

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA
MAGÍSTER EN ANTROPOLOGÍA Y DESARROLLO

**Enfermedades Crónicas No
Transmisibles en el Adulto (ECNT) y
prácticas en salud:
el paradigma de vida sana de la
población laboralmente activa en
Santiago de Chile.
*Estudio exploratorio-descriptivo en Salud***

Tesis presentada para obtener el grado de
Magíster en Antropología y Desarrollo

Alumna:
Profesora Guía:

Angela Grisar Martínez
Alejandra Ojeda Mayorga

Santiago, agosto de 2008

Resumen

El modelo de desarrollo neoliberal instaurado por el régimen militar y continuado por los gobiernos de la Concertación generó un desfase entre desarrollo económico y desarrollo sociocultural, que impide hablar de desarrollo humano en Chile. No se valora la vida humana en sí misma, sino que las personas son consideradas fundamentalmente productoras de bienes materiales y el trabajo constituye el centro de la existencia.

Un ritmo laboral altamente demandante y competitivo que conlleva hábitos de vida no saludables -sedentarismo, alimentación desbalanceada, mal dormir, descuido de la salud psicosocial y abuso de drogas lícitas e ilícitas-, que gatillan Enfermedades Crónicas no Transmisibles en el Adulto (ECNT): obesidad, diabetes, dislipidemia, hipertensión, cáncer, patologías cardiovasculares y respiratorias, trastornos síquicos y lesiones músculo-esqueléticas.

El sistema de salud pública ha sido incapaz de enfrentar esta epidemia, pues asume que el conocimiento científico, la difusión de pautas de salud y la administración de medicamentos bastan para resolverla. Sin embargo, la superación de cualquier enfermedad exige conocer las creencias y consecuentes conductas de la población afectada, por lo que la presente investigación se preguntó por el paradigma de vida sana de la fuerza laboral activa de Santiago, describiendo sus ideas y prácticas en salud.

Al respecto se concluyó que si bien hoy la fuerza laboral santiaguina está más informada sobre el tema salud y más consciente de la importancia del autocuidado, debido a la exigencia laboral, esto no necesariamente redundará en prácticas más saludables, siendo urgente que el Estado exija al mundo empresarial implementar programas de salud.

Palabras claves:

Salud, hábitos, Enfermedades Crónicas, trabajo, biosicosocial

INDICE DE MATERIAS

Introducción	0
I.- Antecedentes	
1. Desarrollo y Salud en Chile	1
a.- ¿Desarrollo humano?	1
b.- Enfermedades Crónicas no Transmisibles en el Adulto (ECNT)	3
2. Enfermos y tratamientos	5
a.- La fuerza laboral chilena	5
b.- Medicina Asistencial y Preventiva	11
c.- Medidas descontextualizadas	15
II.- Presentación del Problema de Investigación	
1. Problema de investigación	19
2. Relevancia de la investigación.	21
3. Objetivo General de la Investigación	21
4. Objetivos Específicos de la Investigación	22
III.- Marco Teórico	
1. La Sociología de la Cultura.	23
a.- Constructivismo estructuralista o estructuralismo constructivista	23
b.- Campo y habitus	26
c.- Prácticas Sociales	29
IV.- Marco Metodológico	
1. Diseño de investigación General	35
2. Fase de Investigación Cualitativa	36
a.- Técnica de Recolección de datos: Entrevista Semi-estructurada	36
b.- Unidad de Análisis y Muestra	37
c.- Matriz Analítica y Pauta de Entrevista	40
3. Fase de Investigación Cuantitativa	43
a.- Instrumento de Recolección de datos: Cuestionario	43
b.- Unidad de Análisis y Muestra	44
c.- Plan de Análisis de la información	45

V.- Análisis de la información

1. Análisis del discurso: entrevistas	46
a.- Vida Sana, Salud y Enfermedad	46
b.- Hábitos.	47
c.- Salud y Prácticas Saludables en el Trabajo	56
d.- Mitos y Hábitos	58
2. Análisis de datos: cuestionario.	60
a.- Perfil sociodemográfico de la muestra.	60
b.- Práctica de actividad física	62
c.- Hábitos alimenticios	64
d.- Uso o abuso de sustancias nocivas o ilícitas	68
e.- Higiene del sueño	73
f.- Salud Psicosocial	75
i) Estrés, tensión y agresividad	
ii) Optimismo versus depresión	
iii) Satisfacción, reconocimiento y ayuda en el trabajo	
iv) Tiempo Libre	
v) Estabilidad emocional	
vi) Satisfacción con la familia y la pareja	
g.- Impacto físico y mental de hábitos no saludables	83
3. Análisis estadístico: índice de salud	86

VI. Conclusiones

1. Ideas y prácticas en salud de la población laboralmente activa en Chile	91
2. Vínculos entre ideario y praxis en salud	93

VII.- Bibliografía

96

VIII.- Anexos

98

1. Cuestionario Autoaplicado	
2. Umbral y riesgo en salud por preguntas por sedes	
3. Umbral y riesgo en salud por módulo preguntas por sedes	

INDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico 1: Muestra total y por sede del estudio
- Gráfico 2: Distribución etárea por géneros
- Gráfico 3: Sedentarismo: ejercicio menos de 3 veces por semana
- Gráfico 4: Abundancia en comidas
- Gráfico 5: Percepción de peso versus IMC
- Gráfico 6: IMC por género
- Gráfico 7: Ingesta de café y tabaquismo
- Gráfico 8: Tabaquismo
- Gráfico 9: Ex fumadores
- Gráfico 10: Alcoholismo: más de 4 unidades por ocasión
- Gráfico 11: Automedicación
- Gráfico 12: Percepción de sueño
- Gráfico 13: Manejo del estrés por sedes
- Gráfico 14: Tensión por sedes
- Gráfico 15: Ayuda en el trabajo
- Gráfico 16: Afectos
- Gráfico 17: Satisfacción emocional frecuente
- Gráfico 18: Enfermedades Crónicas (ECNT)
- Gráfico 19: Porcentaje de salud de la muestra
- Gráfico 20: Porcentaje de salud de la muestra en actividad física versus ejercicio
- Gráfico 21: Porcentaje de salud en sueño
- Gráfico 22: Porcentaje de salud de ECNT versus automedicación

Introducción

La tesis “Enfermedades Crónicas No Transmisibles en el Adulto (ECNT) y prácticas en salud: el paradigma de vida sana de la población laboralmente activa en Santiago de Chile”, consiste en un estudio exploratorio-descriptivo, orientado a describir el ideario y praxis en salud de la fuerza laboral de la capital chilena.

Esta abre con un capítulo de antecedentes, donde se expone el contexto socioeconómico y laboral chileno en que se inserta el estudio: un modelo de desarrollo neoliberal que ha puesto en el centro de la existencia humana al trabajo, lo cual ha gatillado hábitos no saludables que, a su vez, han implantado en Chile la epidemia del siglo XXI, las Enfermedades Crónicas.

En el capítulo II se expone el problema de investigación que da origen al estudio, esto es, la incapacidad del sistema de salud pública de hacer frente a esta epidemia, dado el modelo de salud asistencial y preventivo que impera, así como a la visión parcial de la salud, como ausencia de enfermedad, en vez del completo bienestar biológico, psicológico y social de las personas.

En el capítulo III se enmarca teóricamente la investigación en la Sociología de la Cultura de Pierre Bourdieu, de la cual se extraen 3 ideas fundamentales: primero, que en el mundo social existen estructuras objetivas independientes de la conciencia y voluntad de los agentes (estructuralismo), pero que al mismo tiempo hay una génesis social tanto de las estructuras como de las percepciones (constructivismo); segundo, que para comprender la realidad social es necesario asumir la relación de doble sentido que existe entre estructuras objetivas -lo que Bourdieu llamará campos sociales-, y las estructuras subjetivas, que denominará *habitus*; y tercero, que para explicar las prácticas sociales es necesario analizar cómo y por qué las estructuras de la sociedad se interiorizan, reproducen y reelaboran en los sujetos.

El capítulo IV ahonda sobre la metodología cuali-cuantitativa de esta investigación, con sus respectivas técnicas de recolección de datos, unidades de análisis, muestreo y matrices analíticas.

El capítulo V, Análisis de la Información, analiza primero el discurso sobre salud de 16 integrantes de la fuerza laboral santiaguina, tanto en el hogar como en el trabajo; para luego examinar los datos sobre prácticas en salud de 284 trabajadores de una empresa privada de Santiago de Chile, así como su porcentaje de salud, a partir de un índice especialmente creado para este propósito.

Finalmente se exponen las conclusiones a las que llega la investigación en cada una de las fases del estudio, así como en conjunto, estableciendo vínculos entre el ideario y las prácticas en salud de la población estudiada.

A la tesis se anexan los siguientes documentos: “Cuestionario Autoaplicado”, “Vacío de datos Encuesta Calidad de Vida”, “Umbral y riesgo en salud por preguntas por sedes”, y “Umbral y riesgo en salud por módulo de preguntas por sedes”.

I.- Antecedentes

1. Desarrollo y Salud en Chile

a.- ¿Desarrollo humano?

La década de los noventa marcó un antes y un después en el desarrollo de Chile. En la década del 90 el país comenzó a crecer a una deslumbrante velocidad del 8% anual, se duplicó el ingreso per cápita de sus habitantes, se redujo la inflación y aumentaron las remuneraciones, las exportaciones y la inversión extranjera¹.

Asimismo, en los últimos diecisiete años la situación de pobreza se ha reducido de un 45 a un 15 por ciento y la indigencia del 17 al 4 por ciento. La cobertura preescolar ha aumentado en un 14%² y el gasto social en viviendas y subsidios habitacionales se ha duplicado³.

A su vez, la agenda digital de los gobiernos de la Concertación ha significado una fuerte penetración de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (NTIC) en la vida de los chilenos. Entre 1989 y 2004 el porcentaje de hogares con teléfono fijo creció del 15 al 55%, los celulares aumentaron de 5 mil a casi 9 millones, el número de computadores se multiplicó 27 veces y los usuarios de Internet aumentaron de 250 mil en 1997 a casi 5 millones al 2004⁴.

En materia de salud, desde principios de los noventa Chile presenta un sistema mixto, con un sector privado creciente que invierte en nuevos establecimientos y tecnologías médicas, y un sector público que prácticamente ha multiplicado por seis la inversión promedio de la década de los ochenta⁵.

A juzgar por las estadísticas parece que el proceso modernizador chileno ha traído importantes beneficios y nuevas oportunidades a los chilenos. De hecho hoy gozan de mayores ingresos y tienen acceso a más bienes de consumo, poseen mayor instrucción⁶, disponen de mejores tecnologías. Sin embargo, este proceso modernizador también ha traído amenazas y peligros para la sociedad chilena.

¹ Entre 1990 y 2006, la inflación disminuyó de un 27% a 3,9%, según estadísticas del Banco Central de Chile. En <http://www.bcentral.cl/>

² MIDEPLAN. Encuesta CASEN 2003. Entre 1990 y 2003 la cobertura preescolar aumentó de un 21 a un 35%. La cobertura alcanza el 100 por ciento de la educación básica y más de 90 por ciento en educación media.

³ En los últimos 16 años Chile ha entregado 1 millón 992 mil soluciones habitacionales. Mientras en 1990 se entregaron 74 mil subsidios, en el 2005 fueron 116 mil, lo que ha implicado un aumento de la inversión de UF10 millones a UF19 millones. Más aún, la nueva política habitacional anunciada el 18 de julio de 2006 contempla llegar a 223mil subsidios al 2010. <http://www.minvu.cl/>

⁴ PNUD. Informe Desarrollo Humano en Chile 2006: Las Nuevas Tecnologías: ¿Una Salto al Futuro? Sinopsis. Pág. 10. En <http://www.desarrollohumano.cl/>

⁵ En el sector salud la inversión pública promedio durante los años ochenta fue igual a \$8.089 millones, mientras que en los años 90 se elevó a \$ 46.729 millones. MINSAL, Inversiones 1990-1999. En <http://www.minsal.cl/>

⁶ A inicio de los 90 la escolaridad promedio de los chilenos era de 8.7 años, mientras que en el 2000 ya se había elevado a 9.2 años. Sin embargo, lamentablemente, cantidad no es igual a la calidad, como ha quedado en evidencia a través del Sistema de Medición de la Calidad de la Educación (SIMCE). Estadísticas MINEDUC. En <http://www.mineduc.cl>

Atrás quedó el modelo de desarrollo endógeno y sustitución de importaciones de los años 70, que se amparaba en el Estado benefactor y en la economía keynesiana, propiciando un conjunto de servicios básicos y universales para toda la población y la intervención del mercado. El régimen militar de Augusto Pinochet lo sustituyó por un modelo de desarrollo neoliberal que los gobiernos de la Concertación han optado por perpetuar hasta hoy, caracterizado por la desregulación económica y la competencia internacional basada en las ventajas comparativas, la reducción de gasto fiscal y el funcionamiento libre del mercado como nuevo elemento estructurador de la sociedad⁷.

Basado en la lógica capitalista, tecnócrata y racionalista, el modelo de desarrollo neoliberal ha puesto el acento en el crecimiento económico del país, en desmedro de los demás campos de la sociedad chilena y de la subjetividad de los chilenos. Es así como hoy en Chile existe un peligroso desfase entre el desarrollo económico y el desarrollo socio-cultural, lo que impide hablar de un verdadero desarrollo humano, es decir, “aquel que valora la vida humana en sí misma y no se preocupa de las personas solamente en tanto productoras de bienes materiales”⁸; “una estrategia que propugna que sea la persona el sujeto y beneficiario efectivo del proceso social”⁹.

El desarrollo económico de Chile no se condice necesariamente con el bienestar de los chilenos, con lo cual el proyecto modernizador cojea y su éxito es relativo. Como señalan Perret y Roustang, “menos que nunca existe una relación evidente entre el crecimiento de la riqueza material y la calidad de vida social”...”hoy día es cada vez más difícil admitir que el crecimiento de la economía consolida la infraestructura de la vida social, que es un factor de desarrollo de la cultura y de mejoramiento de las relaciones entre los hombres”¹⁰.

Así, paradójicamente, la modernización que prometía mejorar la calidad de vida de los chilenos y ser fuente de desarrollo humano se ha convertido en fuente de problemas presentes y daños futuros para la vida de los chilenos, en vez de permitirles ampliar sus potencialidades. Los efectos colaterales de decisiones a favor de la modernización irrumpen en la sociedad y desembocan directamente en los individuos; “en las biografías individuales de los actores sociales”¹¹.

⁷ Corvalán, J. Las Transformaciones educativas recientes y los cambios de la política social en Chile y América Latina. Hipótesis sobre los discursos dominantes, en Revista Estudios Sociales, N° 108, Santiago, 2001.

⁸ PNUD. Informe Desarrollo Humano en Chile 1998. Las paradojas de la modernización, Capítulo 1. Pág.46.

⁹ PNUD. Informe Desarrollo Humano en Chile 2002: Nosotros los chilenos un desafío cultural. Parte 3, Capítulo 2: Cultura, Economía y Trabajo, pág 95.

¹⁰ Perret B. y Roustang, G. 2000. La Economía contra la Sociedad: Crisis de la Integración Social y Cultural. Segunda Parte: Reintegrarla Economía en la Cultura. Cap. V: Encauzar lo Económico. La Difícil Búsqueda de un Equilibrio entre la Economía, la Cultura y lo Político. Santiago, Fondo de Cultura Económica.

¹¹ Perret B. y Roustang, G. 2000. La Economía contra la Sociedad: Crisis de la Integración Social y Cultural. Segunda Parte: Reintegrarla Economía en la Cultura. Cap. V: Encauzar lo Económico. La Difícil Búsqueda de un Equilibrio entre la Economía, la Cultura y lo Político. Santiago, Fondo de Cultura Económica.

b.- Enfermedades Crónicas no Transmisibles en el Adulto (ECNT)

Gran parte de la bonanza que trajo consigo el desarrollo económico en Chile se ha destinado al consumo de comida chatarra -alta en contenido graso y azúcar refinada¹²-, a la ingesta de bebidas gaseosas¹³ y a la compra de televisores¹⁴, electrodomésticos y automóviles¹⁵. De esta manera, uno de los efectos colaterales no esperados de la modernidad chilena ha sido el asentamiento en Chile de la epidemia del siglo XXI: las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en el Adulto (ECNT): obesidad, diabetes, hipertensión, dislipidemia, cáncer, patologías cardiovasculares, respiratorias, trastornos neuropsiquiátricos¹⁶ y lesiones músculo-esqueléticas (osteoporosis, tendinitis y lumbago).

