas en materia de vulneración de derechos humanos y la consolidación de un sistema de protección social sanitario mediado por la capacidad de pago del consumidor.

El avance gradual y progresivo en materia de seguridad social, como potenciación de la vida, se interrumpirá de forma violenta [...], la institucionalidad que progresivamente avanzaba hacia una sociedad de derechos, se minimiza para tomar como bandera de lucha la libertad individual y la competencia como motor de crecimiento. Desde esta concepción los bienes de consumo como educación, salud y seguridad constituyen el insumo básico y fundamental para garantizar competitividad en la persona (Merino, Tejada & Ojeda, 2018).

En cierta medida, el programa *Elige vivir sano* (del que se habla más arriba) puede entenderse como una consecuencia necesaria de años de políticas neoliberales empeñadas en relevar el valor de lo individual sobre lo colectivo, donde la salud más que una herramienta proyectada para el bienestar humano y el cuidado de la vida es otro bien de consumo más en una sociedad de mercado. La óptica spinozista, por otro lado, invita a repensar el bienestar humano por otra vía: el cuerpo material humano necesita, para ser potente, del cuidado en todas las dimensiones en que se expresa su vida materialmente para el cuidado y la protección del cuerpo que todos somos.

Conclusiones

En este breve escrito, se ha presentado a Baruch Spinoza y su pensamiento se ha enmarcado dentro del debate actual de la filosofía. Si bien Spinoza es un filósofo del siglo XVII, señala correctamente Gilles Deleuze que ha sido uno de los primeros intelectuales en preguntarse por el rol

y la potencia que tiene un cuerpo. Este ha despertado el interés de su filosofía por muchos estudiosos en el siglo XX. Se ha visto las consecuencias de su teoría de la composición de los cuerpos: Spinoza no se pregunta qué es un cuerpo, sino qué es lo que puede. Cuando compongo relaciones con otros cuerpos que me permiten mantener la relación de movimiento de mis partes, entonces mantengo su cuidado. Pero compongo relaciones también con otros individuos y así me vuelvo aún más potente: piénsese en una institución como el Estado.

De allí que la teoría de Spinoza permita reflexionar acerca del bienestar y el cuidado del cuerpo. Un individuo será más potente mientras más relaciones positivas sea capaz de componer y, por lo mismo, colectivamente es más que solo individualmente. Esas mismas relaciones ayudarán a subsanar las necesidades multidimensionales que tiene. Spinoza, al proponer el cuerpo como modelo, no solo hace entender que las causas de todo proceso jamás tienen un fundamento exterior

(Dios, por ejemplo, que nos ha creado, pero es distinto de nosotros), sino también que los individuos necesitan para regenerarse de muchos elementos y, que por lo mismo, esas necesidades deben ser materialmente subsanadas al interior del mundo en que vivimos.

Desde esta mirada puede así entenderse que la salud y el cuidado del sujeto no puede pensarse aisladamente: debe entenderse como un proceso que involucra potenciar todas las dimensiones en que se expresan los sujetos colectivamente.

Agradecimiento

A los aportes del Proyecto PMI ULA 1503 de Formación de Profesores, al ex Convenio Marco FID 1758 y al Núcleo de Investigación en Lengua, Educación y Discurso (NU 05/17) por permitirnos espacios para la reflexión y la investigación en filosofía.

Referencias Bibliográficas

- Corbin, A., Cortine, J. & Vigarello, G. (2006). *Historia del cuerpo: Las mutaciones de la mirada, el siglo XX*. V. 3. Madrid: Taurus.
- Damasio, A. (2013). *En Busca de Spinoza*. Barcelona: Booket.
- Deleuze, G. (1999). *Spinoza y el problema de la expresión*, Barcelona: Muchnik Editores.
- Durán, G. & Kremmerman, M. (2017). *Pobreza y fragilidad del modelo chileno: Nuevos indicadores para el debate de pobreza en Chile*, Santiago de Chile: Fundación Sol.
- Fernández, E. (1981). "Hegel ante Spinoza: un reto". *Logos, Anales del Seminario de Metafísica*, n°16, pp. 31-88.
- Jacobi, F., Mendelssohn, M., Wizenmann, T., Kant, I., Goethe, J. & Herder, J. (2013). *El Ocaso de la Ilustración. La polémica del spinozismo*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Macherey, P. (2006). *Hegel o Spinoza. Prefacio de Michael Hardt y Colectivo Situaciones*. Buenos Aires: Tinta Limón Ediciones.
- Marinho, M. (14 de abril de 2014). *A raíz de la revisión del Programa Elige Vivir Sano*. *Diario El Mostrador*. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/2014/04/14/a-raiz-de-la-revision-del-programa-elige-vivir-sano/> Consultado el: 25.06.2019.

- Merino, C., Tejeda, C. & Ojeda, C. (2018). Gestación e Implementación de las Políticas Neoliberales en Salud: Una Aproximación a la Despotenciación de la Vida. Chile 1973-1989". *Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science*. v.7, n.2, 108-123. doi: <http://dx.doi.org/10.21664/2238-8869.2018v7i2.p108-123>.
- Merino, C., Tejeda, C., Palencia, C. y Bórquez, J. (2018). "Aseguramiento y promoción de la salud desde la educación ciudadana: Entre una comprensión activa y la externalización de derechos en salud". *Opción*, 34(87), 401-430.
- Moreau, P. F. (2012). *Spinoza y el spinozismo*. Madrid: Escolar y Mayo Editores.
- Pinker, S. (2003). *La tabula rasa: la negación moderna de la naturaleza humana*. Barcelona: Paidós.
- Platón (1999). *La república*. Madrid: Alianza editorial.
- Spinoza, B. (2011). *Ética*. Traducción de Vidal Peña. Madrid: Alianza Editorial.
- Spinoza, B. (2010). *Tratado político*. Traducción de Atilano Domínguez. Madrid: Alianza Editorial.
- Tejeda, C. (2015). "La importancia de la causa inmanente en la Ética de Spinoza". *Revista de filosofía*, 71, 163-175. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-43602015000100013>
- Tejeda, C. (2018). La inmanencia spinozista como forma de crítica política. Una reflexión desde el caso chileno. *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, año 20, n° 39. Primer semestre. Doi: 10.12795/araucaria.2018.i39.09
- Tejeda, C., Merino, C., Ojeda, C. y Santana, A. (2018). La seguridad como dispositivo: lógicas para potenciar o despotenciar la vida. *Utopía y Praxis Latinoamericana. Revista Internacional de Filosofía y Teoría Social*. Año: 23, n°. 83 (octubre-diciembre), 97-109. Doi: <http://doi.org/10.5281/zenodo.1411944>
- Yovel, Y (1995). *Spinoza, el Marrano de la Razón*. Madrid: Anaya & Mario Muchnik.
- Zourabichvili, F (2014). *Spinoza. Una física del pensamiento*. Buenos Aires: Editorial Cactus.

Fecha de recepción: 30 de enero de 2019
 Fecha de aceptación: 06 de mayo de 2019

Salud de los trabajadores en el mundo neoliberal: una quimera macabra y cínica para el desarrollo de la democracia y una sociedad abierta.

Workers' health in the neoliberal world: a macabre and cynical chimera for the development of democracy and an open society

Juan Guillermo Estay Sepúlveda¹, Mario Lagomarsino Montoya², Juan Mansilla Sepúlveda³, Germán Mauricio Moreno Leiva⁴, Claudia Leticia Peña Testa⁵ & Rodolfo Cruz Vadillo⁶

Resumen

La salud de los trabajadores se encuentra en pleno siglo XXI realmente en peligro. Al cansancio de horas y horas laborales, se deben sumar las que utilizan en los viajes de ida y regreso a sus respectivos trabajos. En las grandes urbes, sea Santiago de Chile o Ciudad de México, existen trabajadores y trabajadoras que para llegar a laborar a las nueve de la mañana, deben abandonar sus hogares a las cuatro o cinco de la madrugada. Darse una vuelta por las periferias de las ciudades es un buen ejercicio para ver personas en plena oscuridad movilizarse para llegar a sus puestos de trabajo. La vuelta al hogar es la misma situación: personas que llegan de noche o madrugada y deben seguir su labor con los hijos o alienarse en la televisión o los mass media. La calidad de vida en la era cibernética y la interconexión está cada día más interconectada.

Palabras clave: Salud, trabajadores, democracia, calidad de vida.

Abstract

The health of workers is in the 21st century really in danger. When tired of working hours and hours, those used in round trips to their respective jobs must be added. In large cities, be it Santiago de Chile or Mexico City, there are workers who, in order to get to work at nine in the morning, must leave their homes at four or five in the morning. Walking around the peripheries of cities is a good exercise to see people in the dark move to get to their jobs. The return home is the same situation: people who arrive at night or early in the morning and must continue their work with their children or alienate on television or the mass media. The

quality of life in the cyber age and interconnection is increasingly interconnected.

Keywords: Health, workers, democracy, quality of life.

Introducción

Todo individuo que disfrute de una resistencia física suficiente, es apto para trabajar, tiene los medios corporales y mentales necesarios, y si no lo hace, es más bien debido a circunstancias económicas y sociales que a la voluntad de evitarlo. En este orden de cosas, entenderemos que tanto un predicador, como un trabajador en cadena, un profesor, o un guardia de seguridad “trabajan”, cada uno según las modalidades de su estado. Intelectual o manual, el esfuerzo realizado, bajo cualquier vestimenta que pueda ponerse o portación de rostro, tiene por objeto producir un bien material u obtener un resultado moral. Por su parte, la pereza es “la madre de todos los vicios”, es un pecado capital, una ofensa a los designios divinos. Pro los hombres y las mujeres la practican y no sufren por ello, en caso necesario encontrarán explicaciones, si no excusas. En cambio, la “ociosidad” es peor, pues implica un rechazo a comportarse como la mayoría, en este caso, es una ofensa a los hombres y mujeres, les incomoda como una forma de traición al destino común (Fossier, 2009).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud es un concepto integral y debe ser una de las principales preocupaciones de los Estados para con sus habitantes. La frase acuñada de “un mundo, una salud”, por este organismo

¹Universidad Católica de Temuco, Chile. Universidad Adventista de Chile, Chile. E-mail: juanguillermoestay@yahoo.es

²Universidad Adventista de Chile, Chile. ³Universidad Católica de Temuco, Chile. ⁴Universidad de Las Américas, Chile.

⁵Universidad Nacional Autónoma de México, México. ⁶Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, México

internacional, busca la unión de la comunidad en su conjunto, no solamente para los seres humanos, sino que también, para el medio ambiente (Veliz & Dörner, 2018), más aún, cuando estamos asfixiándonos en nuestros propios lugares donde vivimos, a saber, “9 de cada 10 personas en el mundo respiran un aire que no cumple con las guías de la calidad del aire de la Organización Mundial de la Salud (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2018: 14) Sin embargo, el trato que se da a la salud por parte de los diferentes Estados es diferenciador. No es lo mismo una política de salud en Japón, cuya esperanza de vida es de 83,98 años a la de República Centroafricana que llega a los 52,17 años. Estos datos del Banco Mundial del año 2016, son para pensar que realmente -cuando hablamos de salud-, los contextos de espacio son una necesidad imperiosa a tener en consideración, más aún, cuando el panorama que se observa es de una franca confrontación económica (Word Bank, 2019), lo que -nos guste o no nos guste- redundará en la salud física y psicológica de las personas.

La misma OMS advirtió en 2004 que “una de cada cuatro familias tiene al menos un miembro afectado por un trastorno mental” (OMS, 2004: 4) y esa familia tiene mínimo un trabajador que debe velar por ese integrante familiar o es el trabajador mismo que ha caído en este flagelo. Obviamente, las poblaciones de escasos recursos son las más afectadas. Más aún: el futuro de las generaciones venideras en esos ambientes de hacinamiento tiende a estar condenadas a sufrir problemas de salud mental (OMS, 2018: 102).

La salud mental en el mundo neoliberal se ha convertido para los trabajadores en un verdadero infierno y ello, lo saben muy bien las grandes compañías farmacéuticas y los estados-empresariales (Lagomarsino, Moraga, Cabezas & Estay Sepúlveda, 2018; Estay Sepúlveda, Crespo, Lagomarsino & Peña Testa, 2018). Y si anteriormente dábamos a conocer la diferencia de esperanza de vida entre países desarrollados y subdesarrollados, en cuanto a salud mental, lo

invertido por Europa es 20 veces mayor a los invertido en África y Sudeste Asiático (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Sin lugar a dudas, una salud integral en las personas, significa al mismo tiempo, una sociedad robusta y con ello, una democracia estable. Cuando la salud y la educación se ven trastocadas, se trastoca también el futuro mediato de ese grupo humano. La construcción de la una sociedad abierta, también pasa por la dignidad que los Estados entrega a sus trabajadores. El trabajo es un derecho y un deber, tanto para la persona, como para los Estados.

Desarrollo

En la 60 Asamblea Mundial de la Salud, donde se discutió “El Plan de Acción Mundial para la Salud de los Trabajadores”, se instó a los Estados Miembros

a que hagan lo posible por garantizar la plena cobertura de todos los trabajadores, incluidos los del sector no estructurado, los de las empresas pequeñas y medianas, los trabajadores agrícolas y los trabajadores migrantes y por contrata, mediante intervenciones esenciales y servicios básicos de salud ocupacional destinados a la prevención primaria de las enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo (OMS, 2007: 4).

Esas palabras de buena crianza de *sugerencia y lo posible por garantizar* un bienestar a los trabajadores, vengán de donde vengán y sean quienes sean, a doce años transcurridos se ha convertido en una quimera. En la actualidad, la precariedad de los trabajadores se ve afectada por

las características actuales del trabajo en el mundo globalizado: la precarización creciente y los modelos de organización basados en el toyotismo que, a su vez, poseen otras características como la flexibilización y la

individualización de las relaciones de trabajo, la imposición de metas a alcanzar -cada vez más altas- y el involucramiento de la subjetividad del trabajador en el proceso de trabajo (Bernardo, De Souza, Pinzón & Kawamura, 2015: 1614).

