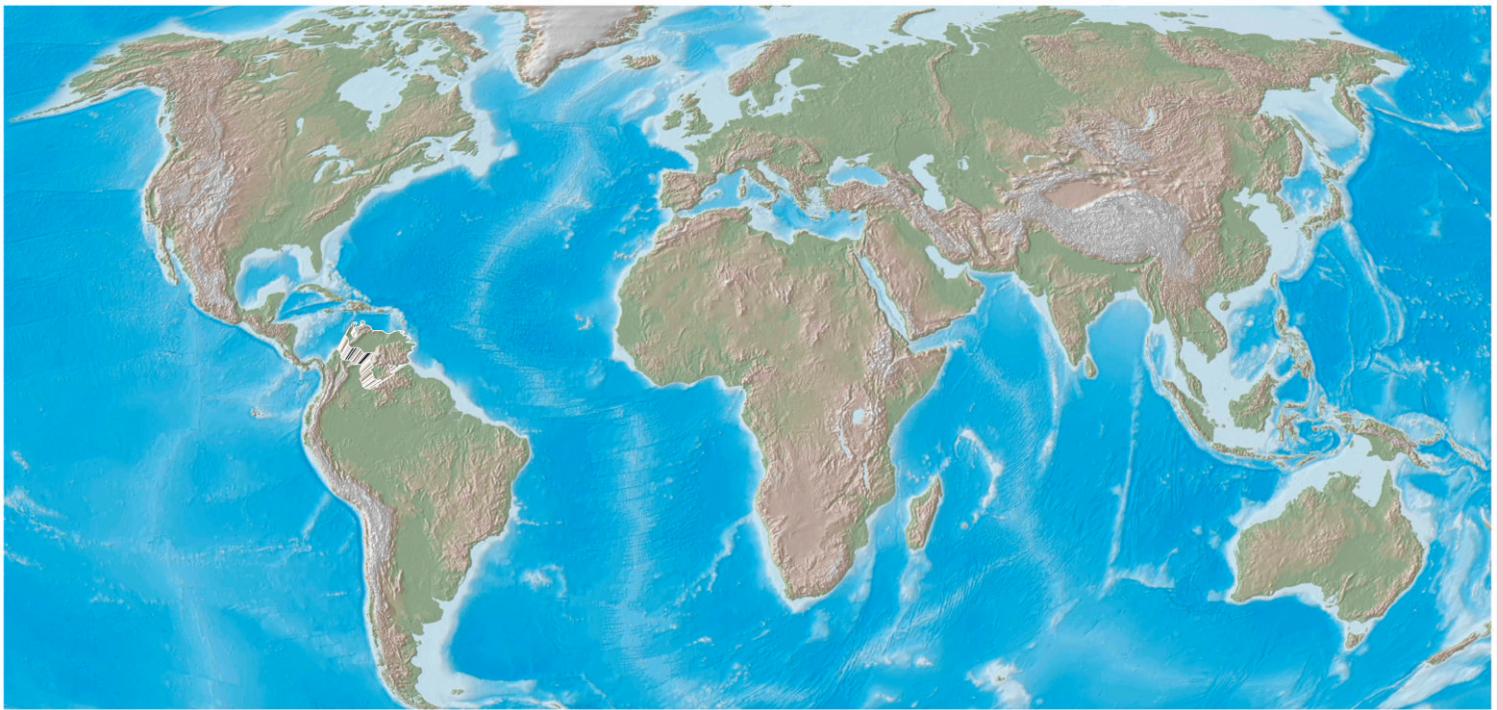


SALUD DE LOS TRABAJADORES

Volumen 22, Número 1
Enero - Junio 2014

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



ARTÍCULOS

Accidentes e incapacidad laboral temporal en trabajadores de la salud de un hospital de alta complejidad.

Condiciones de trabajo de docentes universitarios, satisfacción, exigencias laborales y daños a la salud.

REVISIONES

Suicidio, trabajo y sociedad: la "muerte voluntaria" en el modo de producción capitalista.

Lenguaje sujetado y violación de la dignidad de los teleoperadores en Salvador: efectos y enfermedades.

Todo se convirtió en *bullying*... Importancia del diagnóstico diferencial para una mejor atención.

NOTAS CIENTÍFICAS

Fundamentos teóricos-metodológicos para la investigación y análisis del proceso salud-trabajo-enfermedad: importancia y desafíos.

Investigación retrospectiva para dar respuesta al origen de una enfermedad ocupacional músculo-esquelética.

NOTA Y REFLEXIÓN

Reflexiones sobre la importancia de la Vigilancia Epidemiológica en Salud y Seguridad del Trabajo.



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

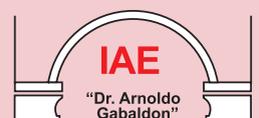
Rif: G-20000041-4

www.uc.edu.ve

Servicio Autónomo
Instituto de Altos Estudios
"Dr. Arnoldo Gabaldon"

Rif: G-20006221-5

www.iaes.edu.ve



La Revista Salud de los Trabajadores es una publicación científica, editada semestralmente, cuyo propósito es promover la divulgación, acceso y uso de la producción científica en las áreas de Salud Ocupacional y Ambiental, Medicina y Toxicología Ocupacional, Higiene Ocupacional, Seguridad Industrial, Derecho Laboral, Sociología del Trabajo, Educación Ambiental y Seguridad Social, Ergonomía, Salud Mujer y Trabajo, Gerencia en Salud Ocupacional.

Dirección:

Universidad de Carabobo (UC) y Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon" (IAE). Postgrado en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral (SOHAL). Av. Bermúdez, antiguo Edificio de Malariología. AP 2171, 2113 y 2442, ZP 2101. Maracay, estado Aragua, Venezuela.

Teléfonos: 58-0243 / 2324566

Fax: 58-0243 / 2324566

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

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

Portal web: www.iaes.edu.ve

Indizada:

Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS); Sistema Regional en Línea para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal (LATINDEX); Literatura Venezolana en Ciencias de la Salud (LIVECS); Servicios de Alerta sobre Publicación de Contenidos Científicos (DIALNET); Sistema Índices de Revistas Venezolanas en Ciencia y Tecnología (Revencty); y CLaCaLIA.

ISSN: 13-15-0138

Depósito Legal pp 199302AR125

Editada por:

Postgrado en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral, Universidad de Carabobo y Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon", Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Diseño y diagramación:

T.S.U. Yadira Salas G.

Dirección de Gestión de Información del S.A. IAE "Dr. Arnoldo Gabaldon".

Impresión:

VDP Soluciones Gráficas, C.A.

Telfs.: (0243) 241.8334 - vdp_soluciones@hotmail.com

Junio, 2014. Maracay, Edo. Aragua, Venezuela.

Tiraje: 500 ejemplares.

Comité Editor:

Directora: Ligia Sánchez Tovar, Universidad de Carabobo.

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

-Gisela Blanco, Universidad Central de Venezuela, Venezuela.

- Evelin Escalona, Universidad de Carabobo, Venezuela.

-Leopoldo Yanes Monteverde, Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon", Venezuela.

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

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

Secretaria Técnica: Maite Matute - Universidad de Carabobo.
Cesmagli Martinez - IAE/MPPS.

Consejo Consultivo:

- Aismara Borges, Universidad de Carabobo, Venezuela.

- Ana María Seifert, Centro de Estudios de las Interacciones Biológicas entre la Salud y el Medio Ambiente, Universidad de Québec, Canadá.

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

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

- Carmen Irene Rivero, Universidad de Carabobo, Venezuela.

- Christer Hogstedt, Swedish National Institute for Public Health, Sweden.

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

- Doris Acevedo, Universidad de Carabobo, Venezuela.

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

- Karen Messing, Centro de Estudios de las Interacciones Biológicas entre la Salud y el Medio Ambiente, Universidad de Québec, Canadá.

- Kyle Steenland, Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional, USA.

- Laura Punnet, University of Massachusetts-Lowell, USA.

- Luis Galíndez, Universidad de Carabobo, Venezuela.

- Luz Maritza Tennesse, Organización Panamericana de la Salud, Washington, USA.

- Marcos Súnico, Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon", Venezuela.

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

- María León, Ministerio del Poder Popular para la Igualdad de Género, Venezuela.

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

- Milady Guevara de Sequeda, Universidad de Carabobo, Venezuela.

- Neil Maizlish, Centro de Estudios en Salud de los Trabajadores, Universidad de Carabobo, Venezuela.

- Nilia Rodríguez, Universidad Central de Venezuela, Venezuela.

- Omar Verde, Universidad Central de Venezuela, Venezuela.

- Oscar Betancourt, Fundación Salud, Ambiente y Desarrollo, Ecuador.

- Philip Landrigan, University Chicago Hospital, USA.

- Rafael Moure, University of Massachusetts-Lowell, USA.

- Rob McConnel, Mont Sinai School of Medicine, Los Angeles, USA.

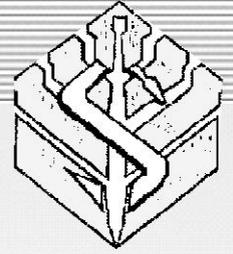
Director Fundador: Oscar Feo I.

Copyright: La Universidad de Carabobo y El S.A. IAE "Dr. Arnoldo Gabaldon" 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.

DISTRIBUCIÓN GRATUITA



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y PRODUCCIÓN INTELLECTUAL
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 de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo
- ☞ Diseño y Evaluación de Puestos de Trabajo
- ☞ Atención Médica y Servicio de Laboratorio
- ☞ Asesoría en Programas de Seguridad y Salud 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
- ☞ Convenios 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

Telfs.: (0243) 2710520, 2710606 (Ext. 112) - 7112233

cestucursos@gmail.com y cestucservicios@gmail.com

SALUD DE LOS TRABAJADORES

Volumen 22, Número 1
Enero - Junio 2014

CONTENIDO

EDITORIAL

ARTÍCULOS

Accidentes e incapacidad laboral temporal en trabajadores de la salud de un hospital de alta complejidad.

Accidents and temporarily unable to work in health care workers in a hospital of high complexity.

María Teresa Muñoz , Ana María Brito, Karen Bussenius Brito & Boris Andrés Lucero.....7

Condiciones de trabajo de docentes universitarios, satisfacción, exigencias laborales y daños a la salud.

Working conditions, satisfaction, job demands and adverse health effects among university faculty.

Claudia Sánchez López & Susana Martínez Alcántara.....19

REVISIONES

Suicidio, trabajo y sociedad: la “muerte voluntaria” en el modo de producción capitalista.

Suicide, work and society: “voluntary death” in the capitalist mode of production.

Nilson Berenchtein Netto.....29

Lenguaje sujetado y violación de la dignidad de los teleoperadores en Salvador: efectos y enfermedades.

Constrained language and the violation of the dignity of telemarketing operators in Salvador: effects and illnesses.

Ana Soraya Vilasboas Bomfim.....39

SALUD DE LOS TRABAJADORES

Volumen 22, Número 1
Enero - Junio 2014

CONTENIDO

Todo se convirtió en *bullying*.... Importancia del diagnóstico diferencial para una mejor atención.

Everything became bullying.... Importance of differential diagnostic for improved care.

Lidia Pereira Gallindo.....47

NOTAS CIENTÍFICAS

Fundamentos teóricos-metodológicos para la investigación y análisis del proceso salud-trabajo-enfermedad: importancia y desafíos.

Theoretical and methodological basis for research and analysis of the health-work-illness process: relevance and challenges.

Angemi Jiménez, Gladys Mago, Carolina Sifontes, Luis Sánchez, José Mata & Gustavo Vidal.....57

Investigación retrospectiva para dar respuesta al origen de una enfermedad ocupacional músculo-esquelética.

A retrospective study to identify the origin of a work-related musculoskeletal disorder.

Mariely Ramos Piñero.....65

NOTA Y REFLEXIÓN

Reflexiones sobre la importancia de la Vigilancia Epidemiológica en Salud y Seguridad del Trabajo.

Reflections on the importance of epidemiological surveillance in occupational health and safety.

Ernesto García Machín.....71

EDITORIAL

La involución del derecho del trabajo

Las luchas obreras han sido consideradas, con mucha razón, uno de los motores principales de la génesis y desarrollo del derecho del trabajo del sistema económico capitalista. Las primeras protestas y manifestaciones de los trabajadores en contra de las ínfimas condiciones de vida y de trabajo que padecían, se ubican en la Inglaterra de los siglos XVIII y XIX. Con la aparición y crecimiento de las fábricas, aunado a la fuerza motriz que proporcionaba el vapor para mover las máquinas, la salud y la vida de los trabajadores se vieron gravemente comprometidas, ya que no existía ordenamiento jurídico alguno que regulara la relación entre el capital y el trabajo.

Frente a este panorama, era inaplazable que los trabajadores se unieran para cobrar fuerza y ejercer presión que, si bien no del todo organizada en un principio, fue una forma de lucha obrera que les rindió frutos en muchas ocasiones. El movimiento llamado *ludismo*, que tomó su nombre del líder ficticio Ned Ludd o Capitán Ludd, surgió en las ciudades industriales inglesas en la segunda mitad del siglo XVIII y se prolongó hasta la tercera década de siglo XIX y se caracterizó por la destrucción de máquinas como forma de protesta por los despidos y bajos salarios. Entre las medidas de presión que implementaron los trabajadores para conseguir mejores condiciones laborales, se incluyeron el sabotaje y la destrucción no sólo de máquinas, sino también de la materia prima, los productos elaborados y, en algunos casos, también atacaron las casas y las fábricas de los patrones. Una característica de esta destrucción es que era selectiva, de tal modo que se destruía sólo aquello que pudiera afectar más al patrón en términos económicos. También existió un movimiento de esta naturaleza entre los trabajadores del campo, que estuvo encabezado por otro líder imaginario: el Capitán Swing.

Otra manera de protesta, menos drástica pero no por ello de menor importancia, se conoció como cartismo. Este movimiento popular tomó su nombre de la Carta del Pueblo, de 1837, y tuvo como principal demanda la participación de los trabajadores en el Parlamento del Reino Unido, con la finalidad de proteger sus intereses de clase. Como era de esperar, ambos movimientos, el ludismo enfocado a las mejoras económicas y el cartismo a la participación política de los trabajadores, fueron reprimidos hasta su desaparición.

Es evidente que el avance del movimiento obrero se daba dentro de cauces que estaban apartados de la legalidad capitalista y su principal exigencia se planteaba en términos del reconocimiento de sus derechos fundamentales: la libertad sindical; de negociación y contratación colectiva; y de huelga. Es decir, la disputa era por el reconocimiento de aquellos derechos que le permitieran al trabajador obtener mejores perspectivas de vida y de trabajo.

Fueron bastantes años los que enmarcaron los movimientos obreros y fue principalmente la lucha colectiva la que rindió mejores dividendos para la clase trabajadora. Dentro de los primeros logros

en el plano jurídico, destaca la Constitución belga de 1831, la cual en su artículo 20 señalaba que los trabajadores tenían el derecho de asociarse. Dicho ordenamiento legal es considerado el antecedente más remoto de la libertad sindical; sin embargo, cierto es reconocer que nunca se materializó, ya que los primeros sindicatos organizados que se conocen aparecieron muchos años más tarde, hacia finales del siglo XIX. Se puede afirmar que los cambios positivos que logró la clase trabajadora en aquel tiempo, en todo caso se relacionaron con la desaparición de las corporaciones y la prohibición de la servidumbre de los campesinos.

No obstante, por fin se estaban dando los pasos necesarios, aunque a un costo muy alto, para obtener el reconocimiento de las asociaciones sindicales. Este reconocimiento tuvo diferentes fechas de promulgación, las cuales dependieron más que de la voluntad de los trabajadores o de los patrones, del grado de desarrollo del capitalismo en los diversos países europeos. Tal es el caso de la libertad de asociación que se promulgó en Inglaterra el año de 1824, mientras que en Francia se reconoció en 1864 y en Alemania no fue si no hasta 1872.

Supuestamente, los trabajadores habían adquirido el derecho de asociarse, sin el temor de que se les pusieran trabas para su afiliación; pero en el fondo, no existía un auténtico reconocimiento legal como personas jurídicas. En los hechos, no eran verdaderos sindicatos los que se constituían, sino asociaciones; por lo tanto, los patrones no estaban obligados a establecer la negociación o contratación colectiva de las condiciones laborales.

En esta perspectiva, se dieron incongruencias tales como permitir que los trabajadores suspendieran sus labores, pero se les negaba el derecho de parar las actividades de la empresa. Ya que cuando esto sucedía, los patrones se apoyaban en la ley y las fuerzas del orden público para contratar nuevo personal y evitar que se paralizaran las actividades de la empresa. Otro ejemplo son los movimientos de huelga, los cuales a pesar de que ya no eran considerados un delito, si constituían una transgresión del orden civil; por lo cual, el patrón tenía el derecho de rescindir con total libertad los contratos de arrendamiento de servicios que establecía con los trabajadores.

En 1869 Alemania puso en marcha la llamada política social, cuyo fin era promover un cierto bienestar para los trabajadores; de tal modo que esta política social incluyó la promulgación de la primera ley del siglo XIX que reglamentó las relaciones de trabajo. Asimismo, en 1881 se anunció la creación e implantación de los seguros sociales, que consistían en un esquema de seguros contra accidentes, enfermedades y vejez. Esta política social tenía un sentido muy claro para el aparato estatal: la motivación fundamental de los seguros sociales era preservar la paz social, al brindar a los trabajadores los medios para satisfacer sus principales necesidades y así evitar, al paso del tiempo, protestas o levantamientos por las condiciones precarias del pueblo.

En tanto que esto sucedía en Prusia y el imperio alemán en su conjunto, Francia también participaba activamente en el campo de la legislación laboral, ya que en 1884 el parlamento francés aprobó una ley que reconocía las agrupaciones sindicales y su naturaleza jurídica. Asimismo, en 1898 se promulgó la Ley de Accidentes de Trabajo, la cual contenía un término fundamental de la legislación laboral, la *teoría del riesgo profesional*, que consiste en el reconocimiento de la responsabilidad de los patrones en cuanto a los accidentes y enfermedades laborales que suceden en los centros de trabajo. En esta última década del siglo XIX los trabajadores franceses obtuvieron nuevos triunfos en cuanto al marco legal, entre los que destaca la disminución de la jornada laboral

a diez horas; y un logro muy importante, la Ley del Contrato de Asociaciones de 1901, que fue el principal apoyo a los sindicatos para que pudieran acordar los primeros contratos colectivos de trabajo con las empresas.

La culminación de estas mejoras en la legislación laboral fue la creación de la Organización Internacional del Trabajo en 1919, en el marco de los acuerdos de paz de la Primera Guerra Mundial contenidos en el Tratado de Versalles; es decir, a partir de esta fecha ya se pudo hablar de una institución encargada del derecho internacional del trabajo. A partir de estos avances del derecho del trabajo, en el mundo laboral se dio, en mayor o menor medida, el reconocimiento y la proclamación de leyes que reconocían los derechos elementales de los trabajadores.

Pero las leyes del trabajo desde su creación han arrastrado tres grandes problemas: de cumplimiento, de reconocimiento y de actualización. En cuanto a los problemas de cumplimiento, es reconocido históricamente que los empresarios han tratado de evadir sus responsabilidades en cuanto a los accidentes y enfermedades de trabajo y a las condiciones de seguridad e higiene en las instalaciones de las empresas. Veamos algunos ejemplos de cómo han eludido sus compromisos tanto legal como ilegalmente. Legalmente, por medio de la transferencia de sus obligaciones, hacia las instituciones encargadas de los seguros sociales, ya que cuando el patrón asegura a sus trabajadores, se considera que está liberado de responsabilidad alguna. E ilegalmente, realizando maniobras para evitar o disminuir el registro de los accidentes y enfermedades laborales, subregistro que por lo general es llevado a cabo por los médicos de empresa, llamados peyorativamente médicos “tapón”, ya que son contratados para evitar las “fugas de dinero a la empresa”. La forma más extrema de falta de cumplimiento es cuando se les niega a los trabajadores el registro al seguro social respectivo, lo cual constituye una violación flagrante al marco legal de cualquier país.

En cuanto a los problemas de reconocimiento, cuando se revisan las tablas de clasificación de las enfermedades laborales, se contabiliza un número muy limitado de padecimientos que son reconocidos como tales. De este modo, es frecuente encontrar legislaciones en las que no están incluidos infinidad de trastornos que desde años atrás se conoce su relación directa con el trabajo, tal es el caso de algunos trastornos cardiovasculares derivados del estrés. Otros padecimientos igualmente estudiados y plenamente reconocidos son el *burnout* o síndrome del trabajador quemado; el *mobbing* o acoso psicológico en el trabajo; y un caso extremo, como es el *karoshi* o muerte repentina por agotamiento laboral, por sólo citar tres de los más actuales y comunes. La situación más grave relacionada con el reconocimiento es cuando el trabajador padece determinada enfermedad que no está consignada en la tabla correspondiente, ya que tiene la obligación de probar que la adquirió en el trabajo o es derivada del mismo, lo cual en muchas ocasiones se convierte en un obstáculo insalvable.

Por lo que toca a los problemas de actualización, sucede que las legislaciones laborales de ciertos países fueron revisadas hace muchos años, lo cual indica que varios de los conceptos ahí registrados ya son obsoletos en relación con los avances jurídicos. Respecto a las relaciones laborales, existen legislaciones que cuando son actualizadas sufren cambios regresivos, en lugar de conseguir mejoras en las condiciones de vida y de trabajo de los individuos. Un ejemplo de precarización del empleo es el trabajo en régimen de subcontratación, pomposamente llamado *outsourcing*, es decir, la realización de ciertas labores por medio de contratistas para evitar a la empresa contraer obligaciones legales con los asalariados. Otro, son los contratos de prueba y para capacitación, que

en la práctica se convierten en una mano de obra barata y fácilmente intercambiable. Y un tercer ejemplo es el pago por hora, modalidad que consiste en fragmentar la jornada laboral; en otras palabras, es la contratación del personal sólo por unas cuantas horas, sin posibilidad de generar antigüedad en la empresa para obtener una plaza de base, además de la carencia de prestaciones. Estas tres modalidades de relación laboral se traducen en la moderna pauperización de la fuerza de trabajo.

Lo que es evidente en estos cambios, es que estamos presenciando la involución del marco legal de la salud en el trabajo, bajo el esquema de las tres “dad”: productividad, calidad y flexibilidad. Esta tendencia regresiva requiere la participación directa y activa del movimiento obrero, estar atento y organizado para tomar las medidas necesarias en defensa de los logros alcanzados, a través de sus luchas, en cuanto a sus condiciones de vida y de trabajo.

Dr. Jesús Gabriel Franco Enríquez

Profesor Investigador

Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores

Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México

jgfranco@correo.xoc.uam.mx

Accidentes e incapacidad laboral temporal en trabajadores de la salud de un hospital de alta complejidad.

Accidents and temporarily unable to work in health care workers in a hospital of high complexity.

María Teresa Muñoz¹, Ana María Brito², Karen Bussenius Brito³ & Boris Andrés Lucero¹

Resumen

Los trabajadores de la salud están expuestos a accidentes laborales principalmente provocados por material corto-punzante contaminado y superficie del trabajo. El objetivo del estudio consistió en evaluar la presencia de accidentes laborales de trabajadores de un hospital de alta complejidad de la zona centro-sur de Chile e identificar las variables asociadas a incapacidad laboral temporal. Se analizaron 262 registros de las declaraciones individuales de accidentes del trabajo del hospital entre los años 2007-2009. La prevalencia de accidentes es levemente superior a la tasa de accidentabilidad del sector de servicios del país y similar a otros estudios internacionales. Los trabajadores con edad menor a 40 años, mujeres y técnicos o auxiliares de enfermería presentan mayor prevalencia de accidentes. Los accidentes son más frecuentes en la primera mitad del año, los primeros cuatro días de la semana y en la jornada de la mañana. Los golpes en el cuerpo son los accidentes más comunes, seguidos de los corto-punzantes. Los servicios de medicina, pabellones de operaciones, el trayecto hogar-hospital-hogar y las zonas de tránsito del hospital presentaron mayor accidentabilidad. Los accidentes con incapacidad laboral temporal se asociaron con golpes en la cabeza o cuerpo, unidad de medicina, el trayecto hogar-hospital-hogar y zonas de tránsito del recinto. En conclusión, aunque los accidentes disminuyen en el tiempo, tienden a ocurrir en los mismos lugares, afectan a mujeres, no profesionales y están asociados a medidas de seguridad. Este estudio aporta resultados para generar propuestas de intervención que disminuyan los accidentes laborales en hospitales.

Palabras clave: prevención de accidentes, personal de salud, salud laboral.

Abstract

Healthcare workers are exposed to injuries caused by contaminated sharps and work surfaces. The objective of this study was to describe occupational injuries among workers at a tertiary level hospital in south-central Chile, and to identify the variables associated with temporary sickness absence. We reviewed 262 injury reports filed at this hospital between the years 2007 and 2009. The prevalence of occupational injuries was slightly higher than that of the country's service sector and similar to other international studies. Workers under age 40, females, and technicians or nursing assistants had higher injury rates. Injuries occurred more frequently during the first half of the year, the first four days of the week and during the morning shift. Blows to the body were the most common, followed by percutaneous injuries. General medical wards, operating rooms, and en route between home and hospital, as well as transfer areas inside the hospital, were the most common areas involved. The most common scenarios leading to temporary sickness absence were blows to the head or body, and those occurring in general medical wards, en route between home and hospital, and transfer areas inside the hospital. In summary, although injuries decreased over time, they tended to occur in the same places, and are more common among women, technicians and are associated with safety measures. This study provides results to generate proposals for interventions to decrease occupational injuries in hospitals.

Keywords: injury prevention, healthcare personnel, occupational health.

¹Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Maule. Doctor en Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. mtmunoz@ucm.cl

²Oficina de Salud Laboral, Hospital Regional de Talca, Servicio de Salud del Maule. Médico, Universidad de Chile. Magíster en Salud Pública, Universidad Católica del Maule. anitamariabrito@gmail.com

³Unidad de Salud del Personal, Hospital San Javier de Loncomilla, Servicio de Salud del Maule. Médico, Universidad de Chile. kbussenius@gmail.com

⁴Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Maule. Doctorando en Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. blucero@ucm.cl

Introducción

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2013), al año, cerca de trescientos millones de personas sufren un accidente no mortal en su lugar de trabajo a nivel mundial. La promoción y prevención en seguridad y salud ocupacional han permitido mejorar las condiciones laborales y aumentar las medidas de protección de los trabajadores, sin embargo, se reconoce que accidentes y enfermedades laborales continúan presentando cifras elevadas, afectando la calidad de vida y sustento del trabajador y sus familias. A nivel económico, Latinoamérica genera un gasto entre 3% y 10% del Producto Bruto Interno (PIB) de los países (Ministerio de Salud, 2008).

En Chile, según la Superintendencia de Seguridad Social (2009), han ido disminuyendo las tasas de accidentabilidad de instituciones asociadas a mutualidades. Para el año 2008 la tasa fue de 5,9 por 100 trabajadores y en el sector de servicios fue de 3,8 por 100 trabajadores.

En el ámbito de accidentes laborales en hospitales, estudios han encontrado que la mayor cantidad de siniestros ocurren con materiales corto-punzantes como agujas o bisturís contaminados, en trabajadores con más de un año de servicio y en mujeres menores de 40 años (García, de Juanes, Arrazola, Jaén, Sanz & Lago, 2004; Martínez, Alarcón, Lioce, Tennesse & Wuilburn, 2008; Monteiro, Benatti & Matheus, 2009; Oliveira & Carmo, 2007; Palucci, 2003; Toroman, Battal, Ozturk & Akcin, 2011 y Vaz, McGrowder, Crawford, Alexander-Lindo & Irving, 2010). Otras investigaciones apuntan a que los accidentes ocurren en la cocina y lavandería, con escasa incapacidad laboral y en profesionales con experiencia. Se observa que las licencias aumentan con la edad, donde los accidentes graves ocurren por la tarde y principalmente se tratan de esguinces y tendinitis (Boccalon, Piccioli, Montalti, Arcangeli & Cupeli, 2007 y Pérez, Tenias, Tolosa, Bautista & Zanón, 1998).

Por otro lado, los accidentes afectan principalmente a enfermeras, técnicos y auxiliares de enfermería (Boyer, Galizzi, Cifuentes, D'Errico, Gore, Punnett *et al*, 2009; Jiménez & Ruiz, 2001; Oliveira & Carmo, 2007 y Toroman *et al*, 2011).

La mayoría de los accidentes ocurren en los pabellones de operaciones, por la preparación de instrumentos o por la superficie de trabajo (García *et al*, 2004; Martínez *et al*, 2008; Monteiro *et al*, 2009; Oliveira & Carmo, 2007; Toroman *et al*, 2011 y Vaz *et al*, 2010). También, se vinculan a mayor trabajo físico,

demandas psicológicas laborales y escasas prácticas de protección del personal, además de otras variables personales y ambientales (Boccalon *et al*, 2007; Jiménez & Ruiz, 2001; Martínez *et al*, 2008; Monteiro *et al*, 2009; Oliveira & Carmo, 2007; Tomasina & Gómez, 2001 y Toroman *et al*, 2011). Por el contrario, el riesgo disminuye cuando existen recompensas psicosociales y apoyo de supervisores (Boyer *et al*, 2009), mayor instrucción en prevención de accidentes y bioseguridad (Correã & Carmo, 2009).

Diversos hospitales y servicios de salud notifican aumento del ausentismo laboral producto de accidentes con incapacidad laboral temporal y enfermedades laborales (Dale, Pruett & Marker, 1998; Gomero & Llap, 2004; López & Mendoza, 2009; Romero, Cabrera, Jiménez, Muñoz & Ávila, 2007 y Taegtmeier, Suckling, Nguku, Meredith, Kibaru, Chakaya *et al*, 2008). Por incapacidad laboral temporal se entiende el período en que el trabajador está imposibilitado de prestar sus servicios debido a un accidente del trabajo o enfermedad, con reposo pre-escrito por un médico-cirujano, cirujano-dentista o matrona. Esto es regulado por leyes que resguardan el derecho del trabajador a ausentarse del trabajo o reducir su jornada por un tiempo, mientras cumple la indicación profesional certificada (Ministerio de Salud, 1984).

Los hospitales han realizado propuestas de intervención para disminuir el ausentismo laboral de trabajadores de la salud y aumentar los protocolos de prevención de accidentes corto-punzantes, sin embargo, en Chile y Latinoamérica, existen pocos estudios que entreguen resultados sobre las características y variables relacionadas con los accidentes laborales.

El siguiente estudio pretende evaluar la presencia de accidentes laborales de los trabajadores de un hospital regional de la zona centro sur de Chile entre los años 2007-2009, desde los registros de las Declaraciones Individuales de Accidentes del Trabajo (DIAT) e identificar las variables asociadas a incapacidad laboral temporal. La relevancia de este estudio es que permite entregar resultados para futuras investigaciones e intervenciones focalizadas en la prevención de accidentes y mejoras de entornos laborales de trabajadores de la salud hospitalaria.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo de revisión de bases de datos secundarios de un hospital regional de alta complejidad de la zona sur de Chile. Se contó con la autorización

previa de la dirección del hospital, resguardando el anonimato y confidencialidad de los antecedentes personales de los trabajadores y del hospital.

Se consideraron las bases de datos del hospital entre los años 2007-2009, que describen la dotación de trabajadores y la Declaración Individual de Accidentes del Trabajo (DIAT).

La unidad de análisis correspondió a la población total de cada año.

- Año 2007: 1.643 trabajadores = 1.141 mujeres (69,4%) y 502 (30,6%) hombres. Edad promedio = 43.34 años, desviación típica edad (DT) = 12.2. Profesionales = 557, administrativos = 168, técnicos = 619 y auxiliares = 299.
- Año 2008: 1.689 trabajadores = 1.180 (69,9%) mujeres y 509 (30,1%) hombres. Edad promedio = 42.45 años, DT = 12.3. Profesionales = 589, administrativos = 189, técnicos = 625 y auxiliares = 286.
- 2009: 1.693 trabajadores = 1.173 (69,3%) mujeres y 520 (30,7%) hombres. Edad promedio = 42.9 años, DT = 12.2. Profesionales = 603, administrativos = 191, técnicos = 623 y auxiliares = 276.

Se analizó un total de 262 declaraciones de accidentes del trabajo realizadas por los trabajadores del hospital durante los años 2007, 2008 y 2009.

Las variables analizadas de los datos del DIAT fueron: incapacidad laboral, edad, sexo, ocupación, antigüedad laboral, tipo de accidente, lugar y momento de ocurrencia del accidente, agente del accidente y circunstancias en la que ocurre.

El análisis de resultados se basó en estadísticos descriptivos, medidas de frecuencia y análisis no paramétrico (Kruskal Wallis, Chi cuadrado y U Mann Whitney) y análisis binario de regresión logística para la variable dependiente incapacidad temporal. En los análisis se aplicó un nivel 95% de confianza. El software estadístico utilizado fue el SPSS 17.0.

Resultados

La cantidad de accidentes laborales declarados fue para el año 2007 = 107 funcionarios, año 2008 = 78 y año 2009 = 77. La Tabla N° 1 describe las características sociodemográficas de los accidentados.

Según la Tabla N° 1, el mayor porcentaje de trabajadores accidentados para los tres años son mujeres, técnicos de enfermería o auxiliares y con antigüedad laboral igual o menor a 14 años. Para el año 2007, la mayor proporción de accidentes ocurre en trabajadores menores de 40 años, en el año 2008 no se registran diferencias y en el año 2009 el mayor porcentaje de trabajadores accidentados es mayor a 40 años.

Tabla N° 1. Características sociodemográficas de los trabajadores accidentados del Hospital Regional

Características Sociodemográficas	2007		2008		2009	
	n ^a	% ^b	n ^a	% ^b	n ^a	% ^b
Sexo						
- Hombres	25	23,4	25	32,1	17	22,1
- Mujeres	82	76,6	83	67,9	60	77,9
Tramo de Edad						
- 18 a 39 años	61	57	39	50	36	46,8
- igual o mayor a 40 años	46	43	39	50	41	53,2
Ocupación						
- Profesional de salud	31	29	16	20,5	27	35,1
- Técnico de enfermería/auxiliar	67	62,6	59	75,6	46	59,7
- Administrativo	9	8,4	3	3,8	4	5,2
Antigüedad laboral						
- Igual o menor a 14 años	67	66,3	43	57,3	42	56
- Igual o mayor a 15 años	34	33,7	32	42,7	33	44

^a = Número de trabajadores accidentados

^b = Porcentaje de trabajadores accidentados

Fuente: Datos del Hospital Regional de la Zona Centro Sur de Chile, 2007-2009

La tasa de accidentabilidad (ajustados por la cantidad de trabajadores del hospital por año), fue de 6,5 por 100 trabajadores para el año 2007; 4,6 por 100 trabajadores para el año 2008 y 4,5 por 100 trabajadores para el año 2009. Al comparar la presencia de accidentes, se observó una diferencia significativa para los tres años ($\chi^2 = 14.39$; $gl = 2$; $p = 0.001$). El año 2007 obtuvo la mayor tasa de accidentes, entre los años 2008 y 2009 la declaración de accidentabilidad baja y se mantiene estable.

La Tabla N° 2 presenta la prevalencia de accidentes en el Hospital Regional durante los tres años según edad, sexo y ocupación.

Según la Tabla N° 2, en el año 2007, los trabajadores menores de 40 años presentaron una prevalencia mayor de 4,7 por cada 100 trabajadores de vivir un accidente en comparación a los trabajadores mayores de 40 años. En el año 2008, los menores de 40 tuvieron una prevalencia mayor de 1,2 accidentes por cada 100 trabajadores y en el año 2009 no obtuvieron diferencias. No se observaron diferencias significativas según edad durante los tres años.

Por otro lado, en la Tabla N° 2, las trabajadoras en el año 2007 tuvieron una prevalencia mayor de 2,12 por cada 100 trabajadoras de sufrir un accidente en comparación a los trabajadores de sexo masculino. Durante el año 2008 no se presentan diferencias entre hombres y mujeres y en el año 2009, las mujeres presentaron una prevalencia mayor de 1,84 por cada 100 trabajadoras de accidentes con respecto a los varones. Estas diferencias son significativas en el tiempo ($\chi^2 = 2.48$; $gl = 2$; $p = 0.028$). Sin embargo, al realizar un

análisis binario con las otras variables de interés, no se observaron diferencias entre hombres y mujeres.

Según la ocupación de los accidentados, los técnicos y auxiliares de enfermería son los que presentan mayor prevalencia de accidentes declarados. No se observan diferencias significativas para los tres años.

La Tabla N° 3 indica los porcentajes de accidentes que ocurren dentro del trabajo y en el trayecto (accidentes que ocurren entre el trayecto del hogar al trabajo y viceversa) por año.

Al revisar la Tabla N° 3, se observa que los accidentes durante los tres años ocurren principalmente en el trabajo, manteniéndose similar para los tres años ($\chi^2 = 1.642$; $gl = 2$; $p = 0.440$).

En la Tabla N° 4, se describen los lugares específicos de ocurrencia de los accidentes.

Según la Tabla N° 4, los sitios de pabellón de operaciones, los servicios de medicina hombres y mujeres y el trayecto desde o hacia el trabajo, son los lugares con mayor accidentabilidad. Además, se observan unidades que han aumentado la ocurrencia de accidentes, como las unidades de emergencia, maternidad y pediatría, y otras que los han disminuido, como la unidad de diálisis. El porcentaje correspondiente a los otros servicios o unidades, concentra diversas áreas del hospital donde ocurren accidentes aislados. Por otro lado, se observa que los accidentes que producen incapacidad temporal ocurren con mayor frecuencia en los servicios de medicina, el trayecto desde o hacia el hospital y los sectores de tránsito del hospital.