Se trata de enfermedades de larga gestación (entre 20 a 30 años). Sus principales causas son hábitos¹⁷ no saludables: alimentación desequilibrada, inactividad física, falta de rutinas de higiene de sueño, bajo control del estrés y abuso de drogas lícitas e ilícitas. Ellas no sólo merman la calidad de vida de los individuos afectados, sino que gatillan muertes prematuras y tienen efectos económicos importantes y subestimados por las familias, las comunidades y la sociedad en general.

Constituyen una epidemia mundial que afecta a hombres y mujeres por igual. Sin embargo, sólo un 20%¹⁸ de las muertes por ECNT se producen en los países de altos ingresos, mientras el 80% se registran en los países de ingresos bajos y medios, donde vive la mayor parte de la población mundial, constituyendo una causa subestimada de pobreza y dificultad en el desarrollo económicos de esos países, en especial los de rápido crecimiento económico, como es el caso de Chile.

El año 2005 se estimó que del total de 58 millones de defunciones previstas por todas las causas, 35 millones corresponderían a ECNT, lo que significa el doble del número de defunciones correspondientes al conjunto de todas las enfermedades infecciosas (incluidas el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria), las enfermedades maternas y perinatales y las carencias nutricionales.

¹² Mientras en 1975 el consumo de grasa por persona era 13,9 kilos, en 1995 era 16,7 kilos; mientras que el consumo de grasa aumentó de 30,2 kilos por persona en 1975 a 39,2 kilos en 1995.

¹³ En Chile se consume 1 lata de gaseosa al día por persona y 100 litros al año per cápita. Salinas, Judith y Vio, Fernando. 2003. Promoción de salud y actividad física en Chile: política prioritaria. En revista Panamericana de Salud Pública N° 14: 281-288.

¹⁴ Los chilenos ven 3 horas y media de televisión los días de semana y hasta 5 los fines de semana. En www.cntv.cl

¹⁵ Cien mil vehículos se introducen al mercado nacional cada año. Salinas, Judith y Vio, Fernando. 2003. Promoción de salud y actividad física en Chile: política prioritaria. En revista Panamericana de Salud Pública N° 14: 281-288.

¹⁶ La depresión afecta a 1 de cada 5 adultos chilenos. Encuesta Nacional de Salud-Chile 2003. En <http://www.minsal.cl>

¹⁷ El hábito constituye el efecto de los actos repetidos y la aptitud para reproducirlos. Práctica o costumbre adquirida por reiteración de una acción.

¹⁸ Prevención de las Enfermedades Crónicas: una inversión vital, Organización Mundial de la Salud (OMS), en www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1

Se calcula que cada año, como mínimo, 2,6 millones de personas mueren a consecuencia de su sobrepeso u obesidad, 4,4 millones mueren como resultado de niveles de colesterol total elevados, 7,1 millones mueren por una tensión arterial elevada y 4,9 millones mueren debido al tabaquismo. Asimismo, el sedentarismo es responsable de un 10 a 16% de los casos de cáncer de pecho y colon, y del 22% de las enfermedades cardiovasculares¹⁹. Si a la inactividad se suma una mala alimentación, un sueño y descanso insuficiente, síntomas de estrés y uso de drogas, el individuo aumenta 1,5 veces el riesgo de sufrir accidentes vasculares y duplica sus posibilidades de contraer cualquier tipo de cáncer²⁰.

Esto permite proyectar que 388 millones de personas morirán en los próximos 10 años a causa de ECNT y que si no se toman medidas urgentes al respecto, de los 64 millones de personas que se estima fallecerán en 2015, 41 millones lo harán por ECNT. Las repercusiones macroeconómicas serán sustanciales. Países como China, Rusia e India podrían ver recortada su renta nacional en una cantidad situada entre los \$ 200.000 millones y los \$ 550.000 millones durante los próximos 10 años de resultados de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y diabetes. China sola perderá \$558.000 millones durante la próxima década por concepto de ECNT.

En Chile, en tanto, más del 25% de la población chilena adulta padece ECNT²¹. El promedio nacional de presión arterial sistólica es 128 mmHg y diastólica 80 mmHg, cuando lo normal es 140/90 y lo ideal 120/80. El nivel óptimo de colesterol LDL es <100 mg/dl y el promedio nacional es 115 mg/dl, llegando a 128 mg/dl entre los mayores de 45 años de edad. El índice de Masa Corporal (IMC) normal es > de 18,5 y < de 25. Sin embargo, en Chile el IMC promedio entre las mujeres es 27,2 y entre los hombres 26,4. La glicemia normal es <110mg/dl y el promedio nacional es 92,9 mg/dl. Más de la mitad de los chilenos tiene riesgo cardiovascular alto o muy alto y el 22% reporta posible angina de pecho.

Asimismo, el 89% de los chilenos mayores de 15 años son sedentarios (realizan menos de 30 minutos de actividad física 3 veces por semana²²) y el 60% tiene sobrepeso o es obeso²³. Mientras hace sólo veinte años el 10% de los niños menores de 6 años eran desnutridos y el 25% de las embarazadas eran de bajo peso, el año 2000 el 38% de los niños de primero básico presentaba sobrepeso y más del 30% de las embarazadas eran obesas²⁴. Peor aún, nos hemos demorado sólo diez años en llegar a los mismos nefastos niveles de obesidad que Estados Unidos se demoró treinta años en alcanzar, lo cual no sólo se traduce en una mala calidad de vida, sino en siete años menos de vida²⁵.

En síntesis, Chile ha sufrido una preocupante transformación de su perfil epidemiológico. Mientras en la década del 60 predominaban las enfermedades infecciosas y los problemas maternoinfantiles, obligando al diseño e implementación de políticas públicas tendientes a entregar alimentos a madres y niños en riesgo de desnutrición, hoy parte importante de la población está aquejada de sobrenutrición, entre otras ECNT.

¹⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas.

²⁰ Sedentary Lifestyle: a global public health problem, web Organización Mundial de la Salud (OMS)

²¹ Encuesta Nacional de Salud-Chile 2003. En www.minsal.cl

²² Guía para una vida activa, MINSAL,

http://www.minsal.cl/ici/S_1/U_14/PROMOCION%20ACTIVIDAD%20FISICA.pdf

²³ Encuesta Nacional de Salud-Chile 2003. En www.minsal.cl

²⁴ Encuesta Nacional de Salud-Chile 2003. En <http://www.minsal.cl>

²⁵ Estadísticas OMS

2. Enfermos y tratamientos

a. La fuerza laboral chilena

En el marco de la economía neoliberal, la empresa privada se ha convertido en el referente máximo de productividad y rentabilidad en el campo laboral chileno. A lo largo de las dos últimas décadas la empresa privada ha ejercido un rol activo en la generación de negocios y en el posicionamiento de Chile en los mercados internacionales.

Sin embargo, el fin de lucro de las empresas ha devenido en muchos casos en la instrumentalización de los trabajadores, concibiéndolos como meros entes productivos que se desempeñan en tareas específicas con el objeto de maximizar la competitividad empresarial. “La liberalización de las relaciones laborales fomentan la tendencia a considerar a los trabajadores sólo por la productividad del ‘factor trabajo’ al servicio del sistema económico”²⁶.

Se olvida que el crecimiento económico es un medio para la realización de las personas y no un fin en sí mismo y que el desarrollo de un país no se alcanza sólo con equilibrios macroeconómicos –disminuyendo la inflación y aumentando la inversión, la productividad y la rentabilidad-, sino haciendo a las personas sujetos de ese proceso y atendiendo también a sus necesidades personales de descanso, alimentación, recreación, sociabilización y reconocimiento.

Consecuentemente, son muchos los chilenos laboralmente activos que viven una vida fragmentada, con todos los trastornos biopsicosociales que ello implica. Los chilenos ocupan al menos un tercio de sus vidas en el trabajo, bajo condiciones de alta exigencia síquica y física que eleva los índices de estrés, depresión y abuso del tabaco, alcohol²⁷ y drogas (estimulantes y/o tranquilizantes)²⁸, así como reduce y deteriora la cantidad y calidad del descanso²⁹, alimentación y vínculos interpersonales.

²⁶ Informe Desarrollo Humano en Chile 2002: Nosotros los chilenos un desafío cultural. Parte 3, Capítulo 2: Cultura, Economía y Trabajo, pag 95.

²⁷ En Chile casi 1 millón de personas presenta problemas derivados del consumo de alcohol. Estos problemas pueden ser de salud, familiares, laborales, de seguridad personal o de funcionamiento social. Además, este es un hábito que predispone al consumo de marihuana y cocaína. En guía: “Vida sana en la empresa”, Ministerio de Salud de Chile, septiembre 2004, p. 30.

²⁸ Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. Cuarto Estudio Nacional es Consumo de Drogas en Chile: informe ejecutivo. Santiago, Chile: CONACE; 2002.

²⁹ El 20% de la población adulta chilena sufre trastornos del sueño. En <http://tone.udea.edu.co/revista/Septiembre2003/INVESTIGACION/ENFERMERIA> y <http://www.institutodelsueno.cl/boletines.html#libro> Libro "MEDICINA DEL SUEÑO. Fundamentos Científicos y Aspectos Clínicos". EDITORIAL MEDITERRÁNEO 2000. AUTOR: profesor Dr. Walter Avdaloff Valencia. Profesor Adjunto Departamento de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile. Director del Instituto de Diagnóstico Cerebral, NEURODIAGNOS.

La fuerza de trabajo en Chile está compuesta por 6.914.652 individuos, de los cuales 6.448.422 están ocupados y 466.230 desocupados. De ellos, 392.805 están cesantes lo que corresponde a un 5,7% de la fuerza laboral y 73.425 buscan trabajo por primera vez, o sea, el 1% de la fuerza laboral.³⁰ La actual fuerza laboral del país es de 54,9%, siendo la tasa de participación femenina de 39% y la masculina de 71,4%. La mayoría de la población laboral chilena tiene entre 20 y 44 años de edad (57,4%). Le sigue el tramo etareo que va de los 45 a los 64 (36,4)³¹.

La fuerza laboral en la Región Metropolitana asciende a 2.741.900, lo cual representa el 39% de la población total del país. En términos de género, 3.475.229 son mujeres y 2.973.193 son hombres. En cuanto al nivel educacional, el 56% de la fuerza laboral capitalina tiene un nivel de educación bajo (22% tiene educación básica y 34% educación media-humanista), sólo el 18% tiene educación universitaria y el 25% restante tiene formación técnica³². Siguiendo la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones publicada por la Organización Internacional del Trabajo en 1988, la cual describe las ocupaciones relacionándolas con el nivel de competencias requeridas, vale decir el nivel educacional que exigen para su realización, tenemos que en el primer grupo a trabajadores no calificados, operarios, mecánicos, vendedores, empelados de oficina. En el segundo grupo entran científicos e intelectuales, personal directivo de la administración pública y directores o gerentes de empresa. Y en el tercer grupo los técnicos.

En Chile el 44,5% de la fuerza laboral trabaja más horas de las 8 horas diarias -la jornada de trabajo promedio es de 8 horas con 36 minutos-, e incluso hay un 5% que trabaja más de 12 horas diarias, lo que está absolutamente por sobre lo fisiológicamente saludable. La población que trabaja en transporte, minería y construcción tiene las jornadas más largas. Más de la mitad de los trabajadores de estas áreas superan las ocho horas diarias de trabajo: transporte 58,8%, minería 57% y la construcción 54%³³.

Como consecuencia se ha ampliado el espectro de afecciones laborales producto del desgaste mental y físico en el trabajo. Tanto así que después de 38 años sin actualizar la normativa vigente respecto de enfermedades profesionales, el Ministerio del Trabajo modificó en marzo de 2007, el decreto supremo N° 73 que agrega nuevas dolencias y cambia los procedimientos de denuncia y registro en caso de accidentes y patologías asociadas al trabajo. El inventario añade enfermedades tales como el sida, hanta, hepatitis B y C, fiebre Q, laringitis con disfonía y tendinitis, entre otras³⁴.

³⁰ Las personas que están fuera de la fuerza laboral (mayores de 15 años) ascienden a 5.680.745. Encuesta trimestre marzo-mayo 2007 del Ministerio del Trabajo de Chile, www.mintrab.gob.cl

³¹ Diferencias en el estado de salud percibido según situación laboral, Ministerio de Salud, 2006. En

http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/ENCAVI_Est_Salud_percibidoytrabajo.pdf

³² La fuerza laboral con formación técnica se reparte de la siguiente manera: 11% tiene educación media técnica-profesional, 7% estudió en instituto profesional y 2% cursó en centros de formación técnica. Estadísticas Ministerio del Trabajo de Chile, www.mintrab.gov.cl

³³ Encuesta de Calidad de Vida y Salud: resultados en población trabajadora, Ministerio de Salud. En http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/ENCAVI_Trabajadores.pdf.

³⁴ Normativa Laboral, Dirección del Trabajo de Chile. En <http://www.dt.gob.cl/legislacion/1611/find-results.html>

Gran parte de los problemas de salud relacionados con el trabajo tienen que ver con las posturas forzadas en el ambiente laboral. Sus efectos van desde las molestias ligeras, como las tendinitis de mano, codo y hombro hasta la completa incapacidad. El 39,3% de la población laboral chilena manifiesta que posturas molestas y/o esfuerzos musculares excesivos en el trabajo afectan su calidad de vida, mientras un 38,4% menciona el riesgo de sufrir alguna enfermedad profesional como atentario contra su calidad de vida³⁵.

Desde el año 1997 hasta el 2007, 5.843 puestos de trabajo en Chile han sido calificados por la Comisión Ergonómica Nacional (CEN) como “pesados”, es decir, labores cuya realización acelera el desgaste físico, intelectual y psíquico del trabajador, provocando un envejecimiento precoz. En minería, los trabajos pesados más recurrentes son los del área de fundición. En transporte están los choferes de camión de carga de más de 20 toneladas y en el área de manufactura, los tripulantes pesqueros. En el área servicios, han sido calificados como trabajo pesado las educadoras de párvulos, las enfermeras y los trabajadores de aseo.

Es tal el impacto negativo de estas labores, que mediante la calificación de trabajo pesado, regulada por la Ley N° 19.404, el trabajador incluso puede acogerse a una pensión de vejez anticipada, es decir, por cada 5 años en que se efectúa sobrecotización del 1% se podrá rebajar un año la edad legal para pensionarse o dos años por cada 5 años en que se efectúa la sobrecotización del 2,0%³⁶.

La carga mental que experimenta la fuerza laboral chilena también es alta. El 64,8% y el 52,4% de los trabajadores declara que la gran responsabilidad y la atención/concentración que debe dedicarle a su trabajo atenta contra su calidad de vida, respectivamente. Además, más del 30% de los hombres y cerca del 40% de las mujeres dicen que su trabajo es siempre o casi siempre emocionalmente desgastador. Un 27% de las mujeres señala que siempre o casi siempre las tareas domésticas quedan sin hacer cuando no están en casa, cosa que concuerda con el hecho de que casi la mitad de la población trabajadora es el o la jefe de hogar, lo cual significa una doble carga de trabajo y tiempo³⁷.

Entonces no sólo el ambiente laboral resulta hostil e ingrato en sí mismo, sino que además deja escaso tiempo libre. El trabajador vive para trabajar, en vez de trabajar para vivir, lo que se traduce en un mal vivir. No existe la posibilidad de hacer coincidir el ritmo de trabajo con los propios ritmos biológicos, psicológicos y sociales. “El meollo del asunto es la calidad de vida...es cierto que pueden estar ganando más, pero qué pasa con ese trabajador que labora 14 horas al día...no tiene capacidad de recreación pero si de aislamiento, de insatisfacción...”³⁸.

³⁵ Encuesta de Calidad de Vida y Salud: resultados en población trabajadora, Ministerio de Salud.