En 1960, el salario medio de un alto ejecutivo de Estados Unidos era 12 veces mayor que el sueldo medio de un operario. En el 2000, esa desproporción ascendía a 530 veces. ¿Este mundo quién lo ha diseñado, Rockefeller?, no, nosotros (Bauman, 2000).

Si se comienza a desglosar cada una de las sugerencias por sujetos, se puede encontrar que trabajadores del sector no estructurado, según la OIT del año 2005 y citado por Cota-Yáñez & Navarro-Alvarado (2015), la decadencia del empleo desde 1990 en América Latina se va precarizando, donde seis de cada diez trabajadores que ingresan a lo laboral son informales, solo cinco de diez acceden a la seguridad social y dos de diez disponen de esa cobertura. Hacia el año 2010, según datos de CEPAL lo informal alcanzaba 50,4 por ciento de los ocupados en labores no agrícolas (Rangel, Borges & Fernández, 2017). La precariedad trae consigo transitoriedad y alta rotación laboral, con trabajadores sin ningún tipo de derecho y protección (Barattini, 2009), en ese sentido, las “estrategias empresariales, que reflejan el fuerte debilitamiento de los derechos laborales y desdibujan el papel del Estado, han generado una subordinación sistemática y una adecuación de los trabajadores a las necesidades del capital” (Román-Sánchez & Sollova-Manenova, 2015: 130).

En este sentido, la flexibilización laboral, “busca deteriorar las condiciones de trabajo, el poder adquisitivo de los salarios y la protección social de los trabajadores” (Casais, 2013: 108).

En cuanto a los trabajadores de mini, pequeñas y medianas empresas, es irónico que los gobiernos acudan a ella cuando existe variación negativa en el PIB “como instrumento

compensatorio para reactivar las economías locales” (Galve & Alonso, citado por Mungaray, Aguilar, Ramírez & Ortiz, 2015: 251), sin embargo, estas empresas -formales e informales- deben luchar día a día contra el sistema: si son formales, las cargas impositivas rígidas y los no perdonazos ante deudas y/o atrasos de pagos, como si se hace con las Grandes Empresas nacionales y conglomerados internacionales y los Bancos, por dar solamente un ejemplo. Los gobiernos son inflexibles con los pequeños y timoratos y serviles con los grandes. Cuando es informal, la burocracia hace que quien quiera tener un negocio y aportar al erario nacional, termine no haciéndolo. Los trabajadores agrícolas si no se encuentran tecnificados es muy probable que terminen siendo trabajadores precarizados entregando su mano de obra a intermediarios que monopolizan y/o pagan una miseria. La Agricultura Familiar Campesina prácticamente se encuentra desaparecida y vive gracias a los subsidios y regalías de Programas Sociales del Estado y créditos blandos de las mismas entidades gubernamentales.

Por último, los migrantes trabajan en condiciones inhumanas y/o salarios de hambre y sin contratos y prestaciones de servicios sociales y cada día sujetos a acoso incluso por parte de los Primeros Mandatarios de los Estados, algunos de ellos, los más poderosos de la Tierra y del primer Mundo.

En cuanto al trabajador por contrata, ejemplo lo tenemos en Chile, una de las cunas del neoliberalismo, donde quien trabaja a contrata, puede ser despedido en cualquier momento y no reconocerse sus derechos de años de servicio. Si bien es cierto, en este país, la justicia ha comenzado a fallar a favor de los trabajadores, esto no se ve reflejado claramente en las normativas laborales.

No es posible que el trabajador deba acudir a instancias judiciales para que se reconozcan sus años entregados a la empresa,

crecimiento del país y desarrollo de la sociedad. Como corolario

la política neoliberal en salud modela el sistema sanitario a través de varios ejes: reconfiguración del financiamiento, privatización de lo público rentable, selectividad de intervenciones, focalización de poblaciones, impulso al aseguramiento individual y conformación de paquetes básicos de atención. Este proceso de reforma incorpora gradualmente la lógica mercantil a las instituciones públicas, fortalece los discursos tecnocráticos, descalificando la politicidad inherente al campo sanitario y privilegia propuestas que diluyen la responsabilidad del Estado, como sujeto obligado de garantizar los derechos humanos fundamentales -entre ellos el derecho a la salud-, trasladando a los individuos y las familias la tarea de gestionar/administrar sus riesgos para mejorar su salud” (López-Arellano & Jarillo-Soto, 2017, p. 2).

Todo lo anterior y las constantes necesidades de la población, sobre todo de quienes más tienen necesidades, desencadenan problemáticas que terminan por deteriorar la salud, siendo los factores sociales parte de la problemática de salud de la población.

Se hace menester que quienes ejercen el poder, consideren que la desigualdad, condiciones de vida precarias y la falta de educación terminan por disminuir la calidad de vida, afectando la salud en su conjunto (Wagstaff, 2002).

Las consecuencias personales del trabajo en el mundo capitalista neoliberal

La violenta transformación de la naturaleza del trabajo está condicionando los actuales modos de constitución identitaria de los trabajadores, y esto tiene profundas implicancias tanto sobre las trayectorias laborales y personales que los sujetos realizan, así como sobre las formas de vinculación social que emergerán de estas identidades sea a

nivel familiar (Ripoll, 1995), laboral/organizacional (Sennett, 1998; Boje & Dennehy, 2000), y social (Rose, 1998; Dubar, 2000), teniendo impacto incluso en las formas de gobernabilidad colectiva (Rose, 1998).

El "nuevo capitalismo", según Sennett, ha terminado con la idea obsoleta de que el trabajo estable o de largo plazo era el principal medio para acceder a una vida familiar con prosperidad. Ahora se ha generalizado, en cambio, la incertidumbre, que termina por disolver la acción planificada y los vínculos de confianza y compromiso (Sennett, 2000). El régimen de trabajo flexible ha reprimido las discrepancias.

Por ejemplo, los trabajadores de edad madura y con mayor experiencia han sido identificados con lo viejo y lo caduco, y también son considerados como parte del estancamiento, que no ajustan sus comportamientos a los imperativos de la "descualificación" pero que poseen, desde una visión negativa, una mayor capacidad para señalar lo "disfuncional" de la organización fragmentada del trabajo: resultan ser, entonces, por lo común, los candidatos "naturales" para ser despedidos en el momento de los "reajustes" de personal que permanentemente realizan las empresas (Sennett, 2000, p.152).

El "nuevo capitalismo" ha creado una marcada indiferencia en el individuo y una sensación, en consecuencia, de que no es necesario para los demás. Por consiguiente, el carácter de las personas se corroe, porque en la ética del capitalismo posmoderno, existe historia, pero no una narrativa compartida de dificultad y de destino.

En este sentido, el actual régimen laboral, no contribuye a lo Foucault denomina el “cuidado de sí” (*epiméleia heautou*). El cuidado de sí es ético en sí mismo: pero implica relaciones complejas con los otros, en la medida en que este ethos de la libertad es también una manera de ocuparse de los otros (Foucault, 1991), esta no es precisamente una práctica de los empresarios.

En este sentido, el neoliberalismo y su actuar con los trabajadores con su brazo armado de la flexibilización y la precarización laboral, han “producido un incremento de los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales” (Feo, 2003, p. 889). La salud de los trabajadores frente a un mundo cada día más inhumano realmente está llevando a la calidad de vida a ser una hermosa palabra que llena titulares en los proyectos de Ley y discusiones parlamentarias de los Estados.

Como bien lo apuntan Takeda, Moro, Gonzales & Quintero (2017), un accidente de trabajo no es necesariamente culpa del trabajador y no es la causa, sino la consecuencia.

Si bien los autores en su excelente investigación no dan a conocer causas externas que producen la accidentabilidad, creemos que la vida cotidiana y el estrés del mundo del Siglo XXI tiene mucho que ver: falta de sueño, interminables viajes, deudas, problemas dentro de la familia, entre otras deficiencias del bienestar que entrega la globalización.

De igual modo, en un estudio sobre accidentes de trabajo en el sector de la construcción en Colombia, se enfatiza en sus causas y nuevamente no en sus consecuencias, no nombrándose alguna “externa” que lleva al trabajador al trabajo, a saber “Occupational accidents can result from immediate or basic causes; the immediate causes directly produce the accident and are composed of unsafe acts (inappropriate behavior of the workers that could result in a workplace incident) and unsafe conditions (facilities, equipment, machinery and tools that are faulty and that place the workers at risk of having an accident). But to achieve an effective solution to occupational accidents, it is critical to identify and control the basic causes which result in the immediate causes; they include personal factors (incorrect work habits, incorrect use of equipment, tools or facilities; physical or mental defects, hearing deficiencies, etc.) and work factors (deficient supervision and leadership;

unsuitable policies, procedures, guides or practices; unsuitable work planning or scheduling)” (González, Bonilla, Quintero, Reyes & Chavarro, 2016: 5).

Como podemos apreciar, nada se dice de los fenómenos externos al propio mundo de trabajo, entendiéndolo éste como el que comienza con la llegada del trabajador a su lugar laboral y que queda registrado en la hora que ingresa como a su salida, que queda anotado en el mismo reloj.

Es decir, antes y después de marcar la entrada y la salida, pareciera que el trabajador debiera alienarse y su cuerpo y su mente resetearse.

Conclusiones

La sociedad donde nos encontramos insertos -la sociedad neoliberal- está haciendo estragos en la salud de los trabajadores. Esos estragos se ven apagados con el consumismo e individualismo. Se llega al hogar no a descansar, sino a evadirse en los programas faranduleros o en las plataformas digitales.

Horas y horas desde el trabajo a la vivienda en viajes interminables y no en las mejores condiciones del servicio público, hacen que se vean en las ciudades no seres humanos alegres de llegar, más bien, se ven personas arrinconadas al asiento del bus, del metro o el taxi y algunas, evadiendo la gravedad, logran dormir de pie incluso con bebés en las manos, los cuales pasan a buscar a las guarderías.

Ni que hablar de las mujeres y trabajadores, que continúan su labor con los hijos. La figura de las “camas calientes” de la Revolución Industrial no se fue con la llegada de los años. Se acrecentó. Claro que la cama ya no se comparte con los otros integrantes de la familia... a veces.

Referencias Bibliográficas

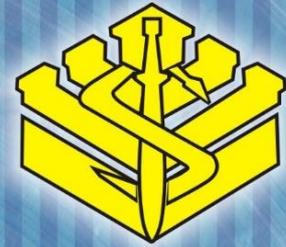
- Barattini, M. (2009). El trabajo precario en la era de la globalización. ¿Es posible la organización? *Polis*, 8 (24), 17-37.
- Bauman, Z. (2000). *Trabajo, consumo y nuevos pobres*. Barcelona: Gedisa.
- Bernando, M. H., De Souza, H. A., Pinzón, J. G. & Kawamura, E. A. (2015). Salud mental relacionada con el trabajo: desafíos para las políticas públicas. *Universitas Psychologica*. 14 (5), 1613-1624
- Boje, D. & Dennehy, R. (2000). *Managing in the postmodern world*. London: Sage.
- Casais Padilla, E. (2013). Consecuencias de las políticas neoliberales en los mercados laborales de Estados Unidos y Alemania. *Estudios Fronterizos*. 14 (28), 107-129.
- Cota-Yáñez, R. & Navarro-Alvarado, A. (2015). Análisis del mercado laboral y el empleo informal mexicano. *Papeles de Población*. 21 (85), 211-249.
- Dubar, C. (1991). *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Armand Collin.
- Estay Sepúlveda, J. G., Crespo, J., Lagomarsino, M. & Peña Testa, C. (2018). Salud mental y la sociedad abierta en la realidad actual: entre la Utopía de la Cordura y la Praxis de la Locura. *Revista Utopía y Praxis Latinoamericana*. 23 (83), 42-49.
- Feo, O. (2003). Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente. *Ciencia y Saúde Colectiva*. 8 (4), 887-896
- Fossier, R. (2000). *El trabajo en la Edad Media*. Barcelona: Crítica.
- Foucault, M. (1991). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
- González, A., Bonilla, J., Quintero, M., Reyes, C. & Chavarro, A. (2016). Analysis of the causes and consequences of accidents occurring in two constructions projects. *Revista Ingeniería de Construcción*. 31 (1), 5-16.
- Lagomarsino, M., Moraga, L., Cabezas, C. & Estay Sepúlveda, J. G. (2018). Salud, Malestar y Padecimiento: La Sociedad de lo Peor. La democracia y la Sociedad Abierta en Peligro. *Revista Utopía y Praxis Latinoamericana*. 23 (83), 68-84
- López-Arellano, O. y Jarillo-Soto, E. C. (2017). La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cadernos de Saúde Pública*. 33 (sup. 2), 2-13.
- Mungaray Lagarda, A., Aguilar Barceló, J. G., Ramírez Angulo, N. & Ortiz Figueroa, A. (2015). La micro y pequeña empresa como generadora de empleo en Baja California durante la crisis de 2008-2009. *Estudios Sociales*. 48 (26), 248-275
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Salud de los trabajadores: plan de acción mundial*. 60 Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Mental health atlas 2017*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *¿La herencia de un mundo sostenible? Atlas sobre la salud y el medio ambiente*. Ginebra: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2018). *Indicadores Básicos. Situación de Salud en las Américas*. Washington D. C.: Autor.