Tabla N° 2. Prevalencia de accidentes (casos) del Hospital Regional de la Zona Centro Sur de Chile, según tramos de edad, sexo y ocupación

Edad y sexo de trabajadores	2007			2008			2009		
	N ^a	n ^b	Prevalencia ^c	N ^a	n ^b	Prevalencia ^c	N ^a	n ^b	Prevalencia ^c
Edad									
- 18 a 39 años	665	61	9.2	741	39	5.3	736	35	4.8
- Igual o mayor a 40 años	975	44	4.5	944	39	4.1	952	40	4.2
Sexo									
- Masculino	502	25	4.9	509	25	4.9	520	17	3.3
- Femenino	1.141	82	7.1	1.180	53	4.5	1.173	60	5.1
Ocupación									
- Profesional	557	31	5.6	589	16	2.7	603	27	4.5
- Técnico de enfermería/ auxiliar	918	67	7.3	911	59	6.5	899	46	5.1
- Administrativo	168	9	1.8	189	3	1.6	191	4	2.1

^a = Total de trabajadores del hospital según características sociodemográficas por año

^b = Número de trabajadores accidentados del hospital según características sociodemográficas por año

^c = Prevalencia por 100 trabajadores

Fuente: Datos del Hospital Regional de la Zona Centro Sur de Chile, 2007-2009

Tabla N° 3. Distribución de porcentajes de accidentes del trayecto y del trabajo de trabajadores de la salud del Hospital Regional por año

Tipo de accidente	2007		2008		2009	
	n ^a	% ^b	n ^a	% ^b	n ^a	% ^b
Accidente del trayecto	25	23,4	22	28,2	15	19,5
Accidente del trabajo	82	76,6	46	71,8	62	77,9

^a = Número de trabajadores accidentados según tipo de accidente

^b = Porcentaje de trabajadores accidentados según tipo de accidente

Fuente: Datos del Hospital Regional de la Zona Centro Sur de Chile, 2007-2009

Tabla N° 4. Cantidad y porcentaje de accidentes, incapacidad temporal y descripción del sitio preciso del accidente

Lugar	2007		2008		2009	
	Accidente n ^a (%) ^b	Incapacidad n ^a (%) ^b	Accidente n ^a (%) ^b	Incapacidad n ^a (%) ^b	Accidente n ^a (%) ^b	Incapacidad n ^a (%) ^b
Pabellón de operaciones	14 (13,1)	2 (5,3)	11 (14,1)	0 (0)	9 (11,7)	0 (0)
Medicina hombres-mujeres	10 (9,3)	3 (7,9)	10 (12,8)	5 (17,2)	14 (18,2)	5 (17,2)
Calles que rodean hospital	10 (9,3)	6 (15,8)	4 (5,1)	1 (3,4)	5 (6,5)	2 (6,9)
Hogar - hospital - hogar	16 (15,0)	10 (26,3)	19 (24,4)	12 (41,4)	12 (15,6)	6 (20,7)
Maternidad	4 (3,7)	2 (5,3)	3 (3,8)	1 (3,4)	6 (7,8)	3 (10,3)
Unidad de diálisis	8 (7,5)	1 (2,6)	1 (1,3)	0 (0)	2 (2,6)	1 (3,4)
Unidad emergencia - ambulancia	7 (6,5)	2 (5,3)	10 (12,8)	4 (13,8)	7 (9,1)	2 (6,9)
Pediatría y neonatología	5 (4,7)	0 (0)	2 (2,6)	0 (0)	6 (7,8)	2 (6,9)
Pasillos, escaleras y patios	6 (5,6)	4 (10,5)	5 (6,4)	3 (10,3)	6 (7,8)	4 (13,8)
Otras unidades	27 (25,2)	8 (21,1)	13 (16,7)	3 (10,3)	10 (13,0)	4 (13,8)
Total	107 (100)	36 (100)	78 (100)	29 (100)	77 (100)	29 (100)

^a = Número de trabajadores accidentados según lugar específico

^b = Porcentaje de trabajadores accidentados según lugar específico

Fuente: Datos del Hospital Regional de la Zona Centro Sur de Chile, 2007-2009

Al evaluar el momento de ocurrencia de los accidentes (Figura N° 1), se observaron diferencias significativas en la distribución de accidentes por meses en los tres años ($\chi^2 = 48,64$; $gl = 22$; $p = 0,001$), sin embargo, existe un porcentaje mayor de declaraciones durante los meses de enero a julio (año 2007 = 66%; año 2008 = 83%; año 2009 = 83%).

Por otro lado, en los primeros cuatro días de la semana (Figura N° 2) ocurre la mayor cantidad de accidentes (año 2007 = 65,5%; año 2008 = 65,3%; año 2009 = 76,7%), manteniéndose estas diferencias estables en el tiempo ($\chi^2 = 13,96$; $gl = 12$; $p = 0,303$). En el año 2009, se concentró en los días martes 32,5% los accidentes declarados, seguido por los lunes con 16,9% y los miércoles con 14,3%.

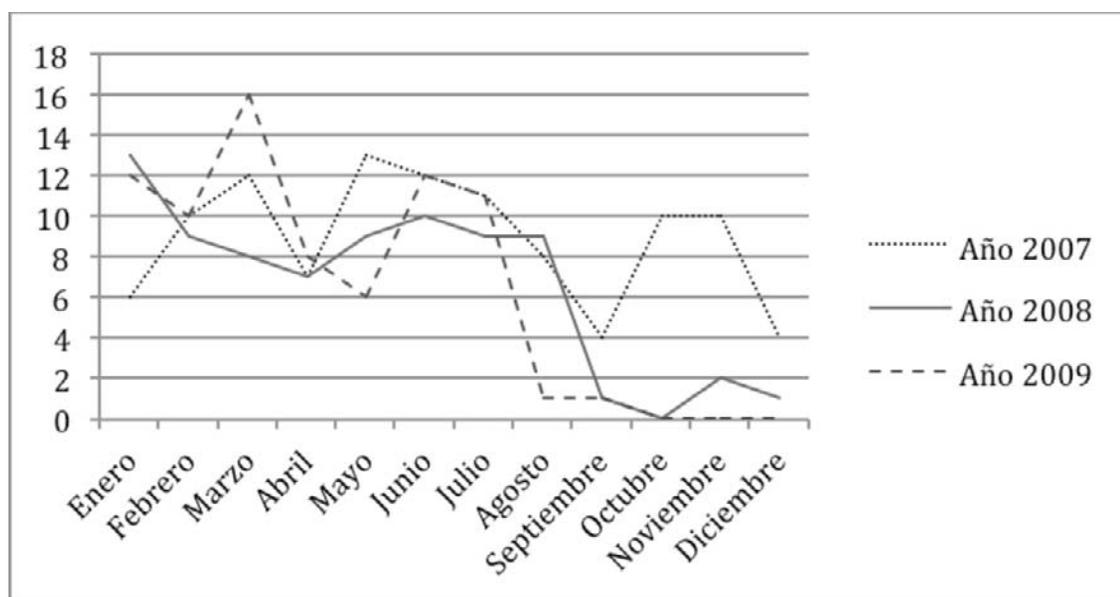
Con respecto al horario (Figura N° 3), los accidentes ocurren, mayoritariamente, en la jornada de la mañana, entre las 7:00 y 13:00 horas. Para el año 2009, la mayor frecuencia de accidentes ocurrió en el tramo de las 7:00 am, registrándose 13% de los accidentes

laborales, que principalmente son de trayecto, seguido por los accidentes que ocurren en el tramo de las 12:00 que corresponden a 12%. No se observan diferencias significativas de la distribución de accidentes según hora de ocurrencia durante los tres años. Por las características del registro del DIAT no se logró indagar si los trabajadores accidentados estaban entrando o saliendo de su jornada de trabajo.

Al revisar las circunstancias en que ocurren los accidentes laborales, no se observaron diferencias significativas en el tiempo. Los golpes en la cabeza, cuerpo o extremidades (año 2007 = 37,4%; año 2008 = 35,9%; año 2009 = 39,5%), cortes o pinchazos con material contaminado (año 2007 = 21,5%; año 2008 = 28,2%; año 2009 = 18,4%) y las lesiones musculares, esguinces o fracturas (año 2007 = 19,6%; año 2008 = 18%; año 2009 = 19,7%) son los más frecuentes.

Los principales agentes de los accidentes serían los materiales corto-punzantes (año 2007 = 25,2%; año 2008 = 24,4%; año 2009 = 23,7%), las superficies de trabajo

Figura N° 1. Gráfico de distribución de frecuencias de los accidentes laborales del Hospital Regional, según meses



Fuente: Datos del Hospital Regional de la Zona Centro Sur de Chile, 2007-2009

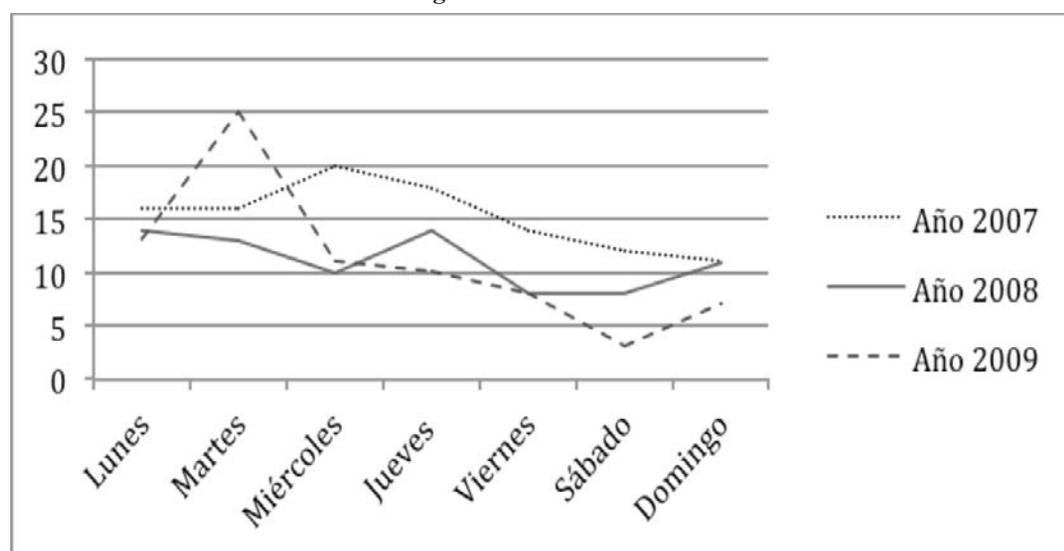
(año 2007 = 14%; año 2008 = 9%; año 2009 = 14,5%) y los vehículos (año 2007 = 10,3%; año 2008 = 19,2%; año 2009 = 7,9%).

La prevalencia de incapacidad por accidente del año 2007 corresponde a 2,3 por 100 trabajadores y 1,7 por 100 trabajadores para el año 2008 y 2009. Dentro de los trabajadores que sufren un accidente, el porcentaje de presentar días de incapacidad es similar para los tres años (año 2007 = 35,5%; año 2008 = 37,2%; año 2009 = 37,7%).

Con respecto al total de días de incapacidad transitoria por accidente laboral, existe un promedio de 2.5 días (DT= 5).

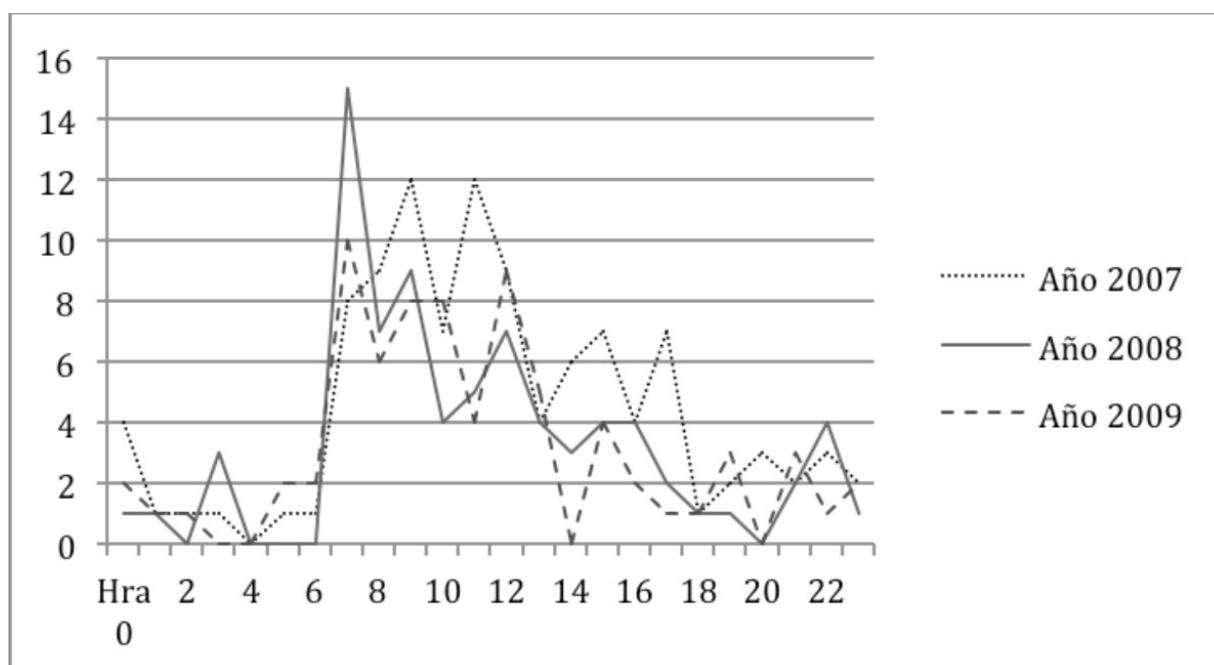
Para el análisis bivariado de regresión logística, las variables categóricas se transformaron en variables dummy. Las variables asociadas significativamente con incapacidad laboral temporal en algunos de los tres años, se describen en la Tabla N° 5.

Figura N° 2. Gráfico de distribución de frecuencias de los accidentes laborales del Hospital Regional, según días de la semana



Fuente: Datos del Hospital Regional de la Zona Centro Sur de Chile, 2007-2009

Figura N° 3. Gráfico de distribución de frecuencias de los accidentes laborales del Hospital Regional, según hora



Fuente: Datos del Hospital Regional de la Zona Centro Sur de Chile, 2007-2009

Tabla N° 5. Análisis binario de regresión logística de la variable de incapacidad laboral asociada con las variables circunstancias del accidente, agente o causa y lugar del accidente

	2007		2008		2009	
	OR ^a (IC95%) ^b	p≤0.05 ^c	OR ^a (IC95%) ^b	p≤0.05 ^c	OR ^a (IC95%) ^b	p≤0.05 ^c
Circunstancias del accidente: *						
- Golpes en el cuerpo	9.4 (1.1-81.5)	0.041	1.2 (0.2-6.3)	0.772	1.9 (0.4-8.7)	0.417
- Lesiones corto-punzante	0.8 (0.1-9.1)	0.877	0.1 (0.1-1.0)	0.052	0.1 (0.0-1.2)	0.071
- Lesiones musculares	6.4 (0.7-62.4)	0.110	1.7 (0.2-14.7)	0.594	2 (0.3-11.9)	0.448
Agente o causa: **						
- Material corto-punzante	0.0 (0.0-0.4)	0.003	0.1 (0.0-0.5)	0.008	0.1 (0.0-0.7)	0.019
- Superficie de trabajo	0.7 (0.2-2.1)	0.658	1.4 (0.3-4.9)	0.649	0.8 (0.2-2.6)	0.738
- Vehículos	3.7 (0.8-15.8)	0.078	1.5 (0.4-5.4)	0.519	2.6 (0.4-16.1)	0.313
Lugar del accidente: ***						
- Medicina	1.6 (0.3-7.5)	0.502	8 (1.4-44.9)	0.018	1.9 (0.4-8.0)	0.359
- Trayecto (casa/hospital)	6.2 (2.2-17.5)	<0.001	10.4 (2.4-44.6)	0.002	3.1 (0.8-11.5)	0.091
- Unidad emergencia	1.5 (0.2-9.1)	0.620	5.3 (0.9-30.5)	0.062	1.4 (0.2-9.1)	0.725
- Zonas de tránsito del hospital (Pasillos, patios, escaleras)	5.8 (1.4-24.4)	0.015	8 (1.2-50.0)	0.026	4.9 (1.1-21.1)	0.033

*Circunstancias del accidente de referencia: otras circunstancias o lesiones

**Agente o causa de referencia: otros agentes

***Lugar del accidente de referencia: otros lugares

^a OR = Odd Ratio^b IC95% = Intervalo de confianza al 95%^c p≤0.05 = Probabilidad menor a 0.05

Fuente: Datos del Hospital Regional de la Zona Centro Sur de Chile, 2007-2009

Según se observa en la Tabla N° 5, para el año 2007, la incapacidad laboral se asoció con la variable circunstancias del accidente. El riesgo de presentar un accidente con incapacidad laboral es 9.4 veces mayor en trabajadores que sufrieron golpes en el cuerpo que por otras lesiones. También se asoció con el lugar del accidente, donde el riesgo de presentar incapacidad laboral temporal es 6.2 veces mayor en el trayecto entre el hogar y el hospital y 5.8 veces mayor en las zonas de tránsito del recinto que en otros lugares.

En el año 2008, la incapacidad laboral se asoció nuevamente con el lugar de trabajo, existiendo un riesgo de accidente con incapacidad laboral es 8 veces mayor en los servicios de medicina, 10 veces mayor en el trayecto desde el hogar al hospital o del hospital al hogar y 8 veces mayor en los lugares de tránsito del recinto con respecto a otros lugares.

En el año 2009, se observó que el riesgo de sufrir incapacidad laboral es 3.1 veces mayor en el trayecto hogar-trabajo y 4.9 veces mayor en las zonas de tránsito dentro del hospital.

Finalmente, en los tres años, se observó que la variable material corto-punzante no provocó licencias por incapacidad temporal.

Discusión

La tasa de accidentes laborales del hospital ha disminuido desde el año 2007 (6,5 por 100 trabajadores), con una proporción similar de ocurrencia de accidentes entre los años 2008 y 2009 (4,6 y 4,8 por 100 trabajadores, respectivamente), siendo levemente superior a la tasa de accidentabilidad del sector productivo de servicios de Chile que corresponde a 3,8 por 100 trabajadores (Superintendencia de Seguridad Social, 2009) y similar a las tasas internacionales (Boccalon *et al*, 2007; Martínez *et al*, 2008; Monteiro *et al*, 2009; Oliveira & Carmo, 2007; Pérez *et al*, 1998; Toroman *et al*, 2011 y Vaz *et al*, 2010).

Los resultados coinciden con otros estudios donde el personal vinculado al área técnica de enfermería, menor de 40 años y de sexo femenino, presentan una mayor prevalencia de accidentes (Boyer *et al*, 2009; García *et al*, 2004; Jiménez & Ruiz, 2001; Oliveira & Carmo, 2007; Martínez *et al*, 2008; Monteiro *et al*, 2009; Palucci, 2003; Toroman *et al*, 2011 y Vaz *et al*, 2010). Con respecto a esto, cabe señalar, que si bien los análisis fueron ajustados por la proporción de trabajadores del hospital, los técnicos y paramédicos

de sexo femenino corresponden al grupo mayoritario de trabajadores de los centros de salud y son quienes enfrentan las manipulaciones o actividades peligrosas con mayor frecuencia.

La mayoría de las investigaciones identifican al pabellón de operaciones como el sector de mayor ocurrencia de accidentes laborales. En este caso, los accidentes suceden, en primer lugar, en el trayecto desde el hogar al hospital o desde el hospital al hogar; en segundo lugar, en los servicios de medicina y pabellones quirúrgicos; sin embargo, es importante mencionar que si se suman los diferentes lugares donde ocurren los accidentes, sobre 70% suceden dentro del hospital. A su vez, los accidentes tienen su mayor ocurrencia en la mañana, ya sea en las horas que los trabajadores salen del turno de trabajo o de su hogar hacia el hospital. Esto coincide con las épocas de mayor presencia de urgencias como son los últimos períodos de vacaciones de verano, el reinicio de la jornada laboral y año escolar en la región donde se ubica el hospital, enfermedades estacionales de la época de invierno, horarios y días con mayor accidentes de tránsito (lunes a jueves en la jornada de la mañana), y por lo tanto, con aumento de la carga laboral en el hospital.

Así mismo, los accidentes suceden con mayor frecuencia por golpes en la cabeza y cuerpo y, en segundo lugar, por material corto-punzante. Este último dato es similar a lo encontrado en otras investigaciones, la frecuencia de accidentes por material corto-punzante contaminado se mantienen en el tiempo como accidente laboral en los hospitales. La accidentabilidad por golpes y lesiones, se pueden vincular a las condiciones de deterioro de la infraestructura del hospital, principalmente en pasillos y escaleras, y por las condiciones de tránsito de la zona donde se ubica el hospital que se mencionaron en el párrafo anterior.

Así mismo, el estudio entrega evidencia de que el riesgo de presentar un accidente con incapacidad laboral temporal se asociaría con golpes en la cabeza o cuerpo, con las unidades de medicina, el trayecto hogar - hospital - hogar y con los lugares de tránsito del hospital. No se observa asociación con respecto a edad, sexo o tipo de profesión, lo que indica que la incapacidad laboral se podría relacionar a las condiciones laborales y de trayecto de los trabajadores y las medidas de seguridad para prevenir accidentes.

La incorporación de protocolos para el desecho de material corto-punzante no necesariamente previene la ocurrencia de estos accidentes, en este sentido, indagar otras variables como las creencias de los técnicos y

paramédicos o la situación de carga de trabajo, permitiría comprender, por qué estos accidentes no disminuyen en el tiempo.

Los accidentes graves debido a golpes en la cabeza o cuerpo entregan un dato importante sobre el deterioro de las superficies e infraestructura en el lugar de trabajo, el estado deficiente del pavimento de calles y veredas que rodean al establecimiento hospitalario y los problemas de tránsito que afectan a la ciudad en ciertas épocas del año y horarios de la semana, por lo tanto, se requiere una acción conjunta para mejorar estas condiciones con otros organismos del estado como la Municipalidad, el Servicio de Salud y el Ministerio de Obras Públicas.

Se reconoce como limitaciones del estudio sólo haber realizado el análisis de bases de datos secundarias que corresponden a la DIAT del hospital, que si bien son obligatorias y entregan una información relevante de la ocurrencia, lugar y tipos de accidentes que presentan los trabajadores en Chile, existen algunas dificultades en el acceso a la información completa de las circunstancias en que ocurren los accidentes y las características de los trabajadores accidentados. Sin embargo, se considera que este estudio puede entregar resultados iniciales para poder desarrollar investigaciones que permitan indagar los factores de riesgos asociados a los accidentes laborales en el personal de salud y proponer intervenciones atingentes a la realidad de cada centro de salud.

Se cree pertinente en futuros estudios incorporar las declaraciones de enfermedades laborales, problemática que también va asociada al ausentismo, accidentabilidad y condiciones de trabajo que en este estudio no fue abordada, pero que se cree necesario para poder atender las dificultades de salud de los trabajadores hospitalarios de manera íntegra y en lo posible, con un diseño longitudinal.

Conclusiones y recomendaciones

Si bien los accidentes en el centro hospitalario disminuyen en el tiempo, ocurren en los mismos lugares, afectan principalmente a las trabajadoras no profesionales y están asociados a medidas seguridad. La similitud con otros estudios extranjeros con respecto a las condiciones de género y ocupación, entregan evidencia de la situación de inequidad que vivencian las trabajadoras de salud hospitalaria, quienes están más expuestas a cargas laborales más extensas, cansancio emocional y alta demanda de atención de pacientes con dificultades de salud complejas (García et al, 2004; Martínez et al, 2008; Toroman et al, 2011 y Vaz et al, 2010).

Sin embargo, los accidentes graves o con incapacidad laboral temporal se relacionan para los tres años con los mismos lugares de trabajo o con el trayecto del hospital al hogar o viceversa. Esto sería un indicador de que el centro de salud requiere una intervención orientada a la prevención de riesgos y mejora de las condiciones laborales de los trabajadores.

Como sugerencia, se propone mejorar la infraestructura del hospital, evaluar los protocolos de manipulación y desecho de fluidos humanos, desarrollar programas que incorporen pausas saludables y prevenir accidentes del trayecto con ingresos o salidas diferidas a los horarios de mayor tránsito que afectan el inicio o término de la jornada laboral. Algunas de estas experiencias se han desarrollado con éxito en otros hospitales internacionales (Boccalon et al, 2007; Correã & Carmo, 2009; Martínez et al, 2008 y Taegtmeier et al, 2008).

Finalmente, fortalecer los sistemas de vigilancia activa de notificación de accidentes laborales, acercándose a las diversas unidades y fiscalizar si los accidentes están siendo declarados correctamente, permitirán que estas intervenciones sean efectivas en el tiempo y se logre controlar los agentes, circunstancias y prevalencia de accidentabilidad de los centros de salud.

Referencias Bibliográficas

- Boccalon, P., Piccioli, A., Montalti, M., Arcangeli, G. & Cupeli, V. (2007). Accidents in health care workers: the experience from the Careggi Teaching Hospital. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 29(3), 328-331.
- Boyer, J., Galizzi, M., Cifuentes, M., D'Errico, A., Gore, R., Punnett, L. & Slatin, C. (2009). Ergonomic and socioeconomic risk factors for hospital workers' compensation injury claims. *American Journal of Industrial Medicine*, 52(7), 551-562.
- Chile. Ministerio de Salud. (1984). *Aprueba reglamento de autorización de licencias médicas por las COMPIN en instituciones de salud previsual*. Recuperado de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=7281>

- Chile. Ministerio de Salud. (2008). *Programa vigilancia epidemiológica accidentes laborales*. Santiago, Chile: Seremi de Salud Región Metropolitana. Recuperado de http://www.asrm.cl/archivoContenidos/ACCIDENTES_TRABAJO_FATALES_2003_2007.pdf
- Chile. Superintendencia de Seguridad Social. (2009). *Tasas de accidentabilidad mutualidades de empleadores 2002 - 2008*. Recuperado de http://163.247.55.110/PortalWEB/SST/estadisticas/Tasas_de_accidentabilidad_2007_25abril2008.pdf
- Correã, A. & Carmo, M. (2009). Accidentes de trabajo y su relación con la instrucción recibida. *Ciencia y Enfermería*, 15(1), 49-59.
- Dale, J., Pruett, S. & Maker, M. (1998). Accidental needlesticks in the phlebotomy service of the Department of Laboratory Medicine and Pathology at Mayo Clinic Rochester. *Mayo Clinic Proceedings*, 73, 611-615.
- García, A., De Juanes, J., Arrazola, M., Jaén, F., Sanz, M. & Lago, E. (2004). Accidentes con exposición a material biológico contaminado por VIH en trabajadores de un hospital de tercer nivel de Madrid (1986-2001). *Revista Española de Salud Pública*, 78(1), 41-51.
- Gomero, R. & Llap, C. (2004). Absentismo laboral de origen médico en el hospital Toquepala en el 2001. *Revista Médica Herediana*, 15(2), 96-101.
- Jiménez, M. & Ruiz, L. (2001). Riesgos de trabajo e incapacidades médicas en los trabajadores del Hospital de la Anexión, sucursal y el Área de Salud Nicoya. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 9(2), 49-55.
- López, V. & Mendoza, R. (2009). *Intervención en materias de prevención de riesgos en el Hospital Clínico Herminda Martín*. Recuperado de http://www.prevencionintegral.com/Articulos/@Datos/_ORP2007/0561.pdf
- Martínez, M., Alarcón, W., Lioce, M., Tennasse, M. & Wuilburn, S. (2008). Prevención de accidentes laborales con objetos punzocortantes y exposición ocupacional a agentes patógenos de la sangre en el personal de salud. *Salud de los Trabajadores*, 16(1), 53-62.
- Monteiro, C., Benatti, M. & Matheus, R. (2009). Occupational accidents and health-related quality of life: a study in three hospitals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(1), 101-107.
- Organización Internacional del Trabajo. (2013). *Salud y seguridad en el trabajo: Datos y cifras*. Recuperado de http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/media-centre/issue-briefs/WCMS_206597/lang-es/index.htm
- Oliveira, I. & Carmo, M. (2007). Accidentes de trabajo en el equipo de enfermería de un hospital de enseñanza de Paraná-Brasil. *Ciencia y Enfermería*, 13(2), 65-78.
- Palucci, M. (2003). Ocurrencia de accidentes de trabajo causados por material corto-punzante entre trabajadores de enfermería de hospitales de la región nordeste de Sao Paulo. *Ciencia y Enfermería*, 9(1), 21-30.
- Pérez, B., Tenias, J., Tolosa, N., Bautista, D. & Zanón, V. (1998). Accidentes del trabajo en un hospital de agudos. *Revista Española de Salud Pública*, 72, 127-136.
- Romero, A., Cabrera, F., Jiménez, M., Muñoz, J. & Ávila, I. (2007). Prevalencia de accidentes biológicos por punción accidental en el Hospital Universitario Virgen de La Victoria. *Nure Investigación*, 31. Recuperado de http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PONENCIA/pdf_comunicacion_12792007105419.pdf
- Taegtmeier, M., Suckling, R., Nguku, P., Meredith, C., Kibaru, J., Chakaya, J., Muchela, H. & Gilks, G. (2008). Working with risk: Occupational safety issues among healthcare workers in Kenya. *AIDS Care*, 20(3), 304-310.
- Tomasina, F. & Gómez, F. (2001). Accidentes laborales en el Hospital de Clínicas. *Revista Médica del Uruguay*, 17, 156-160.

Toroman, A., Battal, F., Ozturk, K. & Akcin, B. (2011). Sharps injury prevention for hospital workers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 17(4), 455-461.

Vaz, K., McGrowder, D., Crawford, T., Alexander-Lindo, R. & Irving, R. (2010). Prevalence

of injuries and reporting of accidents among health care workers at the university hospital of the west indies. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 23(2), 133-143.

Fecha de recepción: 18 de marzo de 2013
Fecha de aceptación: 28 de julio de 2013



Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios Dr. Arnaldo Gabaldon

FORMANDO EL RECURSO HUMANO PARA
EL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD

POSTGRADOS DE ESPECIALIZACIÓN EN:

- ✓ Gestión en Salud Pública
- ✓ Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral
- ✓ Epidemiología
- ✓ Epidemiología de las Enfermedades Metaxénicas
- ✓ Manejo de Vectores y Reservorios en Salud
- ✓ Medicina General Integral

CURSOS Y CAPACITACIÓN A TRAVÉS DE:

- Diplomados a Distancia
- Escuela de Nueva Ciudadanía
- Jornadas Científicas "Dr. Arnaldo Gabaldon"
- Programa Intensivo de Formación
- Jornadas de Epidemiología
- Jornadas de Salud Pública
- Jornadas de Salud Ocupacional

✦ Servicios y productos que ofrece el IAE

Sala y Aula Telemática

Salones con equipos multimedia

Educación a Distancia: www.ead.iaes.edu.ve

Servicios de Documentación

Producción Editorial y Publicaciones Periódicas

Biblioteca Virtual en Salud Venezuela: www.bvs.org.ve

visite: www.iaes.edu.ve



Gobierno Bolivariano
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular
para la Salud



Condiciones de trabajo de docentes universitarios, satisfacción, exigencias laborales y daños a la salud.

Working conditions, satisfaction, job demands and adverse health effects among university faculty.

Claudia Sánchez López¹ & Susana Martínez Alcántara²

Resumen

El objetivo de este trabajo fue identificar las exigencias que demanda el trabajo a los académicos de tiempo completo en la Universidad Nacional Autónoma de México y que tienen la opción de participar en los programas de estímulos económicos, así como su asociación con los daños a la salud física y mental, durante el 2012. La investigación fue de tipo observacional y transversal, en una muestra por conveniencia de 95 académicos. Se utilizó una encuesta de tipo epidemiológico para recabar información demográfica, condiciones del trabajo, exigencias, implicaciones de participar en programas de estímulos económicos y daños a la salud. Los datos se analizaron con el programa JMP8; controlando edad, género y antigüedad; estableciendo el nivel de significancia en $p < 0.05$. La presencia femenina fue de 54% y la media de edad de 53.2 años. De 63% que participa en programas de estímulos, 50% considera que sus tareas NO tienen mayor calidad y 30% que sacrifica su trabajo en equipo. A esta muestra el trabajo les resulta satisfactorio pues les permite desarrollar habilidades y ampliar sus conocimientos. Las principales exigencias fueron cubrir cuotas de producción (77%) y realizar trabajos pendientes en días de descanso (71%). Hubo al menos tres padecimientos por académico cuya prevalencia la encabezaron: el estrés (38%), trastornos del sueño (35%) y ansiedad (34%). Las exigencias que se asumen para conseguir los estímulos se asociaron con los daños y lo mismo sucedió en quienes no participan pero sí están asumiendo una gran carga de trabajo para alcanzarlos.

Palabras clave: académicos, estímulos, consecuencias, daños, salud.

Abstract

The aim of this research project was to identify the job demands of fulltime academic faculty at the Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) who had been offered participation in an economic incentive program, and their association with adverse physical and mental health in 2012. A cross-sectional observational study was conducted in a convenience sample of 95 faculty members. A survey questionnaire was used to obtain information on demographic information, work conditions, job demands, implications of participating in the incentive program, and adverse health effects. The data were analyzed using JMP8 software, and controlling for age, gender and seniority; a p-value less than or equal to 0.05 was regarded as statistically significant. Overall, 54% of the sample were women, with a mean age of 53.2 years. Sixty-three percent of respondents participated in the economic incentive program; of these, 50% considered the quality of their work had not improved, and another 30% felt it limited their participation in team work. Overall, they felt their work was satisfactory because it allows them to further develop their skills and knowledge. The main job demands were to meet productivity objectives (77%) and to have to work on non-work days (71%). Three adverse health effects were identified: distress (38%), sleep disorders (35%), and anxiety (34%). The demands related to achieving the economic incentive were associated with self-reported adverse health effects. A similar association was found among participants not in the economic incentive program, but with a large work load.

Keywords: faculty, incentives, consequences, harm, health.

¹Maestra en Ciencias en Salud de los Trabajadores. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X). clausanlo@yahoo.com.mx

²Profesora-Investigadora de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores. Responsable del proyecto. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X). División de Ciencias Biológicas y de la Salud. smartin@correo.xoc.uam.mx

Introducción

En los últimos años, los profesores universitarios de escuelas públicas en México están sometidos con mayor frecuencia al distrés laboral, mismo que se ha asociado con el incremento de las exigencias laborales que tienen que ser asumidas con la finalidad de mejorar el salario. Uno de los motivos es la participación en diversos programas de becas y estímulos económicos (Rodríguez & Urquidí, 2010 y Martínez, Méndez & Murata, 2011), lo que ha impactado negativamente sobre la calidad del trabajo así como en la relación entre los docentes. Paralelo a lo anterior, la matrícula estudiantil incrementa en contraste a la disminución de la planta laboral. Este conjunto de hechos responden a las políticas laborales, de corte neoliberal, que racionalizan recursos económicos e instrumentales a los trabajadores, con la consecuencia de afectar su salud física y mental.

La caída del petróleo, hacia fines de 1980, determinó el que organismos internacionales incrementaran sus mercados en países proveedores de materias primas, a los que se *persuadió* para que ingresaran a un intercambio sostenido provocando el empobrecimiento regional. Esta presión externa obligó a México entre otras cosas, a instituir exigencias al medio educativo y científico (Lastra & Herrera, 2008) de acuerdo a los intereses de cada organización con la que tiene vínculos, es decir: la UNESCO y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), exigieron la demostración de la productividad científico-académica (Comas & Domínguez, 2004); la CEPAL y a la Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe (OREALC), la eficiencia, efectividad y evaluaciones externas e internas; la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) entrega de cuentas y evaluaciones por desempeño; el Banco Mundial (MB), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), decidieron disminuir el gasto público, instituir estímulos relacionados con la evaluación (ajenos al salario) y promover la competencia entre universidades para obtener financiamientos (Izquierdo, 1998).

La fuga de *cerebros* de México al extranjero, en la búsqueda de empleo y apoyo para las investigaciones, congregó a científicos mexicanos y al Estado para crear instancias que motivaran, a través de programas, como el Sistema Nacional de Investigadores (SNI), la permanencia en el país de gente preparada que siguiera formándose. Actualmente, los concursos mejoran el sueldo únicamente de quienes tienen estudios de

posgrado, favoreciendo la profesionalización (Comas & Lastra, 2010); eliminan contendientes e instauran la variabilidad del salario académico.

Durante los gobiernos de Miguel De la Madrid (1982-1988) y Carlos Salinas (1988-1994) los premios sirvieron para dosificar los recursos, coartar la investigación universitaria y detener el apoyo social al resto del país; hechos que explican cómo los profesores han tenido que acceder y permanecer en los programas bajo difíciles condiciones. Por ejemplo, incorporarse al Programa de Primas al Desempeño del Personal Académico de Tiempo Completo (PRIDE), instituido en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), exige multiplicar las labores y difundir la cultura como si se tratara de elevar la producción de cualquier empresa (Gallardo & Quintanar, 2008), a cambio de incrementos temporales.

Aunque los estímulos económicos motivan económicamente, también favorecen el acopio de puntajes que sacrifican la calidad en las actividades (Backhoff & Cordero, 2002), promueven la competencia entre compañeros, debilitan el conocimiento (Comas, 2003) y bloquean al sindicato, en acuerdos salariales y en la promoción de trabajos colectivos (Heras, 2005).

Todos los programas tienen la consigna de a) repartir lo menos posible, b) promover la relación entre Estado e instituciones universitarias, y c) entre éstas y el personal académico a quien pretende controlar (Díaz, 2004), al igual que a su producción. Propician la división del gremio y la disolución de garantías individuales y laborales, incluyendo el pensamiento libre. Lo único que cambia son los lineamientos y sus denominaciones. La vida laboralmente hablando cambia, la fuga de cerebros continua y los profesores se enferman mayormente por diversos motivos, ligados al trabajo que realizan.

Las complejas actividades docentes –cuyo producto final es simbólico– están conformadas de conocimientos, valores, sentimientos y estética que emplean (De la Garza, 2006) los profesores como medios de trabajo, con la finalidad de generar en el alumno pensamientos estructurados y creativos. Actividades subordinadas también a la lógica mercantilista, que los expone a sufrir padecimientos derivados de la organización y división de las tareas, mismas que determinan las formas, las cantidades y los ritmos productivos.

Ser académicos(as) en una universidad exige actualización continua, asumir múltiples tareas e intensificar los ritmos de trabajo para producir más; actividades que rebasando la docencia misma, deben

acatarse para alcanzar un salario decoroso y conservar el empleo, aunque les ocasiona dolores de cabeza, musculares o trastornos del sueño. Si a esto se le añade que la carga mental les origina fatiga psíquica o distrés, se hace evidente el impacto sobre la calidad de vida de los docentes (Organización Mundial de la Salud - OMS & Organización Internacional del Trabajo - OIT, 1995).

Académicos de la UNAM atraviesan por una situación similar en tanto para mejorar el salario participan en programas de estímulos económicos; además estos docentes no habían sido estudiados desde un enfoque que partiera de la salud y su relación con dichos estímulos. Por ello, el objetivo de este trabajo fue identificar las exigencias que demanda el trabajo a los profesores de tiempo completo de la Universidad Nacional Autónoma de México y que opten por participar en los programas de estímulos económicos, así como su asociación con los daños a la salud física y mental, durante el 2012.

Metodología

La investigación fue observacional y transversal, en una muestra por conveniencia de 95 académicos (de 326), pertenecientes a la Facultad de Psicología y Economía de la UNAM, situada en la Ciudad de México. Se entrevistó a un informante clave para que diera cuenta del proceso de trabajo. Se utilizó una encuesta de tipo epidemiológico para recabar información demográfica, del contenido cualitativo del trabajo, exigencias clasificadas de acuerdo a la propuesta de Noriega (1993), pero que tienen que ver con las actividades académicas como la extensión de la jornada, trabajar a presión para entregar calificaciones, artículos, reportes e informes; brindar servicio a la comunidad; el continuo uso de la voz y permanecer sentados o de pie para dar clase. Se indagó sobre la participación en los programas de estímulos económicos y las implicaciones que pudieran tener sobre el trabajo y la vida de relación. Se exploraron daños a la salud, tales como: distrés, ansiedad, depresión (Daza, Novy, Stanley & Averill, 2002), trastornos músculo-esquelético, del sueño y digestivo; disfonía y fatiga (Barrientos, Martínez & Méndez, 2004), lumbalgia, cefalea tensional, fatiga neurovisual y se recuperaron testimonios de los participantes. Los datos se analizaron con el programa JMP8 de SAS Institute; controlando edad, género y antigüedad; estableciendo el nivel de significancia en $p < 0.05$ y el Intervalo de Confianza al 95%.

Los criterios de inclusión determinaron que debían participar sólo profesores de tiempo completo; que pertenecieran a la Facultad de Psicología o Economía y que firmaran un consentimiento informado.

Resultados

De los 95 participantes hubo mayor presencia femenina (54%), una media de edad de 53.2 años y una destacada cantidad (83%) de docentes con maestría o doctorado. El 60% fueron profesores e investigadores asociados y titulares. Aunque la media de horas dedicadas a la docencia se instaló en las 16 horas por semana, 54% de los estudiados, labora más de 40 horas semanales. El 63% ha trabajado para la UNAM por más de 24 años y permanecido en su puesto actual más de 20 (40%).