En http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/ENCAVI_Trabajadores.pdf

³⁶ “Califican como “pesados” a 5.843 puestos de trabajo en todo el país”, EL MOSTRADOR, 15 de junio 2007. En <http://ergonomica.dm.cl/content/view/6/1/>. (25/07/2007)

³⁷ Encuesta de Calidad de Vida y Salud: resultados en población trabajadora, Ministerio de Salud.

En http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/ENCAVI_Trabajadores.pdf

³⁸ “Hay brecha de insatisfacción”, La Nación, agosto, 1997. En Informe PNUD 1998. Capítulo 1. Pág 47.

Se olvida que “la organización del tiempo es una variable esencial de la calidad de vida que no se puede abandonar al libre juego del mercado y de las exigencias de la producción”³⁹.

Como resultado, hoy el ausentismo laboral está siendo reemplazado por un nuevo fenómeno: el presentismo⁴⁰, es decir, que los trabajadores laboran en condiciones biosociales no saludables, las cuales se traducen en factores de riesgos físicos (dolor de espalda y de pecho, enfermedades al corazón, dolores de cabeza, mareos, decaimiento, lesiones consecutivas), psicológicos (ansiedad, agresividad, irritabilidad, apatía, aburrimiento, depresión, soledad, fatiga, insomnio), conductuales (accidentes, abuso de drogas y alcohol, trastornos alimenticios, letargo y tabaquismo), y organizacionales (relaciones laborales conflictivas, disminución de volumen de ventas, insatisfacción laboral y baja productividad).

La clase trabajadora vive con un malestar biosocial, muchas veces silenciado y otras poco conciente, pues cree natural o inevitable estar envuelto en un ritmo de trabajo que no respeta la vida privada ni los requerimientos personales. A pesar de no sentirse física, psicológica ni socialmente plenos, los trabajadores llegan a marcar tarjeta diariamente. Saben que un par de ausencias o un intento de reclamo pueden ser causales de despido y los tiempos no están para perder el sueldo, por lo que hasta los más osados minimizan la percepción del riesgo futuro e inhiben la manifestación de su malestar presente, como si fuera el precio natural que hay que pagar por el progreso.

Como lo recuerda el Informe del PNUD 2002⁴¹, por mucho tiempo los chilenos encontraron las significaciones de su experiencia cotidiana en su trabajo. El tipo de trabajo y el lugar en que se desempeñaban -campo, mina, fábrica u oficina-, eran los ámbitos más indicados para experimentar la realización personal y establecer vínculos sociales. El trabajo era el eje articulador entre producción material y producción de sentido. Trabajar y vivir se entrelazaban, porque “para los trabajadores, la única forma social que podía tomar el derecho a vivir era el derecho al trabajo”⁴².

Sin embargo, fruto del capitalismo que reduce cualquier asunto a categoría económica, hoy “el significado del trabajo y su importancia en la vida cotidiana de las personas se vio desplazado por los problemas vinculados al empleo”⁴³. Se olvida que por medio del trabajo el hombre se constituye en relación con la naturaleza externa y respecto de su identidad y dignidad como persona, jugando un rol crucial en la autorrealización del individuo y en la conciencia de sí mismo.

³⁹ Perret B. y Roustang, G. 2000. La Economía contra la Sociedad: Crisis de la Integración Social y Cultural. Segunda Parte: Reintegrarla Economía en la Cultura. Cap. VI: Una Organización de la Sociedad que Privilegia el Punto de Vista del Consumidor Individual. Santiago, Fondo de Cultura Económica.

⁴⁰ Valdenegro, V. Alberto. Calidad de vida laboral. Revista Capacitación Mayo-Junio 2006, N° 50. Corporación de Capacitación y Empleo, SOFOFA, Pág. 49.

⁴¹ Informe Desarrollo Humano en Chile 2002: Nosotros los chilenos un desafío cultural.

⁴² Castel, R. 1997. Las metamorfosis de la cuestión social. Buenos Aires, Paidós.

⁴³ Informe Desarrollo Humano en Chile 2002: Nosotros los chilenos un desafío cultural. Parte 3, Capítulo 2: Cultura, Economía y Trabajo, pag 94.

En los últimos años se ha producido un cambio significativo en el sentido del trabajo y de las relaciones trabajo-capital en la vida de las empresas, que atañen no sólo a las reglas del juego de las relaciones laborales, sino también al espacio sociocultural. Se ha producido una precarización del trabajo, como lo demuestran los resultados del Informe del PNUD 2002. Casi 6 de cada 10 encuestados afirman que el trabajo es más que nada una manera de ganar dinero y el 42% de los entrevistados prefiere un empleo que le asegure ingresos que uno donde sean respetados sus derechos laborales⁴⁴. En relación a los cambios en las relaciones laborales, la mitad de los encuestados los considera negativos y apenas el 12% de los que laboran mencionan el trabajo como ámbito donde lo pasan bien. Sólo el 27% siente que el trabajo es un medio de socialización relevante.

Y así mientras la fuerza laboral chilena considera la subordinación creciente de la cultura (la subjetividad) a la economía como un hecho natural, parte importante del empresariado chileno actúa como si el malestar laboral no revistiera riesgos y estira el elástico lo más posible. Confiados en que hoy la demanda laboral supera la oferta, en vez de cuidar a sus empleados, los estrujan hasta el fin de sus energías y luego los reemplazan, total los desocupados son muchos, la lista de espera es larga y siempre habrá alguien dispuesto a trabajar por menos y en peores condiciones. Rige el principio de la oferta y la demanda. Olvidan que en definitiva la clave del éxito económico radica en su sustentabilidad en el tiempo y que para ello es fundamental la fuerza laboral, o sea, “la capacidad humana de actuar sobre la naturaleza mediante el uso de herramientas, con el fin de producir bienes para la satisfacción de las necesidades y para la reproducción de la vida”⁴⁵; no para su mercantilización ni su término.

Focalizadas en producir aquí y ahora, muchas empresas actúan en forma cortoplacista y, en definitiva, antieconómica, pues en vez de prevenir el desgaste de sus trabajadores, implementan medidas paliativas. Sólo por concepto de ausentismo laboral gastan alrededor de un 10%⁴⁶ más en remuneraciones por sobredotación de personal -capital humano adicional contratado en forma permanente para sustituir a los trabajadores que se ausentan-, y en reemplazantes contratados por el período exacto de licencia del trabajador enfermo, lo que no sólo implica un sueldo más, sino también costos en capacitación del nuevo empleado y pérdidas potenciales por su inexperiencia y consecuente subutilización de la infraestructura instalada.

Como señala Luhmann sobre la base de investigaciones sobre conductas de riesgo, los directivos de empresas tienden a sobrevalorar su control sobre el curso de los procesos que posiblemente causan daños o bien a dar ánimo rechazando los datos existentes y buscando y obteniendo otras estimaciones más favorables. “En otras palabras: se buscan activamente confirmaciones de la suposición de que el curso del proceso sigue siendo controlable”⁴⁷.

⁴⁴ Encuesta Nacional PNUD 2001. Sobre habitantes de las 13 regiones de Chile, de 18 años o más, 3.600 entrevistas, 30marzo-14 junio 2001.

⁴⁵ Willis, P. *Aprendiendo a Trabajar*, Akal, Madrid, 1988.

⁴⁶ Sandoval, M. *Nutrición, Fisiología y Ejercicio en Altitud*. Editorial Asociación Chilena de Seguridad, ACHS y Universidad de Antofagasta, septiembre, 1999.

⁴⁷ Luhmann, N. 1992. *Sociologías del Riesgo*. Parte 1, Capítulo 1: El Concepto de Riesgo. Universidad Iberoamericana/ Universidad de Guadalajara, México. Pág. 12.

Muy probablemente esto se deba, como dice Fernando Robles, a que los riesgos no activan sistemas de alarma en las instituciones de la sociedad burguesa, sino que arriban directamente a los sujetos y los afectan⁴⁸. Los efectos colaterales de decisiones a favor de la modernización irrumpen en la sociedad sin atravesar directamente a las instituciones, sino que desembocan directamente en los individuos, en los trabajadores, quienes se ven expuestos a inseguridades manufacturadas no por ellos, sino por otros.

A juicio de Fernando Robles, es difícil esperar iniciativas que tiendan a romper o poner fin al espiral de riesgos que transportan las decisiones que diariamente se toman en favor de la modernidad, por parte de las instituciones vinculadas directamente al mercado. Es un hecho que los riesgos aparecen en el horizonte de decisiones de acción y, obviamente, es distinta la evaluación del riesgo si uno participa en él como portador de decisiones o como afectado por dichas decisiones⁴⁹.

Sin embargo, a la larga los riesgos o productos de decisiones a favor de la modernización también afectan a quienes los producen u obtienen beneficios con ellos, en este caso, los empresarios. Tarde o temprano el elástico se corta. Si los riesgos, o sea, “los posibles daños que en el presente puedan ser anticipados y que resultan de una acción específica”⁵⁰, no se previenen, el malestar revienta, ya sea como protesta o sencillamente deviene en muerte, lo cual repercute en el sistema parcial directamente involucrado –en este caso el económico–, y en la sociedad en su conjunto. Cuando el desarrollo atenta contra la vida de las personas, en vez de permitirles ampliar sus potencialidades, las consecuencias caen por su propio peso.

Entonces el trabajador enfermo no sólo rinde bajo sus capacidades en perjuicio de la productividad de la empresa, sino que experimenta una disconformidad interna que a la larga atenta contra su éxito personal, el de la empresa y el del país en su conjunto. En pocas palabras, “la fase de latencia de las amenazas del riesgo llega a su fin. Los peligros invisibles se vuelven visibles”⁵¹. Como ya lo constató el informe del PNUD del año 2001, donde el 54% de sus encuestados se sentía inseguro en lo económico y 1 de cada 10 decía albergar sentimientos de enojo o de pérdida frente al sistema económico actual. Así, a pesar del fuerte desarrollo económico de las últimas décadas, la mitad de los entrevistados ya se veía a sí mismo como un “perdedor”⁵².

⁴⁸ Robles, F. (2000). El desaliento inesperado de la modernidad. Molestias, irritaciones y frutos amargos de la sociedad del riesgo. *Contramodernidades y Desigualdad Social*. Pág 17. Ediciones Sociedad Hoy, Dirección de Investigación. Universidad de Concepción.

⁴⁹ Idem op cit.p 24.

⁵⁰ Robles, F. (2000). El desaliento inesperado de la modernidad. Molestias, irritaciones y frutos amargos de la sociedad del riesgo. *Contramodernidades y Globalizaciones Paradójicas*. Pág. 2. Ediciones Sociedad Hoy, Dirección de Investigación. Universidad de Concepción.

⁵¹ Luhmann, N. 1992. *Sociologías del Riesgo*. Parte 1, Capítulo 2: Teoría Política del Conocimiento en la Sociedad del Riesgo. Universidad Iberoamericana/ Universidad de Guadalajara, México. Pág. 24.

⁵² Informe Desarrollo Humano en Chile 2002: Nosotros los chilenos un desafío cultural. Parte 6, Capítulo 1: Visiones del Sistema Económico, pag 257.

Son muchos los peligros que puede correr la sustentabilidad de un modelo que no asimila el malestar de la gente. Una estrategia de desarrollo económico que pretende pasar por alto la subjetividad social va destinada al fracaso. Sin embargo y aún cuando hay evidencias de que los resultados económicos de una empresa llegan y mejoran si se mantienen relaciones no oportunistas con los grupos de interés afectados por la actividad productiva, entre ellos los clientes, la comunidad, los proveedores, el gobierno, los accionistas y, especialmente, los trabajadores y sus familias, son pocas las empresas chilenas con un ideario de Responsabilidad Social Empresarial (RSE)⁵³, un modelo empresarial centrado en el respeto por la ética, las comunidades, el medio ambiente y los trabajadores para contribuir a un desarrollo económico sustentable. Gran parte del empresariado chileno no entiende que “en una sociedad de abundancia el trabajo, en última instancia, ya no es posible si no es también un medio para la plenitud personal”⁵⁴.

b. Medicina Asistencial y Preventiva

Frente al malestar biopsicosocial general de los chilenos y de la fuerza laboral chilena en particular, el campo de la medicina ha hecho poco y nada, pues tampoco se ha salvado de la lógica neoliberal. La obsesión por el crecimiento económico, la preponderancia del parecer por sobre el ser y la ilusión de poder reducir la realidad a cifras con el objeto de entregar señales de desarrollo, deja en segundo plano la dimensión subjetiva de la salud: las personas. La salud es vista como un medio para garantizar la productividad del país.

Consecuentemente, en las políticas de salud se repiten una y otra vez conceptos económicos, como beneficio, costo, inversión, cobertura, acceso, lo cual concuerda con la estructura neoliberal de política social que “supone la existencia ideal de un individuo portador de un subsidio o de un voucher que le posibilita el acceso a un beneficio social determinado”⁵⁵, y deja en evidencia que la salud es asumida como un negocio. No es necesario leer entre líneas para darse cuenta de que en Chile “el desarrollo económico se ha transformado en un fin en sí, desconectado de toda finalidad social”⁵⁶, incluida la salud. Así lo expresa abiertamente el propio Ministerio de Salud de Chile: “Para asegurar la competitividad y crecimiento de la economía chilena se requiere expandir de forma sostenida la capacidad productiva del país. La realización en capital físico incide decisivamente en el desempeño de la economía”... “Consecuentemente, desde 1990 a la fecha, la inversión del sector salud se ha orientado principalmente a la recuperación de la infraestructura, de la obsolescencia técnica del equipamiento y a la rehabilitación de los establecimientos hospitalarios”... “con el objetivo de aprovechar racionalmente la infraestructura sanitaria nacional, buscando el máximo beneficios de la población a los menores costos posibles para el país”⁵⁷.

53 RSE. En Fundamentos de RSE.

http://www.vincular.cl/index/base.php?id_subsecciones=127&id_secciones=6. Abril, 2006.

⁵⁴ Perret B. y Roustang, G. 2000. La Economía contra la Sociedad: Crisis de la Integración Social y Cultural. Segunda Parte: Reintegrarla Economía en la Cultura. Cap. VI: Una Organización de la Sociedad que Privilegia el Punto de Vista del Consumidor Individual. Santiago, Fondo de Cultura Económica.

⁵⁵ Corvalán, Javier. ¿Se puede hablar de una Política Social Neoliberal en el Chile Actual? Revista Persona y Sociedad. Vol. XIII, N° 2, agosto 1999.

⁵⁶ Perret B. y Roustang, G. 2000. La Economía contra la Sociedad: Crisis de la Integración Social y Cultural. Segunda Parte: Reintegrarla Economía en la Cultura. Cap. V: Encauzar lo Económico. La Difícil Búsqueda de un Equilibrio entre la Economía, la Cultura y lo Político. Santiago, Fondo de Cultura Económica

⁵⁷ MINSAL. Inversión Sectorial 1990-1999. En www.minsal.cl

Se pretende poner freno a las ECNT dictando políticas públicas que se orienta a paliar el problema y no ha resolverlo. El énfasis está puesto en curar enfermedades, en vez de evitar que éstas ocurran y, en consecuencia, el presupuesto del sector se destina fundamentalmente a la construcción de infraestructura para asistir a los enfermos, en vez de priorizar la educación en salud de la población nacional para reducir al máximo las probabilidades de que contraigan patologías.

Sin embargo, en el campo de la salud, el cálculo económico no puede bastar para guiar las decisiones. Lo que Chile necesita es que los chilenos estén sanos, es decir, que en lo posible no necesiten ir al doctor. Es urgente que la salud deje de ser asistencialista y se aborde como lo que realmente es: “el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”⁵⁸

A su vez, las escasas iniciativas por abordar preventivamente esta epidemia nacional se han caracterizado por ser paternalista y generales, es decir, impuestas desde arriba y ajenas al espacio sociocultural en que debían aplicarse. Estas estrategias se han confiado en el hecho de que conocen las causas de las ECNT y por ende han impulsado solución originadas en Ginebra, en los pasillos de la Organización Mundial de la Salud, olvidándose del contexto en que se aplican y a quiénes se aplican.