- Rangel, R., Borges, A. & Fernández, M. (2017). Salud y seguridad social de los trabajadores informales del centro de Maracay. *Salud de los Trabajadores*. 25 (1), 37-51
- Ripoll, P. (1995). *El desarrollo de carrera en jóvenes de reciente incorporación al primer empleo*. Tesis Doctoral, Valencia, Universidad de Valencia.
- Román-Sánchez, Y. G. & Sollova-Manenova, V. (2015). Precariedad laboral de jóvenes asalariados en la ciudad de Toluca, 2005-2010. *Convergencia*. 22 (67), 129-152
- Rose, N. (1998). *Inventing our selves. Psychology, power and personhood*. Cambridge: University Press.
- Sennet, R. (2000). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo* (Colección Argumentos). Barcelona: Anagrama.
- Takeda, F., Moro, A. R. P., Gonzales, A. M. & Quintero, A. M. (2017). Fallas Humanas y Accidentes de Trabajo: Una Contribución de las Investigaciones en Prevención, Control de los Riesgos y Accidentes. *Ciencia & Trabajo*. 19 (59), 120-127.
- Veliz Burgos, A. & Dörne Paris, A. (2018). Un Mundo, Una Salud: Una propuesta de incorporación en la formación de pregrado en Carreras de Salud del sur de Chile. *Revista Inclusiones*. 5 (4), 119-127
- Work Bank (2019). *Global Economic Prospects. Darkening Skies. January 2019*. International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington D. C.
- Wagspaff, A. (2002). Pobreza y desigualdad en el sector de la salud. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, documentos temáticos. 80,97-105.

Fecha de recepción: 02 de febrero de 2019
Fecha de aceptación: 10 de junio de 2019



Universidad
de Carabobo



Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
"Witremundo Torrealba"

Comunidad y Salud

Depósito Legal: pp200202AR1401
ISSN: 1690-3293

Revista científica arbitrada que publica trabajos originales sobre temas de Salud Pública. También recoge las tendencias conceptuales, sociales y políticas que marcan el rumbo general de la salud pública.

Vol. 16 N° 2 Año 2018

Revista Científica del Departamento de Salud Pública
Núcleo Aragua

Aproximación crítica al sentido de la reparación en salud en población sobreviviente de violencia política en Chile.

Critical approach to the meaning of the health service in population surviving political violence in Chile

Andrés Varela M.¹ & Pedro Villasana L.²

Resumen

Este trabajo pretende realizar un contraste histórico del sentido de la reparación en salud en pacientes sobrevivientes de represión política de la dictadura cívico militar en Chile; para ello se realizó una revisión y análisis sistemático y simultáneo de los documentos y otros antecedentes e información secundaria relacionada con el fenómeno; caracterizando el mismo en dos momentos: la resistencia, signada por la reivindicación de verdad y justicia, y la institucionalización, identificada como verdad y reconciliación, traducida en compensación material; mostrando como la reparación transita desde la solidaridad, a transmutar en dispositivo de gobernanza y control, instrumental al modelo de sociedad neoliberal en construcción en Chile y en desmedro de la verdad y la justicia como objetivos de la reparación.

Palabras clave: salud, sobrevivientes, solidaridad, violencia.

Abstract

This work aims to make a contrast historical consciousness of repair in patients surviving for health political repression of civic dictatorship military in Chile; it conducted a review and systematic and simultaneous analysis of documents and other records, and secondary information related to the phenomenon; characterizing the same at two times: resistance, marked by the demand for truth and justice, and institutionalization, identified as truth and reconciliation, translated into material compensation; showing how to repair goes since solidarity, to transmute into governance and

control, instrumental to the model of neoliberal society under construction in Chile and at the expense of truth and justice as objectives of repair.

Keywords: health, survivors, solidarity, violence.

*“Cuando se muere en la carne
El alma busca su diana
En el misterio del mundo
Que le ha abierto su ventana...”*

*... Cuando se muere en la carne
El alma busca en la altura
La explicación de su vida
Cortada con tal premura”*

Rin del Angelito, Fragmento, Violeta Parra.

Introducción

Hace poco más de 45 años un golpe de estado remeció a nuestro país y con ello, la irrupción de una dictadura cívico militar, que se extendió formalmente por 17 años. El recuerdo de los hechos de aquel entonces y, de los años que sucedieron el quiebre democrático siguen siendo aún motivo de disenso entre diversos sectores de la sociedad chilena (Rojas, 2013). En el transcurso de tres décadas la región latinoamericana fue lugar de golpes de estado y dictaduras; Paraguay, Guatemala, República Dominicana, Brasil, Argentina, Bolivia, Uruguay, El Salvador, Panamá, además de Chile, sufrieron de la irrupción de militares en los gobiernos apoyados por los Estados Unidos en un contexto de Guerra Fría (Borón, 2013).

¹Médico del Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS). Servicio de Salud del Reloncaví. Candidato del Programa de Magister en Salud Colectiva de la Universidad de Los Lagos. Chile. E-mail: varelamolina@gmail.com

²Académico-Investigador. Departamento de Salud. Universidad de Los Lagos. Chile. E-mail: pedro.villasana@ulagos.cl

Se vivió y sufrió entonces de represión política ejercida por el Estado, entendida ésta como la violencia ejercida desde el Estado,

“... implica el estudio y la planificación de la violencia; la produce un sistema, un poder que ocupa las funciones más elevadas del hombre, como son la razón y la conciencia para gestarla y aplicarla, lo que implica la creación de aparatos técnicos y la formación de personas especializadas en la destrucción”(Ministerio de Salud, 2006, p.17).

Esta represión se ha representado como trauma por violencia política o traumatización extrema, definida esta última como “un proceso que da cuenta de un tipo de traumatización específica, caracterizada por ocurrir en dependencia de acontecimientos socio-políticos. Es un proceso caracterizado por su intensidad, permanencia en el tiempo y, por la interdependencia que se produce entre lo social y lo psicológico” (Ministerio de Salud, 2006, p 36).

En nuestros tiempos, dicho proceso de trauma pudiera tener la forma o condición nosográfica, de dolor, como síntoma presente en quienes sufrieron directamente dicho trauma, esto por la relación entre dolor crónico y Trastorno de Estrés Postraumático, condición que engloba una serie de situaciones traumáticas de diversa causa como guerras, catástrofes naturales, abuso físico y sexual, esto ya que ambas condiciones comparten mecanismos fisiopatológicos que explican su mantenimiento (López Martínez, Gómez Pérez, & Ruiz Párraga, 2009). Dolor, que etimológicamente viene del latín *dolor*, *doloris*, y es un nombre de efecto o resultado, a partir del verbo latino *dolere*: sufrir, y en su origen ser golpeado («Dolor», s. f.).

La definición propuesta por la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP, por sus siglas en inglés) dice que es una desagradable experiencia sensorial y emocional asociada con daño tisular real o potencial, o descritos en términos de tal daño («IASP», 1994).

Dicha definición, desde el año 2016, se ha enriquecido en el sentido de entender el dolor como una experiencia angustiosa asociada a un daño tisular real o potencial, con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales (Williamsa & Craig, 2016). Es la relación de temporalidad la que pareciera unir trauma por violencia política o traumatización extrema con el dolor, en específico, el de carácter crónico. No existen, a la fecha, estudios que den cuenta de la prevalencia del dolor en este tipo de población en específico; ese dato podría estar subsumido en el de la población general, pasando desapercibido.

Si bien la Norma Técnica para la atención de personas afectadas por la represión política ejercida por el Estado en el periodo 1973-1990, en su versión 2002, señala una mayor cantidad de patologías en el área de salud mental: trastorno estrés postraumático, trastorno de ansiedad, trastornos depresivos y abuso y dependencia de alcohol y otras drogas, trastorno de la personalidad, entre otras y afecciones psicósomáticas, se señala que las enfermedades cursan de manera tórpida, la gravedad que se presenta es mayor y la respuesta al tratamiento es más lenta y más pobre que en la población general, a pesar de la buena adherencia al tratamiento, tampoco se aborda en profundidad la temática en relación al dolor, sea físico o psicológico (MINSAL, 2002, p 43). La emergencia de la noción dolor político, en la frontera de las definiciones clásicas y generalmente aceptadas, y al margen de cualquier Norma Técnica, parece requerir esfuerzos de caracterización a contracorriente de lo instituido. Dolor político no necesariamente “asociado con daño tisular real o potencial”, pero sí a ese daño difuso y generalizado difícil de cuantificar en nuestra sociedad. Esfuerzos de caracterización que seguramente van más allá de los alcances de este trabajo, pero a los cuales pudiera ser de utilidad, pues, aunque mal definida, es una noción que siempre va a estar presente marcando los análisis.

A dicho proceso de trauma, le han correspondido acciones de *reparación en salud*

desde la oficialidad, que la entiende “como un conjunto de actos que expresen el reconocimiento y la responsabilidad que le cabe al Estado en los hechos y circunstancias acaecidos durante la dictadura militar, producto de la represión política ejercida por el Estado (Ministerio de Salud, 2006, p. 18). Por otra parte, la Vicaría de la Solidaridad, un organismo de defensa de los derechos humanos con una importante labor de acompañamiento y asistencia durante los 17 años de dictadura cívico militar, en carta dirigida al presidente de la Comisión de Verdad y Reconciliación en el año 1990, señala que

“entendemos la reparación como un proceso individual y colectivo de crecimiento y de apropiación de una mejor calidad de vida, que implica la dignificación moral y social de la persona y del grupo familiar dañado por la represión. Sin perjuicio de la principal obligación del Estado, - responsable de las violaciones a los derechos humanos del pasado- de asumir la reparación de las víctimas; corresponde a la sociedad toda, reconocer la necesidad de esta reparación y contribuir a ella“ (Lira & Loveman, 2005, p.546).

Algunos antecedentes

Substrato político-económico

Esta revisión histórica no comienza la mañana del 11 de septiembre de 1973, cuando, de golpe, es quebrada la institucionalidad en Chile; su origen se remonta a varios años antes, cuando un grupo de jóvenes chilenos, estudiantes de economía en la Pontificia Universidad Católica y que, a través de un programa de cooperación entre dicha casa de estudios y la Universidad de Chicago, permitió que cerca de 30 chilenos, durante los años 1956 y 1961 estudiaran economía al alero de Milton Friedman, padre del neoliberalismo, y reconocido economista internacional por sus postulados en materias de renovación del liberalismo, grupo conocido como

los “Chicago boys” (Delano & Traslaviña, 1989). A su retorno, algunos de ellos fueron encargados de elaborar el programa presidencial del candidato Jorge Alessandri en 1969 y, durante los años del gobierno de Salvador Allende sus labores se centraron en los ámbitos académicos y de seguir elaborando dicho programa, el que fue la base para la gestación e implantación del modelo de desarrollo neoliberal en Chile (Merino, 2016, p.34). Se conjugan entonces, los postulados neoliberales y su materialización en un contexto de represión política y de quiebre de garantías constitucionales, de alguna manera, se hace patente uno de los postulados referidos a Friedman, en el sentido de, que en la aplicación de estas medidas económicas, no debieran de existir “grupos de presión” que las obstaculicen. (Delano & Traslaviña, 1989 p.18).

Para los Chicago boys, el modelo de desarrollo en nuestro país y el rol del Estado, benefactor, que ya venía en crisis desde 1930, se agudiza durante 1970 a 1973 y, ante dicha crisis, la intervención militar parecía algo necesario, para ellos, favoreciendo luego el gobierno militar la aplicación de estas medidas y el cambio en el modelo de desarrollo y en el rol del Estado, ahora un observador en los vaivenes del mercado. (Delano & Traslaviña, 1989; Merino, 2016).

Klein crítica del neoliberalismo en los últimos años, la forma de imponer en algunos países las medidas económicas, pero también políticas, sobretudo sociales, luego de periodos de crisis, sean institucionales, por desastres naturales o producto de la guerra, configurando el llamado “capitalismo del desastre”, en el que Chile ocupó el lugar de “laboratorio” de estas medidas, “recetas”, o paquetes de medidas que, han sido impuestos en correspondencia con los intereses de los Estados Unidos (Klein, 2015), medidas que fueron evidenciadas por Pinochet en sus discursos presidenciales entre los años 1981 y 1989 y en las que se fueron estableciendo las bases en materia ideológica, de mercado y económicas, institucionales y sociales (Vásquez & Olavarría,

2014). La aplicación simultánea del binomio medidas económicas de corte neoliberal y violencia política como dispositivo de control para facilitarlas y allanar el camino, es una práctica corriente del gobierno cívico-militar durante toda esta etapa.

Violencia institucional, el Plan Z

Volviendo a la mañana del 11 de septiembre de 1973, el gobierno de Salvador Allende y de la Unidad Popular, marcado por una profunda crisis social y política, y en el proceso de la vía pacífica al socialismo en el contexto de la Guerra Fría, fue una experiencia que no fue del agrado del gobierno de los Estados Unidos, en especial la nacionalización del cobre (Bonney M, 2013), no tan recientemente los archivos secretos de la CIA de ese tiempo dan cuenta de la injerencia de la potencia del norte en la trama para el derrocamiento de Allende (Basso Prieto, 2013); los militares, bajo la Doctrina de Seguridad Nacional y la búsqueda del enemigo interno, además del así llamado Plan Z, que suponía la existencia de armas y la posible guerra civil, justifican de esta manera su intervención («Plan Zeta» Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile, s. f.); proceso que trajo “horas negras, oscuras para el país. Se instaló la muerte y la persecución. Se quería asesinar la alegría y la esperanza”(Herrera, 2011, p.13).

Ocurrido el Golpe de Estado, “las Fuerzas Armadas y de Orden lograron su objetivo más inmediato – control efectivo del país, sin focos de acciones armadas de los partidarios al régimen depuesto- en muy pocos días” (Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación, 1991, tomo 1, p 94).