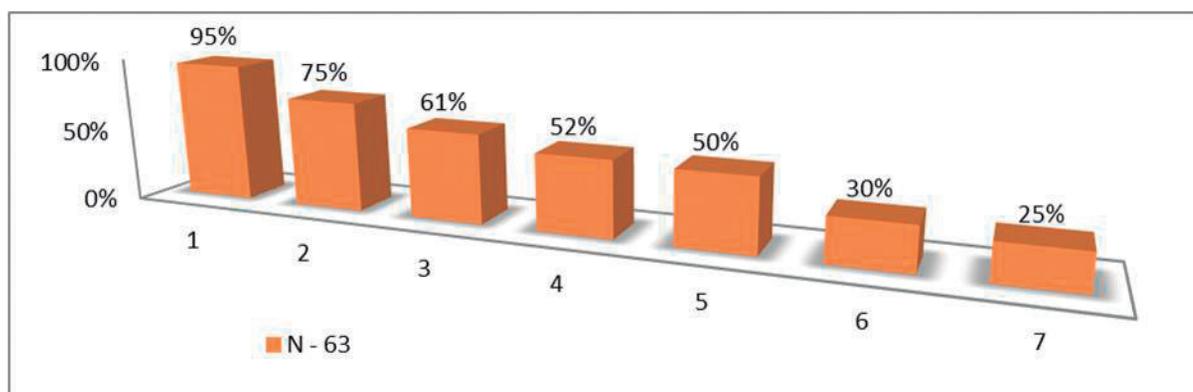
El 66% participa en los programas de estímulos, de los cuales 95% menciona que sus condiciones de vida han mejorado y puede disfrutar de estabilidad económica a raíz de su ingreso (75%), sin embargo, más de la mitad reconoce que las gestiones administrativas le restan tiempo a la enseñanza (52%). Mientras que consecuencias como el sacrificio del trabajo en equipo y el deterioro de la vida familiar y social, en su condición de situación negativa, ocupan un lugar importante dentro de estas consecuencias (Figura N° 1).

En relación con el contenido cualitativo del trabajo, 98% de profesores manifestó que su labor les permite adquirir nuevos conocimientos y conservan interés sobre la misma (97%) ya que pueden desarrollar sus habilidades (96%). Sin embargo, 4 de cada 10 preferirían que sus hijos se dedicaran a otra actividad y 37% manifestó falta de reconocimiento por parte de sus jefes.

De acuerdo a las exigencias laborales, deben cubrir un determinado número de cursos, talleres, clases, artículos y conferencias (77%), realizar trabajos pendientes en horas y días de descanso o vacaciones (71%), permanecer sentados la mayor parte del tiempo (69%) y laborar más de 40 horas semanales (54%) (Tabla N° 1).

En cuanto al perfil de daño, hubo casi tres trastornos por cada docente, encabezados por el distrés (38%), seguido del trastorno del sueño (35%), ansiedad (34%), disfonía (28%) y una cuarta parte manifestó trastorno músculo esquelético, fatiga y lumbalgia (Figura N° 2).

Figura N° 1. Implicaciones derivadas de la participación en los programas de estímulos académicos en docentes



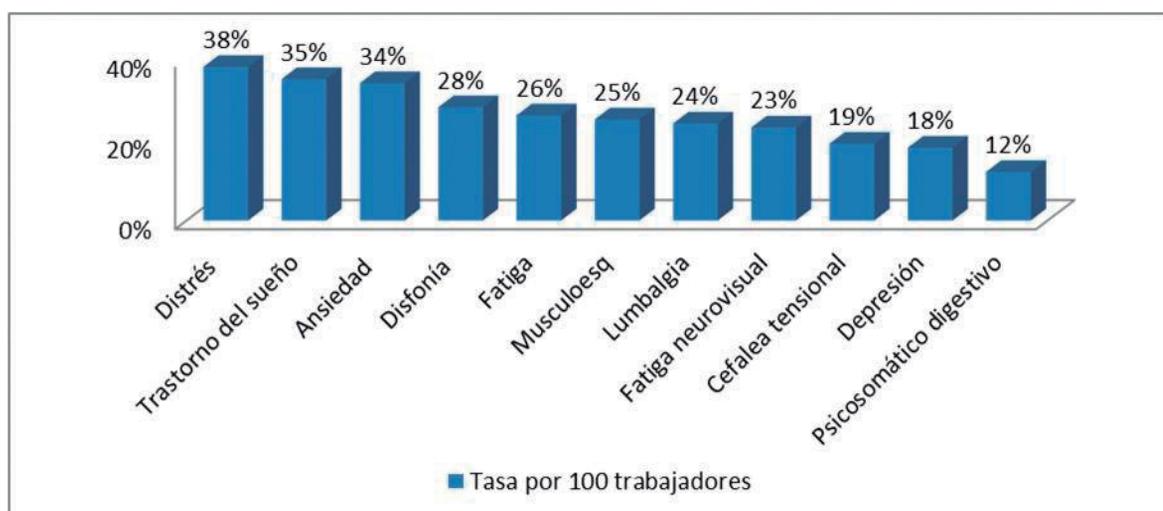
1. Ha mejorado sus condiciones de vida. 2. Disfruta de estabilidad económica a raíz de su ingreso. 3. Ha sistematizado su producción. 4. Realiza gestiones administrativas que le restan tiempo a su labor docente. 5. Más calidad en sus tareas. 6. Sacrifica el trabajo en equipo. 7. Ha visto un deterioro en su vida familiar y social
Fuente: Encuesta Individual, 2012

Tabla N° 1. Exigencias laborales a las que se ven sometidos los académicos

Demandas	N	SÍ	%
Cubrir determinado número de cursos, clases, artículos y conferencias	95	73	77
Realizar trabajos pendientes en horas o días de descanso o vacaciones	95	67	71
Permanecer sentado la mayor parte del tiempo	91	63	69
Una jornada mayor a 40 horas	95	51	54
Estar fijo en su lugar de trabajo	95	49	52
Tener un estricto control de calidad	95	36	38
Permanecer de pie para trabajar	91	28	31
Tiene que torcer o mantener tensas las muñecas para trabajar	93	27	29
Recibir órdenes confusas o poco claras de su jefe	95	14	15

Fuente: Encuesta Individual, 2012

Figura N° 2. Prevalencia de trastornos en docentes universitarios



Fuente: Encuesta Individual, 2012

Perfil de daño asociado con el concurso en los programas económicos

La participación en el PRIDE o pertenecer al SNI como tal, no se asoció con ningún daño en la salud, lo que da cuenta de la condición benéfica que han alcanzado. Sin embargo, al analizar el incremento de las gestiones administrativas, como una consecuencia de pertenecer a dichos programas, resulta significativa con la cefalea tensional ($p < 0.04$), que está presente tres veces más (RP 3) en comparación a quienes no las llevan a cabo.

Distribución de daños con relación al contenido cualitativo del trabajo

En general el trabajo que realizan los profesores en esta universidad es considerado satisfactorio, pero el que los docentes prefieran que sus hijos ejerzan otra actividad, se asoció con sintomatología depresiva ($p < 0.05$), con

una prevalencia duplicada para quienes se manifestaron positivamente. La Tabla N° 2, muestra como la falta de reconocimiento por parte de sus superiores (37% lo refirieron) también se asoció significativamente con trastornos de carácter psicológico.

Prevalencias de daños y su asociación con las exigencias laborales

Los trastornos encontrados en esta población tienen correspondencia con varias de las exigencias. Quienes tienen jornadas mayores a las 40 horas semanales pueden presentar trastornos músculo-esqueléticos ($p < 0.0005$), como lumbalgias ($p < 0.02$) y fatiga ($p < 0.02$), entre otros daños (Tabla N° 3).

Permanecer sentados la mayor parte del tiempo, puede detonar el distrés ($p < 0.0001$), la fatiga ($p < 0.01$) o la ansiedad ($p < 0.008$), como puede observarse en la Tabla N° 4. Hay resultados que presentan asociación marginal, pero con prevalencia tres veces mayor.

Tabla N° 2. Daños a la salud asociados a la falta de apoyo por parte de los superiores en académicos

Daños*	Sin apoyo	Con apoyo	RP	ji	IC-95%
Trastorno del sueño	49	27	1.79	0.03	1.04 - 3.07
Distrés	51	30	1.72	0.03	1.03 - 2.87
Ansiedad	49	25	1.91	0.02	1.09 - 3.32
Depresión	31	10	3.03	0.01	1.23 - 7.48

*Tasa por 100 trabajadores. RP= Razón de Prevalencia. Valor de Ji cuadrada, ajustada por edad, género y antigüedad. I.C. Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Encuesta Individual UNAM, 2012

Tabla N° 3. La presencia de daños y el hecho de laborar más de 40 horas

Trastornos*	SÍ	NO	RP	Ji	IC-95%
Músculo esquelético	39	9	4.3	0.0005	1.59 - 11.66
Fatiga	35	16	2.18	0.02	1.02 - 4.81
Lumbalgia	33	14	2.3	0.02	1.05 - 5.65
Fatiga neurovisual	31	14	2.2	0.03	0.98 - 5.36
Cefalea tensional	27	9	3	0.01	1.07 - 8.5
Psicodigestivo	22	2	11	0.01	1.27 - 70.6

*Tasa por 100 trabajadores. RP= Razón de Prevalencia. Valor de Ji, ajustada por género, edad y antigüedad
I.C. Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Encuesta Individual UNAM, 2012

Tabla N° 4. La presencia de daños y el hecho de permanecer sentado la mayor parte del tiempo

Trastornos*	SÍ	NO	RP	Ji	IC-95%
Distrés	51	11	4.63	0.0001	1.58 - 14.21
Ansiedad	41	14	2.92	0.008	1.11 - 7.49
Fatiga	33	11	3	0.01	1.01 - 9.58
Músculo-esquelético	32	11	2.90	0.02	0.95 - 9.16
Cefalea tensional	25	7	3.57	0.03	0.87 - 14.43

*Tasa por 100 trabajadores. RP= Razón de Prevalencia. Valor de Ji ajustada por género, edad y antigüedad
I.C. Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Encuesta Individual UNAM, 2012

La manifestación de ciertos trastornos en relación a la presencia del distrés, como lo muestra la Tabla N° 5, señala que la cefalea duplicó su prevalencia y la ansiedad la cuadruplicó; la depresión presenta también cifras elevadas (RP 8.57), cuyo valor de ji cuadrada es muy significativo.

El promedio de edad (53 años) y de antigüedad como docentes (más de 24 años), describe dos fenómenos asociados: la estabilidad laboral y la incertidumbre que genera el hecho de que una vez que dejen de pertenecer a la planta laboral de la UNAM, los beneficios sean insuficientes, puesto que la participación en los programas, llega a constituir 65% del salario. Dos testimonios de profesores dan cuenta de esta realidad:

Debería depender menos el aumento salarial de los programas de estímulo, porque tanto las finanzas como las políticas del país no son congruentes. ...Hacienda no libera más recursos...la gente no se jubila porque pierde el PRIDE o el SNI y se van con sueldo base, entonces el porcentaje que se pierde es mucho porque se gana más a través de los programas que con el salario. Informante clave, abril 2012.

Yo tengo 48 años y sufro de una enfermedad degenerativa. Tengo casa propia, pero es por herencia, de lo contrario no sé si tendría casa. Trabajo por asignatura en la UNAM y por horas en otras instituciones. No me había percatado de las condiciones en las que vivo, ni de las exigencias a las que estoy sometido, si no fuera por mi otro trabajo, con lo que gano aquí no sobreviviría. Encuesta 174.

Discusión

Para los académicos de este estudio, participar en los programas de estímulos, es una vía para mejorar sus

condiciones de vida (90%); fenómeno similar ocurre con los docentes de la UAM-Xochimilco (94%) (Martínez, Méndez & Murata, 2011). En contraste, en esta última institución señalaron que los programas demandan realizar demasiadas gestiones administrativas (72%) y sacrificar el trabajo en equipo (40%), en la UNAM, se identificó el incremento de las gestiones administrativas con 52%, condición que se asoció con la cefalea tensional ($p<0.04$) y 30% que percibe el sacrificio del trabajo en equipo presentó ansiedad ($p<0.01$).

Algunos docentes manifestaron su inconformidad relacionada con los parámetros con los que son evaluados y porque sean sus compañeros quienes califiquen:

A todos nos gusta que nos evalúen bien, cuando por alguna razón te va mal, se crea una fantasía, que a veces es real o es una mezcla de ambas: no pues es que, ya la traen contra mí, o es que no a todos les aplican las mismas reglas, y eso es cierto. Yo no veo que aquél haga más que yo y entonces surgen las comparaciones porque estos programas tienen reglas que no son claras. Informante clave, 2012; CU, UNAM.

En general la población de la UNAM, consideró a las condiciones laborales positivamente y reconoce que la institución ofrece la posibilidad de crecer en el ámbito personal y profesional, además de que: *trabajar en una institución que anteriormente había sido su alma mater, representa un privilegio.* Anónimo, 2012; CU, UNAM.

Poner uno las cosas en su justo nivel, porque... cada semestre nos hacen evaluaciones los estudiantes, yo recibo buenos comentarios, eso me hace sentir bien, estoy dirigiendo buenas tesis, de licenciatura quizás porque a lo mejor no puedo dar de maestría o de posgrado; como que empieza a poner uno las cosas en su justa dimensión...cuando logras...darte cuenta de

Tabla N° 5. La presencia del distrés y su relación con otros trastornos

Trastornos*	Con distrés	Sin distrés	RP	Ji	IC- 95%
Ansiedad	66	14	4.71	0.0001	2.39 - 9.46
Fatiga	60	7	8.57	0.0001	3.25 - 23.26
Del sueño	49	26	1.86	0.02	1.08 - 3.26
Depresión	37	7	5.28	0.0003	1.87 - 14.95
Músculo-esquelético	37	11	3.36	0.05	0.98 - 3.88
Cefalea tensional	31	12	2.58	0.02	1.11 - 6.09
Lumbalgia	37	17	2.17	0.03	1.05 - 4.38
Psicosomático digestivo	29	3	9.66	0.0005	1.92 - 35.6

*Tasa por 100 trabajadores. RP= Razón de Prevalencia. Valor de Ji ajustada por género, edad y antigüedad I.C. Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Encuesta Individual UNAM, 2012

cómo estás trabajando... como que logras compensar...
Informante clave, abril 2012; CU, UNAM.

Cuando se consideran las actividades como un sufrimiento por la ambigüedad de las indicaciones o por las fricciones laborales entre colegas y directivos, representa un factor más de presión y desgaste (Cornejo, 2008). En este estudio, un porcentaje de profesores (33%) percibió la falta de apoyo por parte de sus compañeros quienes no valoran su trabajo y otro grupo consideró que su trabajo no es importante para sus jefes (37%).

En cuanto a las exigencias laborales García, Ramos, Serrano, Sotelo, Flores & Reynoso (2009), en su investigación con 40 profesores, encontraron que la ansiedad se presentó en 38% de los participantes, debido a la falta de actividad física. Mientras que en este estudio, tal trastorno se asoció con: permanecer sentado la mayor parte del tiempo para trabajar ($p < 0.008$) y tensar o torcer las muñecas ($p < 0.03$), exigencias que en sí mismas son relevantes porque de manera indirecta pueden dar cuenta de la falta de actividad física.

Younghusband (2000) menciona que los 198 profesores canadienses de su estudio trabajan en promedio más de 50 horas semanales, mientras que en la presente investigación tener jornadas semanales mayores a las 40 horas la reportaron 54% y se asoció con la fatiga neurovisual ($p < 0.03$), cefalea tensional ($p < 0.03$), lumbalgia ($p < 0.02$), fatiga ($p < 0.02$), trastornos digestivos ($p < 0.002$) y músculo-esqueléticos ($p < 0.0005$); y el permanecer de pie durante la actividad laboral se vinculó con la lumbalgia ($p < 0.04$).

La ansiedad en los docentes de la UNAM, tiene una prevalencia de 34%, similar al porcentaje encontrado por García *et al* (2009), en su investigación en otra universidad pública mexicana, donde el trastorno se presentó en 38%. Ambos casos superan a lo que Cornejo (2008) encontró en docentes chilenos (25,7%).

En cuanto a la depresión, Mena (2010) informó un porcentaje menor (7,7%) en académicos españoles, comparado con 18% de la UNAM o de la UAM (19%) que resultan casi similar a lo que espera la OMS para la población mundial para el año 2020, sin embargo, estas cifras son superadas por 32% encontrado en el estudio de Cornejo (2008), lo que da cuenta de la importancia que está adquiriendo este trastorno.

Claro & Bedregal (2003) en un estudio con 139 docentes chilenos, reportaron que 59% de los participantes había experimentado dolor de cabeza; 55,9% disfonía y 39% fatiga. En la investigación de

Martínez, Méndez & Murata (2011) realizado en la UAM la migraña fue de 23%, mientras que en este trabajo alcanzó 15%. La disfonía en la UAM ocupó el segundo lugar del perfil de daño con 38% y en la UNAM alcanzó casi la tercera parte (28%).

En cuanto a la fatiga Younghusband (2000), encontró que 56% de los participantes se sentía fatigado todo el tiempo; en la UAM fue referida por un tercio de su población y en la UNAM por una cuarta parte (26%); otra similitud entre estas últimas instituciones es que la fatiga neurovisual en la UAM fue de 25% y la cefalea tensional de 24% mientras que en la UNAM se presentaron en 23% y 19%, respectivamente.

Younghusband (2000), también reportó que 34% de sus participantes tuvo problemas para conciliar el sueño; este trastorno en la población de la UNAM alcanzó 35% y en la UAM se presentó en 32%, mientras que una investigación con 86 docentes de una universidad de Guaymas Sonora (Camacho, Echeverría & Reynoso, 2010), refiere que 20% de los profesores manifestó no tener un sueño reparador y 22% dormía sólo por periodos.

Los trastornos músculo-esqueléticos en académicos de la UNAM, ocuparon 35% y los lumbares 24%, estos mismos problemas de salud estuvieron presentes en la población de la UAM en 38% y 26%, respectivamente; Claro & Bedregal (2003) por su parte, encontraron 50,8%, lo que hace suponer que los docentes chilenos realizan con mayor frecuencia, actividades que comprometen a la salud de la espalda baja.

El estrés laboral también es generado por permanecer más tiempo de la jornada laboral en el mismo lugar, de acuerdo al estudio realizado en el estado de Zulia con 193 profesores universitarios (González, 2008). Este trastorno también se presentó en la población UNAM, asociado al hecho de permanecer en el mismo lugar ($p < 0.04$), estar sentado la mayor parte del tiempo ($p < 0.0001$) y recibir órdenes confusas y poco claras por parte del jefe ($p < 0.0001$).

El distrés y su relación con otros padecimientos

Por ser el trastorno de mayor prevalencia en la población de este estudio, se decidió estudiar el papel que juega en la presencia de otros daños en la salud. Un estudio realizado por Matud, M. P., García & Matud, M. J. (2006) en las islas Canarias con 387 docentes de todos los niveles educativos, muestra que el estrés laboral que se relaciona con las emociones, puede manifestarse

a través de síntomas depresivos, ansiedad e insomnio, mientras que el estrés relacionado con factores generales se asocia a problemas gastrointestinales, calambres, palpitaciones, sofocos y vértigos.

Madrid (2012) estudió al distrés como desencadenante de daños a la salud en académicos universitarios y encontró que la ansiedad se presenta 4 veces más frecuente ($p < 0.0001$) entre quienes también reportaron la presencia de distrés. Un fenómeno similar sucedió con los trastornos del sueño presentes 4 veces ($p < 0.006$), la fatiga neurovisual 3 veces ($p < 0.004$) y la fatiga 1.94 ($p < 0.012$). En esta investigación quienes padecieron distrés manifestaron probabilidades incrementadas de padecer, por lo menos, ocho de los diez trastornos en estudio, lo que lo perfila como un mediador psicofisiológico importante, por ello, una vez identificado es necesario generar propuestas de intervención para amortiguar el peso que tiene en la presencia de otros daños y malestares de distinta naturaleza, como los reportados en este estudio.

Conclusiones

Se puede sostener que esta población en estos tiempos de precarización laboral, es hasta cierto punto privilegiada, puesto que un alto porcentaje posee contratación definitiva y continua. Así mismo goza de situaciones que le permiten expresarse sobre su trabajo de manera positiva, pues su labor le representa un reto donde puede seguir aprendiendo y crecer en el terreno personal y profesional; no obstante, se debe atender a los argumentos de académicos que se están manifestando en desacuerdo con el hecho de que sus hijos se dediquen a la docencia, quizá porque vislumbran el incremento incesante de las exigencias que tienen que enfrentar o porque las tareas universitarias están perdiendo para ellos su esencia.

En cuanto a la participación en los programas de estímulos económicos como tal, no está asociada al perfil de enfermedad, sin embargo, son las exigencias que demanda dicha participación la que afecta la salud del profesorado universitario, así como las demandas a las que se enfrentan quienes todavía no participan pero que se encuentran en la carrera académica.

Ante la exigencia de producir, publicar y obtener recursos para facilitar el trabajo de investigación y colateralmente aumentar el prestigio institucional, la participación en los programas gubernamentales y particulares de la UNAM, fortalecen el trabajo a destajo.

Esto ha quedado evidenciado a partir de la prolongación de la jornada laboral de trabajo y el tener que cubrir un conjunto de requerimientos, sin los cuales no es posible llevar a cabo la evaluación y, por tanto, se corre el riesgo de perder el estímulo y en muchas ocasiones hasta el reconocimiento profesional que, generalmente, se obtiene a través de un sobre esfuerzo, incluso hay quienes enfrentando estas exigencias potencializadas, se enferman tanto física como mentalmente.

Dentro de las exigencias laborales que demanda la participación en el PRIDE por ejemplo, destaca el tener que realizar gestiones administrativas, mismas que restan tiempo a las actividades académicas y que de acuerdo a este estudio triplica la probabilidad de padecer cefalea tensional. Algunos de los participantes que concursan en dichos programas aceptaron que sus tareas académicas y su producción científica tienen poca calidad, así mismo señalaron que el sacrificio del trabajo en equipo es un fenómeno que se está presentando como algo cotidiano, al igual que el deterioro de su vida fuera del trabajo.

Se pudo constatar que una tercera parte de la población presentó distrés, trastornos del sueño y disfonía, como los más relevantes. Daños que se relacionan con las exigencias que enfrentan los profesores de ser cada vez más productivos, en concordancia con las demandas impuestas por la situación socio-política y económica que ha adoptado nuestro país de acuerdo con los requerimientos de organismos internacionales, los cuales anteponen a la salud del trabajador la cantidad y, por tanto, el tiempo de trabajo, atacando el espíritu plural, abierto y de convivencia entre compañeros por la imposición de las nuevas reglas de juego, que al intentar homologar las características propias de cada área, evaluándolos bajo el mismo parámetro, fracciona a la comunidad docente, sobre todo cuando son ellos mismos quienes deben adjudicarse una calificación.

Esta población también exigida por los lineamientos institucionales en cuanto a la eficacia de sus labores y productos, se ve obligada a trabajar sujeta a su lugar de trabajo, realizando tareas cuidadas al detalle y de manera minuciosa, hechos que sobre estimulan al sistema nervioso central, generando problemas neurovisuales, cefalea tensional, trastornos del sueño y psicodigestivos.

El trabajo intelectual que realizan los académicos estudiados también incorpora el esfuerzo físico, comprometiendo al cuerpo a trabajar durante más de 40 horas a la semana incluso en días y horas de descanso. Ya sea sentados estudiando, preparando clases o de pie frente al grupo, el docente somete al cuerpo a posturas excesivas, por tanto, las consecuencias de esta

actividad y en estas condiciones son trastornos músculo-esqueléticos y lumbares; además, al invertir el tiempo destinado al descanso para realizar tareas pendientes y alcanzar la meta de producción, someten al cuerpo a trabajos sostenidos por largos periodos de tiempo, cuyas consecuencias además de los problemas orgánicos son el distrés, ansiedad y la fatiga.

Finalmente, la ambiciosa demanda productiva a nivel mundial y la escasez de recursos, ha permeado la autonomía de la universidad trayendo las mismas consecuencias que se padecen en otros ámbitos, tales como la inestabilidad laboral y la flexibilización de puestos. Lo anterior podría explicar el hecho de que la población estudiada a pesar de gozar de garantías contractuales, estos parabienes, sólo son para profesores que tienen más tiempo en la institución, sin embargo, a pesar de tener la antigüedad y edad suficiente como para jubilarse no lo hacen porque fuera de la UNAM, se pierden todos los beneficios.

Recomendaciones

De acuerdo con la prevalencia importante que presentan los daños en la salud (como el distrés) y las

exigencias a las que se ve sometida esta población en lo particular, para lograr cambios sustantivos deben participar tanto la institución como las autoridades y los académicos de cada Facultad, de tal manera que los ajustes se hagan a nivel macro y se decanten en acciones directas que brinden beneficios a los docentes, intervenciones específicas que deberán ser diseñadas para solucionar los conflictos actuales y propios de esta población estudiada.

Para Parkes (2001) y OIT (2012), las acciones deben realizarse a tres niveles, es decir, una intervención primaria dirigida a las organizaciones laborales con el fin de reducir o modificar, las exposiciones a las demandas de trabajo; una intervención secundaria con el objeto de brindar técnicas individuales que ayuden a enfrentar la exposición a los excesivos requerimientos y una intervención terciaria que minimice las consecuencias físicas y psicológicas, en este caso los daños a la salud de los académicos afectados, brindándoles tratamientos adecuados, ya sean médicos o psicológicos, según sea el caso.

Referencias Bibliográficas

- Barrientos, T., Martínez, S. & Méndez, I. (2004). Validez del constructo, confiabilidad y punto de corte de la prueba de síntomas subjetivos de fatiga en trabajadores mexicanos. *Salud Pública de México*, 46(006), 516-523.
- Backhoff, E. & Cordero, G. (2002). Problemas Metodológicos en la evaluación del desempeño académico asociado a los programas de estímulos. *Revista de la Educación Superior*, 3(123), 5-20.
- Camacho, R., Echeverría, C. & Reynoso, E. (2010). Estilos de vida y riesgos en la salud de trabajadores universitarios. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(1), 91-103.
- Claro, T. & Bedregal, P. (2003). Aproximación al estado de salud mental del profesorado en 12 escuelas de Puente Alto; Santiago de Chile. *Rev. Méd. Chile*, 131, 159-167.
- Comas, O. (2003). *Movilidad académica y efectos no previstos de los estímulos económicos durante el periodo de la modernización educativa*. El caso UAM. México: Ed. Anuies.
- Comas, O. & Domínguez, H. (2004). Los programas de estímulos como política de modernización de la educación superior mexicana. *Iztapalapa*, 56(25), 59-103.
- Comas, O. & Lastra, R. (2010). Institucionalización y programas de estímulo económico a profesores universitarios en México: un análisis por intersticios. *Revista de la Educación Superior*, 39(155), 81-97.
- Cornejo, R. (2008). Salud laboral docente: entre el sufrimiento individual y los sentidos colectivos. Santiago de Chile. *Revista Docencia*, 35, 35-54.
- Daza, P., Novy, D., Stanley, M. & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish Translation and Validation with Hispanic

- Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(3), 195-205.
- De la Garza, E. (2006). Del concepto ampliado de trabajo al de sujeto laboral ampliado. En E. De la Garza (Coord.). *Teorías sociales y estudios del trabajo: nuevos enfoques* (pp. 7-22). Barcelona: Anthropos y UAM.
- Díaz, A. (2004). La evaluación universitaria en el contexto del pensamiento neoliberal. En Universidad de Santiago de Compostela. Fírgoa Universidade Pública (Ed.). Recuperado de <http://firgoa.usc.es/drupal/node/11056>
- Gallardo, A. & Quintanar, K. (2008). La flexibilidad del trabajo académico. Problemática en la universidad pública. *Revista Administración y Organización*, 9(17), 55-65.
- García, C., Ramos, D., Serrano, D., Sotelo, M., Flores, L. & Reynoso, L. (2009). Estilos de vida y riesgos en la salud de profesores universitarios: un estudio descriptivo. *Psicología y salud*, 19(1), 141-149.
- González, N. (2008). Prevalencia del estrés en la satisfacción laboral de los docentes universitarios. *REDHECS*, edición 4-año3. Recuperado de <http://www.publicaciones.urbe.edu/index.php/REDHECS/article/viewArticle/450/1111>
- Heras, L. (2005). La política de educación superior en México. Los programas de estímulos a profesores e investigadores. *EDUCERE*, 9(29), 207-215.
- Izquierdo, M. (1998). Políticas y experiencias de evaluación de académicos. *Biblat-Revista: Universidad Colección pedagógica universitaria*. Pedagógica Nacional, 30. Recuperado de <http://biblat.unam.mx/es/revista/coleccionpedagogicauniversitaria/articulo/politicas-y-experiencias-de-evaluacion-de-academicos>
- Lastra, R. & Herrera, D. (2008). Trazos de método para detectar los rasgos institucionales en académicos de universidades públicas mexicanas ante los estímulos federales. *Universidades*, 58(38), 55-68.
- Madrid, C. (2012). *Estilos de afrontamiento, distrés y daños a la salud en docentes universitarios*. (Idónea Comunicación de Resultados para obtener el grado de Maestro en Ciencias en Salud de los Trabajadores). México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Martínez, S., Méndez, R. & Murata, C. (2011). Becas, estímulos y sus consecuencias sobre el trabajo y la salud de los docentes universitarios. *Reencuentro*, 61, 56-70.
- Matud, M. P., García, M. & Matud, M. J. (2006). Estrés y malestar en el profesorado. *International Journal of psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 63-76.
- Mena, M. (2010). *El desgaste profesional en profesores universitarios: un modelo predictivo*. Departamentos de métodos de investigación y diagnóstico en educación. (Tesis doctoral). Universidad de Granada. Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/5531/1/18732434.pdf>
- Noriega, M. (1993). *Organización laboral, exigencias y enfermedad: Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. (Serie PALTEX: Salud y Sociedad 2000, 3).
- Organización Mundial de la Salud / Organización Internacional del Trabajo. (1995). Salud laboral y prevención de riesgos laborales para el profesorado universitario. Recuperado de http://www.ugr.es/~mgallego/Prevencion_riesgos_laborales_PROFESORADO_UNIVERSITARIO.pdf
- Organización Internacional del Trabajo. (2012). *SOLVE: Integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo*. Cuadernos del trabajo del participante. Ginebra: Autor.
- Parkes, K. (2001). *Intervenciones para la gestión del estrés en organizaciones*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Rodríguez, R. & Urquidi, E. (2010). Distrés en profesorado universitario mexicano. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 10, 1-21.
- Younghusband, L. (2000). *Teachers stress in one school District of Newfoundland and Labrador: a pilot study*. Recuperado de <http://www.mun.ca/educ/faculty/mwatch/fall00/younghusband.htm>

Fecha de recepción: 26 de noviembre de 2013

Fecha de aceptación: 15 de abril de 2014

Suicidio, trabajo y sociedad: la “muerte voluntaria” en el modo de producción capitalista.

Suicide, work and society: “voluntary death” in the capitalist mode of production.

Nilson Berenchtein Netto¹

Introducción

La muerte se interpreta únicamente como una contraposición contradictoria de la vida, como una ausencia de vida, en suma, como el no ser. Pero la muerte es un hecho que tiene también su significado positivo, es un aspecto particular del ser, y no sólo del no ser; es un cierto algo y no la completa nada.

Vygotski, 1991

Los suicidios que evidencian la existencia de una relación bastante directa con el trabajo se tornan cada vez más comunes. En los últimos años, incluso aquellos que no quieren reconocer cualquier nexo causal entre el suicidio y el trabajo, o incluso aquellos que quieren ocultarla, no han tenido mucho éxito. Trabajadores de grandes empresas como Renault, Peugeot y Electricité de France (Dejours & Bègue, 2010), France Télécom (Merlo, 2009), Foxconn (Barreto & Venco, 2010), Banco do Brasil y otros bancos brasileños (Rodrigues, 2004; Santos, 2009; Heloani, 2010 y Xavier, 1998), entre otros, día tras día nutren más las estadísticas de las muertes que demuestran la mencionada relación. También categorías profesionales como “médicos, veterinarios, farmacéutas, químicos y granjeros” (OMS, 2000b, p. 11) lo explicitan. Además, otras categorías que no han tenido mucha evidencia como: la policía militar, los trabajadores postales, los petroleros y los ya indicados bancarios.

Sin embargo, el suicidio es un fenómeno social e histórico que para ser adecuadamente comprendido, debe ser analizado dentro de una determinada coyuntura espacio-temporal, tratando de establecer el mayor número posible de conexiones de ese fenómeno con los demás que a él estén relacionados y lo determinen o por él sean determinados. Por lo tanto, es correcto decir que hablar del suicidio relacionado exclusivamente con el trabajo es un recorte del todo, no obstante, hay dos cuestiones que deben ser destacadas aquí para justificar tal opción.

La primera es que la investigación desarrollada y que aquí se presenta tiene el Materialismo Histórico Dialéctico como fundamentación teórica, teniendo el trabajo como categoría central a partir de la cual los seres humanos se humanizan, o en otras palabras, es a partir del trabajo que la psique humana se constituye históricamente y es a través de éste que los seres humanos producen y reproducen sus vidas, realizándose en la historia.

La segunda es que se ha tratado de entender el suicidio como un fenómeno concreto, saturado de determinaciones y siempre localizado en un momento histórico y una sociedad determinada, lo que puede no ser posible de demostrar totalmente en esta revisión.

El trabajo en la sociedad capitalista

Para analizar el suicidio relacionado con el trabajo, hay que considerar que no se está hablando de cualquier trabajo, pero sobre todo del trabajo en el modo de producción capitalista, forma de organización de la sociedad ésta que es definida por Engels (2008), a través de la analogía con una guerra, de todos contra todos.

Pensar los efectos de esta guerra en la forma como las personas interactúan y cómo esto se refleja en la constitución del psiquismo de los individuos puede ser un camino interesante de comprender el suicidio dentro de esa sociedad. Así, rápidamente, vale recuperar algunas características de este modo de producción.

La primera cuestión que caracteriza la sociedad capitalista es la propiedad privada. En esta sociedad, todos son propietarios. Algunos, de los medios de producción (herramientas necesarias para transformar la naturaleza y las materias primas a ser transformadas), otros, de la fuerza de trabajo, siendo ésta la única propiedad del trabajador, que, por no poseer los otros medios necesarios para producir y reproducir su existencia se ve constreñido a venderla para aquellos que detienen los demás elementos necesarios para la producción, con el fin de garantizar su subsistencia.

¹Magister en Psicología Social. Doctor en Psicología de la Educación. Profesor Adjunto de la Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Brasil. nettoberenchtein@gmail.com

Financiamiento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Supuestamente, el hecho de que todos sean propietarios en esta sociedad, los hace iguales. Al menos eso es lo que se predica y se quiere hacer creer a los trabajadores. Sin embargo, esta igualdad no consigue superar la mera igualdad jurídica y, aún así, es sólo aparente. La igualdad, además de presuponer que todos los individuos sean propietarios, presupone que estos sean libres.

Esta supuesta libertad que el modo de producción capitalista “garantizó” a los trabajadores en esta forma de organización social también se utiliza como base para un argumento ideológico bastante difundido, que es la movilidad social. Una vez más, a diferencia de los modos de producción anteriores al capitalista, porque todos ellos son “dueños”, “iguales” y “libres” no están condenados a nacer, crecer y morir perteneciendo al mismo estrato social, existe la posibilidad dentro de este sistema social de que los individuos cambien su clase social y, no hay duda de que el sistema se aprovecha de ella para controlar y desmovilizar a la inmensa mayoría oprimida y explotada.

Este argumento ideológico, basado en las condiciones expuestas, imprimen en este modo de producción dos otras características muy llamativas de este sistema y que son importantes para la comprensión de los suicidios en el seno de esta forma de organización social, que son: el individualismo y la competitividad.

Ambas se retro-alimentan, ya que en una guerra, de todos contra todos, las relaciones fraternas caen por tierra, los lazos entre los individuos se dan por los intereses en aquello que el otro puede ofrecer a la persona para que ésta logre nuevos peldaños, cuesta arriba a la cúspide de la pirámide social, cúspide que no es lo suficientemente grande para todos, siquiera para la mayoría. Así, a cada paso, los individuos se vuelven cada vez más competitivos y, por lo tanto, más individualistas. La competitividad es la máxima expresión de la guerra de todos contra todos que reina en la moderna sociedad burguesa.

Esa guerra, guerra por la vida, por la existencia, por todo, y que llegado el caso puede ser una guerra a muerte, hace que anden a la greña no solamente las diferentes clases de la sociedad, sino también los diferentes miembros de esas clases; cada uno le cierra el camino al otro, y por eso es que cada uno trata de despojar a todos aquellos que se alzan en su camino para tomar su lugar. (Engels, 2008, pp. 117-118).

En esta coyuntura, las ciencias particulares poseen el rol, entre otros tantos, de preparar a las personas para las necesidades de capital y adaptarlas a sus puestos de trabajo, contribuyendo así al mantenimiento del *status* adquirido por este modo de producción. De esa manera, contribuyen también a la naturalización de los fenómenos y siempre que posible, ubicarlos en los individuos singulares y no en la sociedad en que se originaron.

Es de fundamental importancia aclarar también que el propio trabajo tiene sus peculiaridades en cada modo de producción. En el capitalismo, el trabajo tiene como principal característica el hecho de ser alienado, es decir, no pertenece al trabajador es exterior a él, pertenece a otro. Los motivos y las finalidades de esta actividad no son del propio trabajador, ni del género humano, pero son dictados por los intereses de manutención del sistema capitalista. No son las necesidades de producción y reproducción del género humano que están detrás del trabajo, pero las necesidades de producción y reproducción del propio modo de producción, como fue denunciado por Marx (2004) en sus Manuscritos económicos y filosóficos de 1844:

(...) el trabajo [alienado] es externo al trabajador, es decir, no pertenece a su ser; en que en su trabajo, el trabajador no se afirma, sino que se niega; no se siente feliz, sino desgraciado; no desarrolla una libre energía física y espiritual, sino que mortifica su cuerpo y arruina su espíritu. Por eso el trabajador sólo se siente en sí fuera del trabajo, y en el trabajo fuera de sí. Está en lo suyo cuando no trabaja y cuando trabaja no está en lo suyo. Su trabajo no es, así, voluntario, sino forzado, trabajo forzado. (...) El trabajo externo, el trabajo en que el hombre se enajena, es un trabajo de auto-sacrificio, de ascetismo. En último término, para el trabajador se muestra la exterioridad del trabajo en que éste no es suyo, sino de otro, que no le pertenece; en que cuando está en él no se pertenece a sí mismo, sino a otro. Así como en la religión la actividad propia de la fantasía humana, de la mente y del corazón humanos, actúa sobre el individuo independientemente de él, es decir, como una actividad extraña, divina o diabólica, así también la actividad del trabajador no es su propia actividad. Pertenece a otro, es la pérdida de sí mismo. (pp. 82-83).

Históricamente, las muertes voluntarias relacionadas con el trabajo remontan a la antigüedad, habiendo existido en el modo de producción esclavista y

también en el feudal, sin embargo, las características ya mencionadas del modo de producción capitalista contribuyen a la comprensión del suicidio no sólo relacionado con el trabajo, pero en su totalidad en cuanto fenómeno concreto, es decir, como síntesis compleja de múltiples determinaciones (Berenchtein, 2011).