Entre los intentos que figuran en esta materia la más seria es la iniciativa lanzada por el Ministerio de Salud en 1998⁵⁹. Dado el cambio de perfil epidemiológico y sus riesgos asociados, éste inició el Plan Nacional de Promoción de la Salud y creó el Consejo Nacional para la Promoción de Salud –VIDA CHILE-, encargado de elaborar las políticas de promoción de salud en el país, asesorar a los ministerios y a los gobiernos regionales y locales en el tema salud y apoyar la implementación de los planes de promoción de salud.

Así, en octubre de 1999 autoridades políticas y legislativas, representantes de sectores públicos y privados, científicos, comunitarios y sociales suscribieron el Acta “Por un país saludable”, comprometiéndose a mantener a la sociedad chilena sana y a mejorar su calidad de vida.

Con este objetivo se seleccionaron 5 temas prioritarios para las políticas de promoción de salud: actividad física, alimentación, lucha contra el tabaquismo, factores psicosociales y ambientes. Para cada uno de ellos se establecieron metas –primero para el año 2000 y luego se ampliaron al 2010-, y estrategias de acción para alcanzarlas.

En relación a la actividad física se propuso para el 2010 disminuir la prevalencia de sedentarismo en la población mayor de 15 años en 7 puntos porcentuales (de 91 a 84%) y en materia alimenticia, reducir al obesidad en 11 puntos porcentuales (de 58 a 57%).

⁵⁸ Definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1954.

⁵⁹ Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud. Editores: Cecilia Albala, Sonia Olivares, Judith Salinas, Fernando Vio Andros impresores, Santiago de Chile, 2004. Rev. chil. nutr. [online]. nov. 2004, vol.31 supl.1 [citado 30 Junio 2005], p.183-183. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182004031100006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-7518.

Respecto a las estrategias se planteó la elaboración y difusión de recomendaciones de actividad física para la población, a través de campañas comunicacionales y guías con consejos para llevar una vida sana; la realización de programas de información y educación para el fomento de una vida activa, con la acreditación de establecimientos educacionales promotores de salud, con un profesor encargado de desarrollar actividades físicas 3 veces a la semana; y la ampliación de las oportunidades para la práctica de actividades físicas, a través de la recuperación de espacios públicos, como plazas y parques.

Casi una década después, en julio de 2006, la Presidenta de la República, Michelle Bachelet, lanzó como gran novedad la Estrategia Global contra la Obesidad, EGO-Chile, anunciando que ella sería “una carta de navegación con metas y desafíos claros de tal manera de llegar al 2010 cumpliendo los objetivos sanitarios para la época y los desafíos milenio de Naciones Unidas para Chile en el ámbito de la nutrición”⁶⁰.

Entre las principales líneas de acción de EGO la mandataria destacó el fomento de políticas y planes destinados a mejorar los hábitos alimenticios y aumentar la actividad física entre los chilenos, con el objetivo de sensibilizar a la población nacional respecto al positivo impacto que tiene la alimentación equilibrada y la práctica regular de actividad física para la salud

Con ocasión del lanzamiento del programa Bachelet afirmó: “es tarea primordial del Gobierno generar los espacios para que la actividad física esté al alcance de todas las personas”, a lo que la entonces Subsecretaria de Deportes, Catalina Depassier, añadió: “Es por eso que Chiledeportes garantizará la creación de 1.000 Escuelas Abiertas a la Comunidad que permitirá que al menos 3 centros educacionales por comuna abran sus puertas tras el término de la jornada escolar para la práctica de baby fútbol, básquetbol, baile entretenido, etc”.

Por su parte, la ex Ministra de Salud, María Soledad Barría, sostuvo: “Desarrollaremos campañas de información para educar y motivar a la población en torno a la prevención de obesidad y estilos de vida saludables”.

¿Qué hubo de nuevo o, mejor dicho, que no hubo de viejo en estas estrategias? Sencillamente se trató de los mismos planes de acción propuestos por gobiernos concertacionistas anteriores, pero con nombres nuevos y matices de diferencia? Antes “Escuelas Promotoras de la Salud”, ahora “Escuelas Abiertas a la Comunidad”; antes programas de actividad física para embarazadas y enfermos crónicos en los lugares de atención primaria de salud, ahora intervención en los centros de atención primaria con foco en los menores de 6 años y las embarazadas.

¿Es que le tocaba al gobierno de turno decir que le preocupa la salud de los chilenos? ¿Cómo la Ministra de Salud osa decir: “todos estos compromisos demuestran que estamos trabajando para mejorar la calidad de vida de los chilenos? ¿Con apenas cuatro meses a la cabeza del gobierno, habrá querido decir que existe la *intención* de trabajar por mejorar la calidad de vida de los chilenos?

⁶⁰ Presidenta Bachelet lanzó Estrategia Global contra la Obesidad. Santiago, martes 11 de julio de 2006. En: <http://www.presidencia.cl/view/homepage.asp> (20/97/2006)

Es de esperar que así sea, porque a juzgar por los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2003 tampoco se puede haber estado refiriendo al trabajo “realizado” por la Concertación en los períodos presidenciales anteriores. En 1999 la meta fue reducir a 58% la obesidad nacional para el 2000 y resulta que el año 2003 había subido a 62,3%, mientras el índice de sedentarismo entre las mujeres se había mantenido y el de los hombres apenas disminuido en un 2%. Asimismo, según la Encuesta de Calidad de Vida 2006, el 45,7% de la población se percibe con sobrepeso u obesa, superior al 33% registrado el 2003⁶¹.

Con estos antecedentes, ¿qué logros podemos esperar realmente para el año 2010 en materia de salud? ¿Se cumplirán para entonces algunas de las metas fijadas? ¿Gozarán los chilenos de un verdadero bienestar biosicosocial para el bicentenario?

La única diferencia rescatable de la Estrategia EGO en relación al Plan Nacional de Promoción de Salud es que el primero estipulaba que la implementación de estrategias de promoción era principalmente responsabilidad del gobierno local mediante los planes comunales y los ministerios los responsables directos de las estrategias de carácter nacional, en cambio esta vez la mandataria y sus colaboradores hicieron una invitación a la comunidad a participar en un movimiento ciudadano en torno al tema de la obesidad y el sedentarismo, recalcando que se trata de un problema cultural colectivo:

“Esperamos el compromiso de cada uno de ustedes, de cada familia, de cada padre y de cada niño. Sabemos que los cambios culturales son difíciles, pero creemos también que nuestra sociedad está preparada para transformarla en una meta colectiva en la que cada aporte personal es fundamental”⁶², sostuvo la Ministra de Salud en el lanzamiento de EGO-Chile.

Es que como bien señala Luis de Sebastián, “la política social no puede limitarse a un compromiso unilateral, más o menos creíble, del gobierno. Sin una participación y compromiso de las comunidades no hay política social posible”⁶³.

Una política de salud requiere la participación activa de los beneficiarios y más aún cuando se trata de cambiar hábitos personales. Los esquemas paternalistas que funcionan sobre la base de imposiciones unilaterales están destinados al fracaso en esta materia. Si la población no muestra voluntad para modificar sus costumbres alimenticias y de ejercitación⁶⁴, la obesidad y el sedentarismo seguirán en alza. Es necesario que los ciudadanos se transformen en colaboradores y no simples destinatarios de medidas diseñadas e impuestas por “expertos” en la materia. Deben ser sujeto y no objeto de las políticas públicas diseñadas por las autoridades para que éstas se materialicen efectivamente.

⁶¹ Encuesta Calidad de Vida 2003, Ministerio de Salud. En <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/index.htm>

⁶² Chile incrementará el combate contra la obesidad. En <http://www.minsal.cl/ici/info.asp?cbc=&rela=1664>. (19/07/2006)

⁶³ De Sebastián, Luis. Participación por contrato. La Participación como mecanismo contractual en las políticas sociales. Documento de Trabajo I-5. INDES. BID. 1999.

⁶⁴ Según estadísticas del MINSAL, si los chilenos fueran más activos se podrían reducir cerca de 4.500 muertes al año en el país.

El autocuidado, es decir, “la realización de actividades que las personas ejecutan libre y voluntariamente con el fin de mantener la vida, salud y bienestar”⁶⁵, es un fenómeno activo, que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y decidir un curso de acción apropiado a su beneficio, a través de un compromiso personal de cambio conductual.

Por el contrario, si los involucrados o “stakeholders” sienten que las estrategias diseñadas por las autoridades para mejorar su calidad de vida no resuelve sus problemas reales, no sólo existe la posibilidad de que ignoren las medidas ideadas, sino que se declaren en abierta rebeldía contra ellas, echando por la borda hasta la iniciativa más eficiente para promover una vida saludable. No sólo en el papel una estrategia debe parecer buena, sino sentirse así por parte de los potenciales beneficiarios y para ello es necesario conocer la razón de sus actos, el por qué de sus prácticas en salud.

c. Medidas descontextualizadas

Entre las iniciativas de promoción de salud que se han diseñado para combatir las ECNT en Chile figura la publicación de una guía práctica para empresas: “Vida Sana en la Empresa”, publicada por el Ministerio de Salud de Chile en septiembre de 2004. Su objetivo es que “las empresas públicas y privadas adopten acciones y programas que promuevan estilos de vida más sanos y las personas sientan el beneficio que esto implica, para ellas, sus familias y también, de acuerdo a todas las evidencias existentes, en una mayor productividad para la empresa”⁶⁶.

La guía se inspira en el concepto de Calidad de vida laboral acuñado en 1999 por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España y adoptado por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social de Chile: “Las situaciones que rodean al puesto de trabajo están compuestas por determinadas circunstancias que van desde las relaciones con los compañeros de trabajo, con los responsables jerárquicos, el esfuerzo empleado en el trabajo diario y las condiciones de trabajo. Por lo tanto, una empresa preocupada por la calidad de vida laboral, se propone, ente otros, promover una cultura que valora altamente el cuidado de la salud, la seguridad y el bienestar de sus integrantes”⁶⁷.

En este marco, el Ministerio de Salud de Chile plantea que la estrategia más adecuada para la consecución de estos propósitos es la promoción de la salud: “un bien social de carácter universal que proporciona a la población los medios para ejercer el mayor control sobre su propia salud e impulsa la creación de nuevas políticas públicas que otorguen mayor protección y bienestar”⁶⁸.

Consecuentemente, la guía aborda los factores protectores y de riesgo en torno a la alimentación, la actividad física, el tabaquismo, además de los factores psicosociales y ambientales. A través de estadísticas negativas y experiencias positivas, la guía pretende convertirse en pieza clave de la estrategia corporativa en materia de promoción de una vida sana al interior de las organizaciones.

⁶⁵ Guía Práctica para Empresas. Vida Sana en la Empresa. Ministerio de Salud de Chile, (MINSAL), septiembre 2004, p.13.

⁶⁶ Guía Práctica para Empresas. Vida Sana en la Empresa. Ministerio de Salud de Chile, (MINSAL), septiembre 2004, p.5.

⁶⁷ Idem, op cit. P. 8.

⁶⁸ Idem op cit. P. 8.

El Ministerio de Salud sugiere que sólo si se siguen estas pautas en salud las empresas serán un lugar de trabajo saludable, es decir, “un lugar que promueve el bienestar familiar y social de los trabajadores, a través de la protección de riesgos físicos, ambientales y psicológicos, estimulando su autoestima y el control de su propia salud y del medio ambiente”⁶⁹.

Es efectivo que una empresa por definición se orienta a maximizar su productividad y rentabilidad. Sin embargo para lograrlo es decisivo el bienestar y rendimiento de la fuerza laboral. Empresa es aquella entidad integrada por el capital y el trabajo, como factores de la producción, que se dedica a actividades industriales, mercantiles o de prestación de servicios con fines de lucro. En otras palabras, reúne en sí capital y trabajo para hacerlo producir⁷⁰.

Es por esta razón que la prevención de accidentes en el mundo laboral se convirtió en una preocupación permanente de los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad desde su constitución en 1969. Y afortunadamente a lo largo de la historia se han logrado grandes avances en este campo. Entre 1997 y 2004 la tasa de accidentes laborales en Chile disminuyó en un 31,66%⁷¹. Las cifras confirman la tendencia a la disminución de los accidentes laborales, reflejándose en una tasa de 7,1% el 2004, a diferencia del 10,39% en 1997.

Respecto del número de accidentes del trabajo fatales, el año 1997 se registró 274 casos, mientras que el año 2004 se produjeron 214, lo que implica una reducción de un 21,9%. La tasa de mortalidad, en 1997 era de 1 accidente fatal por cada 10 mil trabajadores protegidos, mientras que en el año 2004 esta tasa es de 0,7 accidentes fatales por cada 10 mil trabajadores protegidos, lo que implica una reducción del 28,74% de la tasa de mortalidad para el período analizado. Así, los Departamentos de Salud Ocupacional y Prevención de Riesgos han logrado cada vez mayor control en relación a los riesgos físicos, químicos y biológicos.

Sin embargo, hoy en día, las nuevas maneras de organizar el trabajo, las crecientes demandas y exigencias laborales hacen que existan numerosas otras situaciones que producen daños a la salud en el mundo laboral, que en definitiva no se están previniendo ni resolviendo. En la actualidad es evidente que ya no basta con velar sólo por la integridad física del trabajador, sino que es necesario asegurar la tranquilidad de su espíritu, de su mente y de su entorno social para que pueda realizarse.

En definitiva son pocas las medidas de salud preventiva que se han implementado con éxito en Chile para controlar las ECNT. Por lo general son acciones particulares y muy acotadas que no alcanzan la masividad que exige la resolución de una epidemia nacional.

⁶⁹ Idem op cit. P.10.

⁷⁰ <http://www.definicion.org/empresa>

⁷¹ Superintendencia de Seguridad Social, SUSESO, Gobierno de Chile

http://www.suseso.cl/layout_1/inicio.php?id_menu=18&idioma=esp¬icia_id=30&PHPSESSID=1b57913fb4d6c1c6037ecb3aba461ed7

El problema es que a la hora de abordarla se parte de los hechos, sin adentrarse en la subjetividad que se esconde tras ellos. Se dan por conocidas las causas que explican el consabido diagnóstico de que los adultos chilenos están padeciendo enfermedades crónicas. Se conocen los factores de riesgo que originan estas patologías –alimentación desequilibrada, falta de actividad física, mal dormir, abuso de sustancias ilícitas, el estrés-, y se cree que eso basta para resolver y superar la epidemia del siglo XXI.

Si hasta el mismo Organismo Mundial de la Salud sostiene que no utilizar los conocimientos disponibles en materia de prevención y control de las enfermedades crónicas pone en peligro innecesariamente a las generaciones futuras: “No hay nada que justifique que las enfermedades crónicas sigan segando prematuramente la vida de millones de personas cada año por estar relegadas a un segundo plano en la agenda del desarrollo sanitario, cuando conocemos ya perfectamente la manera de evitar esas defunciones. Conocemos las causas. El camino a seguir está claro. Actuar está ahora en tus manos”⁷².

Sin embargo, si fuera así de fácil, ¿no habríamos superado ya las ECNT? ¿Se habrían extendido por casi dos décadas hasta transformarse en una epidemia mundial que amenaza con extenderse por mucho tiempo más?

Es verdad que ya muchos países han incluido las enfermedades crónicas y la prevención en salud como parte de sus políticas públicas para poder frenar esta epidemia, conduciendo a grandes mejoras en la esperanza de vida y la calidad de vida de las personas. Por ejemplo, las tasas de mortalidad por cardiopatías se han reducido hasta en un 70% en los tres últimos decenios en Australia, Canadá, Estados Unidos y el Reino Unido. Países de ingresos medios, como Polonia, también han conseguido avances sustanciales en los últimos años. Más aún, se estima que si se logra una reducción anual del 2% de las tasas mundiales de mortalidad por enfermedades crónicas durante los próximos 10 años se evitarán 36 millones de muertes prematuras de aquí al 2015.

También es cierto que Chile no puede quedarse al margen de esta iniciativa. Menos aún cuando según estadísticas del Ministerio de Salud de Chile, por cada dólar invertido en acciones de promoción de salud el país se ahorraría hasta US\$ 7,5 en costos asociados a enfermedades crónicas y con sólo disminuir el nivel de sedentarismo nacional se reducirían cerca de 4.500 muertes por año⁷³.