Albores de la resistencia

En relación a la crudeza de los hechos represivos, así como las acciones de reparación en salud inicial que se fue brindando, se destaca el aporte, profesional e investigativo de Paz Rojas, invitada a colaborar en el Comité Pro Paz, una

iniciativa de las iglesias católicas, que duró algunos meses, cesando sus funciones por la presión de la junta militar. Señala Rojas, en uno de sus libros: “En el mes de octubre o noviembre de 1973 atendí por primera vez a una mujer joven brutalmente torturada: su vagina desgarrada por las violaciones sufridas, sus senos quemados con colillas de cigarros...”(Rojas Baeza, 2009, p.11). En 1975 se crea, la Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas (FASIC) y en enero de 1976, en dependencias del Arzobispado de Santiago se crea la Vicaria de la Solidaridad, ambas creadas con la intención de brindar apoyo a quienes vivían directamente los horrores de aquellos cruentos días (Lira, 2013, p.9). Esto, ya que la demanda de atención en salud mental era un asunto complejo y requirió formalizar e institucionalizar los recursos y las modalidades de atención, siendo así que los organismos de derechos humanos crearon equipos especializados en la Vicaria de la Solidaridad (1976), FASIC (1977), luego en PIDEE (1979) y CODEPU (1980), fundándose además organismos especializados de salud mental (CINTRAS, 1989 e ILAS, 1988) (Lira & Loveman, 2005, p.374) Incipiente red de resistencia gestada desde los movimientos sociales más o menos clandestinos, más o menos informales, pero mucho más que menos presentes y combativos.

A la par de ir constando los efectos de los hechos represivos se fueron dando las primeras ayudas en materia de reparación en salud, no sin señalarse el abordaje hasta entonces desconocido en materia de atención psicológica y de salud mental en general, ya que eran inexistentes los contenidos en relación a hechos represivos y sus efectos a nivel nacional y regional, algo que Lira señala como : “Se produjeron discusiones teóricas y prácticas acerca de si era aplicable el diagnóstico de estrés post traumático a las situaciones descritas” (Lira, 2013, p.10), criticándose el valor a los síntomas presentes en detrimento del significado psicológico y existencial de la experiencia represiva en ese diagnóstico, por así decirlo, no todo era Trastorno de estrés Postraumático.

Durante el año 1980, FASIC en colaboración con la Vicaria de la Solidaridad, convocaron a un Seminario para compartir experiencias de trabajo asistencial, legal, médico, psicológico y social tanto dentro como fuera del país. Labor que implicaba un riesgo, tal es así que José Manuel Parada, quien trabajaba en la Vicaria de la Solidaridad y autor del libro sobre dicho seminario, fue degollado junto a otros dos profesionales en marzo de 1985, reafirmando el celo y resguardo con el cual estos profesionales fueron realizando su labor, además de la incertidumbre y el miedo generadas (Lira, 2017).

A su vez, entre los años 1988 y 1992, se realizó un estudio con miras a precisar la riqueza teórica y las formas de acompañamiento terapéutico por parte de los equipos de salud mental (Agger & Jensen, 1996). Dicho trabajo de síntesis contiene por una parte los efectos de la represión política en las personas atendidas, lo complejo del dar respuesta a necesidades de verdad y justicia por parte de pacientes y familiares y, por último, dar cuenta de un tipo de “modelo chileno” de atención a población afectada por represión política (Agger & Jensen, 1996, p.6).

Secuelas de la violencia política

Se estima que la población directamente afectada por la represión política ejercida por el Estado alcanzó a alrededor de 800.000 personas y un alto porcentaje sufrió de traumatización extrema, con graves consecuencias para su salud física y psicológica (Ministerio de Salud, 2006 p 5). Según datos oficiales, primero por la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación en 1991, el número de víctimas de violaciones de derechos humanos en el periodo 1973-1990, fueron 2.115 entre muertos y detenidos desaparecidos (Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación, 1991); luego de la labor de la Corporación Nacional de Reparación y Reconciliación, 5 años más tarde, esta dolorosa de muertes cifra asciende a 3.014 personas, de las cuales 1.080 son detenidos

desaparecidos (Corporación Nacional de Reparación y Reconciliación, 1996). Más de 10 años después y ante la Comisión Nacional de Prisión Política y Tortura testificaron más de 35.000 víctimas y/o familiares directos de este tipo de violencia política ejercida por el Estado (Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura, 2004).

Resulta por lo menos curiosa esta amplia variabilidad en los datos, así como en la categorización del fenómeno en cuestión. Vale preguntar por la fiabilidad de los datos, las fuentes y el dudoso manejo de la información.

El Ministerio de Salud, a través de su Norma Técnica para la atención en salud de personas afectadas por la represión política ejercida por el Estado en el periodo 1973-1990 señala que, las experiencias traumáticas que se presentaron fueron diversas: arresos y detenciones, relegación, exilio, persecución política (clandestinidad), intimidaciones o amedrentamientos, encarcelamiento arbitrario, detención en campos de concentración, tortura, desaparición de los prisioneros, ejecuciones, asesinatos de opositores bajo justificaciones falsas y muerte durante la tortura todas estas como categoría de represión directa, existiendo también la forma de represión indirecta, entre los que se cuenta: privación de alimento, de vivienda y de cuidado de la salud, despido del trabajo, distorsión de los hechos y manipulación de la información, describiéndose además la marginación social e individual. (Ministerio de Salud, 2006, p.30-31). Experiencias traumáticas que marcaron a individuos, familiares y colectivos sociales, se instauró el miedo y la descomposición del tejido social presente, estando en un contexto de dictadura, la verdad de estos hechos permaneció muchos años desconocida, ignorada o desmentida por autoridades y la sociedad en su conjunto; la mentira, el encubrimiento y la impunidad como Política de Estado.

Momento de transición. Cambio de mando y actores

Con el término formal de la dictadura cívico militar, y luego de 5 semanas de asumir Patricio Aylwin como Presidente de la República, mediante Decreto Supremo (Presidencia de la República, 1990), crea la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación, con el propósito de contribuir al esclarecimiento global de la verdad sobre las más graves violaciones a los derechos humanos, entendidas éstas como las situaciones de detenidos desaparecidos, ejecutados y torturados con resultado de muerte, los secuestros y los atentados contra la vida de personas.

Años después, Aylwin se referiría a que se comprometió “a abordar este delicado asunto conciliando la virtud de la justicia con la virtud de la prudencia” y, señala además que “en este necesario ejercicio de justicia debemos evitar los riesgos de querer revivir otros tiempos... que nos desvíen de nuestros deberes con el porvenir” (Aylwin, 2007), notándose acá las complejidades de un proceso de transición democrática. Y sobre todo como, de “verdad y justicia” pasamos a “verdad y reconciliación”, diluyendo la posibilidad de justicia en la euforia colectiva del momento y los discursos balsámicos del liderazgo de la autodenominada Concertación, que se justifica con “nuestros deberes con el porvenir”. La resignificación de la resistencia como concertación, promoviendo la amnesia colectiva, y posicionando a la “democracia” como una concesión y no como el resultado de la presión popular y la insostenibilidad del régimen cívico-militar a nivel internacional. La Concertación pareciera un equipo de relevo, que toma el testigo de manos de los militares, que ya se habían encargado del trabajo sucio.

En busca de verdad y reconciliación

Dicha Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación, luego de meses de trabajo, elaboró

un Informe dado a conocer el 8 de febrero de 1991, el que da cuenta de 3.920 casos de víctimas, de éstos sólo 2.932 correspondían a su competencia según el mandato por el que fue creada y la calificación de éstos fue la siguiente: 2.130 casos víctimas de violaciones de los derechos humanos, 168 casos víctimas de la violencia política y 634 casos en que la Comisión no pudo formarse convicción. A la par de dar cuenta de tan dramática cifra, se proponen una serie de recomendaciones, con el fin de entregar reparación a la población más severamente dañada. Un año después, se promulga la Ley 19.123, que crea la Corporación Nacional de Reparación y Reconciliación (con el propósito de coordinar, ejecutar y promocionar las acciones necesarias para el cumplimiento de las recomendaciones contenidas en el Informe), establecer una pensión de reparación y otorgar otros beneficios en favor de personas que señala (Ministerio del Interior, 1992).

Un análisis, desde la Ciencia Jurídica, establece que dicha Ley otorga “satisfacciones bajo la forma de ventajas patrimoniales que, indudablemente, no pueden comprender todos los daños sufridos” (Domínguez, 2010) Esto comienza a configurar un sentido de compensación monetarizada a la reparación promovida desde la institucionalidad, sintonizado con el auge de la economía, en un país que luce orgullosamente su traje neoliberal como tigre asiático de América, con el individualismo, la competencia y el consumo frenéticos instalados en el imaginario colectivo. Según puede haber interpretado la institucionalidad del momento en este esfuerzo por despejar incómodos ruidos y obstáculos en el horizonte neoliberal de Chile, un barniz de dinero a lo impresentable. En lo que al sector salud se refiere, el Informe de la Comisión señala: “(...) Los breves antecedentes expuestos hacen pensar en la necesidad de una atención especializada en salud para una cantidad no precisable de personas y familias que han sido víctimas de muy graves violaciones de sus derechos” (Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación, 1991, Tomo 2 p 832); junto con esto determina que era una

responsabilidad del Estado, a través del Ministerio de Salud, ofrecerles una reparación, facilitando el acceso a la salud y desarrollando programas de salud mental destinados a la población afectada (Lira & Loveman, 2005, p 378). Siendo así, en febrero de 1991, desde el Ministerio de Salud, se da inicio a un Programa de Reparación Integral en Salud (PRAIS) a las familias más severamente afectadas por situaciones de represión política. El programa se sustentó en equipos especializados que se crearon en algunos servicios de salud. Se estableció un equipo de dirección que dependía de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud. El decreto de creación de PRAIS fue dictado en diciembre de 1992 (Lira & Loveman, 2005, p. 379).

En relación a la transferencia de la atención de salud al sistema estatal, Kovalskys en 1991, se refiere a que la formulación de un Programa Nacional de Salud y Derechos Humanos es parte esencial de la tarea de reparación social atendiendo a las complejidades en lo cuantitativo y en la naturaleza del daño en la población-objetivo del programa nacional; refuerza la experiencia de los más de 10 años en que equipos especializados y multidisciplinarios realizaron la atención en salud física y psíquica a los afectados, relevando que éstas atenciones se desarrollaron en el espacio protegido de los organismos solidarios, pero que a lo largo del tiempo se constata que “los límites de la reparación del daño, en tanto la sociedad no produce (producía) señales de reconocimiento” (Kovalskys, 1991). Es posible referirse a una Política Nacional de Reparación, toda vez que existen una serie de cuerpos legales relacionados con los efectos de los hechos represivos, siguiendo un orden cronológico: Ley 18.994 que crea la Oficina Nacional de Retorno, Ley 19.074 que autoriza el ejercicio profesional a personas que señala que obtuvieron títulos o grados en el extranjero, Ley 19.123 ya mencionada, Ley 19.128 que otorga franquicias a exiliados políticos exonerados, Ley 19.234 que establece beneficios previsionales por gracia para personas exoneradas por motivos políticos, Ley 19.568 que dispone la

restitución por bienes confiscados adquiridos por el Estado, Ley 19.687 establece obligación de secreto para quienes remitan información conducente a la ubicación de detenidos desaparecidos, Ley 19.740 que otorga beneficios en créditos en chilenos retornados, Ley 19.980 que amplía y establece beneficios a favor de las personas que indica (modificando la Ley 19.123), Ley 19.992 otorga beneficios a las víctimas calificadas por la Comisión Nacional de Prisión Política y Tortura, Ley 20.134 que concede un bono extraordinario a los exonerados por razones políticas (Tabla-de-leyes-y-medidas-de-reparacion-a-09-10.pdf, s. f.). Conjunto de Leyes y Decretos que refuerzan a la reparación en su significado de compensación económica. La verdad, y sobre todo la justicia, son relegadas al conveniente olvido para favorecer el cumplimiento de “nuestros deberes con el porvenir”.

En términos de reparación en salud, el artículo 7° de la ley 19.980 del año 2004, establece lo siguiente: que existirán recursos especiales en el presupuesto del Ministerio de Salud para la operación del PRAIS siendo su objetivo brindar atención médica reparadora e integral, esto es, física y mental. Se establecen los beneficiarios de dicho Programa establecidos en 5 categorías a saber: i) familiares hasta la 3era generación de las víctimas de violaciones a los derechos humanos o de la violencia política incluidos en el informe de la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación y de las que se reconozcan en tal calidad por la Corporación Nacional de Reparación y Reconciliación. ii) personas acreditadas como beneficiarias de este programa hasta el día 30 de agosto de 2003. iii) quienes hubieren trabajado en la protección de los derechos humanos, prestando atención directa por un periodo continuo de a lo menos 10 años. iv) aquellos que se individualizan en la Nómina de personas reconocidas como víctimas, en el Informe de la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura. v) los padres, cónyuges, la madre o padre de los hijos de filiación no matrimonial y los hijos menores de 25 años de edad, o discapacitados de cualquier edad, de las

personas señaladas en la letra anterior. Se menciona además que estas personas, tendrán derecho a la gratuidad de las prestaciones médicas a que se refiere la Ley 18.469, en la modalidad de atención institucional, a través de los establecimientos que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Con el alcance que dicha Ley, promulgada a mediados de la década del ochenta, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud, establece prestaciones médicas, que incluyen el examen de medicina preventiva, la asistencia médica curativa, la atención odontológica y la atención de la embarazada (Ministerio de Salud, 1985). Gratuidad que traduce las “ventajas patrimoniales” que se mencionaron en relación a la forma de concebir la reparación.