En el modo de producción esclavista, por ejemplo, los trabajadores esclavizados no sólo no eran propietarios, como eran, ellos mismos, las propiedades y justamente por eso, no eran libres. Sin embargo, en esta relación, porque eran los esclavos propiedades, dependía de sus amos asegurarles lo que era el mínimo necesario para la supervivencia y la reproducción de la fuerza de trabajo. Es decir, garantizar el “funcionamiento adecuado” del esclavo, como si fuera cualquier otro instrumento.

En el caso de la sociedad capitalista en la que los trabajadores son “libres”, por no ser propiedad, ellos mismos, de los capitalistas, sino su fuerza de trabajo; el patrón se siente también libre de tener que garantizar a sus empleados (funcionarios, colaboradores o cualquier otro término ideológico que se utiliza para tratar de oscurecer la conciencia de los trabajadores) las condiciones necesarias para su supervivencia y reproducción.

Cuando un señor perdía un esclavo (por muerte, incapacidad o fuga) estaba perdiendo un bien, una propiedad, una “cosa” como cualquier otro medio de producción. Ya para el patrón los trabajadores no son su propiedad, sino la fuerza de trabajo de éstos, por lo que estos trabajadores pueden ser, sin grandes costos ni inconvenientes, sustituidos por otros con una condición cercana a la del trabajador que anteriormente ocupaba el cargo, lanzando mano del creciente ejército de reserva, que a su vez, sirve como elemento de negociación y de coacción por parte de los capitalistas en relación con los empleados.

Cabe mencionar aquí que al pensar en el suicidio relacionado con el trabajo en la sociedad capitalista se debe tener en cuenta también la cuestión del desempleo, de la jubilación y de los jóvenes siendo “capacitados” para vender su fuerza de trabajo en el “mercado de trabajo”. Además, también hay que tener en cuenta el trabajo informal, el trabajo rural, el trabajo doméstico y las nuevas formas de esclavitud que se presentan minoritarias en el actual modo de producción capitalista.

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la “pérdida de puestos de trabajo, más que el hecho de estar desempleado se asoció con el suicidio” (OMS, 2000b, p. 8). En lo que se refiere

al desempleo, vale decir que no es responsable sólo por muertes de aquellos que están en esta condición, sino también, a menudo, de los que están empleados pero sufren la amenaza constante y con frecuencia son chantajeados por esta condición.

Con respecto a jóvenes y ancianos, la OMS afirma que “la tasa de suicidio tiene dos crestas: los jóvenes (15 - 35 años); los viejos (más de 75 años)” (OMS, 2000b, p. 10). En el caso de los jóvenes, la tasa que más crece a nivel mundial, el grupo de edad presentado abarca desde los que están siendo “preparados” para el “mercado de trabajo” a los que ya están en un empleo o están desempleados. Entre los ancianos, la tasa históricamente más alta en todo el mundo, el grupo de edad tiene en cuenta aquellos que muy probablemente ya se jubilaron.

La muerte bajo el yugo del trabajo alienado

Como lo evidencia Illich (1975), “en cualquier sociedad, la imagen dominante de la muerte determina la concepción de la salud” (p. 132) también lo aclara Martins (1983) cuando menciona que “la concepción de la muerte revela el diseño de la vida” (p. 9). Los autores se refieren a la muerte en general y no específicamente a la muerte buscada y/o promovida por el individuo, que está siendo tratada, en este artículo, indistintamente como suicidio.

Así, si toda muerte nos habla acerca de la organización de una determinada sociedad, de su concepción de salud y de vida, ¿qué nos hablan las muertes voluntarias acerca de esta forma específica de organización social?

En la sociedad capitalista, la muerte en general, se convirtió, a diferencia de cómo fue comprendida en otras condiciones sociales y culturales, en un hecho repugnante y abominable, que la gente quiere distanciarse lo más posible. Esto le da a la muerte dos características muy expresivas en esta sociedad, la primera es la de ser un tabú, algo en que no se quiere pensar y que no se quiere hablar, la segunda es que se busca preservar la vida a cualquier costo.

En una sociedad que actúa de tal manera frente a la muerte en general y que se aferra de tal forma a la vida, aquellos que por alguna razón deseen abandonarla no suelen ser bien vistos. El suicidio es entonces considerado como un comportamiento desviante, irracional, bárbaro y se entiende aún más abominable que gran parte de las otras maneras de morir, ya que en esta manera, es la propia persona quien busca por su muerte. El suicida (o alguien que intenta suicidarse), generalmente, es estigmatizado como alguien que no es capaz de responder por sí mismo, que está “loco” o mal

adaptado a la sociedad, por lo que cualquier elemento de denuncia y/o crítica al sistema vigente y a la forma de organización de la sociedad es descalificado, con eso se “amordaza” aquellos que por algún motivo intentaron abandonar la vida.

Para esto, algunas estrategias son utilizadas para ideologizar la realidad, siendo que las principales se pueden llamar de biologismo, psicologismo y sociologismo (otras como el ahistoricismo y la naturalización se incorporan a estas formas).

Ideologizar la realidad es entendido aquí como una estrategia para oscurecer la realidad a través de la sobreestimación de algunos elementos que, aunque no sean falsos, no son los únicos determinantes de los fenómenos, así, tomase una parcela de la realidad por la realidad misma.

El biologismo se refiere a una tendencia de buscar exclusivamente, o casi exclusivamente en el organismo de las personas las explicaciones y los factores determinantes de la conducta suicida (desde las ideaciones, hasta los intentos y el suicidio consumado) y es muy evidente en la producción de la ciencia hegemónica, como en los manuales vehiculados por la Organización Mundial de la Salud y en las producciones de sus ideólogos.

Es importante destacar que, en una sociedad de clases, la lucha entre ellas se encuentra en todas las áreas, incluyendo, obviamente, el ámbito científico, de esa manera, al hablar de la ciencia hegemónica, entiéndase aquella ciencia que tiene por intención hacer la manutención del *status* adquirido por el modo de producción capitalista y que recibe, a cambio, las condiciones necesarias para desarrollar sus investigaciones, mismo siendo esas parciales (de hecho, precisamente porque son parciales). Se puede tomar como ejemplo de biologismo el siguiente pasaje del manual desarrollado para médicos clínicos generales: “Los estudios, tanto en los países desarrollados cuanto en los países subdesarrollados, revelan una prevalencia total de trastornos mentales de 80 a 100% en casos de suicidios con éxito letal” (OMS, 2000a, p. 4). En los otros manuales elaborados y difundidos por la OMS, de la misma manera que en este, abundan declaraciones de este tipo. Vale presentar aquí un pasaje presente en el manual Prevención del suicidio - Un instrumento en el trabajo:

Los trastornos mentales son un importante factor de riesgo para el suicidio. Los trastornos mentales específicos que han sido vinculados con el suicidio incluyen el trastorno depresivo, abuso de sustancias (tanto alcohol como drogas), trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad (tales como personalidad límite o antisocial) y esquizofrenia. (OMS, 2006b, p. 8).

Este tipo de afirmación suele ir precedida por una definición de suicidio que lo indica como un fenómeno complejo y multidimensional, como puede verse en el siguiente pasaje: “El suicidio es un problema complejo, para el cual no existe una sola causa ni una sola razón. Resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales” (OMS, 2000b, p. 5). Sin embargo, en la secuencia o en la totalidad del material se encuentran afirmaciones de alto contenido biologizante. Cuando no, la definición misma de la multidimensionalidad del fenómeno, definiciones como trastorno se utilizan: “Al suicidio se lo entiende ahora como un trastorno multidimensional, el cual resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales” (OMS, 2000a, p. 6). En todos los manuales, el fenómeno se indica por lo menos como complejo, pero ninguno de ellos está a salvo de tendencias ideológicas. Incluso cuando se intenta enriquecer el análisis, tal cuestión está presente: “(...) el suicidio es un problema complejo, para el cual no existe una sola causa ni una sola razón. Resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales” (OMS, 2006a, p. 13).

La “tendencia” a lo biológico como explicación puede ser vista también en el discurso de Botega (2010) uno de los responsables por la difusión de las producciones de la OMS en Brasil, en una entrevista a Reynol (2010) para la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), una de las mayores agencias de financiamiento en el país, cuando el investigador afirma que “el 97% de los casos, según varios levantamientos internacionales, el suicidio es un marcador de sufrimientos psíquicos o de trastornos psiquiátricos”. En este caso, el autor pone dos condiciones diferentes (sufrimiento psicológico y trastornos psiquiátricos) como si fueran necesariamente complementarias e interconectadas.

La propia comprensión de los trastornos mentales es bastante limitada, en estos casos, precisamente por restringirse prácticamente a un solo elemento

determinante, lo biológico. Así, al afirmar que el suicidio es un fenómeno multidimensional y volver la atención a la diversidad de elementos en su constitución (mismo que no cumplan lo que indican), cuando se analiza los trastornos psíquicos, se pierde el histórico-social y cultural de éste, o más exactamente, el humano pasa a ser comprendido como estrictamente orgánico, perdiendo su carácter histórico, social y cultural (Martín-Baró, 2003).

Se puede reflexionar, a partir de las discusiones sobre la salud mental desarrollado por Martín-Baró (2000), que los trastornos psíquicos, y la propia salud mental, más en general, deben entenderse como la materialización en un individuo o grupo de individuos, del carácter humanizador o alienante de una determinada estructura histórico-social. También es cierto que estas cuestiones se materializan de manera diferente en cada organismo y que este hecho está relacionado con la propia historia individual en una relación dialéctica con la historia de la sociedad. No se trata, por tanto, de una cuestión individual, pero del ámbito de las relaciones humanas. Por lo tanto:

No se trata de un funcionamiento satisfactorio del individuo; se trata de un carácter básico de las relaciones humanas que define las posibilidades de humanización que se abren para los miembros de cada sociedad y grupo. En términos más directos, la salud mental constituye una dimensión de las relaciones entre las personas y grupos más que un estado individual, aunque esa dimensión se enraíce de manera diferente en el organismo de cada uno de los individuos involucrados en esas relaciones, produciendo diversas manifestaciones (“síntomas”) y estados (“síndromes”). (Martín-Baró, 2003, p. 336).

Las manifestaciones de los individuos o grupos pueden ser manifestaciones “normales” frente a situaciones “anormales” o manifestaciones “anormales” frente a situaciones “normales”. Sin embargo, algunas veces, el nivel de deshumanización de una sociedad llega a tal punto que sería insólito en cualquier otra coyuntura, se acepte e incluso naturalice por gran parte de la población, mientras en algunas personas esas situaciones de “normalidad de lo insólito” generan gran sufrimiento y dificultad de aceptación (Martín-Baró, 2003).

Este tipo de ocurrencia es bastante frecuente en situaciones de guerra, sin embargo, no es diferente en la guerra de todos contra todos que caracteriza el modo de producción capitalista.

Con respecto al psicologismo, que fue denunciado en 1983 por Martín-Baró (2005) como “una de las

tendencias culturales más acentuadas actualmente en los países capitalistas y sus zonas de influencia” (p. 23). En los casi treinta años que separan a los escritos del psicólogo salvadoreño de este artículo, lo que se puede decir que ha cambiado, sin ninguna duda, fue la capacidad de convencimiento que tales argumentos desarrollaron. Recurriendo a la definición de Zúñiga (1976) en Martín-Baró (2005) presenta tres graves errores en que incurre el psicologismo:

(a) La transformación del objeto de estudio. Al redefinir un problema o proceso social con variables psicológicas se produce una alteración esencial en el objeto de análisis. No es lo mismo hablar de cambio social que de cambio de actitudes, de ideología que de motivación, de alienación que de imágenes del yo.

(b) La abstracción de los problemas sociales analizados respecto a los procesos históricos concretos que los producen. “Un análisis centrado en la persona produce un sutil, pero significativo efecto de descontextualización y atemporalización, que encubre el juego de las fuerzas sociales en un momento histórico específico”. (Zúñiga, 1976, p. 36 en Martín-Baró, 2005, p. 23).

(c) (...) el análisis centrado en la persona tiende a atribuir la causalidad de los hechos a los individuos y sus características, lo que en el fondo es consecuencia de la ideología política liberal-burguesa. Los problemas sociales se convierten así en problemas de personas, y los problemas políticos en problemas de caracteres o personalidades. Se incurre en el personalismo en todos los niveles, tanto para el éxito como, sobre todo, para el fracaso. El problema es la “vagancia” de los campesinos, las tendencias paranoicas de los políticos o el carácter sociópata de los terroristas, y no los conflictos estructurales de fondo. De este modo las soluciones sociales y políticas recomendadas por este tipo de análisis tienden siempre a asumir como intocable el sistema social establecido y a estimular a los individuos a plegarse a sus exigencias. (Martín-Baró, 2005, p. 23).

Una tendencia al psicologismo también se puede ver en el manual “Prevención del suicidio - Un instrumento en el trabajo”: “Las personas reaccionan al estrés de diferentes maneras dependiendo de su resistencia psicológica, estrategias de afrontamiento y recursos ambientales” (OMS, 2006b, p. 9). A pesar de la referencia a los recursos ambientales, el énfasis

es en las características psicológicas de los individuos. En el siguiente pasaje, del “Manual de Prevención del suicidio - Un instrumento para docentes y demás personal institucional” el ahistoricismo desborda y el psicologismo está presente de forma también evidente:

Tener ocasionalmente pensamientos suicidas no es anormal. Estos son parte de un proceso normal de desarrollo en la infancia y adolescencia al tratar de elucidar los problemas existenciales cuando se trata de comprender el sentido de la vida y la muerte. Las encuestas realizadas muestran que más de la mitad de los jóvenes que cursan estudios superiores secundarios, informan que tuvieron pensamientos suicidas. Los jóvenes necesitan discutir estos asuntos con los adultos. (OMS, 2001, p. 3).

La primera cuestión que se aprecia en el pasaje citado es el hecho de llevar la discusión sobre el suicidio a la esfera de la normalidad / anormalidad. Además, la infancia y la adolescencia son naturalizadas, al indicar que los pensamientos de quitarse la vida serían parte del “desarrollo normal” de estas etapas del desarrollo humano, lo que justifica que más de la mitad de los adolescentes encuestados había pensado en quitarse la vida. La solución propuesta no es menos absurda, que la tutela, muy común en el conjunto de los manuales.

Sin embargo, considerar el tema tal como lo propuso Zúñiga (1976) en Martín-Baró (2005), desplazando la cuestión del ámbito del psiquismo al ámbito histórico-social permite la reflexión sobre la condición de los jóvenes en la escuela y en la sociedad contemporáneas, a final, el hecho de que más de la mitad de los jóvenes encuestados había pensado en suicidio debería ser un indicador de la barbarie cotidiana que se instala apresuradamente en la sociedad. Además, como propuso Marx (2006) “La clasificación de las distintas causas del suicidio debería ser la clasificación de los propios defectos de nuestra sociedad” (p. 44).

Menos común, pero también pernicioso, es el sociologismo. Está muy presente en el clásico “El suicidio” de Émile Durkheim (2008), de 1897, y se puso de manifiesto cuando el mismo mencionó que “(...) cada sociedad está dispuesta a producir un contingente determinado de muertes voluntarias” (p. 15). Se explica tal postura sociologizante del autor por el hecho de él estar haciendo una oposición a los estudios individualizantes comunes en aquella época y tratando de demostrar la posibilidad de comprender el suicidio a través de otra ciencia particular que fuera aquellas que buscaban en los individuos (fuera en el

psiquismo o en el organismo), el factor determinante del fenómeno, la sociología, como puede verse en el pasaje que viene a secuencia de la recién citada: “esta predisposición puede ser objeto de un estudio especial que encaja en la Sociología (...)” (p. 15). Sin embargo, al hacerlo, Durkheim llega a perder el individuo en algunos momentos.

Fundadas en tales preceptos ideológicos, muchas de las estrategias de prevención del suicidio no están destinadas a prácticamente nada más que mantener a la gente con vida, pero sin darles ninguna condición para entender sus vidas y lo que en esas vidas les hace desear o buscar su propia muerte. Así, en general, las estrategias tienen un carácter tutelar, sometiendo los individuos a la observación y/o el control de otros con las presuntas condiciones de hacerlo, a menudo apelase a la utilización de medicamentos que acaban sirviendo como más un elemento ideologizador de la realidad, al final, alterar exclusivamente un elemento (en este caso, la química del organismo) no es suficiente para transformar la realidad miserable de gran parte de la población. Lo que cambia, de esa manera, es sólo la percepción de los síntomas, pero los motivos que hicieron que los individuos buscasen el suicidio, en general siguen siendo inalcanzados. Vale decir que no es el objetivo de ese artículo negar la utilidad de algunos medicamentos, si son bien gestionados, lo que no es tan común.

A pesar del biologismo se presenta de manera más diluida en el pasaje que sigue, se ubica un ejemplo interesante del carácter tutelar presente en las propuestas preventivas de las cartillas de la OMS (2006b) para la prevención del suicidio:

El trabajador suicida es el resultado de una compleja interacción entre las vulnerabilidades individuales (tales como problemas de salud mental), condiciones estresantes de trabajo y condiciones estresantes de la vida (incluyendo factores de estrés sociales y ambientales). Aunque no todos los suicidios o intentos de suicidios se pueden prevenir, las investigaciones muestran que los empleadores pueden tomar importantes medidas para reducir la frecuencia del suicidio en el trabajador. (p. 6).

Cabe advertir que no hay duda de que los empleadores tienen sus obligaciones legales para con los empleados, sin embargo, ya hay mucho de los trabajadores en las manos de los patrones, entregar también nuestra salud y nuestra vida, sería renunciar aún más. Incluso porque, en otros pasajes de la misma cartilla, los objetivos de “tamaño” preocupación se ponen de manifiesto, por

ejemplo cuando se afirma: “La alta prevalencia de los trastornos mentales a escala mundial los ha convertido en una importante carga económica global. Las compañías están reconociendo cada vez más que los trabajadores mentalmente saludables son trabajadores más productivos” (OMS, 2006b, p. 12).

Estar sometidos a los efectos dañinos de toda esta ideología relacionada a la muerte en general y también al suicidio tiene un carácter muy violento en la vida de de los trabajadores singulares o incluso en la clase obrera misma. Martins (1983) advirtió para eso, en un breve texto acerca de la muerte:

Es sorprendente que a la alienación de la clase operaria, a la alienación del trabajo, se junte ahora la alienación de la muerte. En la medida en que los trabajadores no discuten más sobre su muerte, ya no pueden percibir plenamente el sentido de su explotación. El más revolucionario de los trabajadores que no conozca las condiciones sociales de la muerte de los compañeros de su clase social, no será más que un pobre alienado. El abandono del tema de la muerte por los trabajadores es una de las pérdidas más lamentables de la clase operaria. (...) En la medida en que el operario no conoce el carácter de clase de su muerte, los accidentes fatales, la reducción de la esperanza de vida, las enfermedades corrosivas, no se reconoce a sí mismo en la determinación de clase que, al definir el modo y las condiciones de su muerte, también define las condiciones y el sentido de su vida, de la explotación que sufre. (Martins, 1983, p. 10).

Marx, en 1824, a partir de las anotaciones del director de los archivos de la policía de París, Jacques Peuchet, ya identificaba el suicidio en la sociedad capitalista como uno más entre los muchos síntomas que surgen de la lucha entre las clases:

Las relaciones entre los intereses y los ánimos, las verdaderas relaciones entre los individuos todavía están por ser creadas entre nosotros enteramente, y el suicidio no es más que uno entre los mil y uno síntomas de la lucha social general, siempre percibida en los acontecimientos recientes, de la cual tantos combatientes se retiran porque están cansados de ser contados entre las víctimas o bien porque se rebelan contra la idea de asumir un lugar honorable entre los verdugos. (Marx, 2006, p. 29).

Tal alienación delante de la vida, la salud y la muerte del propio individuo y de aquellas muertes y

enfermedades que ocurren dentro de la propia clase abre precedentes para otro fenómeno, que se disfraza como un suicidio, pero es en realidad un asesinato.

En la legislación de diversos países se reconoce como un crimen la inducción al suicidio, sin embargo, lo que se ve a menudo es que no se constata que una amplia gama de suicidios que están relacionados con el trabajo no son más que asesinatos, cometidos por el propio individuo, pero mientras que el deseo de su muerte está fuera de él, en las manos de otros que lo conducen al borde del abismo, o cuelgan la cuerda alrededor de su cuello, pero dejan el acto de la consumación en las manos de quien va a morir.

¿Qué hacer?

Frente a lo que fue expuesto, surge una pregunta crucial, ¿qué hacer?. Al criticar la forma de prevención adoptada por la ciencia hegemónica, por la Organización Mundial de la Salud y sus ideólogos, no significa que se está proponiendo simplemente para “dejarlo ocurrir sin hacer nada”. Aunque se cree que el suicidio es una forma legítima de morir y que su elección debe ser respetada, en esta sociedad, de la manera como está organizada, de hecho muchos de los suicidios que ocurren se dan de forma alienada y no como una decisión reflejada y cuidadosamente elegida.

De este modo, el “prevenir” al suicidio debería considerar la urgente necesidad de dar condiciones a los individuos de reflexionar sobre la realidad, sobre sus vidas y más que eso, que comprendieran que la realidad no es estática, sino un constante movimiento y que su dirección puede ser controlada por manos distintas de aquellas que controlan en el presente. Sin embargo, las tareas de dar dirección al movimiento de la realidad y tomar el control de la propia vida son tareas prioritariamente colectivas y requieren organización. En este sentido, la prevención debería dar lugar a la promoción de la salud y de la vida, a que la Carta de Ottawa, dentro de sus limitaciones, remite a elementos importantes y ya sería un buen punto de partida, pero no hay duda de que también tiene que ser superado:

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos. (Carta de Ottawa, 1986, s/n).

Comprender lo que sucede en la sociedad y en sus propias vidas permite que los trabajadores puedan organizarse con sus compañeros y en lugar de buscar maneras de resolver los problemas de formas individuales, como por ejemplo de interrumpir una vida miserable del dolor y sufrimiento, pudiendo así luchar efectivamente por la transformación radical de esta sociedad, o, si desea retirarse de la vida, podrá hacerlo de forma consciente, comprendiendo sus motivos y objetivos.

Martín-Baró, escribió en 1984, refiriéndose a El Salvador, país en que fuera asesinado cinco años después en la guerra civil que duró 12 años:

Habrán mentes sanas, libres y creativas en nuestro país en la medida en que gocemos de un cuerpo social libre, dinámico, justo. Por ello, el reto no se limita a atender los destrozos y trastornos ocasionados por la guerra; el reto se cifra en construir un hombre nuevo en una sociedad nueva. (Martín-Baró, 2000, p. 38).

Sin correr el riesgo de cualquier prejuicio, la afirmación puede extenderse a toda la América Latina, para no decir que a cualquier país del mundo bajo ese modo de producción, si se tiene en cuenta la guerra de todos contra todos que supone la organización de la sociedad capitalista y sus efectos deletéreos sobre la vida de las personas y su salud física y psíquica.

Por tanto, corresponde a los profesionales que se ven de alguna manera relacionados con este tipo de situaciones, buscar maneras no sólo para contribuir al mantenimiento de la vida de las personas, sino que tengan como horizonte que esa vida debe ser una vida digna, y esto presupone el control de las propias vidas en las manos de los individuos mismos. Sólo de esta manera, promover la salud y la vida puede ser legítimo y no sólo una estrategia ideológica para mantener el sistema social a costa de la salud y de la vida de más y más personas alrededor del mundo.

Referencias Bibliográficas

- Barreto, M. & Venco, S. (2011). Da violência ao suicídio no trabalho. En M. Barreto, N. Berencheim Netto & L. Pereira (Comps.). *Do assédio moral à morte de si. Significados sociais do suicídio no trabalho* (pp. 221-248). São Paulo: Matsunaga/Sindquim-SP.
- Berencheim Netto, N. (2011). A morte proibida do trabalhador - Análise histórico-social das relações entre suicídio e trabalho. En M. Barreto, N. Berencheim Netto & L. Pereira (Comps.). *Do assédio moral à morte de si. Significados sociais do suicídio no trabalho*. São Paulo: Matsunaga/Sindquim-SP.
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. (1986). Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- Dejours, C. & Bègue, F. (2010). *Trabajo y suicidio*. Madrid: Modus Laborandi.
- Durkheim, É. (2008). *El suicidio*. Madrid: Akal.
- Engels, F. (2008). *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo.
- Heloani, J. (2010). Quando alguém se mata no trabalho, o que está querendo dizer? En M. Barreto, N. Berencheim Netto & L. Pereira (Comps.). *Do assédio moral à morte de si. Significados sociais do suicídio no trabalho* (pp. 249-274). São Paulo: Matsunaga/Sindquim-SP.
- Illich, I. (1975). *A expropriação da saúde - Nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Martín-Baró, I. (2000). *Psicología social de la guerra*. San Salvador: UCA.
- Martín-Baró, I. (2003). *Poder, ideología y violencia*. Madrid: Trotta.
- Martín-Baró, I. (2005). *Acción e ideología. Psicología Social desde Centroamérica*. San Salvador: UCA.
- Martins, J. (1983). Introdução. En J. Martins (Comp.). *A Morte e os mortos na sociedade brasileira* (pp. 25-37). São Paulo: Hucitec.
- Marx, K. (2004). *Manuscritos econômicos-filosóficos*. São Paulo: Boitempo.
- Marx, K. (2006). *Sobre o suicídio*. São Paulo: Boitempo.
- Merlo, Á. (2009). *Dossiê Suicídios na France Télécom: as consequências nefastas de um modelo de gestão sobre a saúde mental dos trabalhadores*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Recuperado de <http://www.>

- progesp.ufrgs.br/progesp-1/setores/dima/arquivos/estagio-probatorio/dossier suicidio na France Telecon Prof Alvaro.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2000a). *Prevención del suicidio - Un instrumento para trabajadores de Atención Primaria de Salud*. Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2000b). *Prevención del suicidio - Un instrumento para médicos generalistas*. Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Prevención del suicidio - Un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Ginebra. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.3_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2006a). *Prevención del suicidio - Recurso para consejeros*. Ginebra. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2006b). *Prevención del suicidio - Un instrumento en el trabajo*. Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanish.pdf
- Orellano, M. (2005). *Trabajo, desocupación y suicidio. Efectos psicosociales del desempleo*. Buenos Aires: Lumen.
- Reynol, F. (2010, julio 26). Mais atenção à vida. Agência de notícias da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Recuperado de <http://agencia.fapesp.br/12517>
- Rodrigues, L. (2004). *Metáforas do Brasil. Demissões voluntárias, crise e rupturas no Banco do Brasil*. São Paulo: Anna Blume.
- Santos, M. (2009). *Patologia da solidão: o suicídio de bancários no contexto da nova organização do trabalho*. (Tesis de maestría no publicada). Universidade de Brasília. Brasília, Brasil.
- Vygotski, L. (1991). *El significado histórico de la crisis de la psicología. Una investigación metodológica*. Tomo I. Madrid: Visor.
- Xavier, E. (1998). *Um minuto de silêncio: réquiem aos bancários mortos no trabalho*. Porto Alegre: SEEB/POA.

Fecha de recepción: 15 de abril de 2013
 Fecha de aceptación: 9 de septiembre de 2013

bvs



VENEZUELA

Biblioteca Virtual en Salud Venezuela

Acceso equitativo a la Información en Salud



Textos Completos

Bases de Datos

Directorios en Salud

Bibliotecas Temáticas

Apoyo a la toma de decisiones

Recursos Multimedia

Noticias

Redes en Salud

Terminología en Salud

www.bvs.gob.ve

Lenguaje sujetado y violación de la dignidad de los teleoperadores en Salvador: efectos y enfermedades.

Constrained language and the violation of the dignity of telemarketing operators in Salvador: effects and illnesses.

Ana Soraya Vilasboas Bomfim¹

Introducción

Analizando el trabajo en Brasil, constata la presencia de la doctrina neoliberal, que, vale resaltar, desde la década de 1990 ha producido diversas transformaciones, no solamente en el ámbito brasileño sino también en buena parte de América Latina y cuya visibilidad es dada por las formas peculiares de desregulación del mundo de la producción, con profundos impactos en la clase que vive del trabajo (Antunes, 2006).

En el caso de los asalariados del sector de servicios, específicamente de los teleoperadores, su creatividad es sometida y paralizada gracias a que la gestión implica un rígido control, siendo su iniciativa subordinada, apropiada para la valorización del valor, y la actividad mecánica repetitiva, monitoreada, estandarizada, confirmando la aseveración asertiva de Marx (1982) según la cual los trabajadores se sienten robots, máquinas.

Con las mutaciones en la dinámica del capitalismo, que en el estado actual tiene como propósito la extracción, la exclusión, la reducción de la fuerza del trabajo, ahora resumida a un bien del mercado no más estable y si más pasible de varias modalidades de trabajos precarios en esta etapa de reestructuración brasileña, aparecen otros elementos determinantes para la sedimentación del nuevo patrón acumulativo, como la privatización del Estado, la desregulación del trabajo, la retirada de los derechos sociales, el desempleo estructural, el trabajador flexible y polivalente destacando la introducción masiva del trabajo externalizado (Antunes, 2006 y Druck & Franco, 2007).

La crisis y los cambios en el patrón tecnológico vigente, transforman los mecanismos de producción y distribución de riqueza, degradando las condiciones de la vida y el trabajo, provocando así más pobreza, exclusión social, desnutrición y aumento de la delincuencia. De ahí la importancia de analizar el lenguaje sujetado con el objetivo de entenderlo sobre el proceso de trabajo

precario, no olvidando que el problematizarlo es recordar la condición de nación dependiente y que “sofocar los timbres de las voces y de las lenguas de los oprimidos es la condición esencial para la manutención de la hegemonía de los opresores” (Carboni & Maestri, 2003, pp. 25-26).

Dicen que el mundo está “globalizado” y entonces, se pregunta ¿Y la lengua, también tiene que ser globalizada? Si bien para Carboni & Maestri (2003), la lengua nunca fue ni será neutra, pues su constitución y sus patrones se sugieren a partir de un contexto social, como todo en el sistema capitalista, sin embargo, en el trabajo dentro de las centrales esta situación es totalmente controlada por una relación de poder humillante (Bonfim, 2009).

Se resalta aquí, cuestiones expuestas en el Manual *Telemarketing; éxito en los negocios Orientaciones esenciales para el operador* sobre algunos aspectos en el uso del lenguaje:

a) adaptación de la lengua a la realidad sociocultural del interlocutor; b) explicación clara y concisa de los objetivos de la llamada; c) entonación natural (sin notar que se está leyendo); d) cuidado con interpretaciones bruscas y con términos técnicos; e) palabras dinámicas; f) palabras fuertes y que impresionan (aprobado, exitoso, sorprendente); g) adjetivos coloridos (lucrativo, garantizado, personalizado); frases de empatía (entiendo perfectamente lo que usted quiso decir, pero...). (Monteiro, 1997, p. 33).

El proceso social impuesto por la reestructuración productiva de una consistencia real, es una práctica que las centrales y sus empresas-clientes imponen, determinando no sólo el autocontrol de las emociones, afectos, sentimientos, consistencia, sino del lenguaje, el cual, es producido, dictado para que la guía expuesta tanto para vender como para resolver problemas se encuentren conformes con los programas de calidad, el cual articulará el convencimiento, la argumentación y contra-argumentación exponiendo los beneficios

¹Maestría en Ciencias Sociales de la Universidad Federal de Bahía, Investigación Técnica en Salud y Seguridad Trabajo Fundación Jorge Duprat Figueiredo de Seguridad y Trabajo de Bahía / Ministerio de la Medicina Centro Regional de Trabajo y Empleo. asoraya@fundacentro-ba.gov.br

de los productos y servicios para mantener las metas estipuladas, para la retención y la fidelidad del cliente (Bomfim, 2009).

La obediencia de la guía, las normas para la ejecución del trabajo, los instrumentos o fraseologías, como dicen los entrevistados, se aplica a cada servicio o producto, aunque sea en una relación conflictiva y generadora de constreñimientos en un proceso de dominio en función de la organización política y económica, el dominio que ya ocurre desde los inicios, o desde la invasión a este continente, cuando también la lengua ya expresaba los valores morales de los que explotan y los sentimientos contestadores de los que son explotados (Bomfim, 2009 y Carboni & Maestri, 2003).

Este trabajo fue orientado por un estudio de caso, con base en la investigación cualitativa, que busca comprender y aproximarse a la realidad a partir de condiciones estructurales del proceso de trabajo del teleoperador. El universo de investigación empírica se encuentra en su mayoría representados por los trabajadores afiliados al Sindicato de Trabajadores de Telecomunicaciones en Estado de Bahia (Sinttel-BA), en función de la notoria presencia de este sindicato en el proceso histórico de la telefonía brasileña, que le permitió vivir transformaciones profundas, desde la salida de órbita del Estado y consecuentemente la privatización de la empresa, hasta el proceso de tercerización que hoy alimenta los lucros del sector (Bomfim, 2009).

En Salvador, 90% del universo del sector de teleatendimiento/*telemarketing* está constituido por mujeres, habitantes de los barrios considerados de clase baja, en general, son mujeres jóvenes, madres, solteras y que a veces son mujeres cuyos esposos se encuentran desempleados y que la gran parte de éstas requieren este tipo de trabajo como primer empleo formal. La escolaridad específica en el momento actual, sólo cubre la educación secundaria completa (Bomfim, 2009 y Prefeitura Municipal de Salvador, 2008).

El principio de la selección se encuentra basado por una fuerza de trabajo joven que no tenga ningún conocimiento sobre la actividad: el trabajador audaz debe ser un guerrero con habilidades perfectas, un trabajador dócil, capaz de moldearse, de realizar pruebas, un ser adaptable a cambios constantes o nuevas formas de ampliar la ganancia *rentabilidad* de las centrales. Los factores o criterios de selección que ayudan a la conquista de una vacante son la flexibilidad, la aceptación del trabajo tercerizado y el saber competir sobre las normas de la empresa, pues el salario es

variable dependiendo de la productividad y de llegar a las metas, de tener iniciativa, cortesía, buena comunicación aunque se haga uso de un libreto determinado, de no tener vicios de lenguaje, de tener edades entre los 18 y los 30 años. La muestra está compuesta por trabajadores, hombres y mujeres activos y también por aquellos que ya se distanciaron por enfermedad del trabajo. Fueron entrevistados teleoperadores (operadores de *marketing*), supervisores, un coordinador de operación, un consultor para la selección del trabajo, un ingeniero de seguridad, un médico del sindicato y directores del Sinttel. Los datos producidos fueron realizados articulando dos técnicas cualitativas, un total de 33 entrevistas individuales y colectivas en el periodo del 2008-2009, con teleoperadores funcionando y que ya salieron del trabajo por enfermedades relacionadas a dicho trabajo, en las tres centrales de las mayores de *Teleactividades* de Salvador que fueron realizadas en casi su totalidad (99%), fuera del lugar de trabajo. Así, se buscó captar el “saber hacer” a partir de la visión de quien lo hace, y aún, se analizaron datos secundarios, ofrecidos por entidades gubernamentales y por el Sinttel-BA.

Cambios y precariedad del trabajo

El sector de telecomunicaciones en Brasil sufrió un proceso de reestructuración en los años de 1990, ocurriendo una revitalización del proceso de acumulación, la automatización de la producción por el flujo continuo o en el sector de servicios. Para el sistema, el avance se encuentra una vez más en la racionalidad de los procesos del trabajo en la desregulación del sector, con innovaciones tecnológicas y en los “nuevos productos y servicios” la telemática (Segnini, 1997).

En 1995, en Brasil, se inicia el proceso de desregulación del sector con la aprobación de la Enmienda Constitucional N° 8, del 15 de agosto de 1995, que modifica el Artículo 21 de la Constitución Federal de 1988, extinguiendo el monopolio estatal de las telecomunicaciones y permitiendo que la operación de los servicios sea ejecutada también por el sector privado, lo que culminó en el proceso de privatización, fusiones, incorporaciones y el sector, desreglamentado y privatizado, se adecuó a la lógica del “libre mercado” (Simões, Fernandes & Ferreira, 2006).

El sector de las telecomunicaciones también sufrió cambios en los procesos productivos, en el sentido de mantenerse como una empresa débil, provocando recortes de personal en masa en todos los estados del país y un intenso proceso de tercerización, lo que ha

llevado a una fragilidad de las organizaciones colectivas y la fragmentación de la clase que vive del trabajo. De esta forma los “ajustes voluntarios”, según los sectores estatales privados, se encuentran insertados en un contexto de intensificación de la mundialización de los capitales de flujos financieros (Bomfim, 2009).

El sector de *Call Center*, según la Asociación Brasileña de Teleservicios (ABT)², es relativamente nuevo en Brasil, progresivamente: 72% de estos establecimientos cuentan con menos de ocho años de existencia y 96% de ellos fueron creados a partir de 1990 (Júnior, Guevera, Trevisan, Nogueira, Gião, Silva & Melo, 2006)³. El estado brasileño, en la década de 1990, consolidó el conjunto de medidas de Consenso de Washington –el neoliberalismo y la reestructuración productiva– de entre las cuales se encuentra la privatización de las empresas estatales, en cuyo universo se encuentra el sector de telecomunicaciones.

Los *call centers* o centrales, surgen al final del siglo XX y es en el año 2000 que las empresas, vía Internet, llegan a estas centrales permitiendo la comunicación con los clientes a través de los *contact centers*. Con esto, ocurre un crecimiento del *telemarketing* en Brasil, que alcanzó, sólo en los tres últimos años, 235% de crecimiento, volviéndose uno de los mayores empleadores en nuestro país. Se observa entonces que el triunfo del capital social está marcada por la precariedad del trabajo, sobre todo para las nuevas formas de gestión y producción de la obra, también en el sector servicios (Chesnais, 1996; Braga, 2006; Antunes, 2006; Druck & Franco, 2007; Venco, 2006 y Bomfim, 2009).

La dinámica que impone y expande el sector de servicios y las centrales de *teleactividades* ¿Qué vale para el capital?

Para cualquier trabajador contratado del sector industrial o de servicios, lo que se impone es el trabajo asalariado, esto es, la producción de más-valor; esta lógica acompaña a la racionalización taylorizada en el sector industrial, donde ocurre la separación entre concepción, ejecución y control de un mismo proceso productivo. En el sector de servicios, no es diferente, pues en él, el trabajo también se procesa por la división entre los que conciben los procedimientos y aquellos que los ejecutan. Y es así que se hace en las centrales

de teleactividades: control del tiempo en función de más trabajo, sometimiento de la emoción y lenguaje para que la capacidad de centralización y acumulación sea mayor.

En Brasil, crece gradualmente la participación del sector de servicios, que alcanzó el índice expresivo de 60% a 62% de participación del Producto Interno Bruto (PIB), en los años 1994-1999, en un período acumulado de cinco años. En 2007, esta participación era de 65%. Además de eso, este sector fue el principal responsable del impulso verificado en la nueva tasa de expansión del PIB, donde los servicios tuvieron alza de 3,7% a lo largo de los cuatro trimestres del año 2006. Según el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, en el año 2009, en plena crisis mundial, el sector de servicios fue el único en registrar crecimiento de 0,8% en el primer trimestre, en cuanto el PIB de la industria cayó 3,1% en comparación con el último trimestre de 2008.