Sin embargo estos son sólo cálculos probabilísticos y para que ellos se conviertan en realidad no basta con que la comunidad internacional de expertos en salud pública dicte pautas de prevención de las enfermedades crónicas y los chilenos las conozcan. ¿O acaso es suficiente con que los chilenos sepan lo que deben comer y cuánto deben ejercitar para que estén saludables? No. Como bien dice el refrán, del dicho al hecho hay mucho trecho y ese trecho es eminentemente cultural. La enfermedad y la salud no sólo tienen una dimensión racional-biológica, sino también una subjetiva-cultural. Por lo tanto, para afrontar las enfermedades crónicas no basta con que se difundan por el mundo directrices genéricas y universales, supuestamente aplicables en todos los países por igual.

⁷² Prevención de las Enfermedades Crónicas: una inversión vital, Organización Mundial de la Salud (OMS), en www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1

⁷³ Time Research

Por el contrario, es crucial que cada país se adentre en las razones culturales que se esconden detrás de las causas que explican las ECNT, pues la génesis y erradicación de cualquier patología está directamente relacionada con la cultura local, vale decir, con las costumbres y creencias incorporadas por cada miembro de la sociedad en el proceso de socialización. Esta segunda naturaleza determina en gran medida el seguimiento o no de pautas saludables y, por consiguiente, el éxito o fracaso en el combate de enfermedades.

II.- Presentación del Problema de Investigación

1. Problema de investigación

En el marco del modelo neoliberal que Chile experimenta desde los años noventa hasta la fecha, las políticas públicas en salud parten de la premisa de que el conocimiento científico, la difusión de pautas de salud y la administración de medicamentos basta para paliar enfermedades, considerando la salud sólo en su dimensión biológica, como si los médicos trataran cuerpos, en vez de personas con historias, costumbre y creencias que determinan su comportamiento.

Es así como la presente investigación surge de constatar la incapacidad del sistema de salud pública de abordar y enfrentar las enfermedades crónicas desde una perspectiva biosociosocial y la consecuente necesidad de evitar y, en su defecto, poner freno en forma urgente a esta silenciosa y desatendida epidemia que responde a hábitos de vida no saludables, pero que afortunadamente son modificables si se considera la salud en todas sus dimensiones, es decir, como “el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”⁷⁴.

Para enfrentar la epidemia del presente siglo es necesario conocer “(...) ese todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias (...) las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad”⁷⁵; en este caso, la cultura chilena. Esas creencias y comportamientos que los chilenos adquirimos no a través de la herencia biológica, sino por desarrollarnos en una sociedad chilena, donde estamos expuestos a una tradición cultural específica.

Como dice Pierre Bourdieu, “la sociología sólo puede comprender el juego social en lo más esencial si toma en cuenta algunas características universales de la existencia corporal, como el hecho de que no existimos en estado de individuo separado, sino que estamos confinados a un lugar y a un momento de la historia”.

Así, las prácticas de los chilenos -o su ausencia en el caso de la actividad física, la alimentación equilibrada, el descanso, etc-, responden a factores más profundos que tienen que ver con el paradigma de vida saludable que tienen los chilenos y las costumbres culturales que gatillan y perpetúan los actuales procesos de salud-enfermedad en Chile. Los procesos de salud-enfermedad no sólo tienen un carácter cultural en el caso de los pueblos indígenas, como generalmente se cree y se rescata. La enfermedad tiene una dimensión cultural para todos los pueblos y localidades, por lo que la sanación debe buscarse en un contexto determinado.

⁷⁴ Definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1954.

⁷⁵ Kottak, C.P. 2000. La Cultura. En Antropología Cultural. Espejo de la Humanidad. Madrid: Mc Graw-hill.

Inicialmente la investigación se pensó en términos más amplios, abarcando a toda la población nacional. Sin embargo, dado que los hábitos de vida tienen una estrecha relación con la rutina diaria y las personas permanecen en sus lugares de trabajo un tercio de sus vidas, siendo éste parte importante de su cotidianidad, la investigación se centró en la población laboralmente activa. Asimismo, el estudio se centra en la población laboralmente activa en la Región Metropolitana, considerando que las prácticas también están sujetas a las particularidades de cada localidad, siendo los estilos de vida y el trabajo muy diferentes en la capital, en el sur o en el norte del país.

En concordancia con la tesis de esta investigación -la posible superación de cualquier enfermedad pasa por considerar las creencias y consecuentes conductas de la población afectada-, y tratándose de enfermedades crónicas en Chile, la investigación se centró en las personas nacidas en Chile y moldeadas por una segunda naturaleza específica -la cultura chilena-, que tienen entre 18 y 65 años, y que están trabajando en empresas con operaciones en Chile, vale decir, con horarios y dinámicas laborales chilenas. En síntesis, personas que son como son por haber crecido y estar desarrollándose en el seno de la sociedad chilena.

El capital cultural del trabajador chileno constituye una variable fundamental en el abordaje de la epidemia en cuestión. Contar con este conocimiento es imprescindible para poder deconstruir el actual paradigma de vida saludable del trabajador chileno y reemplazarlo por uno efectivamente saludable con miras al futuro. En este sentido, el problema de investigación radicó en identificar y caracterizar el paradigma de vida saludable de la fuerza laboral chilena, es decir, la idea de vida saludable que comparten y los consecuentes hábitos de salud que practican.

Por una parte, esto implicó rescatar el significado que los trabajadores chilenos le otorgan a conceptos relacionados con el ideario de vida saludable y, por otra, conocer las prácticas concretas que tienen incorporadas en su diario vivir como resultado de estos significados.

Dado que estos discursos y conductas en materia de salud se han inscrito en el trabajador chileno en el proceso de socialización y en el marco de la cultura chilena, como una segunda naturaleza, también interesó determinar el origen y las posibles modificaciones que ha sufrido esta segunda naturaleza.

Asimismo, en consideración a la importancia que tiene la dimensión subjetiva de la salud en la erradicación de la epidemia que da pie a esta investigación, se buscó conocer la auto percepción que tienen los trabajadores sobre sus propios hábitos de salud, pues la calificación de esta percepción –positiva o negativa-, también incide en la factibilidad de poner freno a las enfermedades crónicas.

Además, el grueso de la población laboralmente activa corresponde a adultos con hábitos formados, lo que permitió obtener una radiografía muy clara y certera de los hábitos en salud que están incidiendo en la propagación de las enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto (ECNT), a partir de la cual impulsar cambios de hábitos que permitan revertir esta epidemia.

Así, la siguiente investigación se pregunta concretamente por las características del paradigma de vida sana que tiene el trabajador chileno.

2. Relevancia de la investigación.

La presente investigación es relevante en varios ámbitos. Para empezar, en el área de las políticas públicas, ya que una certera caracterización del paradigma de salud del trabajador chileno dejará en evidencia la estrecha relación que existe entre cultura y enfermedades, echando por la borda el ineficiente enfoque economicista, tecnocrático y racionalista que rige el campo de la salud en Chile y, en consecuencia, las autoridades en salud deberán considerar la dimensión subjetiva de la salud a la hora de dictar los lineamientos públicos en esta área, con lo cual se abrirán las posibilidades de una transición desde la medicina asistencial y paliativa a una medicina preventiva que reduzca las probabilidades de que la población nacional contraiga enfermedades crónicas.

A su vez, esta investigación tiene gran trascendencia en términos del desarrollo país, si se considera que el 80% de las muertes por enfermedades crónicas se registran en los países de ingresos bajos y medios, constituyendo una causa subestimada de pobreza y dificultad del desarrollo económicos de estos países, en especial los de rápido crecimiento económico, como China, India y Chile.

Con la caracterización del paradigma de vida sana del trabajador chileno se estará en condiciones de implementar políticas de salud que prevengan estas enfermedades y, consecuentemente, se reduzcan las pérdidas materiales y humanas que limitan el desarrollo. Prolongar la vida en beneficio de los interesados, de sus familias y de las comunidades es de por sí un finpreciado, pero evitar defunciones también redundan en beneficio del crecimiento económico de un país. Por ejemplo, el lograr reducir las tasas de mortalidad por todas las enfermedades crónicas en un 2% anual durante los próximos 10 años significará un crecimiento económico acumulado de \$36.000 millones para China y \$15.000 millones para la India.

Asimismo, una investigación como la que se plantea es relevante para las ciencias sociales y en especial para la antropología aplicada, en la medida que ésta busca recopilar información útil para resolver de manera práctica problemas sociales, como es el conocimiento respecto a las creencias y prácticas en salud de los trabajadores chilenos que servirá para enfrentar las enfermedades crónicas que están afectando a la población adulta de Chile y amenazan con extenderse a los menores.

3. Objetivo General de la Investigación

1. Caracterizar el paradigma de vida sana de la fuerza laboral activa de Santiago de Chile, desde la descripción de las ideas en salud que ésta tiene (ideario) y de las prácticas cotidianas en salud que se desprenden de ellas (praxis).

4. Objetivos Específicos de la Investigación

- 1) Describir el significado explícito e implícito que la fuerza de trabajo capitalina le da a conceptos como “salud”, “enfermedad”, “hábitos”, “enfermedades crónicas” y “vida sana”, ahondando en sus conocimientos, creencias, historias personales y quehacer laboral.
- 2) Identificar las prácticas cotidianas que el trabajador chileno sigue por considerarlas saludables, determinando el origen de estas prácticas (fuente de información y formación) y sus modificaciones.
- 3) Describir la opinión y calificación del trabajador chileno respecto a sus hábitos de alimentación, ejercitación, descanso (sueño), comunicación, relajación (manejo de estrés) y uso de sustancias lícitas e ilícitas (alcohol, tabaco y drogas).

A partir de la consecución de estos tres objetivos específicos se podrán establecer relaciones entre los hábitos en salud del trabajador chileno y su concepción de vida sana, así como comparar sus hábitos en salud con las estadísticas nacionales relacionadas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), lo cual permitirá validar la importancia de contextualizar la salud en el marco de la cultura local si se pretende enfrentar y resolver cualquier enfermedad.

El sujeto de análisis corresponde al individuo chileno, laboralmente activo en una empresa con operaciones en la capital de Chile. Su tiempo es el hoy, desde donde se hará reminiscencia al origen de sus hábitos presentes en materia de salud.

III.- Marco Teórico

1.- La Sociología de la Cultura.

a.- Constructivismo estructuralista o estructuralismo constructivista

En el intento por explicar la realidad social, las ciencias sociales se han debatido interminablemente entre perspectivas opuestas, aparentemente incompatibles e inconciliables –objetivismo/subjetivismo, determinismo/voluntarismo, lo macrosocial/microsocial⁷⁶-, transformando el problema de la estructura y la agencia⁷⁷ en la cuestión fundamental de la teoría social.

De esta manera, mientras el objetivismo trata los hechos sociales como cosas, dejando de lado todo lo que deben al hecho de que son objetos de conocimiento –o de desconocimiento- en la existencia social, el subjetivismo reduce el mundo social a las representaciones que de él se hacen los agentes⁷⁸.

Durkheim fue quien expresó de la manera más evidente la posición objetivista: “Creemos fecunda esta idea de que la vida social debe explicarse no por la concepción de aquellos que en ella participan, sino por las causas más profundas que escapan a la conciencia”⁷⁹.

Por el contrario, Schütz diría: “El campo de observación del *social scientist*, la realidad social, tiene un sentido y una estructura de pertenencia específica para los seres humanos que viven, actúan y piensan en ella. Por una serie de construcciones de sentido común, preseleccionan y preinterpretan ese mundo que aprehenden como la realidad de su vida cotidiana. Son esos objetos de pensamiento los que determinan su comportamiento motivándolo. Los objetos de pensamiento contruidos por el *social scientist* a fin de captar esta realidad deben fundarse en los objetos de pensamiento contruidos por el pensamiento de sentido común de los hombres que viven su vida cotidiana en su mundo social”⁸⁰.

Dos posiciones diametralmente opuestas: desde una perspectiva la tarea de la ciencia social consiste en estudiar cosas y, desde la otra, radica en producir un “informe de informes” producidos por los sujetos sociales. Sin embargo, para abordar la realidad social y poder explicar las prácticas sociales -como las de salud-, es necesario superar esta oposición artificial que se establece entre las estructuras y las representaciones, pues como sostiene el sociólogo francés, Pierre Bourdieu, las dos perspectivas están en realidad “en una relación dialéctica”⁸¹.

⁷⁶ Archer, Margaret., *Cultura y Teoría Social*, Prefacio, Buenos Aires: Nueva Visión, 1997.

⁷⁷ Agency: capacidad de obrar que sería propia de los seres humanos, que no se limitan a sufrir o realizar las leyes de estructura del sistema (biológico o social), sino que actúan como sujetos agentes, es decir, con la propiedad de obrar deliberadamente.

⁷⁸ Bourdieu, Pierre., “Espacio social y poder simbólico”, en: *Cosas Dichas*, Barcelona: Gedisa, 2000, pp.127-142

⁷⁹ Idem op. cit. 127-142

⁸⁰ Schütz, A., “The problem of Social Reality”, en: *Collected Papers, I*, la Haya, Martinus Nijhoff, s.f., pág.59.

⁸¹ Bourdieu, Pierre., “Espacio social y poder simbólico”, en: *Cosas Dichas*, Barcelona: Gedisa, 2000, pp.127-142

A su juicio, lejos de oponerse, la ilusión cosista y la ilusión personalista van de la mano. “No acabaríamos de enlistar los falsos problemas que generan en la oposición entre individuo-persona, que es interioridad, singularidad, y la sociedad-cosa, como exterioridad: los debates ético-políticos entre aquellos que otorgan un valor absoluto al individuo, al individualismo, y aquellos que confieren la primacía a la sociedad, a lo social, al socialismo, se encuentran en el trasfondo de la discusión teórica, sin cesar recomenzada, entre un nominalismo que reduce las realidades sociales, los grupos o instituciones a artefactos teóricos sin realidad objetiva, y un realismo sustancialista que reifica las abstracciones”⁸².

Conciliar estas dos perspectivas fue la intención más constante de Bourdieu a lo largo de sus años de reflexiones. “Por un lado, las estructuras objetivas que construye el sociólogo en el momento objetivista, al apartar las representaciones subjetivas de los agentes, son el fundamento de las representaciones subjetivas y constituyen las coacciones estructurales que pesan sobre las interacciones; y por otro lado, esas representaciones también deben ser consideradas si se quiere dar cuenta de las prácticas cotidianas, individuales o colectivas, que tienden a transformar o a conservar esas estructuras”⁸³.

Para lograr su propósito construyó una serie de conceptos articulados en una lógica de análisis específica que le permitiera fundamentar una sociología de la cultura. “La sociología debe incluir una sociología de la percepción del mundo social, es decir una sociología de la construcción de las visiones del mundo que contribuyen también a la construcción de ese mundo. Pero, dado que hemos construido el espacio social, sabemos que estos puntos de vista, la palabra misma lo dice, son vista tomadas a partir de un punto, es decir de una posición determinada en el espacio social. Y también que habrá puntos de vista diferentes y aún antagónicos, puesto que los puntos de vista dependen del punto del cual son tomados, puesto que la visión que cada agente tiene del espacio depende de su posición en ese espacio”⁸⁴.

Contrariamente a la representación común que consiste en asociar la sociología con lo colectivo, este autor llama a recordar que lo colectivo está depositado en cada individuo bajo la forma de disposiciones duraderas, como las estructuras mentales. La individualización biológica impide ver que la sociedad existe en dos formas inseparables: por un lado, las instituciones, que pueden tomar la forma de cosas físicas, como monumentos, libros, instrumentos, etcétera; por otra, las disposiciones adquiridas, las formas duraderas de ser o de actuar, que encarnan en cuerpos. “El cuerpo socializado no se opone a la sociedad: es una de sus formas de existencia”⁸⁵.

⁸² Bourdieu, Pierre. *Sociología y Cultura*, México, Grijalbo, pp. 55-78.

⁸³ Bourdieu, Pierre., “Espacio social y poder simbólico”, en: *Cosas Dichas*, Barcelona: Gedisa, 2000, pp.127-142

⁸⁴ *Idem op.cit.* 127-142.