La herida de la que no se habló

“... -Me preguntaban todos qué iba a hacer con la información. Ir contándolo era una forma de buscar respuesta acerca de qué hacer. Porque yo no sabía qué contarle, pero no atinaba a nada más. Reconozco también que sentía alivio al compartirlo con más gente.... -Creo que fue una especie de pudor compartido. No me lo preguntaban. Era un subentendido... -Pudor, diría yo. Hay cosas de las que no se habla. Si digo que estoy con indigestión, nadie pregunta detalles. Es feo. Y la tortura es fea.” (Verdugo & Brett, 2004, p.27).

El texto citado, incorporado en el capítulo “Los Protagonistas”, del libro “De la tortura no se habla. Agüero versus Meneses”, da cuenta, en forma dramática y supuesta, de las respuestas que Agüero, el denunciante y afectado por tortura durante 1973 compartía con sus amistades hacia la década de los noventa al momento de darse cuenta de que él y su torturador eran pares en el mundo académico, es decir, casi treinta años después esa “indigestión” sigue presente, continúa sin ser

contada, sufrida, vivida, pero que compartida comienza a dejar de ser un tema tabú para la sociedad en su conjunto.

Para contextualizar, fue recién durante el año 2003, en que se conformó la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura – conocida como “Comisión Valech” –con la recepción de más de 35 mil testimonios en estas materias. A dicha Comisión le correspondió entonces, la elaboración de su Informe, el que fue dado a la luz pública en noviembre de 2004. Durante todos esos años la responsabilidad de militares así como el conocimiento público de los hechos permanecieron en silencio, enquistándose por así decirlo, entre paredes, incluso académicas como en el texto mencionado más arriba. Al hacer público el Informe el Presidente Ricardo Lagos, señaló que “(el Informe) ha sido capaz de entrar-31 años después- a una dimensión oscura de nuestra vida nacional, a un abismo profundo de sufrimientos y tormentos”. (p.13) y ante la interrogante del cómo se pudo vivir esos 30 años en silencio, el Presidente señaló:

“... Sin duda, por el miedo. Pero también el silencio se relaciona con una actitud de dignidad básica de la persona. El Informe lo dice: descorrer el velo de la tortura, de la humillación, de la violación física psicológica, es algo muy difícil de hacer. Incluso ante los propios cónyuges. Y ese mismo silencio comprensible fue ahondando el daño, de los sufrimientos no compartidos, de aquello que preferimos esconder, ocultar, arrancar de los archivos de nuestra historia” (p.13).

Lo que resulta cuando menos curioso, es que la Ley 19.992, en su artículo 15, establece el secreto que sobre documentos, testimonios y antecedentes que las víctimas aportarán a la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura por un plazo de 50 años. Señalándose incluso sanciones penales en caso de divulgación (Ministerio del Interior, 2004). Pudiera

interpretarse entonces que, sumando años, durante 80 años la verdad de los hechos, así como la aplicación de justicia perpetuarían la “indigestión” de la tortura vivida por casi 40 mil personas en nuestro país, garantizando la impunidad.

Discusión, balance y perspectivas

Han sido años complejos en términos de reparación en salud, en una primera fase, la de resistencia, inmersa en el periodo dictatorial, que supo realizar su trabajo no exento de riesgos o miedo, enfrentando un fenómeno que no estaba presente previamente, es decir, no existía la experiencia en cómo se debe tratar, o abordar terapéuticamente las diversas formas de represión que se vivió, además de dar cuenta de estos procesos a través de escritos, encuentros o seminarios que moldearon a profesionales en las áreas de salud mental sobretodo; esto en el marco de la persecución y la clandestinidad. Por otra parte, en la siguiente fase, la institucional, la complejidad es un poco más profunda, imponiéndose una visión mecanicista, instrumental, y hegemónica, que con sus esfuerzos y recursos pretende reducir y monetarizar el dolor político, favorecer el olvido y la impunidad; toda

vez que la Constitución de Chile, consagra el derecho a la protección de la salud, pero ¿cómo se protege la salud de quien está afectado por alguna situación de violencia política que le ha generado un trauma, en que ha sido el mismo Estado el causante? y más aún, ¿cuál es la noción de salud en la Constitución?. Sentimos que estas respuestas son parte de la complejidad en el abordaje en términos de reparación en salud desde la institucionalidad. Desde un punto de vista histórico, asumiendo la doctrina de seguridad nacional, elemento justificativo en la búsqueda del “enemigo interno” por parte de la dictadura y parafraseando, no todos son generales después de la guerra, es decir, hubieron vencedores y vencidos, ¿cómo se construye reparación entre ellos?, no fue un asunto entre victimarios y víctimas, sino que involucró a toda la sociedad, por lo tanto, es la Sociedad, a través de diversos mecanismos, la que debe dar respuesta a la forma de construir una reparación y hacerla posible. A propósito de la revisión en relación a los dos momentos que ha tenido la reparación en salud, o los tipos de reparación que se han desarrollado, se presenta en la Tabla N° 1, algunas características en relación a categorías, necesario para una mejor caracterización de éstas.

Tabla 1. *Características de los tipos de reparación en salud*

Categorías	Reparación en resistencia	Reparación Institucional
Valores	La defensa de la vida. Resistencia	La defensa del trabajo (la relación contractual del terapeuta)
Vínculo Terapéutico	Comprometido, Clandestino y con Riesgo de Muerte	Mediado por relación laboral.
Experiencias Terapéuticas	Intervención en crisis, trabajo grupal, clínica individual	Modelo biomédico o enfoque biosicosocial.
Categoría de recuerdo Paciente “caso índice”	Memoria activa, como promotora de cambios Directamente afectado, familiares.	Incitación al Olvido, olvido institucional Índice, Afectado Directo, Beneficiario
Categorías nosográficas	Trauma psicosocial, Traumatización extrema	Trauma político, Trastorno Estrés Postraumático, Dolor crónico no oncológico
Verdad	Silenciada, sociedad con mentiras y miedos, temerosa	Mediada por Comisiones.
Justicia	Militar sobre todo, Ley de Amnistía	“en la medida de lo posible”
Reparación, su sentido	Universal, Contemporánea, Militante	En el intervalo de las fechas y sin injerencia en los nuevos atropellos
El tiempo de la reparación	La Urgencia de tratar	Existencia de “Población Bajo Control”

Fuente: Elaboración propia

La reparación en salud, posee un valor, algo que la moviliza y que le da sentido, en el primer caso existía una defensa de la vida, se reparaba por un sentido ético, humano, solidario y, de esta manera se realizaba una resistencia antes los hechos violentos que se sucedían, a su vez, la reparación desde la institución, está mediada por el vínculo laboral, son funcionarios contratados quienes la realizan, son otros los valores que los mueven, así como otro su vínculo terapéutico, no existiendo, en términos generales, ese compromiso mutuo de compartir el riesgo de muerte. En lo práctico y atendiendo a las experiencias terapéuticas en la reparación institucional, es en el marco del modelo biomédico, con su reduccionismo mecanicista, el que pretende encontrar el defecto a ser reparado por el experto, contrario a las otras experiencias desde la resistencia. Pareciera existir una relación antagónica entre memoria y olvido, quizás dialéctica y relacional entre ambas, “el olvido está lleno de memorias” se ha escuchado en otras partes del Orbe, y es deber de nuestras generaciones, el preservar la memoria y tonificarla de recuerdos, de explicaciones o inquietudes en relación a que el pasado es parte de nuestro futuro y que, al parecer, el olvido de unos, es la memoria

de otros. Similares apreciaciones se presentan en relación a verdad y justicia, conviene quizás, desde un lente de la ciencia militar, sostener que la dictadura y sus tormentos fue parte de un conflicto entre bandos, y que la verdad de los hechos la escriben los vencedores, así como la justicia no es del todo imparcial; prueba de esto son los juicios que aún se siguen en contra el Estado por parte de afectados y que, cada cierto tiempo, siguen sumando condenas a perpetradores ya conocidos.

Otro aspecto interesante es el silencio al que se somete a la población, por una parte, durante 17 años, en que las vivencias, sobre todo de la tortura, se mantuvieron en reserva incluso de familiares cercanos, luego, casi 13 años de gobiernos postdictadura – con la misma Constitución de 1980, consolidación de modelo neoliberal y enclaves militares, momento en el que es de conocimiento público este sufrimiento para luego dar paso a 50 años de silencio. Qué llevó a incluir este aspecto en la Ley 19.992, es un planteamiento que va en contra del camino de la verdad y la justicia, imponiéndose una especie de impunidad biológica, esperar que mueran víctimas y victimarios sin reconocer daños y culpas. Curiosa forma de concebir la reparación en salud.

Referencias Bibliográficas

- Agger, I., & Jensen, S. B. (1996). *Trauma y cura en situaciones de terrorismo de estado: Derechos humanos y salud mental en Chile bajo la dictadura militar* (1. ed. en español). Santiago: Ediciones Chile América CESOC.
- Aylwin, P. (2007). La Comisión chilena sobre verdad y reconciliación. *Ius et Praxis*, 13(1), 425-434. <https://doi.org/10.4067/S0718-00122007000100014>.
- Basso Prieto, C. (2013). *La CIA en Chile: 1970-1973* (1. ed). Santiago de Chile: Aguilar.
- Bonnefoy M, P. (2013). Las reservadas negociaciones de los gobiernos de Allende y Nixon sobre la nacionalización del cobre. *Estudios internacionales (Santiago)*, 45(175), 79-108. <https://doi.org/10.5354/0719-3769.2013.27349>.
- Borón, A. (2013). *América Latina en la geopolítica del imperialismo*. Hondarribia: Argitaletxe Hiru.
- Chile. Ministerio del Interior (2004). Ley 19.992. Recuperado de

- <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=233930>.
- Chile. Ministerio de Salud. (1985). *LEY 18.469*. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=29872>.
- Chile. Ministerio de Salud. (2002). *Norma Técnica para la atención de personas afectadas por la represión política ejercida por el Estado en el periodo 1973-1990*.
- Chile. Ministerio de Salud. *Norma Técnica para la atención de personas afectadas por la represión política ejercida por el Estado en el periodo 1973-1990*, (2006).
- Chile. Ministerio del Interior. *Ley 19.123*. (1992).
- Chile. Presidencia de la República. *Decreto Supremo N° 355*. (1990).
- Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación. (1991). *Informe de la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación*.
- Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura. (2004). *Informe de la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura (Valech I)*.
- Corporación Nacional de Reparación y Reconciliación. (1996). *Informe sobre calificación de víctimas de violaciones de derechos humanos y de violencia política*.
- Delano, M., & Traslaviña, H. (1989). *La herencia de los Chicago Boys*. Santiago de Chile: Ediciones del Ornitorrinco.
- Dolor. (s. f.). Recuperado 8 de junio de 2018, de <http://etimologias.dechile.net/?dolor>
- Domínguez, R. (2010). Los límites al principio de reparación integral. *Revista chilena de derecho privado*, (15), 9-28. <https://doi.org/10.4067/S0718-80722010000200001>.
- Herrera, E. (2011). *Discurso en el funeral de Neruda y otros textos*. Edmundo Herrera Zuñiga.
- IASP. (1994). Recuperado 8 de junio de 2018, de <https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576#Pain>.
- Klein, N. (2015). *La doctrina del shock: El auge del capitalismo del desastre*. Barcelona: Paidós.
- Kovalskys, J. (1991, enero 16). *Transferencia de la atención de salud al sistema estatal*. 435,440. Recuperado de <http://www.cintras.org/textos/libros/libro%20linares%20completo.pdf>.
- Lira, E. (2013). Algunas Reflexiones a Propósito de los 40 Años del Golpe Militar en Chile y las Condiciones de la Reconciliación Política. *Psykhé (Santiago)*, 22(2), 5-18. <https://doi.org/10.7764/psykhe.22.2.676>
- Lira, E. (Ed.). (2017). *Lecturas de psicología y política: Crisis política y daño psicológico*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Lira, E., & Loveman, B. (2005). *Políticas de reparación: Chile 1990-2004* (1. ed). Santiago: LOM Ediciones: Gobierno de Chile, Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos: Universidad Alberto Hurtado.
- López Martínez, A. E., Gómez Pérez, L., & Ruiz Párraga, G. T. (2009). Trastorno de estrés postraumático y dolor crónico: Nexos entre psico y pato(logia). *Escritos de Psicología (Internet)*, 3(1), 8-19. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_a

bstract&pid=S1989-38092009000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

<https://doi.org/10.4067/S0718-23762013000200009>.

- Merino, C. (2016). *Del proyecto interrumpido de la democratización de la salud a la práctica sanitaria del modelo neoliberal en Chile* (1.ª ed.). Universidad de Los Lagos.
- Plan Zeta Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile. (s. f.). Recuperado 28 de julio de 2019, de <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-96802.html>.
- Rojas Baeza, P. (2009). *La interminable ausencia: Estudio médico, psicológico y político de la desaparición forzada de personas* (1. ed). Santiago de Chile, Chile: LOM Ediciones.
- Rojas, R. (2013). En la medida de lo (im)posible: las aporías del perdón, la memoria y el duelo a 40 años del golpe de estado en Chile. *Universum (Talca)*,28(2),169-187. Recuperado de:
- Tabla-de-leyes-y-medidas-de-reparacion-a-09-10.pdf*. (s. f.). Recuperado de <https://www.icsoc.cl/wp-content/uploads/2011/03/tabla-de-leyes-y-medidas-de-reparacion-a-09-10.pdf>
- Vásquez, J. S., & Olavarría, F. F. (2014). Neoliberal construction of Chilean social policy in the discourse of Pinochet. *Revista Katálysis*, 17(1), 22-30. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000100003>.
- Verdugo, P., & Brett, S. (Eds.). (2004). *De la tortura no se habla: Agüero versus Meneses* (1ª. ed). Santiago de Chile: Catalonia.
- Williamsa, A. & Craig, K. (2016). Updating the definition of pain. *Pain*, 157(11),2420-2423. Recuperado de: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000613>

Fecha de recepción: 02 de febrero de 2019
Fecha de aceptación: 10 de junio de 2019

SALUD DE LOS TRABAJADORES

Revista Internacional arbitrada e indizada dedicada a los problemas de salud y ambiental

APÉNDICE I

Acerca de la Revista

INFORMACIÓN BÁSICA

La Revista Salud de los Trabajadores es editada y publicada semestralmente por el Postgrado de Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral de la Universidad de Carabobo, es una publicación científica arbitrada e indizada, cuyo propósito es promover la divulgación, acceso y uso de la producción científica en las áreas Salud Ocupacional y Ambiental; Medicina y Toxicología Ocupacional; Higiene Ocupacional; Seguridad Industrial; Derecho Laboral; Sociología del Trabajo; Educación Ambiental; Seguridad Social; Ergonomía; Salud, Mujer y Trabajo; Gerencia en Salud Ocupacional; Cultura Preventiva.