Al revolucionar continuamente, las fuerzas productivas, programar una racionalidad instrumental, agenciando medios y fines, y al disciplinar las fuerzas sociales del trabajo en moldes productivistas, el capitalismo suplantó la base ilimitada de la economía y de las sociedades existentes hasta entonces, lanzando la especie humana hacia la aventura de expansión material ilimitada. Infinitas posibilidades tecnológicas fueron desarrolladas, aunque eso se haya dado en el cuadro estricto de las relaciones sociales marcadas por la apropiación probada de una producción que es, esencialmente colectiva (...) Trabajar más y más, se traduce objetivamente en mayores lucros, que debido a la paulatina debilidad y a la fragmentación de las fuerzas sociales del trabajo, son apropiados por segmentos específicos de la clase capitalista (Cattani, 2003, p. 9).

Como expone Cattani (2003), la expansión del modelo capitalista se encuentra pautada en la economía flexible, que domina la fuerza del trabajo por medio de estatutos que permiten la reducción de costos y mayor productividad, sobretodo en servicios de tecnología de la información. Las empresas se constituyen adoptando la conducta de constreñimiento, restringir y cohibir, siendo los trabajadores polivalentes. Es *mister* que la nueva empresa se reestructure por la mundialización financiera, en el caso del sector estudiado, por la automatización de los procesos de producción de flujo continuo y de la

²ABT, una asociación empresarial mantenida por las grandes empresas de teleatendimiento, fundada el 22 de septiembre de 1987 por profesionales pioneros en servicios de *telemarketing* en Brasil, la cual acompaña el crecimiento del sector en el país.

³El Informe de la Industria de *Call Center* en Brasil 2005, integralmente, fue solicitado por la maestra a la Asociación Brasileña de Teleservicios, enviado por la ABT a principios del año 2009.

tercerización, en función de la adaptación a los nuevos tiempos globales.

Los detentores del sector de servicios centrales de teleactividades, adoptan modelos de gestión que traspasan las fronteras nacionales y absorben una fuerza de trabajo que genera elevados rendimientos y contratos de trabajo flexibles, y, en cambio, poco les importan las condiciones del trabajo. Esa relación posibilita una organización del trabajo con estrategias en metas de productividad en la cual, conforme Seligmann-Silva (2002, p. 102), “las personas son separadas unas de las otras con el objetivo de volverse competitivas lo cual conlleva a que sean enemigas entre sí”. Esta es una organización que provoca actos de intimidación, una estrategia de dominio que silencia cualquier posibilidad de solidaridad o estrategia de defensa colectiva, en una violación a la dignidad del teleoperador, pues la competencia es característica recurrente en la organización del trabajo de este segmento, a nuestro parecer, una exposición humillante por la presión de “llegar a las metas” como dicen nuestros entrevistados, garantía de buenos resultados o de “éxito en los negocios” del *telemarketing*/teleatendimiento.

En la investigación, se constató que en las centrales de Bahía, con 14.223 empleados en 5.528 Posiciones de Atención (PAs), se vivía un contexto de precarización social en las relaciones de trabajo debido a la tercerización y a las relaciones sindicales completamente fragilizadas, pues el objetivo del modelo es dificultar las negociaciones de acciones conjuntas entre los sindicatos, pulverizando las negociaciones y oscureciendo la relación social que intimida, individualiza, humilla y divide, pues la táctica de la precarización social es de subordinación y más explotación de los trabajadores.

El nuevo trabajador en la línea de las centrales de teleactividades

En Brasil, la reducción de personal de las empresas de telecomunicaciones ocurrió simultáneamente a las dimensiones y a los planes de dimensión “voluntaria” (PDV), resultando en la reducción de puestos de trabajo y haciendo emerger un nuevo proletariado, muy distinto a lo que antecedió por su casi total precarización, su contratación por un tiempo parcial y su intersección en los *call centers* o centrales de teleatendimiento como teleoperadores/teleatendientes. Esa categoría se constituye en una fuerza de trabajo casi tercerizada, que actúa en los *call centers* y se posta como el canal mediador entre la empresa y su cliente (Antunes, 2006).

De este modo, la nueva empresa exige un teleoperador para el ejercicio de su actividad, con algunas competencias personales, entre las cuales, la de autocontrolarse y la de llegar a las metas estipuladas en función de los buenos resultados, que son dimensionados entre empresa-clientes y empresa-tercera y, principalmente, por la manifestación que el operador mantiene con el usuario en un tiempo medido y un proceso conducido por una fuerte presión para garantizar la productividad. Ese es un trabajo que se realiza manteniendo el control y la sumisión de la emoción (Bomfim, 2009).

Los que dirigen el sistema pasan a exigir otro perfil de nuevo proletariado, los trabajadores deben presentar competencias tales como: calidad vocal, saber escuchar, expresarse en lenguaje preestablecido y con mucha precisión agilidad, dominio de informática; calidad de carácter –paciencia, autocontrol, poder de persuasión, objetividad, capacidad en la resolución de conflictos, ética– y control emocional. Las emociones en el nuevo orden social, o sea, cuando se presenta una situación de mucho trabajo y existe precarización del trabajo, trae como consecuencia la esclavitud (Bomfim, 2009).

En esta nueva gestión, el individualismo es estimulado a través de premiación hacia aquellos que cumplen las metas, que son estipuladas como órdenes de grandezas crecientes, provocando una competencia entre pares e invitando a los adeptos a mantener lazos de eficiencia empresa-trabajador. En contrapartida, cuando el trabajador no corresponde a la presión de alta rentabilidad, de metas, de ser el “mejor”, de lo que se acuerda con la jerarquía, del cumplimiento de los indicadores de calidad –satisfacción del cliente, resolución de los problemas, máxima permanencia en su puesto de trabajo, desarrollo de la cortesía, empatía, “la sonrisa en la voz”, obediencia al tiempo estipulado seguimiento del libreto o *script* y la “no colocación de certificados médicos”, la no ausencia– el no reconocimiento y la falta de respeto se convierten avasalladores, sea en forma de advertencia o en la falta del salario variable, inmediatamente, hiriendo la dignidad y la identidad individual ante la gestión y lo colectivo (Bomfim, 2009).

La violencia que se manifiesta por una gestión que reprime al prójimo y viola su dignidad

Un día de guerra, un día de batalla... un salón muy grande dividido en gritos, las personas permanecen en las posiciones de atendimento. Teleoperador activo, 20 años, primer empleo.

Una central de teleactividades es el ambiente en el que se lleva a cabo la producción o la realización de los servicios del teleoperador que, según la Clasificación Brasileña de Ocupación (CBO), atiende usuarios, ofrece servicios y productos, presta servicios técnicos especializados, realiza investigaciones en tiempo real, ejecuta servicios de cobranza y registro de clientes, siguiendo una guía y *scripts* previamente planeados y controlados –un lenguaje sujetado– para captar, retener o recuperar clientes, demostrando competencia personal.

Las tareas de teleatendimiento y *telemarketing* se clasifican de la siguiente forma: *Teleoperadores “receptivos”* –aquellos que escuchan, conforme revelan los entrevistados–. Por lo que se observa, son más expuestos a fuertes exigencias temporales –pues, como dicen, “la fila anda”– y además están expuestos a situaciones adversas, imprecisas, inesperadas, para que los mismos solucionen los problemas.

Teleoperadores “activos”: hablan bastante, están expuestos a situaciones agresivas y de poca receptividad. Viven situaciones de mayor constreñimiento, violencia y discriminación, por hablar con extraños a los cuales deben ofertar productos, servicios, en una situación que, *a priori*, es una invasión de la privacidad, lo que les exige poder de convencimiento, argumento, contra argumento y en cascada: viene el primero, el segundo, el tercero, como relata el trabajador, y es preciso ofertar, pues, en caso de que no obedezca la cascada el gerente resta puntos a su trabajo, lo que interfiere directamente en sus rendimientos. Y así para este trabajador no existe autonomía.

Las tareas: *el mailing* (lista de direcciones) de la selección de clientes hecha por la empresa contratante y enviada a la empresa contratada, son definidas por día y llegan a esos trabajadores en una pantalla virtual, inmediatamente así que se logan⁴. Las informaciones necesarias sobre el cliente o servicio provienen de un tiempo real: a medida que conversan con el cliente, lo escuchan y van buscando en varias pantallas todas las informaciones necesarias para el cliente y después digitan la información prestada, al mismo tiempo que montan las estrategias para resolver cuestiones complejas por medio de procedimientos ya preestablecidos. Aunque la guía no le da la posibilidad de resolución, su invención para ejecutar el trabajo real debe ser de obediencia, ya que según la tele información o tele educación elaborada por consultores del área destacan que “*al hablar demostramos nuestras emociones por*

medio de la voz, relevando sensaciones e intenciones (...) cuando estamos irritados o nervioso, nuestra voz también nos denuncia” como resaltan los consultores, el teleoperador debe mantenerse sin emociones y de acuerdo con el programa de calidad de los *call centers* que los puntúa, debe provocar empatía por el cliente, tener siempre una sonrisa en la voz, sin llegar a ser muy alegre, en una medida robótica, sin despertar ninguna inquietud o cualquier emoción que sea. Una nueva forma de alineación que sujeta imposición a los afectos y emociones, una actividad que se opera, como se puede observar, sin emociones, condiciones de trabajo que se vuelven cada vez más humillantes, en que se captura y asedia cada vez más el sentimiento del teleoperador en función de ganancias “algo repuesto” por el capital a cada crisis. Así el clima de organización en las centrales de teleactividades es de fuerte presión para mantener un comportamiento que elimina, no sólo tiempos muertos sino también su identidad, capaz de generar sentimientos de vulnerabilidad e injusticia.

Un aspecto que conviene destacar es como el sistema Taylor de identificación de los saberes o conocimientos de la organización del trabajo para su utilización *a posteriori*, –la explotación del trabajo y la expropiación del saber hacer para mejor control de la calidad, el desempeño de quien vive del trabajo y de los resultados de negocio–, sustenta el desarrollo del proceso de las centrales de teleactividades se encuentra presente también en el sector de servicios, la observación del conocimiento silencioso de los trabajadores, como revelan las declaraciones, sobre todo de los supervisores entrevistados, en este caso, dos mujeres y dos hombres que se encuentran en cargos más elevados, de los cuales, uno es asistente de capacitación y desarrollo, el cual, ya fue empleado en dos de las centrales en las que se llevó a cabo la investigación, en caso, como operador de *telemarketing*, que deja explícito que toda su experiencia adquirida como teleoperador va hacia las herramientas que utiliza para la capacitación o la opresión de los nuevos teleoperadores.

Así, las nuevas tecnologías, en su contexto de producción, también explotan la capacidad humana para sus innovaciones organizacionales, como se observó, el monitoreo detiene las informaciones sobre toda la actividad de los teleoperadores dentro de la empresa, fuentes de información para el control de como elevar el trabajo, fuentes de informaciones para las máquinas, fuentes de información para el desarrollo de sistemas y

⁴El login identifica al usuario en el sistema, por medio de una contraseña el operador loga, para eso él posee una tarjeta de acceso al sistema computacional de las centrales.

para la manera de mejorar, controlar e imponer el ritmo del trabajo, o sea, para mayor trabajo.

La jerarquía de esas centrales pasa a través de un *coordinador* y de acuerdo a sus descripciones algunas de sus funciones son: planear la gestión y controlar los procesos de atendimento; prestar soporte a las solicitudes de los clientes corporativos y del por mayor regional, visando registrar, procesar, monitorear, y solucionar los problemas, orientaciones, informaciones, dentro de plazos y patrones de calidad establecidos por el cliente, procurando la mejoría de la productividad, satisfacción, confianza, fidelidad del cliente y la reducción de costos.

Al respecto del *monitoreo*, sus funciones son: evaluar la actuación de los operadores; establecer e implementar mecanismos de validación de calidad de los operadores en conjunto con los gestores; realizar control de la monitorización de la calidad, llenando informes y planillas; mantenerse actualizado en relación a los procesos, procedimientos, producto, cultura del cliente final; preservar el ambiente, los equipamientos y el mobiliario existente para la actuación; reaccionar de acuerdo con los valores de la propia empresa.

Al supervisor, cabe verificar las actividades del equipo, de manera que se llegue a las metas estipuladas, o sea, la “paranoia” de los resultados los envuelve, sobre todo por el salario variable, y además estimular al equipo a negociar y vender productos, esclarecer dudas en cuanto a los procedimientos de compra y venta acordados entre las partes; solucionar los problemas del cliente final, realizar monitormientos y *feedback* para el equipo, que muchas veces es advertido por no cumplir con las metas⁵ y garantizar el cumplimiento de las normas; e internalizar la misión, valores y políticas de calidad de su empresa.

Con esto, se debe racionalizar al máximo los tiempos de atendimento con el fin de atender el mayor número de llamadas, y cuando se tiene una situación inversa de pocas llamadas se debe estimular la conversación con los clientes; en el *speaking time* cuando se tiene un volumen mayor de llamada a tercera se reduce el tiempo medio de atendimento (TMA) y con esto el número de teleoperadores aumenta por medio de horas extras, informaciones dadas por un supervisor que, al declarar la situación dice que la empresa necesita mantener los resultados.

El cliente es el rey, la organización de este trabajo es pautada sobre la rigidez de un guión que varía

conforme las innovaciones de cada producto y servicio, siendo los teleoperadores monitoreados entre las burlas y el cliente. En este contexto, la humillación y el constreñimiento se encuentran localizados dentro de la empresa, sobre todo, como consecuencia de un monitoreo jerárquico que se disloca al exterior, como se puede notar, a través de las presiones de los usuarios-clientes, confirmando un sufrimiento visible. En este último caso, ya existen las “orientaciones esenciales al operador” o sea, “reglas de oro para encantar al cliente interno y externo” que tratan acerca de las condiciones y de la naturaleza de este trabajo en donde la voz es la herramienta principal, además del control de lo que se debe hablar y de lo que se debe responder, y que es controlada por el monitoreo o escucha directa y por medio de la guía formato y del tiempo patrón dentro del flujo de información de atendimento y ventas. Así en el habla: *es necesario obedecer a un script. Porque será aquel guión determinado por la empresa y hasta el tipo de lenguaje que usted irá a utilizar, muchas veces no se puede adecuar la situación a lo que el cliente pregunta. ¿Entiende? Para que usted pueda explicar y seguir aquella guía es estresante. Pues usted se queda prendido en automático, repitiendo aquello, y sintiendo que usted no está respondiendo al cliente, ya que no está adecuándose al lenguaje del cliente. En caso de que usted no lo consiga, será castigado paralelamente. (...) durante el correr del tiempo, día a día, parece una guerra; es muy malo, deselegante, constreñido, porque para escuchar al cliente... muchos de ellos tienen razón, sin embargo, por la propia estructura se debe trabajar: “Sí señor”, “Sí señora” “Usted tiene razón” “pero yo no estoy preguntándole eso, yo estoy diciendo” “Dígame, Señor, estoy registrando. Teleoperador, 47 años, receptivo-atención.*

La reflexión sobre la relación de las reglas y normas para la ejecución del trabajo, conflictiva y generadora de constreñimientos, como se ve en la conversación del teleoperador sobre la obediencia de los guiones, que se aplican a cada servicio producto, los instrumentos o las fraseologías, muestra un proceso de dominación en función de la política organizacional y economía vigente, un trabajo prescrito en donde el operador, a partir de un contenido predeterminado, debe desarrollar el proceso del trabajo “interaccionando” con el usuario-cliente hacia la obtención de un buen resultado.

A medida que se fue escuchando a los trabajadores y al lado de esto, procediendo a la lectura de las

⁵Muchas veces por no “alcanzar sus metas” es que ocurren los casos de constreñimientos y humillaciones.

investigaciones en el sector de servicios, en especial, en las centrales de teleactividades, la reflexión sobre la gestión y la organización de este trabajo llevó a considerar que la calidad total y el patrón taylorista, junto con los elementos de la producción flexible del patrón japonés, son definidores de las múltiples determinaciones del desconocimiento de esos trabajadores, del sentimiento de sentirse tan solamente voz y oído, y también de sentirse máquinas.

La salud revelando la violencia de proceso de trabajo

En el caso del teleoperador que tiene a su cliente en línea, sea para ventas, para proporcionar atención o retener productos y servicios, él debe contener la emoción –como manda el manual o tele-indicación–, mantener “la sonrisa de la voz”, no ser tan alegre y no transmitir tristeza, o sea, realizar una comunicación neutra, sumisa y esa escucha en su mayoría es femenina, lo que revela que dentro de esta esfera, el capital hace uso de las calificaciones de las mujeres, reconocidas como cualidades “naturales” ya que son adquiridas en el campo doméstico. Así, en el trabajo de teleatendimento/*telemarketing*, son necesarios, no sólo el conocimiento de la actividad, la capacidad de memorización, de decisión y de ejecución de varias tareas simultáneas, es necesario también paciencia, control y sumisión de lo que se dice, con la utilización del propio cuerpo, de su fuerza muscular y de su energía psíquica –subsunción de lo real– que se transforman en instrumentos esenciales de producción.

El asedio moral, o sea, *la exposición de los trabajadores y trabajadoras a situaciones humillantes y constreñidas, repetitivas y prolongadas durante la jornada de trabajo* es la descripción de cómo funciona la organización del trabajo de las centrales. Esto, evidencia la faceta no visible de la actividad, una realidad, una gestión, que es pura coacción hacia los teleoperadores, las relaciones de jerarquías asimétricas que se localizan en el interior de las centrales se dislocan hacia el exterior, revelando un segmento víctima de actos violentos y deshumanos y que en tiempos de amenazas al desempleo, promueven agravios psíquicos en particular, y una empresa con estructuras rígidas, que no tiene la preocupación de promover la salud y sí, como siempre, mantener el resultado de los negocios.

Conforme a los entrevistados, al salir de su posición de teleatendimento, ellos necesitan de un tiempo para hablar, no quieren escuchar a nadie, su voluntad es la de estar solos, y al llegar a casa van directamente a sus

cuartos encerrándose por horas, ya que el pensamiento se encuentra aún automatizado, sus sentimientos aún están impedidos: una personalidad no más particular ni meramente a su “particularidad”. Se evalúa que en su vida extra de trabajo, este es el momento de reencontrarse, la tentativa de readquirir la dimensión humana, que ya no es visible en el ambiente de trabajo, pues en este trabajo, como en todos los otros en el que la lucha de clases se hace presente, trabajador es “cosa”.

Visto que la mente y el cuerpo materializan el trabajo, se perciben algunos indicadores que ponen en evidencia las dolencias por el trabajo de teleatendimento/*telemarketing*: a) el ritmo acelerado que imprime la automatización del pensamiento; b) la solicitud de la memoria y de la atención y la emoción contenida; c) la repetitividad de tareas en contraste con su complejidad; d) la insuficiencia en pausas; e) la relación difícil o amenazadora con la supervisión de los clientes/usuarios; f) la competencia entre pares, conflictos constantes que promueven la explotación del trabajo; g) la exposición entre los “mejores” y los “peores” teleoperadores que disciplinan al colectivo; h) la fila de clientes en espera; i) la falta de control sobre el trabajo; j) el desempleo que amedrenta y los lazos de sumisión que exigen más trabajo; k) la imposibilidad de solidaridad.

Comprometimiento de la salud: esta es una situación marcadamente presente en las conversaciones de los entrevistados, que la articulan con otros sentimientos de humillación, de culpa, que los llevan a tener ansiedad, dificultad para dormir, dificultad de concentración, poca tolerancia, pérdida de la memoria, pesadillas, fobias y pánico, datos que recuerdan los síntomas de agotamiento profesional, patologías recurrentes de la sobrecarga o intensificación de dicho trabajo.

Por último, queda claro que este es un trabajo de tareas estandarizadas, de rígido control, en sistemas automatizados, repetitivos y monótonos, así como de intensificación y de condiciones precarias en su ambiente físico, presión constante por la productividad y exigencia de un tiempo máximo del trabajador logado. Una vigilancia moderna de los sistemas informatizados, y cada vez, más trabajo.

No a lo tonto, Mézáros (2007, p. 33) afirma que “el nuevo orden social contemporáneo del capital degrada el tiempo de vida tanto de los individuos como de la humanidad”.

Referencias Bibliográficas

- Antunes, R. (2006). La era de la informatización y la época de la informalización: riqueza y miseria del trabajo en Brasil. En R. Antunes (Org.). *Riqueza y miseria del trabajo en Brasil* (pp. 15-25). São Paulo: Boitempo.
- Bomfim A. (2009). *Entre la voz y el oído: el trabajo emocional y los impactos para con la salud de los trabajadores de teleatendimiento/telemarketing en Salvador*. (Disertación de la Maestría no publicada). Universidad Federal de la Bahia, Salvador, Brasil.
- Braga, R. (2006). *Trabajo y Flujo informacional; por una sociología de la condición proletaria contemporánea: trabajo y sindicato en la sociedad contemporánea*. En Encuentro Anual de la ANPOCS, 30°. Caxambu, 24 al 28 octubre, s/n.
- Brasil. Instituto Brasileño de Geografía y Estadística. (2009). *El PIB ha caído un 0,8% en el 1º trimestre de 2009 con respecto al 4º trimestre de 2008*. Recuperado de http://www.ipp.ibge.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=114&itemid=2
- Brasil. Prefeitura Municipal de Salvador. Serviço de Intermediação para o Trabalho (SineBahia). (2008). *Relatório Institucional*. Salvador, BA: Autor.
- Carboni, F. & Maestri, M. (2003). *El lenguaje esclavizado: lengua, historia, poder y luchas de clases*. São Paulo: Expressão Popular.
- Cattani, A. (2003). *La otra economía*. Porto Alegre: Veraz.
- Chesnais, F. (1996). La tecnología y las relaciones capital-trabajo. In F. Chesnais (Autor). *A mundialización del capital* (pp. 34-36). São Paulo: Xamã.
- Druck, G. & Franco, T. (2007). *La pérdida de la razón social en el trabajo: tercerización y precariedad*. São Paulo: Boitempo.
- Marx, K. (1982). *El capital: crítica de la economía política*. 8va. São Paulo: Bertrand Brasil/DIFEL.
- Júnior, M., Guevara, A., Trevisan, L., Nogueira, A., Gião, P., Silva, M. & Melo, P. (2006). Reporte de la Industria de Call Centers en Brasil 2005: The Global Call Center Industry Project. ABT/PUC-SP. (Reporte de investigación).
- Mészáros, I. (2007). *El desafío y la carga del tiempo histórico: socialismo del siglo XXI*. Glastonbury: Boitempo.
- Monteiro, M. (1997). *Telemarketing; éxito en los negocios: orientaciones esenciales al operador*. São Paulo: AM3 Telemarketing.
- Seligmann-Silva, E. (2002). Salud mental y automatización: el propósito de un caso de estudio en el sector ferroviario. CAD. *Salud Pública*, 13(Supl. 2), 95-109.
- Segnini, L. (1997). Formas diferenciadas de relaciones empleaticias y calificaciones requeridas en un contexto altamente informatizado: análisis del sistema financiero en Brasil. Recuperado de http://cedes-gw.unicamp.br/pesquisa/artigos/liliana_final.htm
- Simões, A., Fernandes, E. & Ferreira, L. (2006). Reestructuración y privatización de las telecomunicaciones: un análisis de los impactos sobre el perfil y el nivel de empleo del sector en el estado de Bahia. (Estudios de Dieese). Recuperado de http://www.sei.ba.gov.br/publicacoes_sei/bahia_analise/sep/pdf/sep_62/pag_141.pdf
- Venco, S. (2006). ¿Neocolonialismo o emigración electrónica? El caso de las centrales de atención a clientes. En *Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología del Trabajo*. Montevideo, 18 al 20 abril, pp. 1-3.

Fecha de recepción: 15 de agosto de 2013

Fecha de aceptación: 12 de abril de 2014

Todo se convirtió en *bullying*.... Importancia del diagnóstico diferencial para una mejor atención.

Everything became bullying.... Importance of differential diagnostic for improved care.

Lidia Pereira Gallindo¹

Introducción

La expresión “Todo se convirtió en *bullying*” nos hace pensar que el concepto *bullying* no está claro, no está sedimentado, lo que resulta en más un factor de estrés generado por la angustia y ansiedad de los profesionales, que están directa o indirectamente involucrados con situaciones de violencia. La comprensión del concepto es de fundamental importancia para que se llegue al diagnóstico del *bullying*. El diagnóstico diferencial, nos parece de gran valor en este momento en que todo y cualquier acto violento y agresivo ha sido denominado *bullying*.

El diagnóstico por criterios posibilita un mejor entendimiento de lo que está pasando con el individuo y en su entorno. Y, a partir de él, se puede planear de forma más eficaz y eficiente las acciones futuras. El diagnóstico nos permite cuidar mejor, y, sobretodo, es una herramienta que orienta y facilita el diálogo con los demás profesionales involucrados en la situación y que están entrelazados, que están en red.

Resulta importante, tener en mente, que el diagnóstico es un punto de partida, un entendimiento sobre una

situación específica que no debe perder su dimensión didáctica, de diálogo, y tampoco servir como instrumento de estigmatización. La comprensión del concepto nos da la seguridad para discernir si se está o no delante del fenómeno *bullying*.

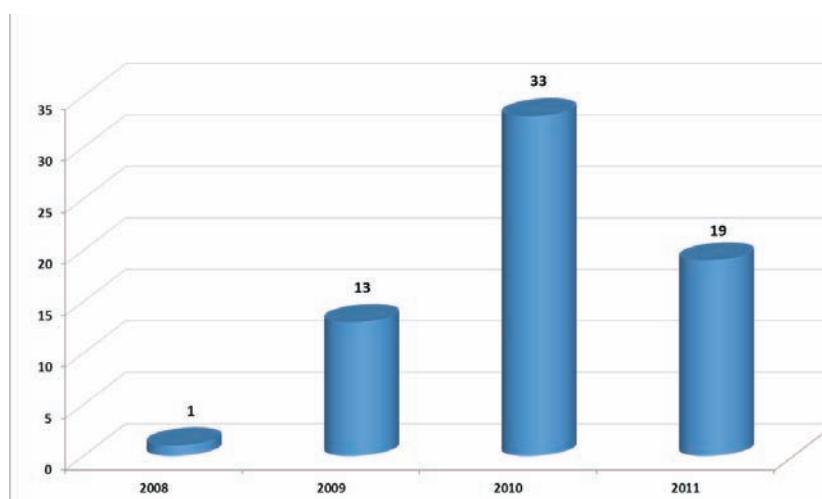
Metodología

El concepto del *bullying* es investigado a partir de la producción legislativa y de algunos autores que se han dedicado al tema. Consecuentemente se hizo una amplia revisión bibliográfica nacional e internacional y de la producción legislativa brasileña².

Se pretende provocar algunas reflexiones que posibiliten acciones prácticas en el futuro no solamente en las instituciones de enseñanza sino que oriente las relaciones sociales en los más diversos sectores de la sociedad.

La Figura N° 1 contempla un universo de 66 leyes en el periodo de 2008 a 2011 y nos da la dimensión de la producción legislativa en este intervalo de tiempo:

Figura N° 1. Producción Normativa



Fuente: Leyes brasileñas, 2008-2011

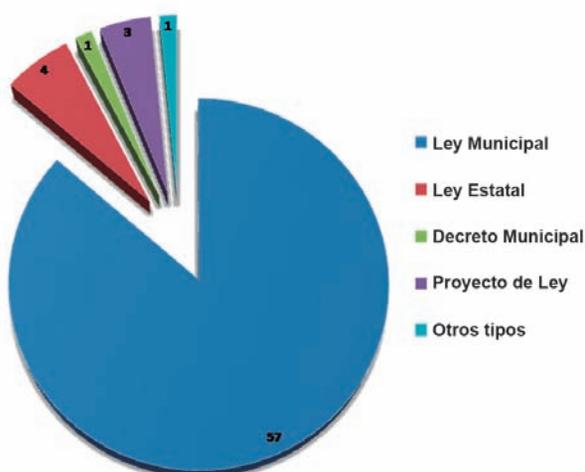
¹Psicóloga y abogada. Especialización en Psicología Forense y Especialización en cuidado y la familia en el Instituto Sedes Sapientiae, Sao Paulo. Especialización en Psicoterapia Breve en la Universidad Paulista. Especialización en Derecho Público en la Escuela Superior del Ministerio Público. MBA en Gestión y Derecho Educativo en la Escuela Paulista de Derecho, São Paulo, lidia@gallindo.adv.br

²La República Federativa de Brasil es compuesta de *Unidades Federativas* o *Estados* y Municipios. Los Estados son equivalentes al que, en otros países, se denomina de Entidades Federales o Departamentos. Cada *Estado* tiene una capital. Los Municipios son equivalentes a lo que, en otros países, se llama de Provincias. Cada Municipio tiene una ciudad sede. Tanto los Estados como los Municipios brasileños tienen poder para legislar. Por lo tanto, se adoptará en este trabajo, respectivamente, las expresiones leyes *estadales* y leyes o decretos municipales, conforme el caso.

De inmediato, se observa que la producción legislativa sobre el *bullying* se ha iniciado en 2008, con la ley del Municipio de João Pessoa, en Paraíba. En 2009 se produjeron 13 leyes, en 2010, 33 leyes y en 2011, 19 leyes. La producción legislativa de 2010 para 2011 disminuye, pero aun así es mayor que en los años de 2008 y 2009.

La Figura N° 2 dice como están distribuidas según su tipo normativo: la mayoría son leyes municipales. Hay leyes estatales, decretos municipales, proyectos de leyes federales y otros tipos de leyes referentes al *bullying*, como por ejemplo la que instituye el día municipal de prevención, de combate y de dar a conocer el *bullying*. Existen aún leyes que disponen sobre la publicación obligatoria de carteles informativos, alertando sobre los peligros de la práctica del *bullying* y, hay una ley, que dispone sobre la notificación obligatoria de casos de *bullying* al Consejo Tutelar³.

Figura N° 2. Ordenamiento jurídico investigado



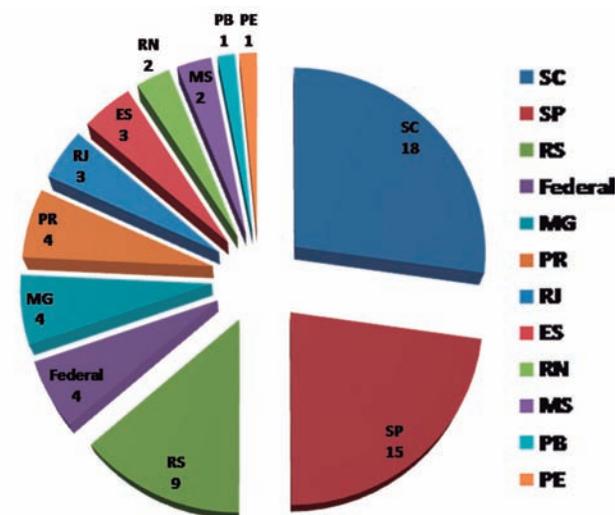
Fuente: Datos de la investigación, 2008-2011

La Figura N° 3 revela como las leyes están distribuidas geográficamente, es decir, por Estados. Percibiese que la región sur (PR, SC, RS) y sudeste (SP, RJ, MG, ES) lideran la producción legislativa.

El análisis comparado de esas leyes evidencia un alto grado de equivalencia, pero se diferencian en puntos que colocan la obtención de un concepto común en riesgo. Por otro lado, se abre la posibilidad para la sociedad a reflexionar y ser críticos sobre el fenómeno, como dijo la autora Antunes (2012):

Al describir y clasificar el comportamiento y las personas y, en base a cuestionarios y datos estadísticos, y así, no avanzar con respecto al

Figura N° 3. Distribución por Estados



Fuente: Datos de la investigación, 2008-2011

análisis de lo que se encuentra en la raíz de los datos, el concepto se presta al papel de la ideología. El conocimiento generado de esta manera no avanza con respecto a su propio conocimiento social, la sociedad misma. (p. 77).

Algunas partes de las leyes han sido utilizadas para demostrar lo que es común entre ellas y lo que es diferente.

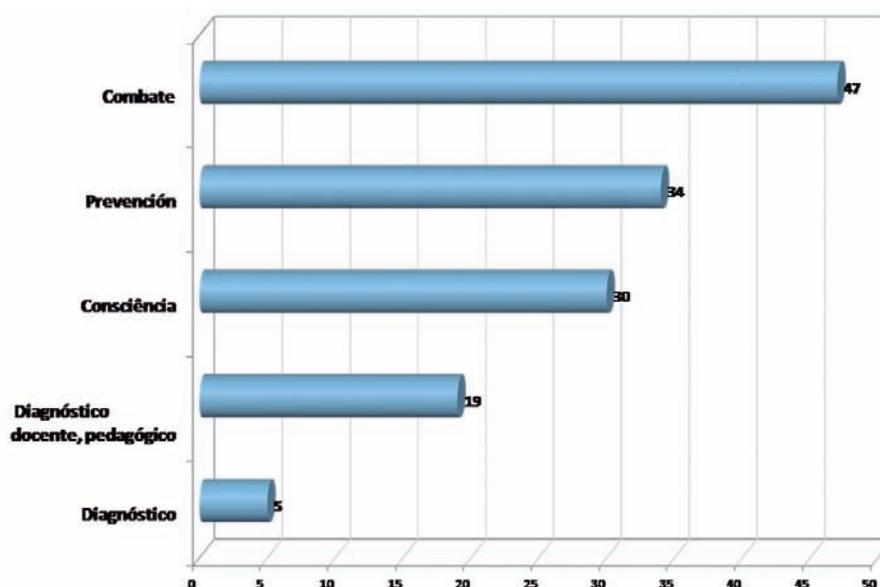
El entendimiento común de las leyes investigadas es que las medidas deben ser adoptadas en el ámbito del proyecto pedagógico. Considérese como ejemplo la Ley 14.957, de 16 de julio de 2009, del Municipio de São Paulo (p. 1): “Establece la inclusión de medidas de sensibilización, prevención y lucha contra el ‘bullying’ en el proyecto pedagógico desarrollado por las escuelas públicas de educación básica”. La educación básica comprende la preescolar, primaria y secundaria.

La Figura N° 4 presenta cómo las leyes abordan el combate, prevención y sensibilización del *bullying*. Se observa que la mayoría de las leyes trae en su objeto el tema del combate. Un poco más de 50% de las leyes, la prevención, y, menos de 50% se ocupa con la conciencia. Menos de 10% trae en su objeto el tema del diagnóstico, sin embargo, aproximadamente 1/3 de las leyes trae en su cuerpo la preocupación con el diagnóstico.

Las leyes son unánimes sobre la definición de *bullying*. *Bullying* es la práctica de actos de violencia física o psicológica, de forma intencional y repetitiva, llevada a cabo por personas o grupos de personas contra

³Los Consejos Tutelares son órganos municipales creados por el Estatuto del Niño y del Adolescente, Ley Federal 8.069/90, destinados a velar por los derechos de los niños y adolescentes. Son compuestos por 5 miembros electos por la comunidad.

Figura N° 4. Objeto de la Ley



Fuente: Datos de la Investigación, 2008-2011

una o más personas, con el fin de intimidar, dañar, causar dolor, sufrimiento o la humillación de la víctima.

El Proyecto de Ley 5.369 de 2009 que se tramita en la Cámara de Diputados y el establecimiento del Programa de Lucha contra el *bullying* en todo el país, considera que:

... el *bullying* es considerado cualquier acto de violencia física o psicológica, intencional y repetitivo, en que no hay motivación evidente, practicado por individuos o grupos contra una o más personas, con el fin de intimidarla, golpearla, causando dolor y sufrimiento a la víctima en una relación de desequilibrio de poder entre las partes involucradas. (Párrafo único).

El texto legislativo federal es diferente de otros textos, pues introduce el concepto de que el *bullying* se produce sin motivación evidente. Es importante destacar que la definición del Proyecto no incorpora el término “humillación”, que se ve en otras producciones legislativas.

El análisis de las leyes evidencia que el concepto común de *bullying* remite a la práctica de actos de violencia física o psicológica. La Figura N° 5 muestra, aunque el modo intencional y repetitivo consta en 91% de la legislación, lo que no se verifica en cuanto a la existencia de motivación y de la relación de desequilibrio de poder que aparece en una proporción de poco más de 50%.

Con relación al objetivo hay algunos verbos que están cubiertos por algunas leyes y otros no, como por, ejemplo, humillar y el sufrir, pero no aparenta poner en peligro el concepto.

La Figura N° 6 muestra el uso de los verbos en la legislación.

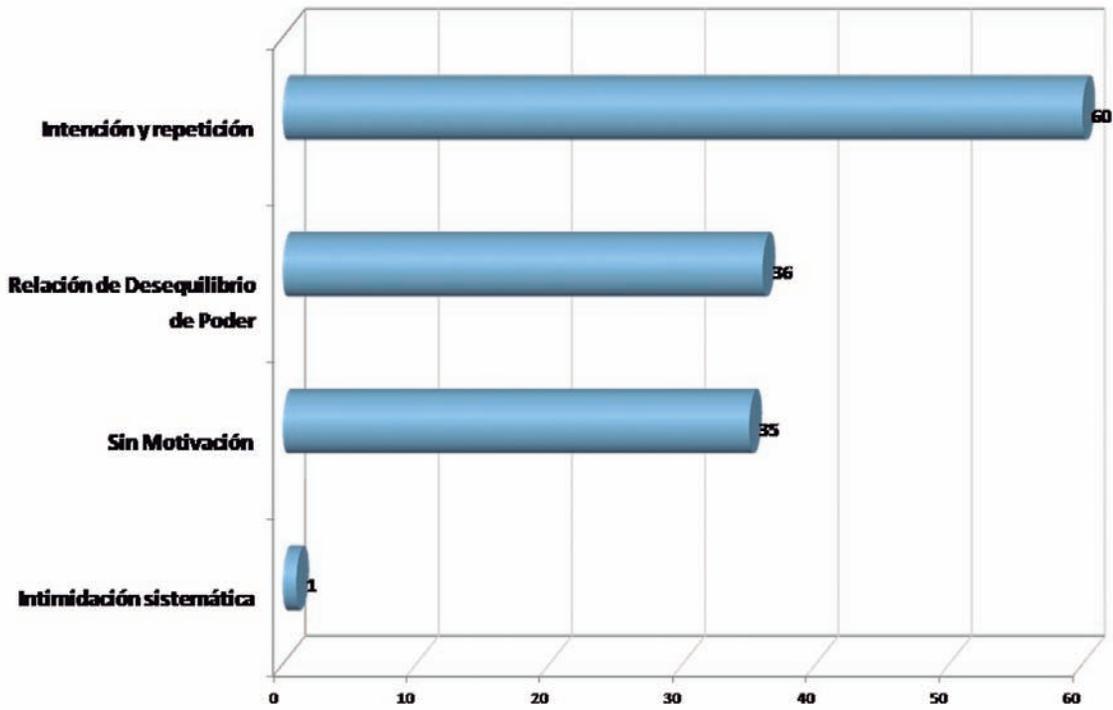
La Figura N° 7 expone cómo el legislador propone gestionar el cumplimiento de la ley y pone de manifiesto las acciones a ser tomadas por las instituciones educativas con respecto a la comunicación de la ocurrencia de *bullying* en sus instalaciones.

Alrededor de 50% de las leyes no determinan nada, 50% determina que la ley se llevará a cabo en sus partidas presupuestarias propias, 1/3 de las leyes créditos adicionales y menos de 1/3 acuerdos y alianzas para la ejecución.

Respecto a la comunicación de la ocurrencia de *bullying*, las leyes establecen que se generen informes y se los envíen a las instituciones predeterminadas, algunas de ellas vinculadas al poder judicial y al Consejo de Tutelar.