⁸⁵ Pierre, Bourdieu. “Una ciencia que incomoda”, en: *Sociología y Cultura*, México, Grijalbo, pp. 79-94.

Consecuentemente, para explicar la realidad social desde la perspectiva de la sociología de la cultura, no sólo es necesario desechar el modo de pensamiento sustancialista que únicamente reconoce como realidad aquella que se ofrece a la intuición directa -los individuos, los grupos y las interacciones-, sino que también se debe recuperar de la tradición estructuralista el modo de pensamiento relacional que identifica lo real con relaciones.

El modo de pensamiento sustancialista conduce a tratar las actividades o preferencias propias de determinados individuos o grupos de una sociedad determinada como propiedades sustanciales, inscritas de una vez y para siempre en una especie de esencia biológica o cultural, gatillando errores no sólo en la comparación de sociedades diferentes, sino también entre períodos sucesivos de una misma sociedad. Por el contrario, pensar relacionamente es “centrar el análisis en la estructura de las relaciones objetivas –lo que supone un espacio y un momento específico-, que determina las formas que pueden tomar las interacciones y las representaciones que los agentes tienen de la estructura, de su posición en la misma, de sus posibilidades y de sus prácticas”⁸⁶.

En este sentido, la sociología en su momento objetivista es una topología social, un análisis de las posiciones relativas y de las relaciones objetivas entre esas posiciones. Así, la realidad social de la que hablaba Durkheim es un conjunto de relaciones invisibles, las mismas que constituyen un espacio de posiciones exteriores las unas a las otras, definidas las unas por relación a las otras, por proximidad, vecindad, o por la distancia o la posición relativa entre ellas -arriba, abajo, entre, en medio. “La realidad social de la cual hablan los objetivistas es también un objeto de percepción y la ciencia social debe tomar por objeto esta realidad y a la vez la percepción de esta realidad, las perspectivas, los puntos de vista que, en función de su posición en el espacio social objetivo, los agentes tienen sobre esta realidad”⁸⁷.

En cada momento de cada sociedad, un conjunto de posiciones sociales va unido a un conjunto de actividades por una relación de homología. “Hay que evitar transformar en propiedades necesarias e intrínsecas de un grupo las propiedades que les incumben en un momento concreto del tiempo debido a su posición en un espacio social determinado, y en un estado determinado de la oferta de los bienes y de las prácticas posibles”⁸⁸. Las interacciones que procuran una satisfacción inmediata a las disposiciones empiristas esconden las estructuras que en ellas se realizan. Lo visible, lo que es inmediatamente dado, esconde lo invisible que lo determina, olvidándose que la verdad de la interacción no está nunca toda entera en la interacción tal como se ofrece a la observación. Las relaciones objetivas son irreducibles a las interacciones en las cuales se manifiestan. Esas relaciones objetivas son las relaciones entre las posiciones ocupadas en el universo social.

⁸⁶ Gutiérrez, Alicia B., “A modo de introducción: los conceptos centrales en la sociología de la cultura de Pierre Bourdieu, en: Creencias artísticas y Bienes Simbólicos: elementos para una sociología de la cultura, Argentina, 2003, pp.7-16.

⁸⁷ Idem op.cit. 127-142.

⁸⁸ Bourdieu, Pierre. Razones Prácticas, Barcelona: Anagrama, 1997, pp.7-26.

Esta relación compleja entre estructuras objetivas y las construcciones subjetivas se sitúan más allá de las alternativas habituales del objetivismo y del subjetivismo, demostrando la indisolubilidad de lo material y lo cultural, de lo social y lo individual. En pocas palabras, para comprender la realidad social es necesario asumir la relación de doble sentido que existe entre las estructuras objetivas –lo que Bourdieu denominó campos sociales-, y las estructuras incorporadas, lo que llamó *habitus*⁸⁹. “La historia hecha cosa y la historia hecha cuerpo”⁹⁰, respectivamente.

De ahí que Bourdieu señalara: “Si tuviese que caracterizar mi trabajo en dos palabras (...) hablaría de *constructivist structuralism* o de *structuralist constructivism*”⁹¹, aludiendo con estructuralismo a que en el mundo social existen estructuras objetivas, independientes de la conciencia y de la voluntad de los agentes, que son capaces de orientar o de coaccionar sus prácticas o sus representaciones; y, con constructivismo, a que hay una génesis social de una parte de los esquemas de percepciones, de pensamiento y de acción y, por otra parte, estructuras.

En síntesis, un original esquema de interpretación de la sociedad que puso en el centro las cuestiones simbólicas y culturales, permitiendo comprender la compleja realidad social, explicar las prácticas sociales y abordar teórica y empíricamente problemáticas sociales tan diversas como la que plantea la presente investigación: las prácticas en salud de la población laboral en la capital de Chile. Un modelo de validez universal, pues si bien Bourdieu lo aplica fundamentalmente al estudio de Algeria, su propósito científico parte de la convicción de que sólo se puede captar la lógica más profunda del mundo social a condición de sumergirse en la particularidad de una realidad empírica, históricamente situada y fechada, pero para elaborarla como caso particular en un universo finito de configuraciones posibles.

Se trata, por extensión, de un esquema pertinente a las sociedades secularizadas en las que existe una avanzada división técnica y social del trabajo, la organización liberal de las instituciones y su separación en campos autónomos, como es el caso de Chile. Esta fórmula enuncia la primera condición de una lectura adecuada del análisis de la relación entre las posiciones sociales, las disposiciones mentales y la toma de posición de los agentes sociales, es decir, de las elecciones que éstos llevan a cabo en los ámbitos más diferentes de la práctica, como lo son las prácticas de salud que analiza la presente investigación.

b.- Campo y *habitus*

El concepto de campo⁹² alude a espacios históricamente constituidos, con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias, los cuales se definen a partir del capital –social, cultural y simbólica-, que en ellos están en juego. Esto significa que cada campo engendra un interés o *illusio*, es decir, un interés por invertir en un juego social determinado que tiene sentido y cuyas apuestas son importantes y dignas de ser perseguidas.

⁸⁹ Bourdieu, Pierre. *Razones Prácticas*, Barcelona: Anagrama, 1997, pp.7-26.

⁹⁰ Bourdieu, Pierre. *Sociología y Cultura*, México, Grijalbo, pp. 55-78.

⁹¹ *Idem op.cit.* 127-142.

⁹² Bourdieu, Pierre. “Algunas propiedades de los campos, en: *Sociología y Cultura*, México, Grijalbo, pp.135-141.

Consecuentemente, si bien existen leyes generales de los campos, de modo que campos tan diferentes como el de la política, la filosofía o la salud –como se analizó en este estudio-, tienen leyes de funcionamiento invariantes, debido a variables secundarias, como por ejemplo, características nacionales o locales, ciertos mecanismos universales toman formas diferentes y específicas.

De esta manera nos encontramos con que las personas comprometidas con un campo determinado tienen una cantidad de intereses fundamentales comunes, es decir, todo aquello que está vinculado con la existencia misma del campo y, en la medida que participan en el juego, contribuyen a reproducir el juego y a producir la creencia en el valor de lo que está en juego. Es por eso que los recién llegados a un campo tienen que pagar un derecho de admisión al juego que consiste en reconocer el valor del juego y conocer los principios de funcionamiento del juego.

En pocas palabras, para que un campo funcione es necesario que haya, en primer lugar, algo en juego y, segundo, gente dispuesta a jugar, es decir, personas dotadas de los *habitus* que implican el conocimiento y reconocimiento de las leyes propias del juego y de lo que está en juego. Debe existir la relación entre un espacio de juego donde algo está en juego (campo) y un sistema de disposiciones que se ajusta al juego (*habitus*), un sentido del juego y de lo que está en juego, lo que a su vez implica cierta vocación y aptitud para jugar el juego, tomar interés en el juego y dejarse llevar por el juego.

Estamos hablando del acuerdo entre dos realizaciones de lo social: “en las cosas, por las instituciones, y en los cuerpos, por la incorporación”⁹³, que en el caso de esta investigación serían las instituciones y organismos de salud pública y privada existentes en Chile y las prácticas de salud que adquieren y reproducen los trabajadores chilenos.

Esto último es lo que Bourdieu llamó *habitus* y definió como “un sistema de disposiciones durables y transferibles -estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes- que integran todas las experiencias pasadas y funcionan en cada momento como matriz estructurante de las percepciones, las apreciaciones y las acciones de los agentes cara a una coyuntura o acontecimiento y que él contribuye a producir”⁹⁴. En otras palabras, ese conjunto de esquemas de percepción y pensamiento a partir de los cuales los sujetos actúan en el mundo, los cuales han sido conformados a lo largo de la historia e internalizados (socialmente estructurados) y, al mismo tiempo, integran experiencias pasadas y estructuran las percepciones de cara a nuevas coyunturas o acontecimientos (son estructurantes).

⁹³ Pierre, Bourdieu. “Una ciencia que incomoda”, en: Sociología y Cultura, México, Grijalbo, pp. 79-94.

⁹⁴ Bourdieu, Pierre. 1972. Esquisse d'une theorie de la pratique. Droz. Genève, Paris, p 178.

En este sentido, el habitus funciona como principio generador y organizador de prácticas y de representaciones que pueden estar racionalmente adaptadas a su fin, sin suponer la búsqueda conciente de fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, sin ser en nada el producto de la obediencia a reglas⁹⁵. Como sistema de disposiciones adquiridas por medio del aprendizaje implícito o explícito que funciona como un sistema de esquemas generadores, éste genera estrategias que pueden estar objetivamente conforme a los intereses objetivos de los agentes, sin haber sido concebidas expresamente con este fin⁹⁶.

El habitus es lo social incorporado que se ha encarnado de manera duradera en el cuerpo, como una segunda naturaleza; una naturaleza socialmente constituida. A través de él tenemos un mundo de sentido común, un mundo social que parece evidente. Si el mundo social tiende a ser percibido como obvio y a ser captado, es porque las disposiciones de los agentes, es decir las estructuras mentales a través de las cuales aprehenden el mundo social, son esencialmente el producto de la interiorización de las estructuras del mundo social. En la práctica, estamos hablando de un estado especial que adoptan las condiciones objetivas incorporadas y convertidas así en disposiciones y maneras duraderas de moverse, hablar, caminar, pensar, sentir o cuidarse, como es en el caso de las prácticas de salud, que se presentan con todas las apariencias de la naturaleza.

Así concebido, “el habitus tiene un carácter multidimensional: es a la vez *eidos* (sistema de esquemas lógicos o estructuras cognitivas), *ethos* (disposiciones morales), *hexis* (registro de posturas y gestos) y *aisthesis* (gusto, disposición estética). Por ello el concepto engloba conjuntamente los planos cognitivos, axiológicos y prácticos y, a la vez, cuestiona las distinciones dicotómicas tradicionales entre las categorías lógicas y éticas, por una parte, y el cuerpo y el intelecto, por otra”⁹⁷.

Esto significa que las diversas formas de percepción y la construcción de la realidad social no se realizan en un vacío social, sino que está sometida a coacciones estructurales, es decir, las estructuras cognitivas son socialmente estructuradas, porque tienen una génesis social. Pero, a su vez, estos esquemas de percepciones contribuyen a naturalizar y legitimizar el mundo social del que son producto. “Los puntos de vista son aprehendidos en tanto tales y relacionados con las posiciones de la estructura de los agentes correspondientes”⁹⁸.

El mundo social que los agentes construyen, es decir, las construcciones subjetivas están en directa relación con las estructuras objetivas. Cualquier visión de mundo es tomada a partir de un punto situado en el espacio social, es una perspectiva definida en su forma y en su contenido por la posición objetiva a partir de la cual ha sido tomada. “El espacio social es en efecto la realidad primera y última, puesto que sigue ordenando las representaciones que los agentes sociales pueden tener de él”⁹⁹.

⁹⁵ Bourdieu, Pierre. *El Sentido Práctico*, Madrid: Taurus, 1991.

⁹⁶ Bourdieu, Pierre. “Algunas propiedades de los campos, en: *Sociología y Cultura*, México, Grijalbo, pp.135-141.

⁹⁷ *Idem op. cit.* P 2.

⁹⁸ *Idem op.cit.* pp. 127-142.

⁹⁹ Bourdieu, Pierre. *Razones Prácticas*, Barcelona: Anagrama, 1997, pp.7-26.

Consecuentemente, no se puede hablar de sujetos en abstracto, pues hay una producción diferencial de los sujetos sociales -de sus esquemas de acción, percepción y apreciación-, en función de las condiciones sociales diferenciales en que han sido producidos. “En las prácticas se actualizan o vuelven acto las disposiciones del *habitus*”¹⁰⁰. Éste hace presente la historicidad del agente, es decir, recuerda que lo individual, lo subjetivo, lo personal es social, es producto de la misma historia colectiva que se deposita en los cuerpos y en las cosas. Recoge la interacción de la historia social y la del individuo¹⁰¹.

De esta manera, este concepto “permite escapar a la alternativa entre desmitificación y mitificación: las desmitificación de los criterios objetivos y la ratificación mitificada de las representaciones y voluntades”¹⁰². Frente al determinismo de las estructuras, el *habitus* supone que para explicar las prácticas sociales hay que tomar en cuenta a los sujetos, pues no son sujetos libres y autónomos, sino sujetos socialmente producidos en estados anteriores del sistema de relaciones sociales, no reductibles a meros soportes de la estructura. Y frente al subjetivismo voluntarista, supone que los sujetos no actúan libremente, sino que sus prácticas están condicionadas por toda la historia anterior que ha sido incorporada en forma de *habitus*. Éste hace posible comprender que las estructuras subjetivas y objetivas son dos estados de la misma realidad, de la misma historia colectiva que se deposita o inscribe a la vez en el cuerpo y en las cosas. El campo estructura el *habitus* y el *habitus* contribuye a constituir el campo como mundo significativo, dotado de sentido y de valor.

En síntesis podemos decir que la realidad social se verifica en los campos y en los *habitus*, en las cosas y en los cerebros, en el exterior y en el interior de los agentes, de lo cual se deduce que el cuerpo socializado o individuo no se opone a la sociedad, como plantea el determinismo objetivista o el voluntarismo subjetivista, sino que lo social se encarna en lo individual y lo individual reproduce lo social. “Si hay una homología entre el orden social y las prácticas de los sujetos no es por la influencia puntual del poder publicitario o los mensajes políticos, sino porque esas acciones se insertan –más que en la conciencia, entendida intelectualmente- en sistemas de hábitos, constituidos en su mayoría desde la infancia”¹⁰³.

c.- Prácticas Sociales

Designada a veces como filosofía de la acción, la sociología Bourdiana ubica a la acción humana como la condición primera de un conocimiento científico del mundo social, tomando en consideración las potencialidades inscritas en el cuerpo de los agentes y en la estructura de las situaciones en las que éstos actúan.

¹⁰⁰ Bourdieu, Pierre, 1984, *Sociología y cultura*, Grijalbo, México, 1990.

¹⁰¹ Gutiérrez, Alicia B., “A modo de introducción: los conceptos centrales en la sociología de la cultura de Pierre Bourdieu, en: *Creencias artísticas y Bienes Simbólicos: elementos para una sociología de la cultura*, Argentina, 2003, pp.7-16.

¹⁰² Rizo, Marta. *Conceptos para pensar lo urbano: el abordaje de la ciudad desde la identidad, el *habitus* y las representaciones sociales*. Febrero 2005. En http://www.bifurcaciones.cl/006/bifurcaciones_006_Rizo.pdf

¹⁰³ García-Canclini, Nestor, “Introducción: La sociología de la cultura de Pierre Bourdieu, en: *Sociología y Cultura*, México, Grijalbo, pp.9-50.

El principio de la acción histórica de los sujetos no reside ni en la conciencia ni en las cosas, ni en el fin material o simbólico de la acción ni en las presiones de la estructura, sino en la relación entre dos estados de lo social: el campo y el habitus, es decir, entre la historia objetivada en las cosas, en forma de instituciones, y la historia encarnada en los cuerpos en forma de disposiciones duraderas. “Las prácticas sociales no se deducen directamente de las condiciones objetivas presentes ni solamente de las condiciones objetivas pasadas que han producido el habitus, sino de la puesta en relación de las condiciones sociales en las cuales se ha constituido el habitus que las ha engendrado y de las condiciones sociales de su puesta en marcha”¹⁰⁴.