COPYRIGHT

La Universidad de Carabobo se reserva el derecho patrimonial de impresión, reprografía, digitalización, publicación electrónica y permisos de la propiedad intelectual publicada en Salud de los Trabajadores. Las publicaciones están protegidas por el Protocolo N° 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor. No obstante, las entidades editoras, autorizan, para fines didácticos y de investigación la reproducción y traducción de trabajos publicados, siempre y cuando se cite la fuente.

FINANCIAMIENTO

Salud de los Trabajadores como publicación científica "Tipo A" recibe apoyo del Fondo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (FONACIT) y de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo.

COMITÉ EDITOR

Directora-Editora: Ligia Sánchez Tovar, Universidad de Carabobo.

-David Cobos Sanchiz, Universidad Pablo de Olavide, España.

-Evelin Escalona, Universidad de Carabobo, Venezuela.

-Ernesto García Machín, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

-Gisela Blanco, Universidad Central de Venezuela.

-Jesús Gabriel Franco Enríquez, Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco, México.

-Jairo Luna, Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá.

-Director Fundador: Oscar Feo, Universidad de Carabobo.

SECRETARÍA TÉCNICA

Estela Hernández, Universidad de Carabobo. Venezuela.

CONSEJO CONSULTIVO

-Aismara Borges, Universidad de Carabobo, Venezuela.

-Antonio Granda, Instituto Nacional de Salud de los trabajadores (INSAT) y Escuela de Salud Pública, Cuba.

-Bruce Millies, International Brotherhood of Teamsters, Washington, USA.

-Carlos Aníbal Rodríguez, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

-Carmen Irene Rivero, Universidad de Carabobo, Venezuela.

-Doris Acevedo, Universidad de Carabobo, Venezuela.

-Estela Ospina Salinas, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.

-George L. Delclos, Division of Environmental and Occupational Health Sciences, The University of Texas School of Public Health, USA.

-Leopoldo Yanes, S.A. Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon", Venezuela.

-Lilian Capone, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

-Lya Feldman, Universidad Simón Bolívar, Venezuela.

-Margarida Barreto, Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo, Brasil.

-María del Carmen Martínez, S.A. Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon", Venezuela.

-María del Pilar Matud, Universidad de La Laguna, España.

-María José del Pino, Universidad Pablo de Olavide, España.

-Milady Guevara de Sequeda, Universidad de Carabobo, Venezuela.

-Neil Maizlish, Instituto de Salud Pública, Oakland, California, USA.

-Orielle Solar, Universidad de Chile.

-Oscar Betancourt, Fundación Salud, Ambiente y Desarrollo, Ecuador.

-Pedro Almirall, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores - INSAT, Cuba.

-Susana Martínez Alcántara, Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco, México.

-Walter Varillas, Universidad Nacional Mayor de San Marco, Perú.

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

El objetivo de Salud de los Trabajadores es publicar los resultados de investigaciones originales que realizan aportes significativos en Salud Ocupacional. Los artículos metodológicos serán considerados para publicación, siempre que describan nuevos principios o una mejora significativa a los métodos existentes. El envío de manuscritos requiere que éstos no hayan sido publicados ni estén siendo considerada su publicación en otro órgano divulgativo. Cuando parte del material ha sido presentado en una comunicación preliminar o en un evento científico, esta información debe ser citada como pie de nota en la página del título, y el manuscrito enviado debe ser acompañado de una copia del documento expuesto.

La Revista publica Artículos Originales, Revisiones, Notas Científicas, Notas y Reflexiones, Cartas al Editor y Noticias de interés. El Comité Editor podrá rechazar, sugerir cambios o llegado el caso, realizar modificaciones a los manuscritos recibidos; siempre y cuando éstos no alteren el contenido científico. De igual forma, este Comité se reserva el derecho de publicación de los escritos que se reciben en cualquiera de las secciones que la Revista posee. Los manuscritos deben elaborarse siguiendo las instrucciones para los colaboradores. Su incumplimiento es considerado para la aceptación del manuscrito.

EDITORIAL

Trabajos escritos por encargo del Comité Editor, o bien redactados por algunos de sus integrantes o colaboradores sobre un tópico o aspecto particular de las áreas temáticas de la Revista. No debe ser superior a 4 folios (a doble espacio).

ARTÍCULOS ORIGINALES

Informes o trabajos que comunican por primera vez (inérito) los resultados de una investigación científica, sea de carácter teórico, técnico, empírico o metodológico.

Texto: su extensión no deberá exceder de 25 folios tamaño carta, a doble espacio.

Tablas: un máximo de 6 tablas y 8 figuras.

Referencias Bibliográficas: se recomienda no superar las 40 citas. Los documentos referidos deben ser actualizados con una data, a lo sumo, no mayor a cinco años.

Los criterios que se aplicarán para valorar la aceptación de los artículos serán el rigor científico metodológico, novedad, trascendencia del trabajo, concisión expositiva, así como la calidad literaria del texto.

REVISIONES

Escritos que tratan de una actualización bibliográfica (estado del arte) en torno a un problema o tema en particular de interés general de la Revista, tienen como objeto resumir, analizar, evaluar o sintetizar información ya publicada. No debe superar las 20 páginas a doble espacio. Se admite un máximo de 4 tablas y/o figuras y 20 referencias bibliográficas actualizadas con una data, a lo sumo, no mayor a cinco años.

NOTAS CIENTÍFICAS

Comunicaciones sobre hallazgos y/o resultados preliminares, aplicación de técnicas y/o metodologías novedosas, relevantes y de interés al área. Puede referirse a sistema de registro, medición, procesamiento de datos cuantitativos o información cualitativa. No debe superar los 15 folios a doble espacio y 15 referencias bibliográficas actualizadas con una data, a lo sumo, no mayor a cinco años.

NOTAS Y REFLEXIONES

Escritos que expresan una opinión en torno a temas de interés o problemas de actualidad en el área. No debe exceder de 8 páginas, un máximo de 4 tablas o figuras y 10 referencias bibliográficas actualizadas con una data, a lo sumo, no mayor a cinco años.

CARTAS AL EDITOR

Comunicaciones que expresan los puntos de vista de los lectores respecto a artículos, denuncias y opiniones encontradas.

Su estructura estará conformada por: resumen (100 palabras), no más de seis palabras claves, título, un texto que no exceda de 5 páginas (excluyendo las referencias). Los comunicados no deben dividirse en secciones (introducción, métodos, resultados).

NOTICIAS

Resaltan informaciones de interés para nuestros lectores: actividades, eventos científicos, innovaciones, reuniones, reconocimientos, reseñas de libros, información bibliográfica.

SISTEMA DE ARBITRAJE

Una vez que el Comité Editor lleva a cabo la revisión previa de las propuestas, dichos trabajos serán sometidos al proceso de arbitraje por especialistas en el área o temática, los cuales se registrarán por la planilla de evaluación diseñada para ello. No se devolverán los originales y cada propuesta será revisada por un número impar (3) de árbitros, siguiendo el sistema doble ciego.

- Aspectos a ser considerados por los árbitros en el proceso de evaluación de las propuestas: pertinencia del trabajo respecto a la línea editorial o especialidad de la Revista; adecuación del título; resumen y palabras clave; desarrollo coherente del contenido; organización de secciones; objetividad del enfoque; dominio del tema; aportes al conocimiento del objeto; calidad en el tratamiento de las fuentes bibliográficas y actualización de las mismas, presentación de conclusiones, recomendaciones e ilustraciones: tablas, figuras, y por último, una apreciación general. Las escalas de medición empleada para este proceso será: Publicar, Publicar con Modificaciones y No Publicar y el árbitro deberá sustentar sus opiniones en cada aspecto de la planilla.

- El tiempo promedio para notificar el resultado del arbitraje es de dos (2) meses.

- El Comité Editor verificará si la propuesta cumple con las pautas establecidas por la Revista, así como emitirá observaciones respecto a redacción y el estilo en un lapso promedio de quince (15) días y se reserva el derecho de aceptar, rechazar, solicitar modificaciones y hacer las correcciones que se estimen necesarias para ajustar el manuscrito al estilo de la Revista.

- Con base a los resultados del arbitraje el Comité Editor tomará la decisión de:

- Aceptación inmediata para publicar sin cambios.

- Aceptación con ligeras modificaciones, en el entendido que el trabajo deberá ser ajustado de acuerdo a las observaciones hechas por los árbitros.

- Aceptación con modificaciones sustanciales en las cuales los autores tendrán un plazo de dos(2) meses para llevar a cabo las correcciones sugeridas por los árbitros. En

caso contrario el escrito será sometido a nueva revisión.

- La propuesta es rechazada sin opción de reenviar una nueva versión.

Después del arbitraje, los manuscritos serán sometidos a un procesamiento editorial que puede incluir, en caso necesario, su condensación y la supresión o adición de tablas, figuras, ilustraciones y anexos, que aseguren la calidad de la publicación. La versión editada se remitirá al autor para su aprobación y para que responda alguna pregunta adicional que le haga el Editor. El Comité Editor no se hace responsable de los conceptos u opiniones expresados en los trabajos publicados y se reserva el derecho de no publicar un manuscrito si su(s) autor(es) no responde(n) a satisfacción las preguntas planteadas.

La revisión de los manuscritos se hará respetando el derecho de los autores a la confidencialidad en cuanto a la información, resultados y esfuerzo creativo. Así mismo, se respetará el derecho a la confidencialidad de los árbitros y editores.

ASPECTOS ÉTICOS

Los trabajos de investigación deben adherirse a los acuerdos internacionales consistentes con la Declaración de Helsinki (1975) y sus posteriores revisiones, para la investigación con organismos vivos y el ambiente. Por tanto, cuando sea necesario, se incluirá una explicación sobre los procedimientos seguidos en el estudio revisado y avalado por un Comité de Bioética.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los artículos incluirán en la página del título de la Revista, las notas sobre los apoyos recibidos (financieros, equipos, personal de trabajo, entre otros) de personas e instituciones públicas o privadas para la realización del estudio, así como las relaciones personales e institucionales que pueden incidir en la conducción, los resultados o la interpretación de los mismos. El Comité Editor estará atento a los posibles conflictos de interés que puedan afectar la capacidad de los pares o árbitros o que los inhabilitan para evaluar un determinado manuscrito.

SALUD DE LOS TRABAJADORES

Revista Internacional arbitrada e indizada dedicada a los problemas de salud y ambiental

APÉNDICE II

Guía para los Colaboradores

FORMA, PREPARACIÓN Y ENVÍO DE MANUSCRITOS

Salud de los Trabajadores es una publicación de la Universidad de Carabobo. Tiene una periodicidad semestral y ofrece sus publicaciones a texto completo de forma gratuita en su página Web.