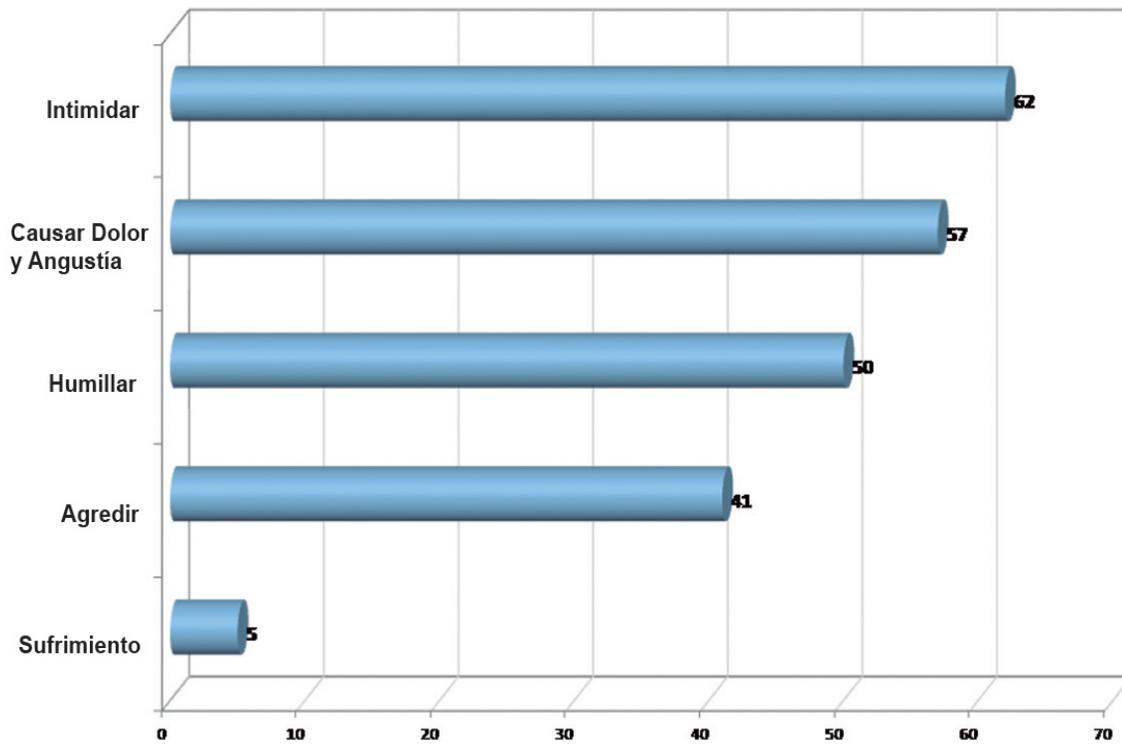
La Figura N° 8 permite observar que en las últimas leyes se incluyeron expresiones tales como el *cyberbullying*, los ciclos de restauración y la cultura de la paz. Se puede inferir que estas expresiones revelan el cambio de paradigma en la resolución de conflictos.

Figura N° 5. Definición de *Bullying*



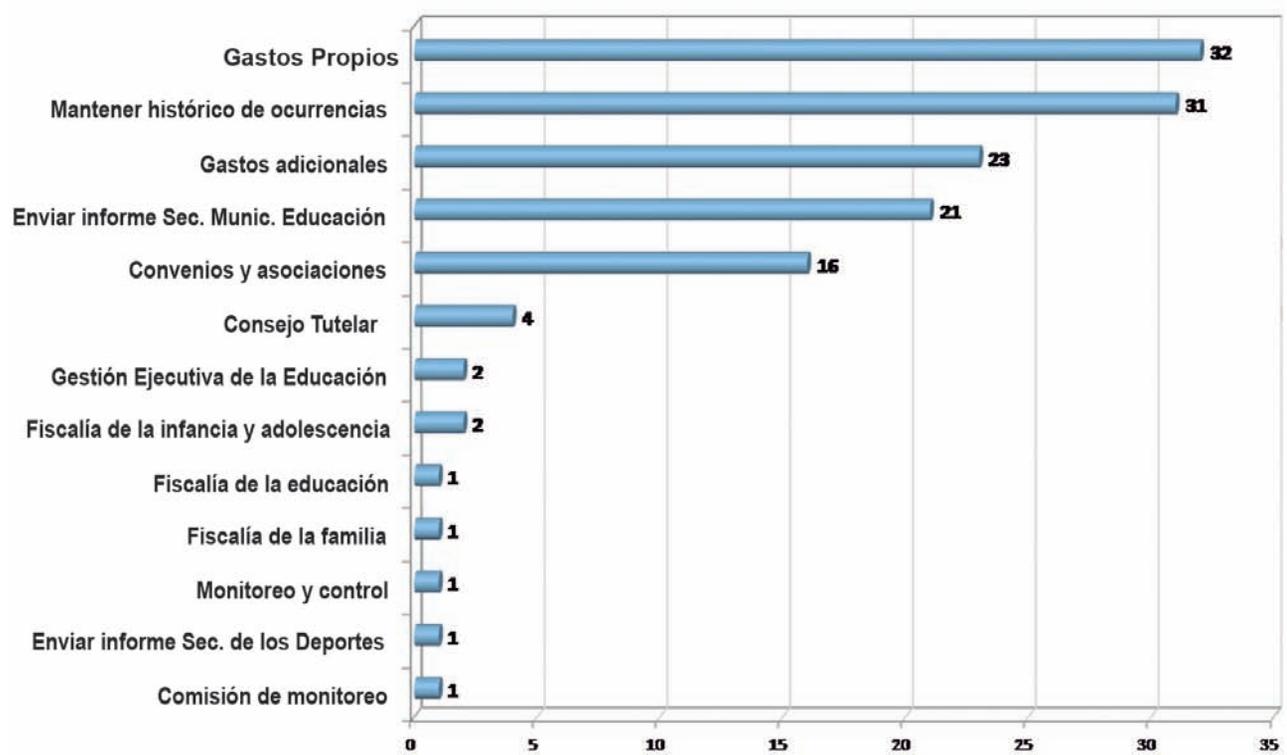
Fuente: Datos de la investigación, 2008-2011

Figura N° 6. Objetivo del *Bullying*



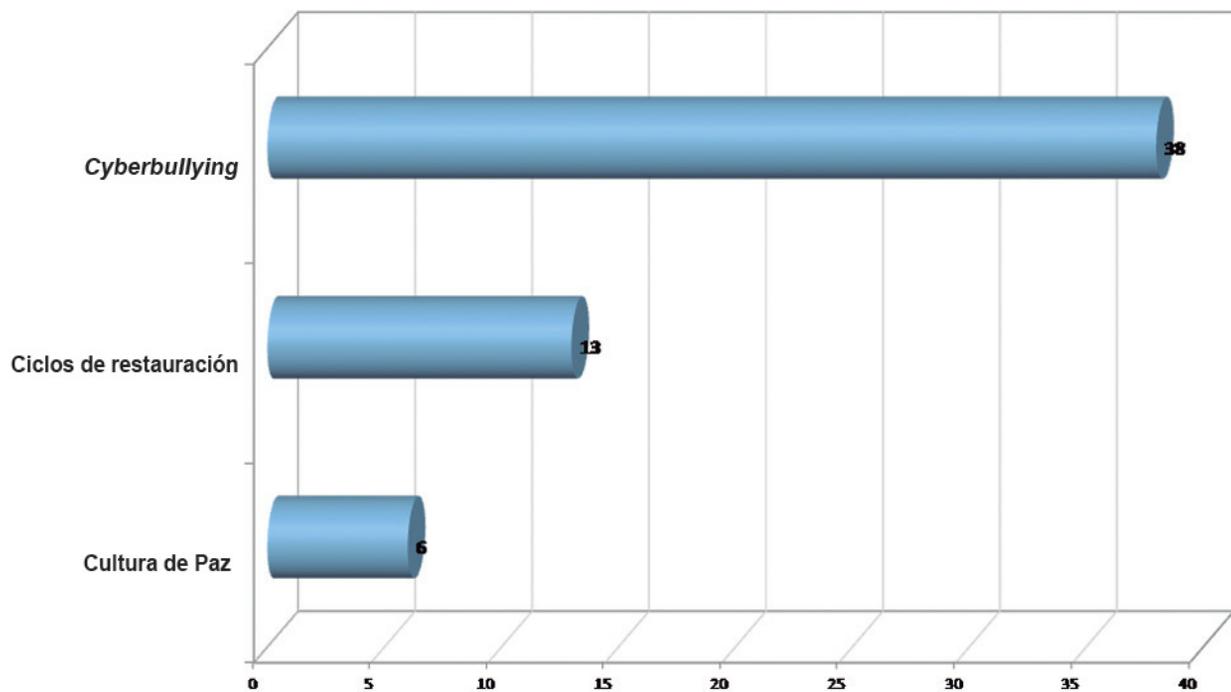
Fuente: Datos de la investigación, 2008-2011

Figura N° 7. Gestión e Informes



Fuente: Datos de la investigación, 2008-2011

Figura N° 8. Nuevos Conceptos



Fuente: Datos de la investigación, 2008-2011

El último proyecto de ley que se ocupa de la violencia en la escuela es del 22 de noviembre de 2011, y llama la atención por no llevar en su texto la expresión en inglés *bullying*, que se traduce por la expresión en el idioma español “el acoso”⁴. Los medios de comunicación se han referido a esta ley como la “Ley de *Bullying*”.

Otra iniciativa de traducción del inglés al portugués se encuentra en la explicación del proyecto de Ley 6.935, de marzo de 2010, que visa modificar el Código Penal: “se modifica el Decreto-Ley N° 2.848, 1940, que define como un delito la intimidación o *bullying*. El proyecto propone la introducción del delito de intimidación en el Capítulo V -Delitos contra el honor- Artículo 141-A en los siguientes términos: “Intimidar a la persona o grupo de individuos que, de forma agresiva, intencionada y en repetidas ocasiones, por razones indignas, causan dolor, angustia o sufrimiento, ofendiendo su dignidad”.

La intimidación se define como “acciones agresivas, intencionadas y repetitivas, adoptadas por un individuo o grupo de individuos intimidando otro(s) individuo(s), sin motivación evidente, causando dolor, angustia y sufrimiento y ejecutadas en una relación desigual de poder, que permite la caracterización de la victimización”.

Por un lado, la ley de Rio de Janeiro reemplaza la palabra en inglés por una expresión en portugués, que es el *assédio moral*. Por otro lado, el Proyecto de Ley del Senado Federal PLS 228/10 incluye el Artículo 12 de la sección IX, que establece: “promover un entorno escolar seguro, la adopción de estrategias para prevenir y combatir la práctica de la intimidación y la agresión recurrentes entre los miembros de la comunidad escolar, conocido como *bullying*”.

Aquí está el texto completo de la Justificación de la inclusión:

El fenómeno de *bullying* está ocupando espacio cada vez mayor entre las preocupaciones de los educadores, padres y actores políticos. El término inglés, consagrado en la literatura, se refiere a un conjunto de prácticas recurrentes de intimidación y violencia, cometidos sin motivo aparente contra la misma víctima. Por lo tanto, el ‘*bullying*’ se caracteriza por una amplia gama de conductas violentas observadas sistemáticamente en las escuelas - y también en otros ámbitos sociales, tales como cárceles, cuarteles y incluso lugares de trabajo. (Párrafo IX).

El texto revela cómo la expresión inglesa se ha expandido en territorio brasileño, incluso en los entornos en que el término acoso (*assédio moral*) ya estaba establecido, como es el caso de acoso en el trabajo, cuyos precursores de esa lucha en Brasil, desde el final

de la década de 1990, son Margarida Barreto y Roberto Heloani⁶.

Es de gran importancia la iniciativa del Estado de Rio de Janeiro cuando adopta el término acoso, en detrimento de la palabra en inglés *bullying* ya que la literatura, la legislación y la jurisprudencia sobre acoso laboral está muy desarrollada. Si se es capaz de comprender como sociedad brasileña que hablar de *bullying* es lo mismo que hablar de acoso (*assédio moral*) el diálogo podrá ampliarse llevando aportes interdisciplinarios y multidisciplinarios, beneficiando, así, a la sociedad en su conjunto.

La producción legislativa y teórica que se ocupan del acoso en el trabajo, como se muestra a continuación, contribuyen a la comprensión de que el *bullying* es equivalente al acoso como una aplicación metodológica para ocurrencia en el ámbito de la escuela.

La Ley N° 12.250 del 9 de febrero de 2006, del Municipio de São Paulo, en su Artículo 2° considera que el acoso es:

(...) cada acción, gesto o palabra, practicada en varias ocasiones por agente, funcionario, empleado o cualquier persona que abusa de la autoridad que le confiere sus funciones, con el propósito o el efecto de golpear la autoestima y autodeterminación del funcionario, con daños al ambiente laboral, el servicio a los usuarios públicos y al propio usuario, así como el desarrollo profesional y estabilidad funcional (...).

El Proyecto de Ley Federal 4.742/2001, el proyecto de reforma del Código Penal introdujo el Artículo 146-A en el Código Penal Brasileño - Decreto-ley N° 2.848 del 7 de diciembre de 1940 - que prevé el delito de acoso en el trabajo con la siguiente redacción:

Descalificar en repetidas ocasiones a través de palabras, gestos o comportamiento la autoestima, la seguridad o la imagen del funcionario o empleado por razones de trabajo o relación funcional jerárquica. Justificación - (...) La conducta que queremos caracterizar como delito se caracteriza por la reiteración de actos molestos y agresivos a la imagen y autoestima de la persona (...).

Hirigoyen (2005), investigadora francesa, psiquiatra y psicoanalista define el acoso en el trabajo “... como toda conducta abusiva (gesto, palabra, comportamiento, actitud...) que atente, por su repetición o sistematización, en contra de la dignidad o integridad psíquica o física de una persona, que amenace su empleo o degrade su ambiente laboral”. (p. 17).

⁴En portugués se usa la expresión *assédio moral*.

⁵Margarida Barreto. Mestre e doutora pela PUC-SP (Pontifícia Universidade Católica), é vice-coordenadora do Núcleo de Estudos Psicossociais da PUC-SP. É professora da pós-graduação em psicologia social da PUC-SP e do Curso de Especialização em Medicina do Trabalho da Santa Casa de São Paulo. Entre suas publicações mais importantes: Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações (4. ed. São Paulo: Educ, 2006) e Pedagogia institucional (Rio de Janeiro: Zit, 2004); Revista Nacional de Direito do Trabalho (São Paulo), da qual é editora.

⁶Roberto Heloani. Professor titular da Unicamp (Universidade Estadual de Campinas), também leciona na FGV- EAESP. Formado em psicologia pela PUC-SP (Pontifícia Universidade Católica) e em direito pela USP (Universidade de São Paulo), é mestre pela FGV-EAESP e doutor pela PUC-SP. Fez o seu pós-doutorado na USP e livre-docência na Unicamp. É autor dos livros Organização do trabalho e administração (5. ed. São Paulo: Cortez, 2006) e Gestão e organização no capitalismo globalizado (2. ed. São Paulo: Altas, 2007).

Ella aún nos dice que:

... cualquiera que sea la definición adoptada, el acoso es una violencia encubierta, no notable, pero que, sin embargo es destructivo. Cada ataque de forma aislada no es grave; el efecto acumulativo de los frecuentes y repetidos micro traumas es lo que constituye la agresión. (p. 17).

Barreto (2005) define el acoso como:

... la exposición de los trabajadores a situaciones humillantes y vergonzosas, repetitivas y prolongadas durante la jornada laboral y en el ejercicio de sus funciones, más comunes en relaciones jerárquicas autoritarias y asimétricas, en que predominan comportamientos negativos, relaciones inhumanas y poco éticas a larga duración, de uno o más jefes dirigidas a uno o más subordinados, desestabilizando la relación de la víctima con la organización y el ambiente de trabajo, lo que le obligó a dejar el trabajo. (p. 47).

Hirigoyen en 2008, lanzó el libro *Assédio Moral no Trabalho*, en conjunto con Maria Ester de Freitas y Roberto Heloani y define el acoso laboral como:

... una faceta de un fenómeno más amplio, es decir, la violencia genérica se trata de una conducta abusiva e intencional, y se repite a menudo; se produce en el ambiente de trabajo y busca disminuir, acosar, avergonzar, desacreditar y destruir psíquicamente un individuo o un grupo, degrada las condiciones de trabajo, afecta a su dignidad y pone en riesgo su integridad personal y profesional. (p. 52).

Se concluye que el fenómeno del acoso se caracteriza por la repetición de la mala conducta que causa daño a otros, lo que también ocurre con la definición de *bullying*.

Se entiende que el uso del término *bullying* es útil para delinear la reflexión sobre el fenómeno del acoso, provocando un corte a su enfoque en la escuela. Por otro lado, se aprovecha la idea común de que la comunicación aporta ventajas, lo que permite la discusión que ahora se ve en la sociedad, y esto es un mérito en la adopción de la expresión inglesa.

De la denominación global, y esto es un aspecto positivo de la adopción de la palabra inglesa, la sociedad se movilizó para discutir el fenómeno y se ha dado cuenta que es necesario repensar las relaciones sociales. El diálogo se ha convertido en una herramienta viable para restaurar la armonía. En este sentido, varias iniciativas

se han tomado, como la mediación y los círculos de restauración.

Las leyes hechas, en relación al *bullying*, al acoso legitiman y alientan a la víctima a buscar ayuda, ya que lo que se consideraba una broma, algo banal, pasa a tener nombre y el reconocimiento de que se está frente a actos de violencia con consecuencias desastrosas, no sólo a los directamente involucrados, sino a las repercusiones en toda la sociedad.

En este sentido, se puede decir que el préstamo lingüístico fue esencial para la difusión de los fenómenos sociales, es decir, la violencia en el local, cuya principal función es formar al ciudadano para que pueda convivir bajo la ética y los altos patrones morales y capaces de observar el principio de reciprocidad.

Cuando se habla de *bullying*, el concepto que se utiliza es el mismo que el del acoso, con un enfoque para dentro de los muros de las instituciones educativas o fuera de los muros cuando el ambiente se extiende y es llevado a otros lugares como el caso del *cyberbullying*.

Parece que no hay duda que el *bullying* es un proceso y no un acto de violencia. Son los micro traumas y la violencia crónica, la gran clave para el diagnóstico.

En el *bullying* hay tres personajes bien delineados: el victimario, la víctima y el espectador. Para realizar el diagnóstico diferencial se prestará especial atención a la víctima, pues en la situación de *bullying* es ella quien trae la queja del dolor y, unida a ella, la noticia de la violencia.

El dolor causado por el *bullying* es muy doloroso. Un dolor que trae en su génesis la impotencia. Un dolor de sentirse un casi nada, donde el individuo vaciado de sí mismo pierde el propio contorno, que le causa un intenso sufrimiento, angustia y, en casos más graves, como es de conocimiento de toda la sociedad, homicidios y suicidios.

Comprender el concepto de *bullying* es de fundamental importancia porque no hay manual que pueda dar cuenta de nominar todos los actos y formas de las prácticas de la violencia. Ellas se transforman, se multiplican con una velocidad y creatividad tal que parece imposible mantener un listado actualizado. Con el concepto que ora captado, se tiene los fundamentos necesarios y a partir de ello la comprensión y la libertad para hacer analogías y detectar el fenómeno. Cuando se recibe una queja, lo que se denomina queja inicial, y si se encuentra en posesión de los conceptos, de las definiciones, se puede hacer sin miedo, un análisis

preliminar de los hechos, comportamientos y de los síntomas que las personas nos informen.

Se entiende *bullying* como acoso en las instituciones de enseñanza: *La repetición de conductas que ofenden, por cualquier medio, la integridad psíquica o física de las víctimas, independientemente de la motivación o la intención de los ofensores, en el ámbito escolar, pero no necesariamente limitados a su espacio físico.*

Esta definición está basada en el resultado, en el daño, y esto independiente de la motivación o intención.

Una pregunta para la reflexión debe ser planteada: si los comportamientos asociados con el acoso/*bullying* incorporan varias conductas tipificadas en el ordenamiento jurídico brasileño, tales como, la injuria, la calumnia, la difamación, la amenaza, el daño, los abusos, las lesiones y el robo, no habría necesidad de un nuevo tipo penal?

El *bullying* en la sociedad contemporánea nos lleva a la violencia y al prejuicio. Violencia y prejuicios que a pesar de todas las leyes puestas, como la Carta de los Derechos del Hombre, Tratados de Derechos Humanos y Constitución Brasileña de 1988, por ejemplo, se presentan sin ninguna ceremonia y desafían a todos.

La Constitución Brasileña (1988), llamada también de Constitución Ciudadana, no deja ninguna duda de que “todos son iguales ante la ley, sin distinción de ningún tipo, y que nadie podrá ser obligado a hacer o no hacer algo, sino en virtud de la ley, así como nadie será sometido a torturas ni a tratos inhumanos o degradantes”. Establece que “son inviolables la intimidad, la vida privada, el honor y la imagen de las

personas, garantizando el derecho a una indemnización por el daño material o moral derivado de su violación”.

La constitución se inspira en principios como la ciudadanía, la dignidad humana y tiene como objetivo fundamental la construcción de una sociedad libre, justa y solidaria.

Conclusión

Si por un lado hay la iniciativa para criminalizar el *bullying*; por otro lado, es loable la iniciativa de las leyes que tienen como objetivo la sensibilización, prevención y lucha contra el *bullying*/acoso haciendo uso de métodos alternativos de resolución de conflictos.

Esto demuestra que de alguna manera la sociedad anhela y tiene la esperanza de ser capaz de educar al individuo para ejercer su ciudadanía plena y de cultivar una sociedad basada en el diálogo, la tolerancia y la coexistencia pacífica.

La pedagogía de Paulo Freire, resumida por Monteiro (2006), refleja cristalinamente los principios constitucionales brasileños:

El derecho a la educación es el derecho a una educación para la liberación y la libertad. Es el derecho de aprender la autonomía para el ejercicio de la ciudadanía.

La educación es un derecho universal de los seres humanos, sin discriminación ni exclusión. Es el derecho de ser sujeto y ser diferente. (p. 165).

Referencias Bibliográficas

- Antunes, D. (2010). *Bullying: razão instrumental e preconceito*. São Paulo: Casapsi Livraria e Editora Ltda.
- Barreto, M. (2005). *Assédio Moral: a violência sutil - análise epidemiológica e psicossocial no trabalho no Brasil*. Tese (Doutorado em Psicologia Social no publicada). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. (1988, 5 de octubre). Em *Assembléia Nacional Constituinte*.
- Brasil. Decreto Lei N° 2.848 Código Penal. (1940, 7 de dezembro). En *Presidência da República*, janeiro 1, 1942.
- Brasil. Município de São Paulo. Lei N° 14.957. (2009, 16 de julho). Dispõe sobre a inclusão de medidas de conscientização, prevenção e combate ao "bullying" escolar no projeto pedagógico elaborado pelas escolas públicas de educação básica do Município de São Paulo, e dá outras providências. En *Secretaria do Governo Municipal* [en línea]. Recuperado de http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.



20^o Congreso de las Américas sobre Factores Psicosociales

Estrés y Salud Mental en el Trabajo

Efectos psicosociales de la crisis laboral y la precarización del trabajo

La Red de Investigadores sobre Factores Psicosociales en el Trabajo A.C. y la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, invitan:



del 14 al 17 de octubre, 2014

Talleres
Simposios
Conferencias
Ponencias



Bongkyoo Choi

Universidad de California, Irvine, E.U.A.

José Jackson Coelho Sampaio

Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Enrique Dussel Ambrosini

UACM, UAM-I, México

Idier Torres Guerra

Universidad de Antioquia, Colombia

Asa Cristina Laurell

Consultora Independiente, México

Jorge Ignacio Sandoval Ocaña

FES-Z, UNAM, México

Fecha límite de recepción de trabajos:
30 de junio

Informes y registro:

www.factorpsicosociales.com/congreso

<http://congresopsicosociales2014.xoc.uam.mx>



Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco
Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud,
Delegación Coyoacán, C.P. 04960, D.F., México.



Fundamentos teóricos-metodológicos para la investigación y análisis del proceso salud-trabajo-enfermedad: importancia y desafíos.

Theoretical and methodological basis for research and analysis of the health-work-illness process: relevance and challenges.

Angemi Jiménez¹, Gladys Mago², Carolina Sifontes³, Luis Sánchez⁴, José Mata⁵ & Gustavo Vidal⁶

Introducción

El trabajo se considera una fuente de recursos, como por ejemplo, de ingresos que permite al trabajador satisfacer sus necesidades y expectativas (perfil protector), pero también lo expone a diversos agentes que pueden hacerle enfermar o tener accidentes (perfil destructor).

Cuando se ve a las personas como receptoras de un salario más que como trabajadores, la estrategia de intervención social hacia sus problemas se centra en la compensación monetaria por los daños causados; llegando al estado en el que la salud se vende, y la enfermedad y la muerte se indemnizan. Por lo tanto, la principal estrategia de intervención, que sería la eliminación o control de los factores de riesgos que pueden provocar daños a la salud, no se realiza (Navarro, 1988).

Las formas productivas modernas han roto la unidad concepción-ejecución para el trabajador, reflejándose directamente en su salud. El trabajo es esencial para el desarrollo del ser humano, incidiendo éste tanto en la jornada laboral como en su vida cotidiana. Es un fenómeno social porque el hombre, por esencia, es un ser social y se corresponde a un grupo determinado cuyas características tiene una historia y una relación estrecha con otros grupos humanos. Por eso, para entender el problema salud-trabajo-enfermedad hay que estudiarlo de manera integral, tomando en cuenta las particularidades individuales, las del trabajo y las del contexto social donde se desarrolla (Betancourt, 1995).

Proceso salud-enfermedad

Para ir profundizando en el proceso salud-enfermedad es de importancia revisar una serie de conceptualizaciones íntimamente relacionado con ello. En este sentido, se debe comenzar por el concepto de *salud*, definido como un estado opuesto a la enfermedad, por lo que

una persona sana es cuando no manifiesta molestias, alteraciones o afecciones en cualquiera de los aparatos o sistemas de su organismo. Viéndose de esta manera, el concepto salud se sitúa en un marco estrictamente biológico (Rojas, 1995).

Esta concepción biológica genera problemas para determinar si una persona está sana o enferma, porque la misma, estando normal al examen físico, puede referir sentirse mal o, en el otro extremo, sentirse bien y tener parámetros alterados que indican que hay una afección. Con estas dos situaciones vive constantemente el médico en su práctica diaria lo que conlleva a colocar, sobre todo, en aquellos a quienes no se les encuentra nada alterado en su evaluación médica, el diagnóstico de “aparentemente sanos”.

Por lo anterior expuesto, y en la aceptación que en el proceso salud-enfermedad actúan diversos factores, es que surge la *concepción biopsicosocial*, que concibe el problema de forma más amplia, íntimamente relacionado con la dinámica social, formando parte y dependiendo a la vez del bienestar colectivo. En esta línea de pensamiento se ajusta la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) quien en su Constitución de fecha 22 julio de 1946, define a la salud como “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad” (p. 1).

En este marco de ideas, la Salud se define en forma subjetiva pero surge, tal como lo señala Rojas (1995) de la realidad objetiva, y es por ello que muchas personas definen a la salud como “la sensación de sentirse bien”. En sí, la salud va a depender de elementos objetivos y subjetivos, pero íntimamente relacionados (Rojas). En consecuencia, para entender el *proceso salud-trabajo-enfermedad* a través de la corriente médico social, se han adoptado algunos conceptos del materialismo histórico como el concepto de “*proceso de trabajo*”.

Ahora bien, el proceso de trabajo es definido en la Norma Técnica Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo NT-01-2008 (2008, p. 11) como el “conjunto

¹Antropóloga. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad de Carabobo-Sede Aragua. Colegio Universitario de Administración y Mercadeo - Sede Aragua. angirj30@hotmail.com

²Médica Especialista en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral, Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon”. Postgrado en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral, Centro de Estudios en Salud de los Trabajadores, Universidad de Carabobo - Sede Aragua. gvmago@gmail.com

³Ingeniera Industrial. Instituto de Tecnología Cumaná. Extensión Punta de Mata. Edo. Monagas. carsifontes@hotmail.com

⁴Ingeniero Industrial. Instituto de Tecnología Cumaná. Extensión Punta de Mata. Edo. Monagas. luissanchez66@hotmail.com

⁵Lcdo. Relaciones Industriales. Asesor - Consultor Independiente de empresas del área de almacenamiento, servicio y alfarería del Estado Carabobo. investigadoresocialensalud@hotmail.com

⁶Lcdo. Relaciones Industriales. Centro de Estudios en Salud de los Trabajadores, Universidad de Carabobo - Sede Aragua. gvidalvelasquez@yahoo.com

de actividades humanas que, bajo una organización de trabajo interactúan con objeto y medios, formando parte del proceso productivo". Es así mediante éste que el hombre entra en contacto con la naturaleza, transformándola y transformándose a sí mismo a la vez. Y al mismo tiempo, se concreta bajo formas históricas particulares influenciadas por los modos de producción, en este caso, el modo de producción capitalista, que se caracteriza por un proceso de valorización. Según este enfoque social, la importancia en buscar los determinantes radica en que aquí se define la forma particular de trabajar que impide un uso específico del cuerpo y la mente del trabajador; encontrándose dichos determinantes en la organización del trabajo (Laurell, 1993).

Es por ello que Betancourt (1995) recomienda que para entender la categoría trabajo hay que hacer un viaje al pasado, para revisar uno de los aspectos que marca la transformación del hombre como es la creación de las herramientas de trabajo (con piedra, madera, hueso, etc.), para transformar la naturaleza y obtener los beneficios de acuerdo a sus necesidades, surgiendo de este modo el intercambio consciente del hombre con la naturaleza. Porque el ser humano primero realiza una representación mental de lo que desea hacer y cada momento intercambia lo que quiere contra lo que puede hacer y lo que puede hacer contra lo que ejecuta, por lo tanto, en el trabajo el mecanismo rector es la fuerza del pensamiento conceptual.

Asimismo, el ser humano nunca produjo bienes de manera aislada; inclusive en la comunidad primitiva sus miembros se agrupaban para realizar las actividades agrícolas y de caza, otorgándole esto el carácter social al trabajo. El hombre, por tanto, produce para satisfacer sus necesidades y esa satisfacción no sólo está en el acto de producir sino también en el momento del consumo de lo producido, es allí donde encuentra razón y sentido al trabajo porque esto constituye el aspecto básico de su reproducción (Betancourt, 1995).

El proceso de trabajo se realiza bajo unas formas históricas concretas denominadas "*relaciones de producción*", existe igualmente un "*objeto de trabajo*" que se transforma para elaborar un producto y esta transformación la hace el hombre a través de instrumentos o "*medios de trabajo*".

Ninguna producción de bienes materiales se puede llevar a cabo sin que participen en ella los objetos de trabajo y los medios de trabajo, de ahí que se llame a estos elementos medios de producción. Igualmente, dentro de la categoría trabajo, resulta oportuno abordar

el concepto de riesgo el cual es definido como "... la probabilidad de que ocurra daño a la salud, a los materiales, o ambos" (NT-01-2008, p. 11). Sin embargo, Betancourt (1995) cuestiona este concepto e introduce el de "*procesos peligrosos*", término que ha sido incorporado en Venezuela en la NT-01-2008, el cual se define como aquel:

"...que surge durante el proceso de trabajo, ya sea de los objetos, medios de trabajo, de los insumos, de la interacción entre éstos, de la organización y división del trabajo o de otras dimensiones del trabajo, como el entorno y los medios de protección, que pueden afectar la salud de las trabajadoras o trabajadores". (p. 11).

En este mismo orden de ideas, es importante revisar otros conceptos como el de "*carga laboral*" y "*proceso de desgaste*". Carga laboral son los elementos del proceso laboral que interactúan dinámicamente entre sí y con el cuerpo del trabajador produciendo aquellos cambios en los procesos biopsíquicos que se manifiestan como desgaste. Proceso de desgaste es la pérdida de capacidad biológica y psíquica, efectiva y/o potencial y engloba a los procesos biopsíquicos en su conjunto. Este último no es irreversible, porque con frecuencia existe la posibilidad de recuperar capacidades perdidas y desarrollar potencialidades modificando las condiciones que las determinan. Por lo que, en este proceso salud-enfermedad uno de los ejes analíticos básicos es el "*proceso de desgaste*" y el otro es el "*proceso de consumo*", que no es más que la inversión del producto del trabajo para garantizar las condiciones de vida, y que al combinarse con los patrones de desgaste condicionan el perfil de salud-enfermedad del individuo y del colectivo (Laurell, 1993).

Hay estudios que sugieren que son más frecuentes las patologías en aquellos trabajadores que tienen menos control sobre el proceso de trabajo y dentro de una misma ocupación, las condiciones de salud de los trabajadores empeoran en la medida en que la calificación requerida y el prestigio social del trabajo disminuyen. Y una de las grandes afecciones es en la esfera mental. En este sentido, es importante resaltar que los efectos dañinos de las condiciones de trabajo psicológicamente poco gratas se extienden a la vida extra-laboral y, por tanto, inciden en la situación vital del individuo (Navarro, 1988).

De la misma forma, como se ha abordado la categoría trabajo, Betancourt (1995) también analiza la categoría "*no trabajo*", expresado en *deseempleo* y *subempleo*, lo cual impacta en la salud del trabajador (angustia, irritabilidad, agresividad, subestima, frustración, apatía, manifestaciones neuróticas, etc.), en su familia (deterioro

de las relaciones familiares, de pareja, con los hijos, disminuye la comunicación, aumentan los conflictos, aumentan las agresiones; además, escasean los alimentos, vestido, recreación, cuidados a la salud, etc.) y en la sociedad (despunte de la delincuencia con todas las repercusiones en el individuo y en las sociedades).

No obstante, resulta significativo destacar el *polo positivo del trabajo* como actividad que no sólo ha permitido el progreso y transformación de la humanidad, sino también el perfeccionamiento de las capacidades físicas, intelectuales y emotivas; el cultivo de las relaciones interpersonales con sus compañeros de trabajo; la satisfacción al transformar el objeto en producto y el sentirse útil para la comunidad al ofrecer un servicio. La práctica de actitudes de solidaridad y compañerismo crean un ambiente agradable de trabajo y las relaciones armónicas es una condición importante para el bienestar. Por eso, el trabajo también puede contribuir a que múltiples manifestaciones positivas de las personas se manifiesten en el trabajo. La capacidad física para el trabajo, desarrollo muscular, niveles altos de rendimiento cardio-pulmonar, habilidades y destrezas, capacidad de realizar actividades sin dificultad son algunas expresiones positivas que deben tomarse en cuenta para su promoción (Betancourt, 1995).

En resumen, el proceso salud-trabajo-enfermedad resulta ser complejo y en éste se ven inmersos una serie de conceptos que son necesarios conocer para hacer una aproximación a la realidad estudiada tomando en cuenta su contexto e historicidad, lo cual se ve influenciado directamente por el modo de producción imperante.

Abordaje del proceso salud-trabajo-enfermedad

Rojas (1995), hace referencia a tres niveles de análisis distintos del proceso salud-enfermedad, vinculados entre sí, pero cada uno de ellos válido en cierto momento y responden a necesidades y circunstancias individuales y sociales diferentes.

El primer nivel se corresponde al modelo unicausal, netamente biologicista, el cual ve al ser humano de forma individual y no dentro del contexto social donde vive, trabaja y se reproduce. Es el enfoque de la medicina curativa. El segundo nivel, correspondiente al modelo multicausal, acepta la presencia de múltiples factores, no sólo de aquellos propios del individuo, sino también aquéllos relacionados con las condiciones de vida y trabajo que pueden generar la enfermedad. Es el enfoque de la *Epidemiología* tradicional que permite determinar el tipo, frecuencia y distribución de la enfermedad en

una comunidad. El tercer nivel investiga la interrelación entre los fenómenos a fin de orientar la búsqueda de las causas determinantes y condicionantes de la enfermedad que permitan plantear alternativas de solución dentro de una formación social históricamente determinada, en el entendido que, estos factores, en su interacción pueden potenciar sus efectos y que los mismos vienen dados por el contexto social en que se desenvuelve el individuo y es consecuencia del imperante modelo de producción capitalista que incide en el momento productivo y reproductivo de cada individuo. Por lo tanto, es un enfoque o concepción social en el análisis de la comprensión del proceso salud-enfermedad. En este sentido, éstas no sólo son determinadas por las condiciones de trabajo, sino también por la manera en que se organiza la sociedad en que el hombre habita.

Existe, hoy en día, un auge del estudio sobre esta problemática, no obstante las repuestas no han sido del todo efectivas, pues su abordaje bajo el enfoque convencional, dificulta la visión integral del mismo, sin dejar a un lado las investigaciones que responden a intereses particulares (Betancourt, 1995). Este mismo autor señala que a los sectores empresariales no les preocupa la salud de los trabajadores, por lo que cualquier desarrollo en este campo ha sido el resultado de la organización y demanda de los propios trabajadores organizados. Sin embargo, cabe destacar que en las contrataciones colectivas en Venezuela todavía prevalece el campo reivindicativo de tipo económico, mientras que las cláusulas relacionadas con la higiene y seguridad en el trabajo son escuetas con relación a la prevención, promoción y atención a la salud de los trabajadores, apreciándose, igualmente, una insignificante exigencia para la investigación científica de la problemática en esta área.

Betancourt (1995) también señala que los empresarios se han opuesto a los estudios en el área, porque se afectaría su cuota de ganancia. De hecho, una de las formas con la que los empresarios controlan el margen de ganancia es con los cambios en la organización del trabajo.

En este sentido, Leite (2009) hace una propuesta de reflexión sobre varios conceptos a partir de la situación brasileña actual. Su discusión conceptual parte del abordaje de la *flexibilización del trabajo*, la cual es la eliminación, disminución, aflojamiento o adaptación de la protección laboral clásica, con la finalidad –real o presunta– de aumentar la inversión, el empleo o la competitividad de la empresa. En suma, es aquel empleo que no garantiza estabilidad ni Seguridad Social. Así

pues, al carecer el trabajador de esta protección, para el empleador representa mayor poder para trasladar a los trabajadores de un puesto a otro aumentando así la rotación a través de la polivalencia (flexibilización de los procesos de trabajo), poder para exigir horas extras (flexibilización de las jornadas de trabajo), capacidad para el despido y para la contratación sin costos elevados (flexibilización de la posibilidad de cesar y contratar fuerza de trabajo), capacidad para la generación de formas atípicas de trabajo (flexibilización de los vínculos de empleo) y la posibilidad de implementar salarios muy bajos o remuneraciones fijas basadas en compromisos por horas o pagos por productividad (flexibilidad en la remuneración).

Leite (2009) también señala como formas atípicas, al trabajo por cuenta propia, de tiempo parcial, por tiempo determinado, a domicilio, subcontratados, no registrados, cooperativas, al cual también se pueden añadir los trabajos ejecutados a través de Empresas de Trabajo Temporal (ETT), los trabajos “ad honorem”, los aprendices y los pasantes. En este sentido, el empleo precario es una forma atípica de trabajo asalariado porque su irregularidad crea incertidumbre respecto a su renovación, y además se caracteriza por no garantizar la protección social del trabajador. Todo ello trae como consecuencia un aumento en el sector informal de la economía y una división del colectivo de los trabajadores de una misma empresa, donde es muy típico observar a los trabajadores fijos por un lado y “contratados” por el otro, donde los peores trabajos son realizados por personal contratado, llegando incluso a encomendarse, dentro de un mismo puesto de trabajo, las tareas más peligrosas al personal contratado.