El principio de toda acción no está en el fin material o simbólico de la acción, ni en las presiones del campo, sino en la relación entre el habitus y el campo que hace que el habitus contribuya a determinar aquello que lo determina. “El cuerpo está en el mundo social, pero el mundo social está en el cuerpo y la incorporación de lo social que realiza el aprendizaje es el fundamento de la presencia en el mundo social que suponen la acción (...)”¹⁰⁵.

En las prácticas se actualizan, se vuelven acto las disposiciones del *habitus* que han encontrado condiciones propicias para ejercerse¹⁰⁶. Por esta razón, para poder explicar y comprender las prácticas en general y, particularmente, las prácticas en salud, es necesario analizar cómo y por qué las estructuras de la sociedad se interiorizan, reproducen y reelaboran en los sujetos. En otras palabras, es necesario aprehender la lógica propia del habitus, “unidad sistemática que sistematiza todas las prácticas”¹⁰⁷. Éste sistematiza el conjunto de prácticas de cada persona y cada grupo, garantizando su coherencia con el desarrollo social más que cualquier condicionamiento ejercido por campañas publicitarias o políticas. “La lógica de la práctica es una lógica paradójica: lógica en sí, sin reflexión conciente ni control lógico; está asociada a funciones prácticas y no tiene intereses formales”¹⁰⁸. De ahí la importancia de adentrarse en el tema de las percepciones y las acciones de las personas a la hora de analizar su comportamiento en materia de salud y dejar de confiarse en campañas comunicacionales y directrices prácticas en salud diseñadas desde afuera por organismos internacionales ignorantes de las realidades nacionales o locales.

El habitus permite establecer una relación inteligible y necesaria entre unas prácticas y una situación de las que él mismo produce el sentido con arreglo a categorías de percepción y apreciación producidas a su vez por una condición objetivamente perceptible. Este impulsa a actuar en relación con un espacio objetivamente constituido como estructura de exigencias, ante una situación determinada; da a la conducta esquemas básicos de percepción, pensamiento y acción. Se constituye en un esquema generador y organizador, tanto de las prácticas sociales como de las percepciones y apreciaciones de las propias prácticas y de las prácticas de los demás. Es el instrumento de análisis que permite dar cuenta de las prácticas en términos de estrategias, dar razones de las mismas.

¹⁰⁴ Idem, cit. 33.

¹⁰⁵ Bourdieu, Pierre. *Sociología y Cultura*, México, Grijalbo, pp. 55-78.

¹⁰⁶ Idem, op cit. pp. 9-50.

¹⁰⁷ Gutiérrez, Alicia B., “A modo de introducción: los conceptos centrales en la sociología de la cultura de Pierre Bourdieu, en: *Creencias artísticas y Bienes Simbólicos: elementos para una sociología de la cultura*, Argentina, 2003, pp.7-16.

¹⁰⁸ Bourdieu, Pierre, *El Sentido Práctico*, Madrid, 1991.

Si bien los agentes tienen una captación activa del mundo y crean su visión de mundo, esta construcción se realiza bajo coacciones estructurales, de manera que el mundo social puede ser dicho y construido de diferentes modos, según diferentes principios de visión y de posición en él. “Dentro de este contexto, los agentes sociales son razonables y sus estrategias obedecen a regularidades y forman configuraciones coherentes y socialmente inteligibles, es decir, socialmente explicables, por la posición que ocupan en el campo que es objeto de análisis y por los habitus incorporados”¹⁰⁹. Lo que sucede es que quien está inmerso en el juego se ajusta a lo que pre-ve, a lo que anticipa, toma decisiones en función de las probabilidades objetivas que aprecia instantáneamente y lo hace en la urgencia de la práctica.

La posición en el espacio social es factor de variaciones en las percepciones y, por ende, en las prácticas sociales. “El espacio de posiciones sociales se retraduce en un espacio de tomas de posiciones a través del espacio de las disposiciones”¹¹⁰. Dicho de otra manera, al sistema de desviaciones diferenciales que define las distintas posiciones en la sociedad corresponde un sistema de desviaciones diferenciales en las propiedades de los agentes, es decir, en los bienes que poseen y en las prácticas que siguen. Los agentes o grupos se ubican en el espacio social de acuerdo a su posición en la distribución de dos bienes fundamentales, el capital económico y el capital cultural, de lo que resulta que los agentes tienen tantas más cosas en común cuanto más próximos están en ambas dimensiones y tantas menos cuanto más alejados. Las personas que ocupan posiciones semejantes o vecinas en el espacio social son situados en condiciones y sometidos a condicionamientos semejantes, y por lo tanto tienen todas las posibilidades de tener disposiciones e intereses semejantes y de producir prácticas semejantes.

De ahí que sean diferentes, por ejemplo, las prácticas en salud de un chileno y de un sueco; o que dentro de Chile un habitante de Coyhaique se comporte distinto que un santiaguino en materia de salud; o que se puedan observar variaciones en los hábitos de personas que pertenecen a distintos grupos étnicos, de género y socioeconómicos. Los poseedores de un volumen de capital económico y cultural considerable como los empresarios y profesionales entrevistados para esta investigación reportan y muestran prácticas en salud muy diferentes a los obreros sin calificación que carecen parcial o totalmente de estos capitales. “Las distancias sociales están inscritas en los cuerpos”, aspectos estructurales que la perspectiva subjetivista ignora¹¹¹.

Es evidente entonces el error en que caen el subjetivismo que reduce las estructuras a las interacciones y del objetivismo que tiende a deducir las acciones y las interacciones de la estructura, concluyendo la existencia de grupos reales a partir de la homogeneidad objetiva de las condiciones o de los condicionamientos que resultan de la identidad de posición en el espacio social. “Los grupos están *por hacer*. No están dados en la ‘realidad social’”¹¹².

¹⁰⁹ Gutiérrez, Alicia B., “A modo de introducción: los conceptos centrales en la sociología de la cultura de Pierre Bourdieu, en: Creencias artísticas y Bienes Simbólicos: elementos para una sociología de la cultura, Argentina, 2003, pp.7-16.

¹¹⁰ Bourdieu, Pierre. Razones Prácticas, Barcelona: Anagrama, 1997, pp.7-26.

¹¹¹ Bourdieu, Pierre, “Espacio social y poder simbólico”, en: Cosas Dichas, Barcelona: Gedisa, 2000, pp.127-142

¹¹² Idem op.cit. 127-142.

En este sentido, el concepto de *habitus* de Bourdieu permite precisar mucho mejor las prácticas objetivamente esperables de un grupo, que la nebulosa noción de conciencia¹¹³, pues incluye el proceso por el cual los distintos tipos de educación van implantando en los sujetos los esquemas de conocimiento y acción. Éste es simultáneamente un sistema de esquemas de percepción y apreciación de prácticas y un sistema de esquemas de producción de prácticas. Y, en ambos casos, sus operaciones expresan la posición social en las cuales se ha constituido, por lo que produce representaciones y prácticas que están disponibles para la clasificación y objetivamente diferenciadas¹¹⁴.

Además, a través de la formación del *habitus* las condiciones de existencia de cada clase van imponiendo inconscientemente un modo de experimentar y clasificar lo real¹¹⁵. Éste no sólo es principio generador de prácticas distintas -lo que come el obrero y su forma de hacerlo, el deporte que practica y dónde lo hace, sus opiniones políticas y su manera de expresarlas difieren sistemáticamente de lo que consume o de las actividades que realiza un profesional-, sino también distintivas, es decir, es a su vez principio de clasificación y división: establece diferencias entre lo que es bueno y lo que es malo, entre lo que está bien y lo que está mal, entre lo que es distinguido y lo que es vulgar, etc, no siendo las mismas diferencias para unos y otros¹¹⁶. Por ejemplo, un mismo bien puede ser consumido por distintas clases sociales, pero significado y apropiado de forma diferente por cada clase¹¹⁷.

A cada clase de posición le corresponde una clase de *habitus*, producidos por los condicionamientos sociales asociados a la condición correspondiente y, a través de éstos y de sus capacidades generativas, un conjunto sistemático de bienes y de propiedades, unidos entre sí por una afinidad de estilo. "Una de las funciones del *habitus* consiste en dar cuenta de la unidad de estilo que une las prácticas y los bienes de un agente o de una clase de agentes". Este es "el principio generador y unificador que traduce las características intrínsecas y relacionales de una posición en un estilo de vida unitario, es decir, un conjunto unitario de elección de personas, de bienes y de prácticas"¹¹⁸.

Cuando las diferencias en las prácticas, en los bienes poseídos y en las opiniones expresadas son percibidas a través de estos principios de visión y de división, se convierten en diferencias simbólicas y constituyen un lenguaje. Las diferencias asociadas a las distintas posiciones, es decir los bienes, las prácticas y sobre todo las maneras, funcionan, en cada sociedad, a la manera de las diferencias constitutivas de sistemas simbólicos, como un conjunto de los fenómenos de la lengua, es decir, como signos distintivos¹¹⁹.

¹¹³ García-Canclini, Nestor, "Introducción: La sociología de la cultura de Pierre Bourdieu, en: Sociología y Cultura, México, Grijalbo, pp.9-50.

¹¹⁴ Bourdieu, Pierre, "Espacio social y poder simbólico", en: Cosas Dichas, Barcelona: Gedisa, 2000, pp.127-142.

¹¹⁵ Idem, op cit. pp. 9-50.

¹¹⁶ Bourdieu, Pierre. Razones Prácticas, Barcelona: Anagrama, 1997, pp.7-26.

¹¹⁷ Idem, op cit. pp. 9-50.

¹¹⁸ Idem, pp7-26

¹¹⁹ Bourdieu, Pierre. Razones Prácticas, Barcelona: Anagrama, 1997, pp.7-26.

El espacio social y las diferencias que en él se trazan tienden a funcionar simbólicamente como espacio de los estilos de vida o de grupos de estatus, caracterizados por diferentes estilos de vida y de habla. Es así como estratos más desposeídos definen conceptos como salud o enfermedades de manera muy diferente que los estratos más pudientes, lo cual no sólo se refleja en la forma de expresarse, sino en el contenido de sus respuestas, lo cual remite a su vez a los distintos cuidados prácticos que cada grupo lleva para preservar su salud o evitar la enfermedad.

Pero no obstante su relativo determinismo, el habitus es a su vez flexible. "El habitus no es el destino, como se lo interpreta a veces. Siendo producto de la historia, es un sistema abierto de disposiciones que se confronta permanentemente con experiencias nuevas, y por lo mismo, es afectado permanentemente por ellas. Es duradero, pero no inmutable"¹²⁰... "es a su vez posibilidad de inversión y necesidad, recurso y limitación"¹²¹. Por un lado, es objetivación o resultado de condiciones objetivas y, por otro lado, es capital, principio a partir del cual el agente define su acción en las nuevas situaciones que se le presentan, según las representaciones que tiene de las mismas. En otras palabras, si bien el habitus tiende a reproducir las condiciones objetivas que lo engendraron, un nuevo contexto, la apertura de posibilidades históricas diferentes, "permite reorganizar las disposiciones adquiridas y producir prácticas transformadoras"¹²². Existe una interacción dialéctica entre la estructura de las disposiciones pasadas y los obstáculos y oportunidades de la situación presente.

No obstante Bourdieu hace hincapié en el carácter reproductivo del habitus y habla de la incorporación por parte de los sujetos de las regularidades inscritas en sus condiciones de existencia, esta interiorización permite la flexibilidad del agente social y, consecuentemente, cierto cambio y adaptación del los habitus. En su libro Argelia 60, el sociólogo describe el habitus como "una estructura modificable debido a su conformación permanente con los cambios de las condiciones objetivas". Refiriéndose a los migrantes que deben adaptarse a una economía monetaria, dice que eso exige una "reinención creadora", que el habitus tiene una "dimensión histórica y que es en la relación inevitablemente contradictoria [...] que se puede encontrar el principio de todo cambio"¹²³. Se trata de un estudio de cómo se modifican las prácticas sociales en un país que vive el paso de un sistema precapitalista a uno capitalista, de una sociedad tradicional a una moderna, de la vida comunitaria a la sociedad de masas, de lo rural a lo urbano, del flujo de las tradiciones al desencantamiento del mundo moderno, o sea, los procesos de cambio de una sociedad a la que vio como ejemplo de los "países en vías de desarrollo"¹²⁴, como es el caso de Chile.

¹²⁰ Bourdieu, Pierre. Responsés, Paris: Seuil, en Rizo, Marta. Conceptos para pensar lo urbano: el abordaje de la ciudad desde la identidad, el *habitus* y las representaciones sociales. Febrero 2005. En http://www.bifurcaciones.cl/006/bifurcaciones_006_Rizo.pdf

¹²¹ Gutiérrez, Alicia B., "A modo de introducción: los conceptos centrales en la sociología de la cultura de Pierre Bourdieu, en: Creencias artísticas y Bienes Simbólicos: elementos para una sociología de la cultura, Argentina, 2003, pp.7-16.

¹²² Idem, op cit. pp. 9-50.

¹²³ García Canclini, Nestor. « La sociología de la cultura de Pierre Bourdieu », en: <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/rubinich/biblioteca/web/acanclin1.html>.

¹²⁴ Bourdieu, Pierre. Travail et Travailleurs en Algérie, Paris: Mouton, 1964.

Es que las características propias de las sociedades modernas exigen atenuar las funciones reproductivas del hábitus y subrayar su apertura, su creatividad y su capacidad de improvisación. Este, a pesar de estar constituido por elementos que determinan la acción, es también susceptible de ser modificado y redefinido. Así se explica que la población chilena haya cambiado sus hábitos de salud a partir del cambio de las condiciones materiales que experimentó el país a partir de la década de los 90 –comida chatarra y ocio sedentario-, transformándose el perfil epidemiológico chileno. Sin embargo, este mismo carácter moldeable del hábitus es lo que entrega la esperanza de poder modificar nuevamente las prácticas de la población chilena, dadas las posibilidades que entregan nuevas condiciones materiales, como lo es el acceso a productos orgánicos de alimentación o a modernos y eficientes sistemas de ejercitación.

Es real que la modernidad ha significado cambios de hábitus no del todo positivos en el ámbito nacional, pero siempre es factible que las personas reemplacen hábitos no saludables por otros saludables cuando este cambio no viene impuesto desde afuera, sino que considera y trabaja con las razones culturales, sociales e individuales que están a la base de las prácticas, tarea que llevó a acabo esta investigación.

IV.- Marco Metodológico

1. Diseño de investigación General

El presente estudio es de carácter exploratorio-descriptivo, pues si bien existen investigaciones sobre este tema en Chile, ninguna ahonda en la trascendental dimensión cultural que tienen las enfermedades y la superación de ellas, como lo hace ésta. Los estudios realizados hasta ahora se enmarcan en el enfoque médico tecnocrático que impera hoy en Chile, partiendo de la premisa de que el conocimiento científico, la difusión de pautas de salud estándar y la administración de medicamentos basta para frenar o revertir enfermedades, considerando la salud sólo en su dimensión biológica, como si los médicos trataran cuerpos, en vez de personas con historias, costumbre y creencias que determinan su comportamiento. Como consecuencia, los antecedentes que han aportado los estudios previos son sólo parciales. No superan la etapa de constatación de hechos, cuando la clave es indagar las razones que explican esos hechos, en este caso, las prácticas sociales de la población laboral chilena en materia de salud, que de acuerdo a esta investigación son de carácter cultural y resulta esencial esclarecerlas si se pretende detener o superar la epidemia de las ECNT.

La metodología de la presente investigación es mixta, con una fase cualitativa y otra cuantitativa, dado que un primera parte del objetivo general -caracterizar el paradigma de vida sana de los trabajadores chilenos-, exigió una aproximación cualitativa, mientras que la segunda - identificar y caracterizar hábitos de vida de los adultos chilenos-, fue operacionalizada cuantitativamente.