Al remitir los trabajos, resulta necesario que se designe un autor de contacto, quien deberá proporcionar los siguientes datos: Nombre completo, teléfono, correo electrónico y dirección postal. El autor de contacto será el responsable de aportar al Comité Editor la información adicional que se le solicite, de revisar, llevar a cabo las correcciones o sugerencias por los árbitros y aprobar la versión final del documento. El escrito debe ser enviado vía email a st.revista@gmail.com, con una comunicación anexa, dirigida al (la) Director(a) de la Revista, donde se especifique: a. Nombres y Apellidos de los autores (normalizados, de acuerdo a como firman en sus trabajos), b. Dirección completa, c. Código Postal, d. Institución a la cual están adscritos, teléfonos y correo electrónico del autor al que deberá enviarse la correspondencia; e. Área temática principal del trabajo, aportes y relevancia, f. Declaración de originalidad del manuscrito o que no se encuentra sometido al proceso de arbitraje en otra publicación, g. Síntesis curricular de los autores (no debe exceder de 1 cuartilla).

i. Texto

En la preparación del manuscrito la redacción debe ser en forma impersonal. Usar un procesador de texto Word, con letra Times New Roman de 12 puntos, en tamaño carta, con márgenes de 3 cm. y con interlineado a doble espacio en todo su contenido (página inicial, resumen, texto y referencias). Sangría en todos los párrafos. El formato del archivo digital que contiene el texto del trabajo deberá ser .doc. Las páginas deberán tener una numeración consecutiva en su ángulo superior. El uso de palabras en otro idioma debe colocarse en letra cursiva.

ii. Tablas y figuras

Todas las tablas y figuras deben citarse en el texto en orden numérico e indicarse su posición en el cuerpo del trabajo- En el pie de cada una de ellas debe llevar Fuente con su respectivo año. Las figuras, fotos e imágenes creadas por computadoras deben ser nítidas para facilitar su

reproducción e impresión. Para la versión electrónica de la revista los dibujos sencillos y gráficas en formato GIF, fotografías en formato JPG. Si son para una revista electrónica las imágenes deben ser digitalizadas en una resolución no menor de 300 dpi y en aquellos casos donde la figura ha sido publicada, se citará la fuente original y se remitirá la autorización por escrito del titular de los derechos de autor para su uso o reproducción.

iii. Las leyendas o pie de figuras

Las leyendas posibilitan que las figuras o tablas sean comprendidas sin necesidad de hacer referencia al texto. Los símbolos, flechas, números o letras utilizados para resaltar parte de una ilustración, deberán especificarse y explicarse inequívocamente en la leyenda.

iv. Resumen estructurado en español e inglés

Cada Artículo y Revisión deberán estar precedidos por un resumen informativo con un máximo de 250 palabras: Introducción (la razón del estudio), Objetivo, Material y métodos (que reflejen cómo se efectuó el estudio), Resultados (hallazgos principales) y Conclusiones (la interpretación contrastada de los resultados). Se redacta en tiempo pasado y no pueden usarse pie de páginas ni abreviaturas.

v. Palabras clave en español e inglés

A cada uno de los resúmenes en los artículos y revisión seguirán palabras clave representativas del contenido del artículo o términos de indización (no menos de tres ni más de seis). Evitar palabras que estén contenidas en el título. Para la asignación de estos términos usar aquellas aceptadas por bases de datos internacionales, las cuales pueden ser consultadas en las siguientes direcciones electrónicas:

Descriptores en Ciencias de la Salud (Español):

<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

Medical Subject Headings of Index Medicus (Inglés):

<http://www.nlm.nih.gov/mesh/>

vi. Autoría

Las personas designadas como autores habrán de cumplir con ciertos requisitos para tener derecho a la autoría. Cada autor debe haber participado en el trabajo en grado suficiente para asumir responsabilidad pública por su contenido en cuanto a la concepción y el diseño, el análisis y la interpretación de los datos, redacción del artículo o la revisión crítica de una parte importante de su contenido intelectual. La sola participación en cuanto al financiamiento o la recolección de datos o la supervisión general del grupo de investigación no justifica el crédito como autor. El primer autor es, generalmente, la persona que más contribuyó al desarrollo de la investigación. Los coautores o autores secundarios se colocan de acuerdo al orden o importancia de su contribución.

Deberán aparecer bien identificados: Nombre, Apellido y adscripción institucional y correo electrónico. Para identificar la adscripción institucional usar números supraíndices y ubicarlo al pie de la primera página.

vii. Notas a pie de página

Se utilizarán excepcionalmente y sólo para contener texto adicional y nunca para referencias bibliográficas.

viii. Abreviaturas y símbolos

Sólo se emplearán abreviaturas normalizadas y deberá evitarse su inclusión en el título y en el resumen. Cuando se mencione por primera vez, ésta irá precedida del término completo al que corresponde, salvo si se trata de una unidad de medida común.

ix. Unidades de Medida

Las medidas de longitud, altura, peso y volumen se expresarán en unidades del sistema métrico. La temperatura se reflejarán en grados Celsius; la presión arterial se indicará en milímetros de mercurio y todos los valores hematológicos y de química clínica se expresarán en unidades del sistema métrico decimal, de acuerdo con el Sistema Internacional de Unidades.

x. Agradecimientos

Se detallarán al final del trabajo indicando los nombres y filiación institucional de aquellos a los que se agradece, así como el tipo de colaboración prestada. La información respecto al apoyo financiero o becas para la investigación se reconocen al pie de la primera página.

xi. Anexos

El material complementario pero esencial de un trabajo se recogerá en anexos. Estos se colocarán al final del texto, después de las referencias bibliográficas. Deberán identificarse con letras o números y un título.

xii. Citas

Generalmente a textos que apoyan una afirmación o aclaran una hipótesis de trabajo. Salud de los Trabajadores asume el estilo de la American Psychological Association (APA) en su 6ta. edición para las citaciones y referencias bibliográficas, disponible en <http://www.apastyle.org/>

El formato de la cita va a depender del:

- **Énfasis en el(los) autor(es).** Se coloca apellido del autor/a, año de la publicación entre paréntesis, la cita y la página de donde fue tomada entre paréntesis.

Blake (1994) plantea que “la cultura preventiva tiene un papel importante dentro de las organizaciones, no sólo en el área de seguridad, sino también en salud, ambiente, higiene, ergonomía, entre otras” (p. 55).

- **Énfasis en el texto.** Se coloca la cita y al final del texto, entre paréntesis, Apellido del autor/a, año de la publicación y página entre paréntesis.

“Los accidentes de trabajo son un problema para muchas empresas y su origen principalmente se debe a los actos y condiciones inseguras” (Zamorano, Parra, Peña & Castillo, 2008, p. 50).

- **Énfasis en el año.** Se menciona el año primero, luego autor/a, la cita y página.

En el 2003, Mago plantea que “la actividad laboral puede convertirse paulatinamente, en un posible generador de daños a la salud” (p. 133).

Autores y sus Obras

La 6ta. edición de la APA contempla el tratamiento para los autores latinos y las autoras con Apellido de casadas, y para el proceso de citación se usa el sistema parentético (autor-fecha). Algunas consideraciones:

- Si la obra posee más de 6 autores desde la primera vez que se cita se debe mencionar Apellido del primer autor, seguido de la frase et al.

- Obra de 6 o menos autores se deben mencionar todos la primera vez y para las veces subsiguientes se coloca Apellido del primer autor y et al.

- En el caso de que la obra pertenezca a dos autores cada vez que se citan se deben señalar.

- Si se citan en un mismo párrafo la primera vez se coloca el año y las veces subsiguientes no.

- Si existen dos obras citadas del (los) mismo(s) autor(es) publicadas en un mismo año, se diferencia una de otra agregándole a(1era) y b(2da).

- Si no varía el primer autor, en obras de varios autores publicadas en un mismo año, se diferencian las obras agregándoles a(1era) y b(2da).

- Si en una misma cita se hace referencia a dos o más obras del mismo autor o autores, se colocan los años de cada una separados por coma, en orden cronológico.

- Si no varía el primer autor, en obras de varios autores, publicadas en un mismo año. se diferencia las obras agregándoles a(1era) y b(2da).

- Al citar trabajos de diversos autores, escriba los apellidos separados por punto y coma dentro de un mismo paréntesis y escriba las citas en orden alfabético por el Apellido del primer autor.

Diversos estudios (Balda, 1991; Kamil, 1988 y Pepperberg & Funk, 1990) coinciden en que..... (p. x).

- Autores con Apellidos iguales: Se deberá incluir la Inicial del nombre aun cuando la fecha de publicación sea diferente.

Smith, P. (2005) y Smith, A. (2007) desarrollaron....(p. x).

- Autores con Apellidos e Iniciales iguales del nombre: Se deberán incluir los nombres completos.

Smith, Peter (2007) y Smith, Paula (2008) plantean la necesidad de (p. x).

- Sin autor o anónimos: El título toma el lugar del autor. La primera vez se cita completo y en caso de citarse otra vez, se abrevia.

- Autor Institucional o Corporativo: Cuando el autor de la obra es una institución, la primera vez que se menciona se debe escribir el nombre completo, seguido de las siglas y las veces subsiguientes indicar sólo la sigla.

Citas textuales (cortas)

Fuentes impresas

Si la cita es textual y contiene menos de 40 palabras debe ir entre comillas y señalar el N° de la página donde se extrajo. El N° de la pág. puede ir al inicio cuando se mencionan los autores o al final de la cita.

Los trastornos musculoesqueléticos de origen laboral pueden definirse como “los síndromes, padecimientos o lesiones del sistema óseo y muscular originados por movimientos repetitivos en los miembros superiores; manipulación de cargas y posiciones forzadas sostenidas” (Cilveti & Idoate, 2000, p. 79).

Fuentes electrónicas

Autor, año y el número de la página entre paréntesis. En caso de no poseer el número de página, se debe indicar el N° del párrafo con la abreviatura (párr.), sección o capítulo.

Los Defensores del Pueblo llamaban “ese sufrimiento en silencio, esa contribución para el crecimiento y la competitividad, el impuesto de sangre” (Ramonet, 2009, párr. 4, Editorial).

- Si el nombre de la sección o capítulo del documento es muy extenso, use un título abreviado entre comillas.

“Mientras las clases medias son devastadas, empobrecidas, la riqueza continúa concentrándose en un grupo: hace 30 años un empresario ganaba 40 veces más que el salario de un trabajador; actualmente gana 1000 veces más” (Ramonet, párr. 1, “El desmantelamiento”).

Citas textuales (largas)

Si la cita posee más de 40 palabras se indenta en ambos márgenes del texto y se omiten las comillas.

Hernández, Fernández & Baptista (1994) señalan que: Siempre es conveniente efectuar la revisión de la literatura y presentarla de una manera organizada (llámese marco teórico o marco de referencia). Nuestra investigación puede centrarse en un objetivo... continua la cita. (p. 51).

- Si hay párrafos adicionales dentro de la cita, colocar sangría en la primera línea de cada uno.

- Cuando se omita parte del texto en la cita el texto omitido se reemplaza con puntos suspensivos (...).

- Cuando se agrega algo a la cita que no corresponde a lo citado por el autor, debe colocarse entre corchetes.

Citas de citas o citas indirectas

No deben omitirse. Se menciona la obra original y se indican los datos de la fuente consultada (fuente secundaria). En la lista de referencia se reseñará la fuente secundaria.

Paráfrasis

En un estudio de Seindenberg (citado por Atkins & Haller, 1993) se encontró que... continua la cita.

Al elaborar las referencias bibliográficas se debe indicar los datos de la obra de Atkins & Haller no a Seindenberg.

Textual

“En los Estados Unidos la Sociedad Americana de Cáncer (2007) estimó que se diagnosticarían cerca de 1 millón de casos de melanoma, con el resultado de 8110 muertes por melanoma” (Miller et al., 2009, p. 209).

xiii. Referencias Bibliográficas

Al final del trabajo se colocarán las referencias relativas a las citas del texto principal en estricto orden alfabético. Sólo deben incluirse referencias a documentos que contengan información relevante de los que el autor tenga conocimiento directo y que hayan sido discutidos o citados en el texto. Para efectos de potenciar la calidad de su escrito, es muy importante que incorpore Referencias de reciente data, a lo sumo no más de cinco años. Este aspecto es considerado en la evaluación del mismo.

Normas para la presentación de las Referencias:

- Usar sangría a cinco espacios a partir de la segunda línea (párrafo francés).

- Usar coma para separar los autores. Con dos o más autores utilice el signo &, antes del último autor.

- Cuando la obra tenga 8 autores o más, mencione los primeros 6, luego inserte puntos suspensivos y añada el último autor.

Gilbert, D., McClernon, J., Rabinovich, N., Sugai, C., Plath, L., Asgaard, G., ... & Botros, N. (2004). Effects of quitting smoking on EEG activation and attention last for more than days and more severe with stress, dependence, DRD2 A1 allele, and depressive traits. *Nicotine and Tobacco Research*, 6, 249-267.

- Cuando no se especifique el autor o editor, coloque el título del documento y el resto de los datos.

- En caso de no conocer la fecha de la obra, sustituir por (s.f.) que significa sin fecha.

- Los títulos de las obras y revistas van en cursiva.

-Las obras de un mismo autor se ordenan cronológicamente.

- Si existen dos obras de un autor, una de las cuales es realizada conjuntamente con otras personas, se coloca primero donde aparece como único autor y luego la de varios autores.

Artículos en revistas impresas

• Artículo en una revista estándar

Apellido, A. (Año). Título del artículo. *Nombre de la Revista, Volumen* (Nº de la revista), páginas del artículo separadas por guión.

Rose, M., Huerbin, M., Melick, J., Marion, D., Palmer, A. & Schiding, J. (2002). Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res*, 35(1-2), 40-46.

-Cuando no tiene número sino que expresa un mes, estación del año o es una edición especial se hace referencia al caso en cursiva, páginas.

Thompson, L. & Walker, A. (1982). The died as the unit of analysis: Conceptual and methodological issues. *Journal of Marriage and the Family*, november, 889-900.

• Artículo aceptado pero no publicado aún (En prensa)

Tian, D., Araki, H., Stahl, E., Bergelson, J. & Kreitman, M. (2002). Signature of balancing selection in Arabidopsis. *Proc Natl Acad Sci USA*. (En prensa).

• Volumen con suplemento

Geraud, G., Spierings, E. & Keywood, C. (2002). Tolerability and safety of frovatriptan with shortand long-term use for treatment of migraine andin comparison with sumatriptan. *Headache*, 42(Suppl 2), S93-S99.

• Número con suplemento

Glauser, T. (2002). Integrating clinical trial data into clinical practice. *Neurology*, 58(Suppl 7), S6-S12.

• Parte de un volumen

Abend, S. & Kulish, N. (2002). The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. *Int J Psychoanal*, 83(Pt 2), 491-495.

• Parte de un número

Ahrar, K., Madoff, D., Gupta, S., Wallace, M., Price, R. & Wright, K. (2002). Development of a large animal model for lung tumors. *J VascIntervRadiol*, 13(9 Pt1), 923-928.

• Número sin volumen

Banit, D., Kaufer, H. & Hartford, J. (2002). Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *ClinOrthop*, (401), 230-238.

• Organización como autor

Diabetes Prevention Program Research Group (2002). Hypertension, insulin and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hiper tension*, 40(5), 679-686.

Artículos de revistas (electrónicas)

DOI (Digital Object Identifier) es una serie alfanumérica única asignada por la editorial a los documentos en formato electrónico que identifica el contenido y provee un vínculo consistente para su recuperación en Internet. Si la obra lo tiene se debe incluir en la referencia.