En general, todos estos conceptos son similares y la precarización del empleo no es más que el proceso de deterioro progresivo de uno o más aspectos asociados a la calidad del empleo (estabilidad y duración de la relación laboral, acceso y cobertura de la seguridad social, nivel de ingreso, etc.).

La realidad brasilera estudiada por Leite (2009) en talleres domiciliarios de ropa y calzado que les trabajan a las grandes empresas, vendedoras de cosméticos y electrodomésticos, cooperativas, centros de atención en el sector telecomunicaciones, vendedores ambulantes, etc.; es similar a la de Venezuela y otros países latinoamericanos, donde todavía persisten formas precarias de trabajo asalariado caracterizadas por la desprotección, bajo formas supuestamente autónomas mercantiles o civiles (tercerización) y por contratos con tiempo determinado; aumentando esta

precariedad al desarrollar la actividad bajo condiciones inadecuadas. Las nuevas formas de trabajo atípicas ya no están restringidas a grupos determinados del mercado laboral, sino que se difunden por amplios sectores de actividades, afectando nuevas categorías de trabajadores. En este contexto, se comparte la gran interrogante hecha por Leite sobre ¿cómo considerar atípicas formas de inserción ocupacional que se vuelven cada día más comunes, que dejan de ser marginales para transformarse cada vez más en la regla? Aún así, estos tipos de inserción ocupacional están sufriendo importantes procesos de reconfiguración, adquiriendo características nuevas en el contexto de la globalización y de la reestructuración productiva.

Los nuevos retos en el estudio del trabajo no sólo están en analizar todos los elementos que éste encierra, sino de garantizar con sus resultados calidad de vida para el trabajador, porque la salud es un componente de la calidad de vida. Además, dicha investigación, no sólo debe centrarse en el sector fabril, sino también en los sectores servicios, salud, informal, doméstico, etc. Ellos también son respuesta del contexto social y, por tanto, de los modos de producción existentes, por lo que hay que redefinir el valor de la investigación en los centros fabriles a la luz de la interacción con los otros sectores. Igualmente, exhorta a investigar sobre la salud de las personas desempleadas por las carencias de fuentes de trabajo o por una discapacidad, hacer estudios con los jubilados y continuar trabajando en el campo de la salud mental, donde diversos países, incluyendo Venezuela, han desarrollado distintas técnicas para su evaluación y tratamiento. Otros desafíos son los estudios de género; grupos humanos de trabajo particulares por costumbres, etnias y cultura; estudios ecológicos (impacto al ambiente en la salud de los trabajadores); así como, estudios dirigidos a la rehabilitación y reinserción laboral de personas discapacitadas (Betancourt, 1995).

Así mismo, uno de los problemas detectados dentro del área de la salud para la investigación y análisis de las patologías ocupacionales, es que los médicos generales y especialistas poco tienen en cuenta en la práctica diaria el aspecto ocupacional, debido principalmente a vacíos en su formación la cual se encuentra influenciada por la concepción biológica del proceso salud-trabajo-enfermedad. De hecho, en la historia médica se le dedica muy poco espacio a la búsqueda de información en este aspecto, resaltando su ocupación pero no así las condiciones peligrosas a las que ha estado expuesto, tiempo de exposición, etc.

Laurell (1993) y Betancourt (1995) destacan que la construcción teórico-metodológica de la investigación sobre la salud de los trabajadores parte de las preguntas que se formulan los investigadores, lo cual va según la concepción que tengan del proceso salud-trabajo-enfermedad, pero igualmente está relacionada con el objetivo del estudio. Es por ello que, para investigar en esta área hay que entender estos conceptos y cómo cada uno de ellos interactúan dentro del proceso salud-trabajo-enfermedad (objeto de la investigación). Desde la Medicina Social, éste se estudia en todas las dimensiones constituyéndose un marco analítico global que permita interpretar de forma coherente la información obtenida respecto a estas dimensiones. Hacer investigación bajo el enfoque social implica que al tiempo que la teoría ordena y conduce la investigación, se pone a prueba en ésta; o sea, no se construye una vez para siempre, antes y por fuera de la investigación. A través de una reflexión crítica se puede depurar o desechar aquello que no esclarece, y enriquecer la teoría (detectar vacíos teóricos que requieren la construcción de nuevos conceptos).

Uno de los elementos básicos y esenciales para la investigación en salud de los trabajadores es la participación, la cual implica incorporación activa en la planificación, ejecución y evaluación de todas las acciones en salud y seguridad. Es un mecanismo para detectar las necesidades sentidas, siendo un gran ejemplo de metodología participativa el “Modelo Obrero Italiano”, el cual sitúa a la experiencia obrera como una fuente de conocimiento central en el campo salud-trabajo, aunque en la actualidad existen otros métodos como la *Guía de Concertación Déparis* (Malchaire, 1997) que considera la participación como base de la investigación. En Latinoamérica, Villegas & Cortázar (1993) proponen la investigación participativa en salud de los trabajadores desarrollada a partir del modelo obrero italiano, la cual implica una redefinición de la generación del conocimiento a partir del saber y la experiencia obrera, como principio de acción transformadora de la realidad. El *mapa de riesgo*, es el instrumento más acabado y de sistematización del modelo obrero italiano y de su metodología investigación-acción-participación. Se convierte, por tanto, en un instrumento para la vigilancia epidemiológica de las condiciones y medio ambiente de trabajo, además de orientar en la segunda fase de prevención (evaluación), indicando qué, dónde y cuándo medir.

Por lo expuesto anteriormente, una categoría fundamental a estudiar son las condiciones de trabajo para conocer en profundidad sus factores de riesgos, así como los efectos a la salud, paso previo para gestionar

cambios en las mismas. La prevención se centrará en estos cambios, porque los determinantes del proceso salud-enfermedad en el mundo del trabajo subyacen en la organización del mismo.

En concordancia con lo expuesto, Laurell (1993) señala que un elemento clave al investigar en salud de los trabajadores es la existencia de coherencia entre el marco teórico y metodológico, que debido a su complejidad hace que la multi e interdisciplinariedad sea casi una norma. No obstante, esto no implica de entrada que los distintos instrumentos de cada disciplina deban fusionarse sin una reflexión sobre su uso en el estudio a realizar. Al analizar el problema a la luz de las consideraciones teóricas-metodológicas, resulta claro que ninguna técnica de investigación es a priori correcta o incorrecta, ya que la elección de una u otra, en primera instancia, depende de la naturaleza del problema en estudio. En este sentido, Breilh (1994) plantea la combinación de los estudios cualitativos y cuantitativos para dar respuesta a la complejidad presentada en el estudio del proceso salud-trabajo-enfermedad. De allí la propuesta de la *triangulación* –siendo uno de sus impulsores Norman Denzin– la cual se basa en el principio de que al combinarse varios observadores, teorías, métodos y fuentes de datos se puede superar el sesgo intrínseco derivado de los estudios que utilizan un solo método, un solo tipo de observador y una sola teoría. Así mismo, Almeida (1992) señala que el principal problema de la epidemiología es justamente su dificultad en abordar lo social, por lo que resulta obvio, que una investigación se enriquece cuando se conjugan los dos enfoques (cualitativo y cuantitativo).

Dicho de otro modo, para abordar las diferentes formas de trabajo, se deben considerar todas las técnicas de estudio e intervención existentes. Incluso éstas deben ser específicas al puesto de trabajo y características particulares de los trabajadores que allí laboran (Betancourt, 1995).

Reflexiones

De acuerdo a los razonamientos que se han venido realizando, se desprende que la salud y la enfermedad no corresponden a conceptos aislados, son dos estados o momentos de un mismo proceso, que depende no sólo de factores individuales y biológicos, sino del entorno social y cultural dentro del cual se vive. Los mismos se encuentran interactuando, constantemente, lo que implica la no separación entre el momento productivo y el momento reproductivo. Se parte, entonces, de la

premisa de que las causas fundamentales de la salud y la enfermedad se encuentran en la forma en que se organiza la sociedad para producir y reproducirse, que en este caso viene dado por el modo de producción capitalista.

Por tanto, en los tres niveles descritos para el estudio del proceso salud-trabajo-enfermedad pueden emplearse métodos, técnicas e instrumentos que permitan obtener información de esta realidad. Sin embargo, para hacer su abordaje de manera integral y no de una simple relación causa-efecto o monocausal, no puede dejar de considerarse cómo las condiciones de vida influyen en la salud y en el trabajo, y viceversa. La investigación y análisis del proceso salud-trabajo-enfermedad invita, entonces, al uso de los dos enfoques (cualitativo y cuantitativo) y, en todo caso, aplicando la triangulación para el estudio de este proceso por su complejidad, permitiendo que las debilidades de una técnica puedan ser suplidas por otra para el aporte de soluciones. Lo social está presente en todos los ámbitos de la vida, y el aporte sociológico-teórico tiene cabida en todos los ámbitos del conocimiento científico. Además, la teoría sociológica es invaluable, puesto que ha permitido poder traspasar la línea de las explicaciones que otras disciplinas no han logrado.

La construcción teórica desde la Medicina Social del proceso salud-trabajo-enfermedad se fundamenta, por una parte, en el reconocimiento de la historicidad o carácter social de la salud-enfermedad y, por la otra, en el rescate del trabajo como un proceso social y técnico complejo, porque desde el siglo XIX muchos estudiosos de la economía y del trabajo, han demostrado que todos los procesos sociales tienen una interrelación y un impacto directo en la salud de los individuos y por ende en su calidad de vida (Laurell, 1993).

Ante un campo tan amplio de posibles investigaciones a desarrollar, también es una tarea para los nuevos estudiosos del trabajo formarse en las estrategias más adecuadas para su abordaje. En este sentido, los avances como los realizados desde la Epidemiología Crítica, han permitido revisar cómo la interdisciplinariedad y complementariedad de estas áreas del conocimiento y sus técnicas, han logrado resultados más profundos con un matiz mucho más integral y holístico.

En este mismo orden de ideas, lo importante de la preparación teórica previa que todos los estudiosos necesitan antes de emprender el camino de la indagación, radica en que sin ella no serán capaces de dar explicaciones (positivismo/empirismo) o interpretaciones (hermenéutica/dialéctica) que puedan dar cuenta real del fenómeno investigado. Un investigador que no sea capaz, en primer lugar, de identificar y contextualizar en el verdadero problema que desea investigar y, en segundo lugar, que no posea el bagaje para abordarlo, estará desprovisto de cualquier herramienta que le permita llegar de manera lógica y segura al propósito planteado.

Así mismo, vale la pena resaltar que el éxito de la investigación en el área de la salud ocupacional, más allá de los elementos teóricos-metodológicos que debe manejar el investigador, se basa en la organización y participación de los trabajadores, en consecuencia, para avanzar hacia niveles más altos de conciencia y organización hay que hacer un especial énfasis en la aplicación de una educación masiva. De allí la necesidad de utilizar estrategias adecuadas que permitan, de manera progresiva, incorporar a todos los sectores en el conocimiento y transformación de la realidad sanitaria de los trabajadores e ir desarrollando investigaciones en el área porque sus resultados fortalecen las políticas y el conocimiento.

En consecuencia, la teoría y la práctica en la Salud de los Trabajadores dependerá del nivel de desarrollo y de las características de la organización social, de la manera cómo se conciba la relación salud-trabajo, de la posición que adopten los trabajadores en este campo, de los intereses patronales, de las políticas laborales y de salud de un país; y si bien se vive en Venezuela en una época de grandes transformaciones, no sólo en el sistema de salud, sino también en todas las políticas socio-económicas y, por ende, en el sector del trabajo, se está en un momento en que en el área de la Salud Ocupacional requiere obtener el máximo de resultados en la labor que cada quien desempeña y para ello es necesario lograr el máximo de capacitación continua y actualizada, reforzando la actividad investigativa y de intervención en el proceso salud-trabajo-enfermedad.

Referencias Bibliográficas

Almeida, N. de. (1992). *Epidemiología sin números: una introducción crítica a la ciencia epidemiológica*. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS). (Serie Paltex para ejecutores de programas de salud, N° 28).

Betancourt, O. (1995). *La salud y el trabajo: reflexiones teórico-metodológicas, monitoreo epidemiológico, atención primaria en salud*. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS) - Organización Panamericana de la Salud (OPS).

- Breilh, J. (1994). *Las técnicas intensivas (cualitativas) en la investigación en salud: debate sobre sus usos y distorsiones*. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS). (Serie Epidemiología Crítica, N° 3).
- Laurell, A. (1993). *La construcción teórico metodológica de la investigación sobre la salud de los trabajadores*. Washington: Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. (Serie Paltex Salud y Sociedad 2000, N° 3).
- Leite, M. (2009). El trabajo y sus reconfiguraciones: Las nuevas condiciones de trabajo discutidas a partir de conceptos y realidades. *Estudios del Trabajo*, 14(21), 07-33.
- Malchaire, J. (1997). Strategie generale de prevention des risques professionnels. *Cahiers de Médecine du Travail et Ergonomie*, 34(3-4), 159-165. Recuperado de http://www.deparisnet.be/sobane/fr/art_malchaire_art._strategie_gestion_risques_mte_98.pdf
- Navarro, V. (1988). Proceso de trabajo y salud. En F. Martínez (Coord.). *Salud Pública* (pp. 103-120). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Norma Técnica Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo NT-01-2008. (2008). Recuperado de http://www.inpsasel.gob.ve/moo_doc/NOR_TEC_PRO_SEG_SAL_TRA.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/index.html>
- Rojas, R. (1995). *Capitalismo y enfermedad*. (5ta ed.). México: Plaza y Valdés.
- Venezuela. Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT). (2005, 30 de junio). En: *Asamblea Nacional. Gaceta Oficial de la República* 38.236 [en línea]. Recuperado de http://www.inpsasel.gob.ve/moo_doc/lopcymat.pdf
- Villegas, J. & Cortázar, V. (1993). La investigación participativa en la salud laboral: El Modelo Obrero. En A. Laurell (Coord.). *Para la investigación en salud de los trabajadores* (pp. 65-97). Washington: Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud.

Fecha de recepción: 13 de enero de 2013
Fecha de aceptación: 18 de noviembre de 2013



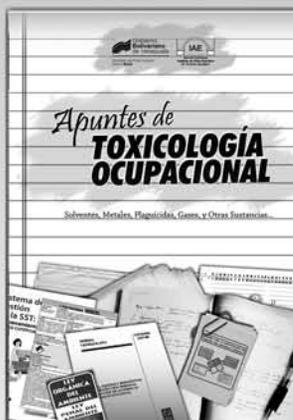
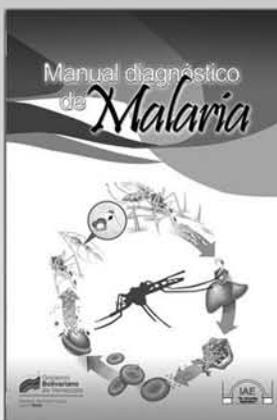
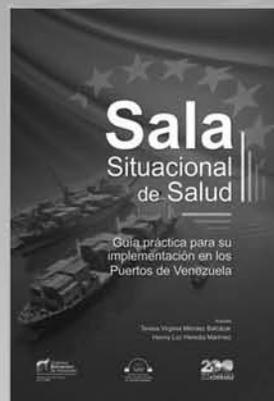
RIF. G-20006221-5

Servicio Autónomo
Instituto de Altos Estudios
Dr. Arnoldo Gabaldon



Nuestras Publicaciones pueden ser encontradas
en la siguiente dirección electrónica:

www.iaes.edu.ve



Investigación retrospectiva para dar respuesta al origen de una enfermedad ocupacional músculo-esquelética.

A retrospective study to identify the origin of a work-related musculoskeletal disorder.

Mariely Ramos Piñero¹

Introducción

En la Comisión Internacional de Salud Ocupacional (ICOH, siglas en inglés), en marzo 2012, se disertó sobre el ocultamiento de las enfermedades ocupacionales (Werner, 2012), explicándose que existe un sub-registro y un sub-diagnóstico de dichas enfermedades a nivel mundial, indicándolo como un problema serio y no resuelto a pesar de los adelantos técnicos, científicos y legales de las últimas décadas; destacando, entre otras cosas, que el sub-diagnóstico es un fenómeno basado en varios factores, dentro de los cuales fue citada la negligencia o impericia de los profesionales de la salud ocupacional al no poner en práctica los conocimientos y por la falta de actualización sobre los métodos de pesquisa y diagnóstico.

La referencia anterior es útil para reflexionar sobre la proactividad que deben tener los Servicios de Seguridad y Salud Laborales (S.S.S.L.) para superar dicha deficiencia; en el caso de Venezuela las declaraciones de enfermedades ocupacionales se han hecho frecuentes al activarse la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo - LOPCYMAT (2005), la cual con el fin de orientar y facilitar el cumplimiento de las disposiciones relativas a la declaración de las enfermedades ocupacionales, promueve la Norma Técnica de Declaración de Enfermedad Ocupacional, NT-02-2008 (2008), encontrándose la siguiente disposición en el Título IV, Capítulo II, Artículo 1, Aparte 1.3:

Quando los puestos de trabajo, ocupados por la trabajadora afectada o el trabajador afectado, no existan o están modificados al momento del estudio, se realizará una reconstrucción (investigación retrospectiva del caso) exhaustiva, tomando en cuenta la declaración de la trabajadora afectada o el trabajador afectado. Esta información deberá ratificarse, de ser posible, con las declaraciones de trabajadoras o trabajadores que hayan laborado en el mismo puesto de trabajo (testigos), en puestos

cercanos y conozcan sobre las condiciones de trabajo, a las cuales se encontraba sometida la trabajadora o el trabajador que presenta la patología, siempre contando con la participación de las trabajadoras o los trabajadores, Delegadas o Delegados de Prevención y/o del Comité de Seguridad y Salud Laboral.

Convirtiéndose la obligación de realizar un estudio retrospectivo en una responsabilidad del empleador que debe catalogarse como una orden concreta, “el deber de hacerlo”, pero en la práctica resulta impreciso y general, sobre todo, para los profesionales del Servicio de Seguridad y Salud Laboral, ya que al tratar de demostrar la causalidad en la actividad laboral se encuentran escenarios como: la empresa no tiene evidencia de estudios de las condiciones de trabajo para la época en que el trabajador comenzó a presentar la patología, el puesto de trabajo ha cambiado de condición o no existe para el momento de la investigación, la Norma Técnica NT-02-2008 informa sobre a *quiénes investigar, el qué investigar*, pero en la metodología solo refiere que debe ser retrospectiva la evaluación, lo que ha generado libre interpretación, dudas y por qué no apuntalar también malos entendidos para reconocer la información recolectada como legítima y legal.

Es por ello que esta disertación tiene como objetivo plantear algunas consideraciones sobre la investigación retrospectiva del análisis de las condiciones del puesto de trabajo para dar respuesta al origen de las enfermedades ocupacionales músculo-esqueléticas. El desarrollo del tema se hará por etapas con la intención de crear un contexto progresivo, comenzando con las referencias acerca de la enfermedades ocupacionales músculo-esqueléticas, luego la dimensión legal de la declaración de enfermedad ocupacional y sus criterios, pasando a comprender a qué se llama investigación retrospectiva hasta llegar al análisis del puesto de trabajo como parte del criterio higiénico-ergonómico, terminando en las conclusiones.

¹Universidad de Carabobo. Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social. Departamento de Salud Mental. ramosmariely@gmail.com / mramos@todosalud.net

Sobre la enfermedad músculo-esquelética de origen ocupacional

Las enfermedades, patologías o trastornos músculo-esqueléticos representan la primera causa de morbilidad ocupacional a nivel mundial, su origen puede estar asociado a un evento único y bien definido como son los accidentes comunes o laborales, pero también pueden ser lesiones que se producen a lo largo de varios años por traumatismos repetidos en una o varias de las estructuras corporales del sistema músculo-esquelético, reconociéndose que la zona del cuerpo que más se afecta es la espalda, siendo el origen de estas patologías multifactorial. Cuando se asocia a enfermedad, la aparición de los signos y síntomas tienen un comportamiento diferente para cada individuo, lo que acarrea que muchas veces no sea percibida en su dimensión real por el trabajador ni por el servicio de salud de la empresa donde labora el trabajador afectado; trayendo como consecuencia el diagnóstico clínico tardío, dejando en evidencia la falta de prevención de lo que pudo haberse evitado con respecto a la salud individual y colectiva del trabajador o trabajadores a través del levantamiento de información oportuna sobre las exigencias y condiciones del puesto de trabajo y de la intervención pertinente para no agravar la condición de salud del trabajador.

Manero (1997) plantea que uno de los problemas más sobresalientes en el mundo del trabajo actual lo constituye la influencia que sobre la salud de los trabajadores tienen los trabajos físicos pesados, las posturas forzadas, los movimientos repetitivos (flexiones y torsiones frecuentes de la columna) y el levantamiento indiscriminado de cargas; refiere que son numerosos los estudios epidemiológicos que han demostrado la repercusión de estos factores de riesgo en la aparición de trastornos de espalda, lo cual asociado con una frecuente condición de preexistencia, hacen que la morbilidad laboral por estas causas se ubique entre las primeras, con el consecuente incremento de días perdidos, frecuentes indemnizaciones y lesiones recidivantes. Comenta además que dentro de los factores individuales que se asocian a la aparición de lesiones de espalda están los relacionados a la edad, el sexo, la incultura postural, las desproporciones antropométricas peso/talla, la reducida fuerza muscular, la capacidad física disminuida, el hábito de fumar, entre otras.

Se reafirma la orientación de Manero (1997) con referencias como las hechas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2002a) al exponer como causas determinantes de las enfermedades ocupacionales músculo-esqueléticas factores de riesgo derivados de actividades o medios ambientales de trabajo como: movimientos rápidos o repetitivos, esfuerzos ímprobos, concentración excesiva de esfuerzos mecánicos, posturas forzadas o no naturales y vibraciones. Arráez & Rescalvo (2004, p. 224) explican que dentro de los factores de riesgo biomecánicos que pueden producir alteraciones se destacan: “El peso, la postura, la degeneración del disco intervertebral y las deformidades permanentes de la columna vertebral, las vibraciones así como la velocidad, la aceleración, la repetitividad y la duración de los movimientos”. Es decir, los factores de riesgo no sólo se limitan a las actividades desarrolladas en el trabajo, incluyen también las actividades extra laborales y la constitución y capacidad del trabajador.

Dimensión legal de la declaración de la enfermedad ocupacional y los criterios a tomar en cuenta

La LOPCYMAT (2005) define la enfermedad ocupacional a los “...estados patológicos contraídos o agravados con ocasión del trabajo o exposición al medio en el que el trabajador o la trabajadora se encuentra obligado a trabajar...”. Y esclarece el deber de notificar y declarar las enfermedades ocupacionales, regulado mediante su norma técnica. Data del año 2008 la Norma NT-02-2008, la cual contempla en el Título IV, Capítulo II.

Aparte 1. ...investigar las enfermedades ocupacionales con el fin de explicar lo sucedido, ...análisis de la actividad de trabajo, considerando las tareas, actividades y operaciones que se ejecutan o ejecutaban durante el tiempo de exposición, a fin de identificar los procesos peligrosos...., ...una reconstrucción (investigación retrospectiva del caso) exhaustiva... [Numeral referido en párrafos anteriores], ...elaborar un informe contentivo de los aspectos descritos como criterios en la norma. Aparte 2. Elementos a considerar para la investigación de la enfermedad ocupacional para su declaración: 1. Datos de la trabajadora o el trabajador. 2. Datos de la gestión de seguridad y salud en el trabajo. 3. Criterio higiénico ocupacional. 4. Datos epidemiológicos. 5. Criterio clínico. 6. Criterio paraclínico.

Luego de la presentación de la Norma Técnica NT-02-2008, se generó un impulso importante para la investigación y declaración de las enfermedades, que en forma paralela ha fortalecido la prevención al poner en evidencia las condiciones de trabajo susceptibles de mejorar a través de estrategias propias de la ergonomía, cultura que está originada no sólo por los ordenamientos otorgados por los órganos gubernamentales, sino también por la implementación de la gestión en la materia desde el seno de los Servicios y Comités de Seguridad y Salud. Cuando se tienen evidencias de las condiciones del puesto en la que estuvo o está el trabajador y que las mismas en el caso de las enfermedades músculo-esqueléticas, poseen características que demuestran exigencia biomecánica por su magnitud e intensidad, el diagnóstico de presunta enfermedad ocupacional se esclarece con facilidad. Pero al presentarse la falta de evidencias de estudios de los puestos, la falta de formación e información sobre la implementación de métodos, técnicas o instrumentos que amerita la metodología para recolectar la información en forma retrospectiva, se hace evidente la precariedad de la orientación de la norma técnica y se perfila a la vez un vacío en la fundamentación de los casos a declarar, generando conflictos de intereses en y entre los empleadores, trabajadores, profesionales de la salud y seguridad y organismos oficiales.

Siendo esta problemática advertida en su oportunidad por la OIT (2002b) la cual tuvo la necesidad de plantear, que debido a que los estudios de la salud en el trabajo dependen con frecuencia de datos históricos sobre la exposición, con respecto a la cual no se emprendió ningún control específico, donde la necesidad de una evaluación retrospectiva de la exposición añade una nueva dimensión a la complejidad de estos estudios y que muchas de las valiosas contribuciones a la identificación de peligros profesionales han sido realizadas por estudios en los que simplemente se ha utilizado el sentido común para evaluar la exposición. Expuso que dentro de las fuentes de información que pueden ser útiles para identificar y categorizar las exposiciones están: 1. Encuestas a los trabajadores. 2. Registros del personal y de la producción (registros del trabajo, descripción de los puestos de trabajo, historias de las instalaciones y de los procesos e inventarios). 3. Opinión de los expertos. 4. Encuestas con trabajadores veteranos o jubilados. Se podría interpretar entre líneas, que al referirse a la complejidad de los estudios reconoce que no se establecen parámetros definidos del cómo hacerlo, dejando la responsabilidad de la metodología al sentido común del evaluador, detalle que persiste en la Norma Técnica NT-02-2008.

Profundizando en el tema, es importante reconocer que se debe cumplir con los criterios que fundamentan la investigación para la declaración de una enfermedad ocupacional, para ello la OIT (2009, p.1) reseña que son dos los elementos principales para el diagnóstico:

1.- La relación causal entre la exposición en un entorno de trabajo o actividad laboral específicos, y una enfermedad específica. 2.- El hecho de que, dentro de un grupo de personas expuestas, la enfermedad se produce con una frecuencia superior a la tasa media de morbilidad del resto de la población.

La orientación de la Norma Técnica y la referencia anterior indican que el criterio higiénico es pilar fundamental para demostrar la causalidad de la enfermedad ocupacional y al tratarse de enfermedades músculo-esqueléticas el criterio debe ser higiénico-ergonómico.

Dimensión metodológica para la investigación retrospectiva

Es un deber reconocer que a todo profesional le corresponde fundamentar y justificar sus acciones con criterios sustentables y confiables; cuando se trata de investigación se exige del investigador, como afirma Martínez (2009, p. 8):

Por un lado, una gran sensibilidad en cuanto al uso de los métodos, técnicas, estrategias y procedimientos para poder captarla, y por el otro, un gran rigor, sistematicidad y criticidad, como criterios básicos de la cientificidad requerida por los niveles académicos.

Al investigar, la dimensión metodológica se refiere "*al cómo se investiga*", a las modalidades que se usan en la investigación, los principios, reglas o normas que la conducen, incluyendo la dimensión temporal del "*cuándo hacer la investigación*", "*con qué hacer la investigación*" o sea los instrumentos, y "*dónde hacer la investigación*" es decir la dimensión espacial.

Dentro de la metodología de la investigación se reconocen los estudios retrospectivos, del vocablo latín *retrospicere*, "mirar hacia atrás", generalmente significa dar un vistazo a los eventos que ya han ocurrido. El objetivo de los principales estudios retrospectivos en salud, es probar alguna hipótesis planteada sobre la etiología de una enfermedad, es decir, análisis de una presunta relación entre algún factor o característica sospechosa y el desarrollo de cierto padecimiento, busca las causas a partir de un efecto y regresan a buscar la causa. Dicho estudio trabaja desde las respuestas a las posibles variables explicativas.

Se puede afirmar que en las premisas del párrafo anterior se basa la Norma Técnica NT-2008, para clarificar el origen de cualquier tipo de enfermedad de presunto origen ocupacional; sólo que deja al libre albedrío la estrategia para abordar las variables explicativas, del cómo.

Para que una investigación sea reconocida con valor legal, ético, científico y académico, debe tratarse de un conjunto de procedimientos sistemáticos, críticos y empíricos. Diversas son las corrientes de pensamiento que han surgido en búsqueda del conocimiento, las cuales se han ajustado en enfoques de tipo: cuantitativos, cualitativos o mixtos. La investigación retrospectiva se puede abordar bajo cualquiera de ellos.

A continuación se compendian posturas de varios de autores: Hernández, Fernández & Bastidas (2010); Martínez (2009); Leal (2009) y Lolás, Quezada & Rodríguez (2006), con la intención de delimitar algunas características de los diferentes enfoques, para que sirvan de orientación para abordar la investigación retrospectiva.

Dentro del enfoque cuantitativo la investigación retrospectiva está ubicada como no experimental, bajo el diseño de investigación transversal o transeccional porque se limita a evaluar una situación o fenómeno en un punto del tiempo y determina o ubica cuál es la relación de un conjunto de variables en un momento. Según el nivel las investigaciones transversales retrospectivas pudieran catalogarse como: a) Descriptiva porque se centra en caracterizar un fenómeno (exposición a factores de riesgo); b) Correlacional: evalúa el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables en un contexto particular (factores o determinantes de riesgos y la patología músculo-esquelética); c) Explicativas si el objetivo es analizar y comprender las causas o significado de un hecho (significado de cada factor de riesgo como causa de la patología músculo-esquelética). Los instrumentos que utiliza con más frecuencia son: la encuesta estructurada o cuestionarios cerrados.

Históricamente son muchos los avances científicos confiables y validados que pueden sustentar el criterio higiénico-ergonómico, los cuales demuestran las condiciones de los puestos de trabajos. La mayoría a través de métodos cuantitativos que se respaldan en estudios y comprobaciones matemáticas, ameritando ser aplicados en tiempo real (presente), lo que hace imposible su aplicación de forma retrospectiva.

En el enfoque cualitativo, el estudio de la investigación retrospectiva se aborda a través de la comprensión desde

la perspectiva de los actores (como lo indica la Norma Técnica NT-02-2008), basado en el constructivismo, el conocimiento es elaborado socialmente por las personas que participan en el objeto de la investigación. La tarea fundamental del investigador es entender el mundo complejo de la experiencia vivencial desde el punto de vista de quienes la experimentan o han experimentado, así como comprender sus diversas construcciones sociales sobre el significado de los hechos y el conocimiento, donde no es posible establecer generalizaciones libres del contexto y del tiempo. Entre los instrumentos o técnicas que puede utilizar, se encuentran: a) La encuesta abierta: llamada también entrevista a profundidad, la cual busca encontrar lo más importante y significativo para los informantes sobre los acontecimientos o dimensiones subjetivas, es un encuentro cara a cara, no estructurado. b) Los grupos de discusión: permite la reconstrucción del sentido social en una situación grupal discursiva. El discurso es dirigido por reglas y estructurado internamente. Por sí mismo incorpora elementos de los contextos socio-históricos en los que se desarrolla.

La mayoría de las intervenciones retrospectivas bajo el enfoque cualitativo ameritan de la técnica de la triangulación, la cual consiste “en determinar ciertas interacciones o coincidencias a partir de diferentes apreciaciones y fuentes informativas o varios puntos de vista del mismo fenómeno” (Leal, 2009, p. 135).

Cuando se trata de enfoques mixtos, se utilizan recursos del enfoque cuantitativo y cualitativo para construir la información, cuando es bien utilizado se convierte en la metodología más completa.

En el contexto del abordaje y de cómo elaborar el informe de la investigación, el enfoque cuantitativo y el cualitativo utilizan en términos generales (aún cuando cada uno tienen sus propias características), fases similares y relacionadas entre sí: 1. Plantean un problema. 2. Revisión de la literatura y documental de la empresa. 3. Concepción del diseño de estudio (plan de acción + muestra + metodología + instrumentos). El cuantitativo define las variables y utiliza procedimientos estandarizados. El cualitativo permite a los participantes de la investigación hacer aportes significativos, sus procedimientos o instrumentos pueden o no estar estandarizados. 4. Recolección de los datos: En el cuantitativo el investigador no se involucra con los participantes de la investigación y permanece objetivo, recoge los datos pre-establecidos. En el cualitativo el investigador reconstruye la realidad tal y como la percibieron los participantes y tiene la libertad de emitir

y discutir opiniones. 5. Análisis de los datos. En el cuantitativo el investigador describe, explica y predice las variables, le aplica una lógica deductiva de lo general a lo particular. No somete el análisis a la valoración de los participantes. En el cualitativo el investigador describe, trata de comprender e interpretar los fenómenos, le aplica una lógica inductiva de lo particular a lo general. Somete el análisis a la valoración de los participantes. 6. Elaboración de los resultados y entrega del informe final.

Con lo señalado, reconociendo que sólo ha sido una pincelada de forma condensada sobre la metodología, se puede comprender que la exigencia metodológica es de primordial importancia, visualizándose que se requiere del investigador conocimiento, esfuerzo y una actitud proactiva.

Sobre el análisis del puesto de trabajo

Para dar respuesta al criterio higiénico ocupacional que la Norma Técnica NT-02-2008 exige describir y especificar en el informe de declaración de enfermedad: 1) Tiempo de exposición, en el o los puestos de trabajo, incluyendo las horas extraordinarias laboradas, el cumplimiento de los permisos de trabajo y reposos médicos, durante el tiempo de exposición a los procesos peligrosos y riesgos asociados con la enfermedad. 2) Condiciones de trabajo asociadas a la patología y procesos peligrosos derivados del proceso de trabajo. 3) Monitoreos o evaluaciones de las condiciones y medio ambiente de trabajo y del puesto de trabajo realizados, expresando los resultados obtenidos e indicando expresamente los valores técnicos de referencia, según legislación vigente. 4) Descripción del o los agentes etiológicos. 5) Controles realizados en la fuente, en el medio y controles administrativos. 6) Equipos de protección personal utilizados en el puesto de trabajo.

Tomando en cuenta las reseñas ya citadas, se satura la información al respecto, identificando parámetros ergonómicos pertinentes para el análisis de las condiciones de trabajo cuando se investiga una enfermedad músculo-esquelética. A manera de orientación se expondrán dos ejemplos: la Guía Sobane (Malchaire, 2009) aplicada a los problemas músculo-esqueléticos y los parámetros que expone la OIT (2002c), para reducir los riesgos de dolor lumbar, ambos gozan de confiabilidad y validación y reúnen cualidades para ser usados en la evaluación retrospectiva del criterio higiénico-ergonómico cuando se trata de enfermedades músculo-esqueléticas de espalda, puesto que consisten en una serie de parámetros con especificaciones detalladas, observándose, como virtud, el poder utilizarlas como un instrumento tipo, para realizar encuestas, entrevistas o

discusiones grupales, con el fin de recaudar información de los actores sociales involucrados con el puesto de trabajo a analizar.

Conclusiones

Esta reflexión plantea que se le presenta una problemática compleja al profesional de la seguridad y salud al encontrarse con la obligación profesional, ética y legal de investigar y declarar una enfermedad músculo-esquelética de probable origen ocupacional, sin evidencias de las condiciones del puesto de trabajo donde laboraba el trabajador para el momento de la patología, lo cual genera conflictos de intereses en y entre los empleadores, trabajadores, profesionales de la salud y seguridad y organismos oficiales.

Desde un punto de vista científico, legal, ético y académico los hechos profesionales en la investigación se sustentan en el diseño metodológico, puesto que es el parámetro que asegura la vitalidad, confiabilidad y validez de la información recaudada, por constituir la base para construir las respuestas a las preguntas de la investigación; por tanto, es conveniente poner en evidencia y en forma descriptiva el proceso realizado en el estudio.

Se reconoce que la Norma Técnica NT-02-2008, plantea “a quiénes” se deben investigar y de manera general “el qué debemos investigar”, pero en el “cómo lo debemos investigar” está el punto álgido de la problemática puesto que no basta con indicar que sea retrospectivo sin indicar la técnica e instrumento.

Se aprecia que las exigencias sobre el análisis del puesto de trabajo retrospectivo, sólo puede ser tratado por un experto en materia de seguridad y salud, que amerita formación en metodología de la investigación para abordar “el cómo hacer una investigación retrospectiva”. Puesto que si el profesional no domina los fundamentos teóricos y prácticos de los distintos enfoques con los que se puede abordar una investigación retrospectiva, la información recaudada puede carecer de fundamento o justificación.

Se recomienda a las Instituciones formadoras (académicas y de la práctica pública y privada) de profesionales en seguridad y salud, incorporar en sus programas conocimientos teóricos y prácticos sobre los diferentes enfoques metodológicos para investigar, con el fin de facilitar un acercamiento entre la letra de la ley, las necesidades y la realidad. Y propicien encuentros inter-institucionales que genere unificación de criterios, con el fin de evitar argumentos subjetivos carentes de fundamentación.

Referencias Bibliográficas

- Arráez, L. & Rescalvo, F. (2004). Cinesiología Humana. En Rescalvo, F. (Comp.). *Ergonomía y Salud* (177-230). España: Junta de Castilla y León. Consejería de Economía y Empleo.
- Hernández, S., Fernández, C., & Bastidas, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta edición. Perú: Ed. Mc GrawHill.
- Leal, J. (2009). *La autonomía del sujeto investigador y la metodología de investigación*. Segunda edición. Mérida: Editorial Universidad de Los Andes.
- Lolas, F., Quezada, A. & Rodríguez, E. (2006). *Investigación en Salud. Dimensión Ética*. Primera edición. Chile: CIEB, Universidad de Chile.
- Manero, A. (1997). Consideraciones sobre un programa de prevención de lesiones de espalda en el trabajo. *ARS MEDICA/RES MÉDICA*, año 1(5), Sect 13.
- Martínez, M. (2009). *Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa*. Segunda edición. México: Ed. Trillas.
- Malchaire, J. (2009). *La Estrategia SOBANE. Guía de Diálogo Déparis. Las guías de observación y análisis relativas a los problemas músculo-esqueléticos y los aspectos psicosociales*. Bogotá: Edición Alvi Impresores LTDA.
- Organización Internacional del Trabajo. (2002a). Sistema Músculo-Esquelético. En *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Tomo 1. Capítulo 6.1. Ginebra: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo. (2002b). Lista de enfermedades profesionales propuesta por la OIT. En *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Tomo 1. Capítulo 26-5. Ginebra: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo. (2002c). Epidemiología y Estadísticas. Herramientas y Enfoques. En *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Tomo 1. Capítulo 28-1. Ginebra: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo. (2009). Identificación y reconocimiento de las enfermedades profesionales. Recomendación 194. Ginebra, 27-30 de octubre de 2009. Recuperado de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/meetingdocument/wcms_116913.pdf
- Venezuela. Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. (2005, 30 de junio). En *Asamblea Nacional. Gaceta Oficial de la República N° 38.236*, julio 26, 2005.
- Venezuela. Norma Técnica de Declaración de Enfermedad Ocupacional. (2008). NT-02-2008. En *Asamblea Nacional. Gaceta Oficial N° 38.910*. Recuperado de <http://www.inpsasel.gob.ve>
- Werner, A. (2012). The Concealment of Occupational Diseases. An Unsolved Problem Affecting workers worldwide. En *30th International Congress on Occupational Health - ICOH*. Cancún, march, 18 to 23.

Fecha de recepción: 29 de diciembre de 2012

Fecha de aceptación: 23 de agosto de 2013

Reflexiones sobre la importancia de la Vigilancia Epidemiológica en Salud y Seguridad del Trabajo.

Reflections on the importance of epidemiological surveillance in occupational health and safety.

Ernesto García Machín¹

Introducción

La práctica en los estudios de las condiciones de trabajo revela que utilizar la Vigilancia Epidemiológica en Salud y Seguridad del Trabajo (VESST), es un proceder necesario en la toma de decisiones y en un mejor accionar preventivo de quienes están al cuidado de la salud de los trabajadores. La experiencia de años en el control y asesoría de las condiciones de trabajo, indican la importancia de esta disciplina en la gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), ya que en general cuando se estudia un lugar de trabajo se hace necesario poseer un nivel de información que permita alcanzar resultados carentes de incertidumbres. La falta de información se convierte en un problema para el higienista industrial, ya que lo limita en poder brindar recomendaciones precisas sobre el caso estudiado, aunque el mismo se encuentre bien preparado para cumplir con su objetivo, que consiste en la evaluación del ambiente laboral, o sea, de las condiciones de trabajo y los factores de riesgo existentes.

Es frecuente que los lugares de trabajo no posean médico y en ocasiones cuando existen, carecen de formación sobre Medicina del Trabajo y Epidemiología, por lo que casi siempre desconocen la morbilidad y mortalidad de su universo de trabajo. En estos casos después que se termina la evaluación ambiental aparece la contradicción de que no se puede establecer una relación entre los factores de riesgo presentes y los daños a la salud o el ausentismo atribuibles a dichas condiciones de trabajo, que se supone sea el objetivo táctico y estratégico de estos estudios. Si a esto se agrega que los empresarios, salvo excepciones, carecen de una cultura en SST, por lo que sólo son impactados cuando se produce un accidente o un caso grave de daño a la salud, poco se logra con los resultados obtenidos y la propuesta de recomendaciones que se realiza, cuando no se establece una relación con los daños a la salud. Esto hace indispensable adicionar a los estudios ambientales, al menos, el análisis de la morbilidad por los certificados

médicos existentes en el centro, para poder demostrar los efectos causados a la salud de los trabajadores y lograr el impacto esperado.

Por esta razón es que se necesita una formación del médico o responsable de SST del centro de trabajo en Epidemiología y que sea capaz de mantener un buen Sistema de Vigilancia de Salud y Seguridad de los Trabajadores (SVSST). Esta es la única forma de poder interpretar adecuadamente los fenómenos que observa o monitorea y formular exigencias o recomendaciones que sean asimiladas o aceptadas por los empresarios, logrando credibilidad ante los mismos. Se espera que estas reflexiones producto de la práctica durante algunos años, pueda servir como ayuda en el diario desempeño de la higiene industrial.

Marco conceptual

Los avances tecnológicos y las luchas obreras durante una parte del pasado siglo se tradujeron en mejores condiciones de trabajo. Sin embargo, este avance en la SST que es exitoso hasta la década de los 60-70, se ve frenado por los cambios económicos, políticos y sociales que se materializaron en años posteriores. La globalización de la economía consolidada desde la década del 80 y la desregulación económica como parte de la aplicación de los principios “neoliberales”, logró en muchos países minimizar el papel del Estado en la actividad laboral, caracterizándolo como ineficiente y logrando privatizar la mayoría de los servicios públicos. Estas transformaciones de la economía condujeron a un nuevo escenario neoliberal, donde cambiaron las condiciones de trabajo, se incrementaron las inequidades y la pobreza, modificando el empleo e incrementando la incertidumbre de los trabajadores en su futuro, así como, eliminando las ventajas que brindaba el famoso “estado de bienestar” tan común en Europa durante el siglo XX.

De esta manera se va manejando la economía mundial, declarándose algunas crisis locales, hasta manifestarse la

¹Lic. en Tecnología de la Salud, especializado en Higiene y Epidemiología, experto en Prevención de Riesgo y Seguridad y Salud en el Trabajo. egmachin@infomed.sld.cu

actual crisis de recesión en la economía mundial, y por lo que se trata de buscar un nuevo paradigma basado en mayor solidaridad, cooperación y equidad, que permita un desarrollo sustentable. Al parecer, esto sólo es posible admitiendo el papel regulador del Estado, lo cual se puso de manifiesto cuando en los países desarrollados los gobiernos han tenido que hacer fabulosos empréstitos a las grandes empresas para salvarlas de la quiebra.

En este marco es que ha transitado la SST en los últimos 40 años, aproximadamente. La política de los gobiernos en este sentido, ha sido también la de minimizar su responsabilidad, transfiriendo la misma a las empresas y los servicios de prevención privados. Durante todo este período también los tecnócratas de la especialidad se dedicaron a establecer definiciones, estructuras, sistemas, normas, etc., que dieran respuesta a la falta de atención de esta problemática. Este accionar filantrópico se ha orientado esencialmente a filosofar y elaborar documentos, sobre la necesidad de establecer sistemas empresariales de gestión de riesgos integradas a los procesos, identificar y evaluar riesgos, elevar la cultura en SST y, por último, proponer una nueva doctrina sobre la responsabilidad social empresarial. No obstante, como ya se analizó, los resultados en daños a la salud y seguridad de los trabajadores descritos por la Organización Internacional del trabajo - OIT en el 2003 continúan y son preocupantes.

Por consiguiente, se considera que globalización y riesgos laborales no son hechos aislados, sino mutuamente relacionados y dependientes. Ambos son elementos del nuevo escenario mundial que amenaza al bienestar global, a la salud en general de los ciudadanos y de los trabajadores en particular (Moreno & Garrosa, 2009).

No están perdidas las oportunidades de establecer buenas condiciones de trabajo en las empresas y de alcanzar un desarrollo sostenible de la prevención. Es obvio que para lograr este objetivo se necesitan cambios conceptuales en la globalización del mercado y en la estrategia de la gestión empresarial, con el establecimiento de políticas más humanas, solidarias y equitativas, que satisfagan las expectativas de los trabajadores y la comunidad. De este principio, parte la nueva estrategia que se está promoviendo en los países desarrollados y que propone la Norma ISO 26000 sobre Responsabilidad Social Empresarial, basada en la ética y los valores humanos (ISO, 2006).

La Seguridad y Salud del Trabajo en el contexto internacional

El control de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) por los organismos del Estado no es algo nuevo, comienza en Francia en 1810 y en Inglaterra en 1833 con el *Factory Act* (leyes fabriles). Es de todos conocido que el contenido y las exigencias de este control han variado, según ha transcurrido el desarrollo tecnológico y social. Es incuestionable que los valores de este control son esencialmente sociales, ya que la defensa de la salud en el trabajo es una demanda de toda sociedad y uno de los presupuestos existenciales del Estado (García, 2009). Este principio tiene una gran relevancia en el mundo actual, donde la política neoliberal ha desarrollado la tendencia a minimizar los servicios que se brindan por el Estado y a ignorar la responsabilidad del mismo en la protección de la salud y la vida de sus ciudadanos. Está demostrado en la actualidad que la aplicación de esta política en muchos países, ha deteriorado los servicios, referidos a la prevención de la salud del trabajador, en particular la gestión y el control (inspección). Hay que manifestar que es irrenunciable para cualquier Estado, cumplir con la finalidad de la Organización Internacional del Trabajo de brindar un trabajo decente, o sea un trabajo saludable y seguro, como factor que incremente la productividad y el desarrollo económico (OIT, 2002).

Son muchos los aspectos sobre los que es posible reflexionar en relación con la actitud asumida en la mayoría de los países, sobre la exigencia de mantener condiciones seguras y saludables de trabajo y limitar los efectos deletéreos al trabajador y su calidad de vida. Sin lugar a dudas, existe un nuevo contexto laboral con la tendencia a disminuir el control del Estado y los servicios en este sentido (García, 2010). Además se quiere mantener el concepto tradicional de continuar responsabilizando a la conducta del trabajador, como la responsable de los accidentes y enfermedades al violar las disposiciones establecidas, cosa absurda, cuando la crisis de empleo generada les hace asumir cualquier trabajo sin valorar su seguridad. Hay que recordar que “el mayor riesgo al que está sometido un trabajador es el desempleo”, ya que sus efectos nocivos además de afectarlo a él, afecta a los familiares que de él dependen.

Los efectos de esta política neoliberal se pueden reflejar en el marco del trabajo, según estimaciones recientes, casi 2,2 millones de personas mueren cada año en todo el mundo por causa de accidentes laborales y enfermedades profesionales, mientras que unos 270 millones son víctimas de lesiones graves pero no mortales, y otros 160 millones caen enfermos por

períodos más o menos largos debido a causas laborales (OIT, 2006). En América Latina y el Caribe los efectos de la política neoliberal se reflejaron de la misma manera, la OIT ha estimado que ocurren 36 accidentes de trabajo por minuto y que, aproximadamente, 300 trabajadores mueren cada día como resultado de los accidentes ocupacionales. Además indica que cerca de cinco millones de accidentes suceden anualmente, y que de éstos, 90.000 accidentes ocupacionales son mortales (Oficina Sanitaria Panamericana - OSP, 1999).

El Pacto Mundial (*Global Compact*) es una propuesta del Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas en el año 2000 (ONU, 1999), para promover la actuación responsable del empresariado ante la situación mundial creada por la globalización y como una vía para lograr un mercado con valores más humanos, ante la crítica situación económica mundial. Sin embargo, después de haber pasado más de 10 años, sobre todo en el contexto trabajo, se mantiene una situación inaceptable donde todavía las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo, causan sufrimientos, grandes pérdidas de vidas y un costo económico elevado (García, 2010 y OIT, 2004a, 2004b).

No obstante, hay que expresar que durante el período se desarrollaron diferentes elementos técnicos y metodológicos con el objeto de perfeccionar esta gestión, basados en los principios del control de pérdidas y la elevación de la cultura empresarial, que son los aspectos fundamentales a los que se encaminó el desempeño de los especialistas en estos tiempos y que guardan una relación armónica con las estrategias filantrópicas desarrolladas por las empresas.

La Vigilancia Epidemiológica en Salud y Seguridad del Trabajo (VESST)

Era necesario para describir la importancia de la vigilancia epidemiológica en SST, analizar la situación existente en la economía y como ésta se ha reflejado en la gestión de la salud de los trabajadores, para poder hacer unas consideraciones sobre como accionar en este campo. No es posible olvidar al analizar los aspectos de SST, considerar que la vigilancia es primordial, pero que los dirigentes empresariales tienen como primera responsabilidad la rentabilidad de la empresa. Los especialistas de SST no pueden utópicamente pensar que la gestión empresarial tiene como prioridad la prevención antes que la rentabilidad. Si a esto se adiciona que durante estos años se incentivaron los principios neoliberales, se justifica en parte que haya existido un retroceso en la cultura de SST, el ejercicio de la gestión de riesgos y la vigilancia en esa etapa, y como

consecuencia una mayor vulnerabilidad a la salud de los trabajadores, a pesar de los esfuerzos de instituciones y especialistas en el período.

En el contexto presente la Vigilancia Epidemiológica es un procedimiento fundamental para la prevención de los problemas de salud en general y, particularmente, el de la salud de los trabajadores. La vigilancia epidemiológica no es más que una de las aplicaciones del método epidemiológico y de un conjunto de técnicas y estudios en la práctica rutinaria de los servicios de salud.

Antes de exponer el concepto de VE que se va a manejar en el transcurso de este intercambio, se brindan a continuación algunas de las definiciones utilizadas por diferentes autores sobre este término:

- La OMS en 1968 (citado por Toledo, 2005) define la VE como un sistema dinámico que se utiliza para observar de cerca y en forma permanente todos los aspectos de la evolución de la infección y la enfermedad, y todos los factores que condicionan el fenómeno salud-enfermedad mediante: la identificación de los hechos, la recolección, análisis e interpretación sistemática de los datos y la distribución de los resultados, y las recomendaciones necesarias para una acción inmediata.
- La VE constituye un sistema dinámico de observación e investigación continuada de todos los factores, características, componentes y determinantes de los problemas de salud (Romero *et al*, 1975 y Brachman, 1984 citado por Toledo, 2005).
- El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Atlanta (EE.UU.) introdujo el término de vigilancia en salud pública, que consiste en la recolección continuada y sistemática, el análisis, interpretación y diseminación de datos de desenlaces de salud en forma oportuna para aquellos responsables de la prevención y control de los problemas de salud que así lo necesitan (*Center Disease Control - CDC*, 1992 y Thacker, 1994 citado por Toledo, 2005).

En este artículo se considera el Sistema de Vigilancia de Salud y Seguridad de los Trabajadores (SVSST), como el procedimiento que comprende la recolección y análisis de la información sobre las condiciones de trabajo y la salud de los grupos de trabajadores, notificando sus resultados a todas las partes interesadas, con el objetivo de lograr intervenir oportunamente para evitar accidentes, enfermedades, cambios fisiológicos y del comportamiento, minimizar los factores de riesgo

presentes, mejorar las condiciones de trabajo y beneficiar su calidad de vida.

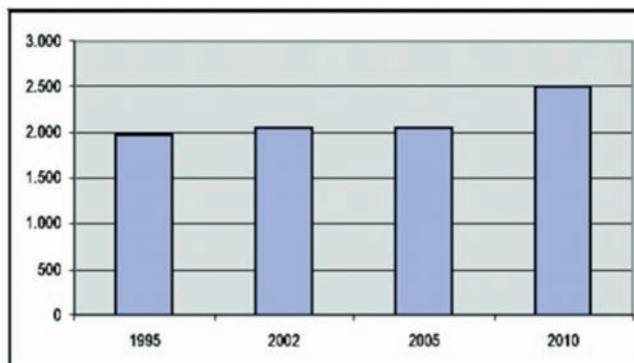
La vigilancia de salud no puede considerarse patrimonio del sistema de salud, es un sistema que necesita y tiene que conformarse con la colaboración de las diferentes partes interesadas en el problema, o sea, es un asunto intersectorial donde tienen que participar los organismos del estado, los empresarios y las organizaciones sindicales, con una total transparencia y predominio de la ética.

Dificultades para establecer Sistemas de Vigilancia en SST

En casi todos los países en desarrollo existen dificultades para obtener la información, ya que, generalmente carecen de sistemas de registro apropiados y con una cobertura nacional que incluya al universo de trabajadores. Por tanto, es una premisa esencial que existan sistemas estadísticos establecidos para obtener la información mínima necesaria sobre los accidentes laborales, las enfermedades de los trabajadores, las condiciones de trabajo, la seguridad social y otros aspectos del ambiente y la vida del trabajador. Este es el problema más frecuente para poder hacer un sistema de VE de calidad. La mayoría de los países en desarrollo poseen una información limitada de los trabajadores, ya que sólo registran el pequeño % de los incluidos en los beneficios de los seguros sociales, excluyendo a la mayoría que no están asegurados o que practican el trabajo informal. En consecuencia, sólo se tiene información de las grandes empresas, lo cual no es representativo de la situación de SST, ni del estado de la salud de los trabajadores. Lo anterior obliga que en cada caso antes de establecer cualquier sistema de VE, es necesario indagar sobre todas las fuentes de información existentes.

Otro gran problema es la tendencia mundial por la crisis al recorte de los gastos, lo que ha afectado los servicios de salud, incluyendo la atención primaria y, por supuesto, la vigilancia de la salud (atención médica) de los trabajadores. Un ejemplo de esta situación es el caso de Francia que posee unos servicios aceptables y que en los últimos años se ha visto afectada por este fenómeno de la disminución de médicos y el incremento del número de trabajadores a controlar, según cita un documento del Instituto de Seguridad e Higiene del Trabajo de España (2013), lo que puede observarse en la Tabla N° 1. Esto por supuesto afecta la calidad de los servicios y limita cuantitativa y cualitativamente la información en este aspecto.

Tabla N° 1. Trabajadores cuya salud es vigilada en Francia por cada médico del trabajo



Fuente: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo, 2013

La presencia del médico en el centro de trabajo es de máxima importancia para garantizar la VE, por supuesto cumpliendo con las funciones que el mismo debe realizar y que están expresadas en diferentes documentos de la OIT (1959a, 1959b, 1985, 2002). Hay que recordar que el trabajo de este médico es sobre todo preventivo y social y si no se capacita adecuadamente, no tiene sentido ubicarlo para que brinde sólo asistencia médica, ya que el trabajador supuestamente es una población sana. Es anacrónico asumir esta tarea con la concepción del empresario que sitúa el médico para cumplir con la ley y garantizar la fuerza de trabajo, sus funciones tienen un espectro más amplio, con una concepción esencial preventiva, para garantizar una mayor expectativa de vida con mejor calidad. Al médico desconocer los factores de riesgo en una actividad determinada no puede llegar a relacionar los mismos con los efectos en la salud presentes, llegar a un diagnóstico adecuado y dictar las medidas preventivas que eviten más sucesos similares en el futuro.

Un ejemplo fehaciente de la necesidad de tener un médico que atienda a los trabajadores en el lugar de trabajo, se observa en el caso de los exámenes pre empleo, en el cual es imprescindible que el facultativo conozca las características del puesto de trabajo, las exigencias y riesgos que va a asumir el trabajador en su desempeño laboral. Estos exámenes no se pueden hacer por médicos ubicados en instituciones con alta tecnología médica, pero alejados del lugar de trabajo y sin el profesional conocer el puesto para el que va a declarar apto al trabajador, ya que puede errar en su dictamen.

Otro aspecto en que pueden presentarse dificultades es para determinar la morbilidad laboral, ya que muchas veces enfermedades profesionales aparecen

diagnosticadas como comunes, al no ser relacionadas con la exposición del trabajador a los riesgos presentes en su puesto de trabajo. Es fundamental, para garantizar un adecuado sistema de VESST, que este médico aplique en su accionar el criterio epidemiológico para poder detectar las causas básicas que están determinando la morbilidad del lugar de trabajo y para esto tiene que estar entrenado.

La mejora de estos servicios médicos está íntimamente relacionada con los objetivos de los sistemas de VESST que se quieren alcanzar, pero además coadyuva al sistema trabajo en estabilizar la fuerza de trabajo, mejorar la productividad y la rentabilidad de las empresas, con el criterio de lograr un desarrollo sostenible.

Un componente fundamental de VESST es la vigilancia o monitoreo del ambiente laboral para poder hacer una prevención apropiada. Se hace necesaria a este fin, la existencia de personal especializado y laboratorios que permitan conocer la exposición de los trabajadores a los diferentes factores de riesgo presentes en el lugar de trabajo. En muchos lugares es difícil poder acceder a esta información por la carencia de instituciones (laboratorios) dedicadas a este fin, carencia de tecnología o en ocasiones por el costo que representan estos estudios.

Sin lugar a dudas es necesario este servicio de atención especializada, sobre todo, en las evaluaciones de riesgos laborales y ambientales que tanto se exigen en la actualidad y que es una forma más de identificar situaciones peligrosas, que puedan afectar a los trabajadores y a veces convertirse hasta en situaciones de desastre para una comunidad. Además estas mediciones son necesarias también en el diagnóstico de las enfermedades profesionales y para dictaminar entre discrepancias que pudieran surgir entre los órganos de inspección y los empresarios o las reclamaciones de los trabajadores.

Sin embargo, la vigilancia ambiental no depende exclusivamente de las instalaciones técnicas y los equipos de medición, depende en gran medida de la calificación del personal que evalúa o inspecciona los lugares de trabajo en identificar los factores de riesgo. Por tanto, se hace esencial capacitar al mismo para que se puedan minimizar las mediciones ambientales, ya que éstas, en general, son costosas, aunque en ocasiones indispensables para obtener información veraz para el sistema de VESST. Hasta hace unos años las instituciones que brindaban estos servicios eran estatales, se considera actualmente que estas funciones pueden ser asumidas en los países por laboratorios no estatales, siempre que tanto su personal como sus instalaciones,

sean certificados por el órgano estatal establecido en cada país. De esta forma pudiera ampliarse la cobertura de estos servicios tan necesarios para obtener datos de la situación ambiental.

Otro elemento a considerar como freno para el desarrollo de la VE consiste en la falta de cultura de seguridad en los empresarios y de percepción del riesgo por los trabajadores; aunque hace años se viene enfatizando en ambos aspectos, la situación se mantiene al no darse la importancia requerida a la implantación de sistemas de gestión.

Durante años se ha manifestado por los especialistas dedicados a la gestión de riesgos, la importancia de que exista una “cultura de prevención” para lograr buenos resultados en la gestión empresarial. Es frecuente cuando se analizan criterios de Salud, Seguridad y Protección del Ambiente con los empresarios, observar que la conversación se traduce en querer justificar los problemas existentes, manifestando que son heredados de etapas anteriores o causa de falta de recursos para enfrentar los mismos, lo que refleja falta de cultura y la poca importancia que brindan a este aspecto de la gestión.

Es una realidad que siempre presenta y presentará dificultades económicas para solucionar los problemas, ya que muchas de las situaciones de riesgo detectadas en los países en desarrollo son originadas por la existencia de tecnologías obsoletas, que son necesarias modificar, pero está demostrado que en gran número de ocasiones dependen solo de cambios conceptuales en la política empresarial y de exigencias en estos aspectos, o sea, a la falta de cultura preventiva. Lo fundamental, es que no se ha logrado aún en los dirigentes niveles adecuados de formación en lo que a la prevención de riesgos se refiere, lo cual los conduce a calificar estas actividades como un elemento de segunda línea en su gestión y en ocasiones hasta un freno para la misma por el costo que le ocasionan. A los empresarios que mantienen una concepción anacrónica de la gestión de riesgos, hay que demostrarles la necesidad de modificarla, si quieren lograr competitividad y respeto social.

Son muchos los autores y estudios de accidentes y otros sucesos ocurridos en el desempeño del trabajo, donde se atribuye como causa fundamental del hecho el “comportamiento del trabajador”, eliminando como causa las condiciones de trabajo y la responsabilidad del empresario. No se analiza por qué el trabajador actúa contra su seguridad personal, por supuesto que esto es el resultado de carecer de una “percepción del riesgo a que se expone”, que puede resolverse mediante

un proceso de formación sistemático. Sólo existe una forma de promover el auto cuidado en el trabajador y es mediante una nueva metodología de formación basada en “valores preventivos” desde la enseñanza primaria hasta los postgrados profesionales. Es posible alcanzar una “cultura preventiva”, cuando exista la capacidad de saber hacer un trabajo de una forma que no imponga a los trabajadores la pérdida de su vida o salud por la necesidad de abastecer las necesidades básicas personales y familiares (Aníbal, 2001).

Otra seria dificultad para implantar los SVSST, está determinada por la existencia de un gran número de pequeñas y medianas empresas, cuya estructura organizativa carece generalmente, de personal técnico y hasta administrativo para este tipo de tareas. En estas pequeñas empresas es frecuente que muchos de sus trabajadores sean miembros de la familia y no se llevan los controles del personal característicos de las empresas mayores. ¿Cómo se puede establecer este tipo de sistema en estos lugares? Esta situación determina en estos casos que haya que diseñar un sistema práctico, que satisfaga los requerimientos mínimos y pueda ser aplicable y exigible a estas empresas.

Posicionamiento sobre el funcionamiento de la Vigilancia Epidemiológica en SST

Durante décadas los sistemas de gestión de SST siempre fueron concebidos de forma que se han separado los aspectos de seguridad y los de salud o higiene de los trabajadores. Inicialmente, el problema de las empresas era disminuir los accidentes del trabajo y las enfermedades por el costo que esto significaba y además porque mientras más se desarrollaba la tecnología, le era más difícil sustituir al trabajador calificado. Esto se trató de resolver incorporando al ingeniero para atender la seguridad y al médico para los problemas de salud, estableciéndose una dicotomía de funciones, que aún se mantiene en las empresas y sistemas de gestión implantados, aunque durante décadas se ha estado hablando de seguridad integrada y de una concepción integral de esta disciplina (Figura N° 1). Es imposible estar de acuerdo con este enfoque de la actividad, ya que el médico actual tiene como función esencial la prevención y, por tanto, debe trabajar integrado con el técnico de seguridad y salud en las acciones encaminadas a minimizar el riesgo y, viceversa, el ingeniero manejar la situación de salud para que exista un trabajo mancomunado y eficaz de prevención. Esta división de la actividad que puede considerarse como lógica en

el proceso de desarrollo de cualquier especialidad, es obsoleta en este momento y sólo pudiera utilizarse con fines didácticos.

Figura N° 1. Campos de Acción del Médico y del Higienista del Trabajo



Fuente: Enciclopedia OIT, 1998 (modificado por García, 2005)

Esta dicotomía se refleja también en los sistemas de VESST establecidos en la mayoría de los países, a tenor que el control de los accidentes de trabajo los manejan la inspección de los Ministerios de Trabajo y las instituciones de Seguridad Social y los de las enfermedades los Ministerios de Salud y de Seguridad Social, por vías de información diferentes y en ocasiones sin una buena interrelación en sus acciones preventivas. No obstante, esto no puede ser óbice, para impedir que se implanten estos sistemas que reflejan en parte el sentido de integración que tanto se divulga. Esta dicotomía puede y debe eliminarse en los países mediante una institución nacional que integre las funciones metodológicas y de investigación de la SST, dependiente de un organismo estatal que sea el rector de la actividad y del control (inspección) de las condiciones de trabajo. En la Figura N° 2 puede observarse como se sugiere organizar el sistema.

En las empresas y lugares de trabajo, sería más fácil resolver esta situación, al crear un área en la que el médico y el responsable de seguridad trabajaran en equipo, para ir modificando esta mentalidad y donde se establecerían los registros necesarios para el sistema de VESST. Sin embargo, es a esta instancia, en las pequeñas y medianas empresas donde se hace más difícil lograr establecer el sistema, al carecer de estructuras idóneas a este fin y además porque no poseen una cultura de prevención.

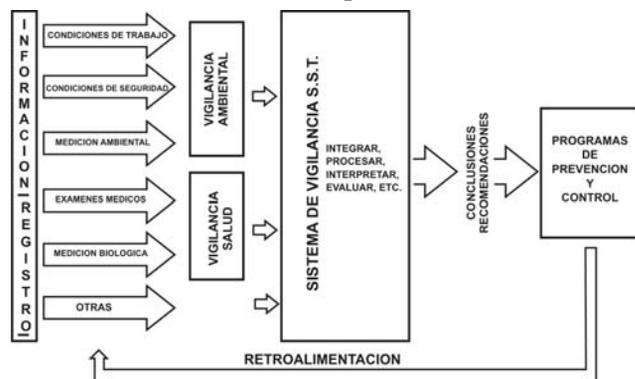
Figura N° 2. Organización del Sistema VESST



Fuente: El autor

El sistema de vigilancia de SST para que sea efectivo debe considerar en su confección las partes descritas en la Figura N° 3, de forma que se convierta en información para la acción de los programas preventivos y que las actividades se ejecuten oportunamente y con eficiencia. No obstante, hay que reflexionar por la estructura sugerida, que el sistema resulta administrativamente complejo, por lo que es factible solo en aquellas empresas que pueden responder a sus exigencias, o sea, las grandes empresas. En las pequeñas y medianas empresas se recomienda que los especialistas analicen la adecuación del sistema acorde a las características de las mismas. Lo esencial en estos casos es que el sistema establecido permita a las partes interesadas conocer y analizar la situación existente, para tomar las medidas preventivas pertinentes de manera oportuna, asumiendo la responsabilidad social que tiene cada empresa.

Figura N° 3. Componentes del Sistema de Vigilancia en Salud Ocupacional



Fuente: Corey, 1988. Modificado

Conclusiones

Estas ideas sobre la importancia de la VSST, deben permitir a quienes la revisen, mejorar su actuación en función de utilizar la información que nos brinda, para priorizar los problemas de salud detectados y lograr intervenciones oportunas y más efectivas.

Por supuesto, son muchos los problemas existentes para la implantación de estos subsistemas, que debieran ser parte de un Sistema General de Salud Pública. En los países en desarrollo al carecer de un sistema único integrado de Salud Pública y el Sistema Nacional (estatal), generalmente, poseer una estructura débil, se hace más difícil el poder registrar la información y el tener acceso a la misma. No obstante, en cualquier escenario estos sistemas para que sean efectivos dependen de la actuación intersectorial y de una cultura preventiva que tenga percepción del beneficio que reporta su establecimiento, para el buen desempeño de las intervenciones por los sistemas de salud y en el logro resultados de impacto en los aspectos económico y social. Por consiguiente, no es posible esperar ningún éxito de un SVSST, si el programa de salud y trabajo del país, del que supuestamente depende, no es adecuado. Es una premisa básica para tener operacionalmente buenos resultados, que los diferentes actores tomen conciencia y se desarrolle un trabajo intersectorial y participativo, con la transparencia necesaria, que mantenga informados a todos los involucrados.

Es un reto y una obligación para todas las autoridades sanitarias y de trabajo, el mantener en todos los territorios un sistema de vigilancia que permita la detección temprana de modificaciones en los indicadores de SST, de forma tal que ejecuten las intervenciones necesarias y oportunas que permitan a nuestros trabajadores laborar en un ambiente seguro y saludable, mejorar su calidad de vida y colaborar en un desarrollo sostenible.

Referencias Bibliográficas

Aníbal, C. (2001). Salud y Seguridad en el trabajo: desafíos de la formación profesional. *Boletín Técnico Interamericano de Formación Profesional. Trabajo decente y formación profesional, OIT/Cinterfor*, 151, 127-138.

Corey, G. (1988). *Vigilancia epidemiológica ambiental*. Metepec: Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud. OPS-OMS. (Serie de Vigilancia, 1).

- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo. (2013). *Erg@nline*, 127. Recuperado de <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000223/0000.pdf>
- ISO. (2006). Participando en la futura Norma Internacional ISO 26000 sobre Responsabilidad Social. Recuperado de <http://www.iso.org/sr>
- García, E. (2009). Reflexiones metodológicas sobre la gestión y control de la seguridad y salud en los centros de trabajo. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 10(1), 63-71.
- García, E. (2010). Estrategias de responsabilidad social y gestión en seguridad y salud en el trabajo. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 11(3), 51-69.
- Moreno, B. & Garrosa, E. (2009). Globalización y Riesgos Laborales Emergentes. *Rev Ciencia y Trabajo*, 32. Recuperado de www.cienciaytrabajo.cl
- Organización Internacional del Trabajo. (1959a). *R 112. Recomendación sobre los servicios de medicina del trabajo en los lugares de empleo*. Ginebra: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo. (1959b). *Convenio N° 155. Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores*. Ginebra: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo. (1985). *Convenio N° 161. Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo*. Ginebra: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo. (1998). *Enciclopedia de Seguridad y Salud en el Trabajo*. Cuarta Edición. Vol 1. Parte IV. Ginebra: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo. (2002). *Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo*. Ginebra: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo. (2003). *La seguridad en cifras*. Primera parte. Ginebra: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo. (2004a). *Estrategia global en materia de seguridad y salud en el trabajo. Conclusiones adoptadas por la conferencia internacional del trabajo en su 91 reunión*. 2003. Ginebra: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo. (2004b). *Por una globalización justa: crear oportunidades para todos. Comisión Mundial sobre la Dimensión Social de la Globalización*. Suiza: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo. (2006). Seguridad y Salud en el Trabajo: sinergia entre la seguridad y la productividad. Informe Consejo de Administración. GB.295/ESP/3 295. Ginebra.
- Oficina Sanitaria Panamericana. (1999). *Salud de los trabajadores en la región de las Américas*. Informe al 41 Consejo Directivo. Puerto Rico: OSP/OMS.
- Toledo, G. (2005). *Fundamentos de salud pública*. Tomo 2. La Habana: Ed. Ciencias Médicas.
- United Nations Organization. (1999). Pacto mundial. Recuperado de www.unglobalcompact.org

Fecha de recepción: 12 de septiembre de 2013
 Fecha de aceptación: 04 de diciembre de 2013

SALUD DE LOS TRABAJADORES

Revista internacional arbitrada e indizada dedicada a los problemas de salud ocupacional 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 y el Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon", es una publicación científica arbitrada e indizada, cuyo propósito es promover la divulgación, acceso y uso de la producción científica en las áreas de Salud Ocupacional y Ambiental, Medicina y Toxicología Ocupacional, Higiene Ocupacional, Seguridad Industrial, Derecho Laboral, Sociología del Trabajo, Educación Ambiental y Seguridad Social, Ergonomía, Salud Mujer y Trabajo, Gerencia en Salud Ocupacional.

COPYRIGHT

La Universidad de Carabobo y el Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon" (IAE) 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).

COMITÉ EDITORIAL

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

- Jesús G. Franco Enríquez, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México.
- Gisela Blanco, Universidad Central de Venezuela, Venezuela.

• Evelin Escalona, Universidad de Carabobo, Venezuela.

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

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

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

Director Fundador: Oscar Feo I.

Secretaría Técnica:

Maite Matute - Universidad de Carabobo.

Cesmagli Martínez - IAE/MPPS.

CONSEJO CONSULTIVO

Aismara Borges, Universidad de Carabobo, Venezuela.

Ana María Seifert, Centro de Estudios de las Interacciones Biológicas entre la Salud y el Medio Ambiente, Universidad de Québec, Canadá.

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

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

Carmen Irene Rivero, Universidad de Carabobo, Venezuela.

Christer Hogstedt, Swedish National Institute for Public Health, Sweden, Ginebra.

David Cobos Sanchiz, Universidad Pablo de Olavide, España.

Doris Acevedo, Universidad de Carabobo, Venezuela.

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

Karen Messing, Centro de Estudios de las Interacciones Biológicas entre la Salud y el Medio Ambiente, Universidad de Québec, Canadá.

Kyle Steenland, Escuela de Salud Pública, Universidad de Emory, USA.

Laura Punnet, University of Massachusetts-Lowell, USA.

Luis Galíndez, Universidad de Carabobo, Venezuela.

Luz Maritza Tennessee, Pan-American Health Organization, USA.

Marcos Súnico, S.A. Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon", Venezuela.

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

María León, Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género, Venezuela.

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

Milady Guevara de Sequeda, Universidad de Carabobo, Venezuela.

Neil Maizlish, Centro de Estudios en Salud de los Trabajadores, Universidad de Carabobo, Venezuela.

Nilia Rodríguez, Universidad Central de Venezuela, Venezuela.

Omar Verde, Universidad Central de Venezuela, Venezuela.

Oscar Betancourt, Fundación Salud, Ambiente y Desarrollo, Ecuador.

Philip Landrigan, University Chicago Hospital, USA.

Rafael Moure, University of Massachusetts-Lowell, USA.

Rob McConnel, Mont Sinai School of Medicine, Los Angeles, USA.

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 esté 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 Editorial 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 Editorial, 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 (inédito) los resultados de una investigación científica, sea de carácter teórico, técnico, empírico o metodológico.

Texto: su extensión no deberá excederse 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 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.

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 un máximo de 15 referencias bibliográficas.

NOTAS Y REFLEXIONES

Escritos que expresan una opinión en torno a temas de interés o problemas de actualidad en el área. No debe excederse de 8 páginas, un máximo de 4 tablas o figuras y 10 referencias bibliográficas.

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 Consejo Editorial 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; 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 Consejo Editorial 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 Editorial 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 tres (3) meses para llevar a cabo las correcciones sugeridas por los árbitros.

- 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 Editorial 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 Editorial 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.



Universidad
de Carabobo



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

Comunidad y Salud

Revista Científica del Departamento de Salud Pública
Núcleo Aragua

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, dando a conocer las decisiones e iniciativas del Departamento de Salud Pública adscrito a la Escuela de Medicina "Dr. Witremundo Torrealba" de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, núcleo Aragua.

Suscripciones: comunidadysalud@hotmail.com - revistacomunidadysalud@hotmail.com
Teléfonos: (0243) 2170739 Departamento Salud Pública - Universidad de Carabobo.

SALUD DE LOS TRABAJADORES

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

APÉNDICE II

Guía de los Colaboradores

FORMA, PREPARACIÓN Y ENVÍO DE MANUSCRITOS

Salud de los Trabajadores es una publicación conjunta de la Universidad de Carabobo y el Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon". Tiene una periodicidad semestral y ofrece sus publicaciones a texto completo de forma gratuita en la página Web de ambas instituciones.

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 Editorial la información adicional que se le solicite, de revisar, llevar a cabo las correcciones o sugerencias de los árbitros y aprobar la versión final del documento.

Igualmente se remitirá una comunicación 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 se debe usar un procesador de texto Word, con letra Time New Roman de 12 puntos, a doble espacio (interlineado) en todo su contenido, incluyendo (página inicial, resumen, texto, referencias), en tamaño carta, con márgenes de 3 cm. 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.

ii. Cuadros y figuras

Todas las figuras deben citarse en el texto en orden numérico e indicarse su posición en el cuerpo del trabajo. 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

En los artículos los resúmenes deberán detallarse todos los signos o abreviaturas. 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

Deberán construirse 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. En caso de usar una referencia, deberá aparecer la cita completa dentro del resumen.

v. Palabras clave en español e inglés

A cada uno de los resúmenes seguirán palabras clave representativas del contenido del artículo o términos de indización (no más de seis). Preferiblemente 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(Ingles):

<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, Apellidos y filiación institucional o adscripción y correo electrónico. Para identificar la afiliación institucional usar números supraíndices.

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 en la página del título.

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(s) 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(s) 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* (*en cursiva*).

- 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 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.

- 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, respetando las siguientes normas:

- 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(s), Inicial del Nombre. (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 short and long-term use for treatment of migraine and in 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 Vasc Interv Radiol*, 13(9 Pt 1), 923-928.

• Número sin volumen

Banit, D., Kaufer, H. & Hartford, J. (2002). Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop*, (401), 230-238.

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**

Apellidos, 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**

Apellidos, 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**

Apellidos, 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.

Apellidos, A. (Año). *Título: Subtítulo* [quien publica la versión electrónica]. doi: xxxxxxxxxxxxxxxxx

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**

Apellidos, 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**

Apellidos, 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**

Apellidos, 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**

Apellidos, 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**

Apellidos, 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

Apellidos, 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**

Apellidos, 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. (Cuadernos de Filosofía: Excerpta e dissertationibus in philosophia, 15, N° 1).

• **No Publicada**

Apellidos, 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**

Apellidos, 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**

Apellidos, 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). En *Sitio Web* [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**

Apellidos, 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**

Apellidos, 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, Inicial del Nombre. (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, Inicial del Nombre (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

xiv. Artículos Originales - Pautas

Deberán contener la siguiente estructura:

- Preliminares

- Título y subtítulos 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.
- Palabras Claves.

- Cuerpo del trabajo

Contemplará las siguientes secciones: Introducción, Objetivo, Métodos, Resultados y Discusión. 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 las conclusiones más relevantes del estudio.

- Conclusiones

Las conclusiones deben estar fundamentadas de acuerdo a los objetivos del estudio, evitando afirmaciones poco fundamentadas y conclusiones avaladas insuficientemente por los datos.

- Referencias Bibliográficas

- Agradecimientos

- Anexos

Los trabajos que se deseen publicar en la Revista deben ser enviados
a nuestra redacción por los correos:
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 correo:
st.revista@gmail.com



Adigio Benitez Jimeno.
Obrero. 1962. Oleo Sobre tela 63x96.
Consejo Nacional de las Artes Plásticas.
Cuba



Gobierno **Bolivariano**
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular
para la **Salud**

Ministerio del Poder Popular
para la **Educación Superior**