• Artículos electrónicos con DOI

Demopoulos, A., Fry, B. & Smith, C. (2007). Food web structure in exotic and native mangrove: A Hawaii – Puerto Rico comparison. *Oecologia*, 153(3), 675-86. doi:10.1007/s00442-007-0751-x

• Artículo de Internet basado en una fuente impresa

Castro, R. (1994). Estrategias en salud reproductiva del adolescente en Chile [versión electrónica]. *Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia*, 1(2), 38-45.

• Artículo de Internet basado en una Revista Electrónica

- No se coloca la fecha de extracción del documento.

- No se escribe punto después de la dirección electrónica (URL)

Underwood, M. (2004). The correlation between increased productivity and the development of critical listening skills. *Journal of Aural Intelligence*, 9, Article 003a. Retrieved from <http://auraliQ.org/productivity/volume9/art003a.html>

Periódicos, Boletines

• Impresos

Apellido, A. (Año, fecha). Título del artículo. *Nombre del periódico o boletín*, sección o cuerpo, pp. xx-xx.

Schwartz, J. (1993, september 30). Obesity affects economic, social status. *The Washington Post*, pp. A1-A4.

• En la Web

Apellido, A. (Año, fecha). Título del artículo. *Título de la publicación*. Recuperado de URL

Duhigg, C. (2009, september 12). Toxic waters: Clean water laws are neglected, at a cost in human suffering. *The New York Times*. Retrieved from <http://www.nytimes.com/2009/09/13/us/13water.html?em>

Libros (Monografías)

• Impresos

Apellido, A. (Año). *Título: Subtítulo*. Ciudad: Editorial.

Benach, J. & Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud: Cómo la desigualdad social daña*

nuestra salud?. Maracay: Instituto de Altos Estudios en Salud Pública.

• Electrónicos con DOI

- Se omite el lugar de publicación y la casa editora.

Apellido, A. (Año). *Título: Subtítulo* [quien publica la versión electrónica]. doi: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Montero, M. & Sann, C. (Eds.). (2009). *Psychology of Liberation: Theory and applications* [version de Springer]. doi: 10.1007/078-0-38784-8

• En la web

Apellido, A. (Año). *Título: Subtítulo*. Recuperado de URL

Foley, K. & Gelband, H. (2001). *Improving palliative care for cancer*. Retrieved from <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

• Versión Electrónica de un libro impreso

Apellido, A. (Año). *Título: Subtítulo* [quien publica la versión electrónica]. Recuperado de URL

Shotton, M. (1989). *Computer addiction? A study of computer dependency* [version DX Reader]. Retrieved from <http://www.ebookstore.tandf.co.uk/html/index.asp>

Capítulos de Libros u Obras de Referencia

• Impresos

Apellido, A. (Año). Título del capítulo o entrada. En Inicial del Nombre y Apellido(s) de(los) autor(es), (Comp(s). o Ed(s).) *Título de la obra* (pp. xx-xx). Ciudad: Editorial.

Sánchez, L., Pino, M., Matud, P. & Zingales, R. (2011). Consideraciones psicosociales sobre el acoso sexual en el trabajo. En M. Velasco (Dir.). *Mobbing, acoso laboral y acoso por razón de sexo: Guía para la empresa y las personas trabajadoras* (pp.47-63). (2 ed.). Madrid: Tecnos.

• Impresos con volúmenes

Apellido, A. (Año). Título del capítulo o entrada. En Inicial del Nombre y Apellido(s) de(los) autor(es), (Comp(s). o Ed(s).) *Título de la obra* (Vol. N°, pp. xx-xx). Ciudad: Editorial.

Angulo, E. (2000). Clonación. Se admiten apuestas? En *Nueva Enciclopedia del mundo: Apéndice siglo XX* (Vol. 41, pp. 620-622). Bilbao: Instituto Lexicográfico Durvan.

• Electrónicos

Apellido, A. (Año). Título del capítulo o entrada. En Inicial del Nombre y Apellido(s) de(los) autor(es), (Comp(s). o Ed(s).) *Título de la obra* (capítulo o sección). Recuperado de URL

Khalef, A. (2003). ¿Es la violencia en el trabajo una fatalidad?. En OIT (Ed.). *La violencia en el trabajo*. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd30/trabajopdf>

Association of Experimental Learning. (2001). You can get your hands on this. In *Developing tools for tactile learners* (sect. 3). Retrieved from <http://www.ael.org/archive/hadson/three.html>

Series Monográficas

Apellido, A. (Año). *Título: Subtítulo*. (Número de edición). Ciudad: editorial. (Nombre de la Serie o Colección, N°).

Wilde, O. (2007). *Cuentos completos*. (16 ed.). Madrid: Espasa - Calpe. (Austral, Serie Azul: narrativa, N° 60).

Disertaciones y Tesis

Se consideran tesis y disertaciones los trabajos de maestría o doctorado.

• Publicada

Apellido, A. (Año). *Título*. (Tesis de maestría o doctoral, Universidad). Ciudad: Editorial.

Sevilla, R. (2005). *La doctrina del entendimiento agente en la gnoseología de Francisco Suárez* (Disertación Doctoral, Universidad de Navarra). Pamplona: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra.

• No Publicada

Apellido, A. (Año). *Título*. (Tesis de maestría o doctoral no publicada). Nombre de la Universidad. Ciudad, País.

Muñoz, L. (2004). *Determinación del conocimiento sobre inteligencia emocional que poseen los maestros y la importancia que le adscriben al concepto en el aprovechamiento de los estudiantes*. (Tesis de maestría no publicada). Universidad Metropolitana. San Juan, Puerto Rico.

• Extraída de una Base de Datos Comercial

Apellido, A. (Año). *Título*. (Tesis de maestría o doctoral). Recuperada de Nombre de la B/D. (Número de acceso o de orden)

Santini, M. (1998). *The effects of various types of verbal feedback on the performance of selected motor development skills of adolescent males with Down syndrome*. (Tesis doctoral). Recuperado de la Base de Datos ProQuest Dissertations and Theses. (AAT9832765).

• En la Web

Apellido, A. (Año). *Título*. (Tesis de maestría o doctoral, Universidad). Recuperada de URL

Aquino, A. (2008). *Análisis en el desarrollo de los temas transversales en los currículos de español, matemáticas, ciencias y estudios sociales del Departamento de Educación*. (Tesis de maestría, Universidad Metropolitana). Recuperado de http://suagm.edu/umet/biblioteca/UMTESIS/Tesis_Educacion/ARAquinoRios1512.pdf

Leyes y Decretos

• Impresas

País. Título de la ley. (Año, fecha). *Fuente donde se publica*, fecha de publicación.

Venezuela. Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y Trabajadoras. (2012, 30 de abril). En *Tribunal Supremo de Justicia. Gaceta Oficial de la República, 6076* [Extraordinaria], mayo 7, 2012.

• En la Web

País. Título de la ley. (Año, fecha). Fuente donde se publica [en línea]. Recuperado de URL

Venezuela. Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y Trabajadoras. (2012, 30 de abril). En *Tribunal Supremo de Justicia. Gaceta Oficial de la República, 6076* [Extraordinaria][en línea]. Recuperado de <http://www.tsj.gov.ve/gaceta/Mayo/752012/752012-3422.pdf#page=2>

Eventos (Ponencias)

• Publicados

Apellido, A. (Año). Título de la ponencia. En *Título de la publicación*. Ciudad, Fecha, páginas que contienen la ponencia.

Carlino, P. & Estienne, V. (2004). ¿Pueden los universitarios leer solos? Un estudio exploratorio. *En Memoria de las XI Jornadas de Investigación en Psicología*. La Plata, 29 y 30 de julio, t. 1, pp.169-193.

• No publicado

Apellido, A. (Año). *Título de la ponencia*. Ponencia presentada en nombre completo del evento. Ciudad, fecha.

Fernández, G., Izuzquiza, V. & Laxalt, I. (2002). *¿Enseñanza de prácticas de lectura en la universidad?*. Ponencia presentada en el Tercer Encuentro: La Universidad como Objeto de Investigación. La Plata, 24 y 25 de octubre.

Póster

Apellido, A. (mes, año). *Título del Póster*. Presentado en la sesión de Posters del evento. Ciudad, País.

Carrera, L. (noviembre, 2002). *Anestésicos locales en odontología: Farmacología de la lidocaína*. Presentado en la Sesión de Posters del 4º Congreso de Investigación Odontológica. Mérida, Venezuela.

Informes de Entes Gubernamentales

• Impresos

País. Institución y dependencias en orden jerárquico (sin abreviar). (Año). *Título*. Ciudad: Editor.

México. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2006). *Principales Indicadores de Empresas Constructoras. Estadísticas Económicas*. México, DF: Autor.

• En la Web

País. Institución y dependencias en orden jerárquico (sin abreviar). (Año). *Título*. Recuperado de URL

Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Dirección de Inmunizaciones. Coordinación de Enfermedades Inmunoprevenibles. Sistema PESS. (2009). *Indicadores de vigilancia en enfermedades inmunoprevenibles*. Recuperado de <http://www.ovsalud.org/doc/IndicadoresMPPPS2009.pdf>

Recursos multimedia

• Películas y videos

Apellido, A. (Productor, Escritor o Director). (Año). *Título del material* [descripción]. País: Empresa Productora.

Darnell, E. & Johnson, T. (Directores). (1998). *Hormiguinha Z* [Cinta cinematográfica]. Brasil: Dream Works/Pacific Data Images Productora.

• CD-Rom, DVD, Videocassette

Autor. (Año). *Título* [descripción física]. Lugar de edición: Editor.

Argentina. Ministerio de Cultura y Educación. Biblioteca Nacional de Maestros. (1996). *Base de Datos Bibliográfica* [CD-Rom]. Buenos Aires: Autor.

Blogs

• Comentario o Post

Autor. (Año, fecha). Post [Web log post]. Recuperado de URL

PZ Myers. (2007, January 22). The unfortunate prerequisites and consequences of partitioning your mind [Web log post]. Retrieved from http://scienceblogs.com/pharyngula/2007/01/the_unfortunate_prerequisites.php

• Notas Técnicas, Normas

ISO 7243. (1982). Hot environments - Estimation of the heat stress on working man, based on the WBGT-index (wet bulb globe temperature).

Norma Belga NBX 10-001. (1981). Principios ergonómicos de la concepción de sistemas de trabajo. Comisariato General de la Promoción del Trabajo (30 de abril).

xiv. Artículos Originales - Pautas

Deberán contener la siguiente estructura:

- Preliminares

- Título en español e inglés con una extensión máxima de 15 palabras. Salud de los Trabajadores usa el estilo de títulos descriptivos (reseña el contenido de la investigación sin ofrecer resultados). Al momento de su elaboración evitar el uso de siglas, abreviaturas o frases poco informativas como: aspectos de, comentarios sobre, estudio de, entre otras.

- Nombre del autor(es), adscripción y emails.

- Fuentes de financiamiento en caso de que aplique.

- Resumen y Abstract.

- Palabras clave.

- Cuerpo del trabajo

Contemplará las siguientes secciones: Introducción, Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones. Los artículos en extenso pueden necesitar subtítulos dentro de algunas secciones a fin de hacer más claro su contenido.

- Introducción

Indique el propósito del artículo y resuma el fundamento lógico del estudio.

- Material y métodos

Señalar el enfoque epistemológico de la investigación, el tipo de estudio, población, características de la muestra o en el caso de estudios cualitativos, los métodos o pruebas utilizadas, metodología e instrumentos de recolección de la información. Cuando se realice experimentación con seres humanos o animales, deberán incluirse los formatos de consentimiento informado correspondientes, así como los mecanismos para resguardar la confidencialidad de los datos personales de los pacientes o sujetos de investigación. Se redacta en tiempo pasado, detallando qué se hizo, cuándo, cómo y para qué a fin de que la investigación sea susceptible de repetirse. En los informes sobre los ensayos clínicos aleatorios, se facilitará información sobre los principales elementos del estudio, entre ellos el protocolo (población de estudio, intervenciones o exposiciones, resultados y justificación del análisis estadístico), la asignación de intervenciones (métodos para distribuir aleatoriamente, carácter ciego de la asignación a los grupos de tratamiento) y, el método de enmascaramiento. Los autores que remitan artículos de revisión incluirán una sección en

la que describan los métodos utilizados para localizar, seleccionar, recoger y sintetizar los datos.

- Resultados

Deben presentarse de forma clara y concisa, siguiendo una secuencia lógica. Las tablas y figuras deben usarse para ilustrar lo expuesto. No repetir en el texto los datos contenidos en las tablas o figuras.

- Discusión

Consiste en la interpretación de los resultados y relacionarlos con el conocimiento existente, haciendo hincapié en los hallazgos nuevos e importantes del estudio y en las conclusiones que se derivan de ellos. La información dada en otras partes del texto puede ser citada pero no repetida en detalle en la discusión. En esta sección se explican los resultados y se comparan con datos obtenidos por otros investigadores. Puede incluir recomendaciones y sugerencias para investigaciones futuras. Si la discusión es extensa se debe finalizar enumerando los hallazgos más relevantes.

- Conclusiones

Las conclusiones deben estar fundamentadas de acuerdo a los objetivos del estudio, evitando afirmaciones poco fundamentadas y avaladas insuficientemente por los datos.

- Referencias Bibliográficas

- Agradecimientos

- Anexos

SALUD DE LOS TRABAJADORES

Los trabajos que se deseen publicar en la Revista deben ser enviados a nuestra redacción por los emails:
st.revista@gmail.com - ligia.uc@gmail.com

En caso de estar interesado(a) en establecer canje con esta publicación favor comunicarse a la Revista Salud de los Trabajadores por el email:
st.revista@gmail.com



Pescadores en la playita. Henry Santana Sosa. Oleo sobre lienzo.
República Dominicana