En este sentido, primero se procedió a realizar un estudio cualitativo enmarcado en el paradigma constructivista-estructuralista del sociólogo francés Pierre Bourdieu, vale decir, basado en la idea de que las realidades son múltiples y se construyen a través del lenguaje, coincidiendo con las comunidades discursivas inscritas en un espacio social determinado y en un tiempo específico. El objetivo fue desentrañar y comprender los discursos y la producción de discursos sobre la vida sana de parte de los trabajadores de Santiago en los tiempos que corren.

Una vez finalizada esta primera etapa se dio paso a un proceso de orden cuantitativo, consistente en la aplicación de un cuestionario autoaplicada sobre prácticas en salud, orientada a identificar los hábitos de alimentación, ejercitación, descanso (sueño), comunicación, relajación (manejo de estrés) y uso de sustancias lícitas e ilícitas (alcohol, tabaco y drogas) de trabajadores chilenos.

Adicionalmente, se diseñó un modelo para medir el nivel de salud de los encuestados a partir de sus hábitos, para obtener el porcentaje de salud de los encuestados y grupo de encuestados. El modelo opera a partir de la asignación de un puntaje a cada alternativa de cada pregunta del cuestionario. (Los puntajes oscilan entre 0 y 1, siendo 1 el peor puntaje). Las preguntas se agrupan en módulos que corresponden a los 5 hábitos que constituyen la vida saludable, que permitan obtener puntajes por módulos. (Nuevamente el peor puntaje es 1). Este incluye una tabla de equivalencia entre puntajes y porcentaje de salud, válido para preguntas y módulos, donde un menor porcentaje equivale a mayor riesgo en salud. Por ejemplo, si en una pregunta se obtiene como promedio de respuestas una nota 1, el porcentaje de salud será 0%, lo que implica un riesgo en salud máximo.

A su vez el modelo contempla umbrales de porcentaje de salud, es decir, establece un porcentaje mínimo de salud por pregunta y por módulo. Esto significa que si un individuo o conjunto de individuos obtiene(n) un porcentaje menor al establecido como umbral, se encuentra en riesgo de salud para la variable o módulo medido.

Estos umbrales fueron elaborados con criterio experto, es decir, a partir del conocimiento y reuniones de trabajo de un grupo de profesionales del área de la salud, con estudios de especialización en los distintos ámbitos que contempla una vida saludable, quienes calificaron el peso específico de cada hábito para la salud general y el peso relativo de cada hábito en relación a los demás. Los especialistas fueron el Dr. Mario Sandoval, médico internista y magíster en ciencias ambientales y biomedicina, magíster en ergonomía y postítulo en modelación multicriterio; el Dr. Patricio Venegas, cardiólogo, magíster en fisiología del ejercicio; la Dra. Jennifer Humpreys, médico internista, endocrinóloga y magíster en nutrición; el psicólogo Gilson dos Santos, magíster en psicología laboral y deportiva; el Sr. Pablo Fajre, educador en salud y preparador físico; el Sr. Marcelo Vergara, profesor de educación física; y la antropóloga social Diana Kushner, Directora del Centro Integrativo de Adiciones, CIAD.

2. Fase de Investigación Cualitativa

a. Técnica de Recolección de datos: Entrevista Semi-estructurada

En vista de que la presente investigación busca ahondar en prácticas adquiridas y naturalizadas en el proceso de socialización, la técnica de recolección de datos utilizadas en la fase cualitativa fue la entrevista, "proceso comunicativo por el cual el investigador extrae una información de una persona contenida en la biografía de ese interlocutor, entendiendo como biografía al conjunto de representaciones asociadas a los acontecimientos vividos por el entrevistado".¹²⁵

Específicamente, se elaboró una entrevista semiestructurada, es decir, se elaboró una pauta inicial con preguntas relacionadas con prácticas de salud pasadas y presentes, tanto en el hogar y como en el trabajo, pero ésta sufrió modificaciones estructurales a lo largo del desarrollo de la entrevista. De esta manera, si bien se preparó un conjunto de preguntas iniciales, se le dio libertad a los entrevistados para extenderse en los distintos temas planteados por las preguntas originales y, a su vez, el entrevistador pudo introducir nuevas preguntas en el transcurso de la entrevista para profundizar en los aspectos que le parecieron relevantes o novedosos de las respuestas de los entrevistados.

¹²⁵ Alonso, L. E. "Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa.", en Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Coordinadores: Delgado, J. M. y Gutiérrez, J. Ed. Síntesis Psicología. España. 1993. Págs. 225-226

b. Unidad de Análisis y Muestra

La presente investigación partió de la necesidad de caracterizar el paradigma de vida sana de la fuerza laboral santiaguina -tanto desde la descripción de las ideas que comprende este modelo (ideario), como desde las consecuentes prácticas que éste conlleva (praxis). Sin embargo, dado que los individuos que forman el grupo de estudio no son todos iguales y sus distintas características –estrato socioeconómico, nivel educacional, situación familiar, edad y sexo-, inciden en su ideario y praxis de vida sana, para lograr una muestra verdaderamente representativa se optó por trabajar con el dispositivo del casillero tipológico.

La formación de hábitos que contribuyen o atentan contra el cuidado de la salud son parte de un proceso de socialización en que influye el poder adquisitivo, el nivel de educación, la influencia de los pares, la generación etárea a la cual se pertenece, así como cuestiones de género. Por lo tanto, se pueden identificar diferentes subculturas dentro de la cultura laboral santiaguina, como por ejemplo, hombres solteros que ocupan puestos gerenciales, con altas remuneraciones, que estilan ir al gimnasio y cuidan su alimentación; o mujeres casadas que se desempeñan como operarias en empresas y a su vez son dueñas de casa, que tienen poco y nada de tiempo para ellas, pero que tienen una incidencia enormemente sobre las prácticas de sus hijos y cónyuges.

Dado lo difícil que resulta determinar el grupo socio económico de un individuo cuando se desconoce su hogar y su estilo de vida, pero sí se conocía el empleo de los entrevistados, se optó por seguir la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones publicada por la Organización Internacional del Trabajo en 1988, la cual correlaciona las ocupaciones con el nivel de competencias requeridas, vale decir, con el nivel educacional que exigen. A partir de eso se distinguió entre trabajadores con educación básica o media y trabajadores con educación superior o más, los cuales arrojaron distintas conceptualizaciones de vida sana y prácticas en salud.

Respecto al género de la fuerza laboral, se separó a hombres y mujeres, considerando que tienen un acercamiento diferente al tema de la vida sana. Además el género femenino tiene una fuerte incidencia en las prácticas alimenticias del resto de la población, dado su rol de dueñas de casa, lo cual implica resultados particulares y muy valiosos a la hora de intentar modificar los hábitos en salud de los chilenos.

A su vez se estableció una división etárea, considerando dos tramos, uno de 18 a 40 años y otro de 41 y 60 en el caso de las mujeres y 41-65 en el caso de los hombres, que corresponden a dos etapas diferentes dentro de la vida laboral. La primera de siembra, inestabilidad e intensidad y la segunda de cosecha, estabilidad y serenidad, cada una de las cuales condiciona también las prácticas individuales en materia de salud.

Otra distinción que se hizo a la hora de determinar la muestra fue entre trabajadores que viven en familia y aquellos que viven solos, pues se consideró que sus prácticas en materia de alimentación, por ejemplo, son muy distintas.

De esta manera, el casillero tipológico quedó conformado de la siguiente manera:

Género	Edad	Hogar	Educación Media o menos	Educación Superior	Total
Hombres	18 a 40 años	Vive c/ familia	1	1	2
		Vive solo	1	1	2
	41 -65 años	Vive c/ familia	1	1	2
		Vive solo	1	1	2
Mujeres	18 a 40 años	Vive c/ familia	1	1	2
		Vive solo	1	1	2
	41 -60 años	Vive c/ familia	1	1	2
		Vive solo	1	1	2
Total			8	8	16

En total, 16 entrevistados correspondientes a las siguientes unidades de análisis:

Hombre entre 18-40 años de edad, que vive con familia, con educación media o menos
Hombre entre 18-40 años de edad, que vive solo, con educación media o menos
Hombre entre 18-40 años de edad, que vive con familia, con educación superior o más
Hombre entre 18-40 años de edad, que vive solo, con educación superior o más

Hombre entre 41-65 años de edad, que vive con familia con educación media o menos
Hombre entre 41-65 años de edad, que vive solo, con educación media o menos
Hombre entre 41-65 años de edad, que vive con familia, con educación superior o más
Hombre entre 41-65 años de edad, que vive solo, con educación superior o más

Mujer entre 18-40 años de edad, que vive con familia, con educación media o menos
Mujer entre 18-40 años de edad, que vive sola, con educación media o menos
Mujer entre 18-40 años de edad, que vive con familia, con educación superior o más
Mujer entre 18-40 años de edad, que vive sola, con educación superior o más

Mujer entre 41-60 años de edad, que vive con familia, con educación media o menos
Mujer entre 41-60 años de edad, que vive sola, con educación media o menos
Mujer entre 41-60 años de edad, que vive con familia, con educación superior o más
Mujer entre 41-60 años de edad, que vive sola, con educación superior o más

Se buscó entrevistados que se desempeñaran en ámbitos laborales diferentes y los más comunes del mercado laboral nacional -empresas de servicios, tecnologías, construcción y textil, entre otros-, de modo de lograr una muestra lo más representativa posible. Los perfiles que costó más encontrar fueron –sin distinción de género ni de edad-, los correspondientes a personas con educación media o menos que viven solas, dado el costo que significa tener una vivienda propia.

Las entrevistas se realizaron entre los meses de mayo y agosto de 2007. En la mayoría de los casos se efectuaron en los hogares de los entrevistados y, en contadas ocasiones, en el mismo lugar de trabajo por razones prácticas, pero en ambos casos se efectuaron en absoluta privacidad, de manera de asegurar la tranquilidad de los entrevistados y la validez de sus respuestas. Las entrevistas fueron registradas en cintas y posteriormente transcritas para su análisis.

La descripción de los entrevistados es la siguiente:

Hombres

- Sujeto 1: Maestro de la construcción (40), padre de familia, con educación media incompleta. (1967)
- Sujeto 2: Chofer de empresa de Valet Parking (35), vive solo, con educación media completa. (1972)
- Sujeto 3: Administrador de empresa gastronómica (27), padre de familia, con educación técnica-superior. (1980)
- Sujeto 4: Cineasta de Productora Audiovisual (31), vive solo, con educación superior. (1976)
- Sujeto 5: Junior Empresa Minera (43), padre de familia, con educación media. (1964)
- Sujeto 6: Metre Ejecutivo de Restaurante (56), vive solo, con educación media. (1951)
- Sujeto 7: Publicista, padre de familia (47), con educación superior y magíster en diseño gráfico. (1960)
- Sujeto 8: Arquitecto de Empresa Constructora (62), vive solo, con educación superior. (1945)

Mujeres

- Sujeto 1: Vendedora Empresa de telecomunicaciones (40), madre de familia, con educación media. (1967)
- Sujeto 2: Operaria de empresas de alimentos (37), vive sola, con educación media. (1970)
- Sujeto 3: Geógrafa de Consultora Medioambiental (25), vive con familia, con educación superior. (1982)
- Sujeto 4: Diseñadora Industrial de Empresa de muebles (31), vive sola, con educación superior. (1976)
- Sujeto 5: Operaria Taller Textil (49), madre de familia, con educación media. (1958)

- Sujeto 6: Cajera de Supermercado (42), vive sola, con educación media. (1965)
- Sujeto 7: Secretaria Ejecutiva Banca Privada (56), madre de familia, con educación superior. (1951)
- Sujeto 8: Periodista de Empresa Vitivinícola (60), vive sola, con educación superior. (1947)

c. Matriz Analítica y Pauta de Entrevista

Para diseñar la matriz analítica, primero se revisó cada entrevista en forma individual y luego se procedió a una revisión comparada, a partir de la cual se definieron 4 temas de análisis: "Vida Sana, Salud y Enfermedad", "Hábitos en Salud", "Salud y Prácticas Saludables en el Trabajo", y "Hábitos y Mitos". Estos temas fueron observados desde diferentes ópticas -el nivel educacional de los entrevistados, su género, edad y situación familiar-, buscando constantes y distinciones entre sus respuestas, para finalmente confrontar la información obtenida con los objetivos específicos de la investigación.

En la revisión comparada se constató que en ambos géneros había entrevistados de cuatro décadas diferentes -40, 50, 60 y 70-, lo cual se tuvo en mente a la hora de analizar las distintas temáticas de la matriz analítica.

Significación de la vida sana y hábitos en salud

- Según lo que usted sabe o cree ¿cómo definiría "vida sana"?
- ¿Qué prácticas implica una vida sana? ¿Cómo se lleva una vida sana?
- ¿Qué personas llevan una vida sana? ¿Qué hacen que llevan una vida sana? ¿Qué características tienen esas personas?
- Según lo que usted sabe o cree ¿Cómo definiría "hábito"?
- Según lo que usted sabe o cree ¿Cómo definiría "hábito saludable"?
- Según lo que usted sabe o cree ¿Cómo definiría "hábito no saludable"?
- ¿Qué ejemplos puede dar de hábitos saludables y hábitos no saludables?
- ¿Cómo se adquieren los hábitos? ¿Qué es necesario hacer para adquirir un hábito? ¿Dónde se adquieren los hábitos?
- Según lo que usted sabe o cree ¿cómo definiría "enfermedades crónicas"?
- ¿Qué ejemplos puede darme de enfermedades crónicas?
- Según lo que usted sabe o cree ¿Cómo definiría "salud"?
- Según lo que usted sabe o cree ¿Cómo definiría "enfermedad"?

Prácticas

Hablemos de su historia:

- ¿Dónde creció usted? ¿Dónde vivía? ¿Con quiénes? ¿Qué cosas recuerda que hacía de niño durante la semana, el fin de semana, en las vacaciones?
- ¿Recuerda quién se encargaba de velar por su salud y sus hábitos en salud cuando era niño?
- ¿Qué hacía esa persona para cuidar de su salud e inculcarle hábitos en salud? ¿Qué hacía? ¿Qué le decía? ¿Qué le enseñaba?
- ¿Recuerda cómo eran los cuidados en materia de alimentación, de descanso, de ejercitación, de bienestar emocional, de bienestar psicosocial?
- Según lo que usted recuerda, ¿diría que estos temas eran relevantes para su familia o nada especial?
- A medida que fue creciendo: ¿diría que fueron cambiando sus hábitos? ¿Qué hábitos cambió? ¿Por qué? ¿Qué consecuencias han tenido estos cambios de hábitos?
- En la actualidad, ¿cómo considera que son sus hábitos en salud y por qué? Por ejemplo, hablemos de:
 - Su alimentación.
 - Su actividad física.
 - Su descanso
 - Sus relaciones interpersonales
 - Su cuidado psico-emocional
 - Sus cuidados en la ingesta de alcohol y bebidas energéticas, el consumo de cigarrillos y otras sustancias
 - Su manejo del estrés laboral
- ¿Estos temas son de su interés? ¿Por qué? ¿En qué se nota que le importan?
- ¿Quién es la persona más preocupada por estos temas en su hogar?
- ¿En qué se nota que esta persona está preocupada por estos temas? ¿Qué hace esa persona/usted por su núcleo familiar en relación a estos temas? ¿Qué le dice al resto de la familia? ¿Qué prácticas de autocuidado realiza esa persona?
- En el último tiempo, ¿Ha intentado cambiar algún hábito en salud? ¿Qué hábito ha tratado de dejar y por cuál ha tratado de reemplazarlo
- ¿Considera que es posible cambiar un hábito en salud? ¿Considera que es fácil o difícil cambiar un hábito en salud?

Trabajo

- ¿En qué consiste su trabajo?
- ¿Cómo es su jornada de trabajo? ¿Cuánto dura?
- ¿Conversa sobre salud con sus compañeros de trabajo?
- ¿Sobre qué temas de salud conversan? ¿Qué comentan al respecto?
- ¿Diría que es un tema relevante entre sus compañeros de trabajo o un tema más como cualquier otro?
- En la práctica, ¿en qué se traduce esta preocupación suya y de sus compañeros de trabajo por la salud? ¿Qué hacen?
- ¿Algún compañero de trabajo ha sufrido un accidente o una enfermedad que lo haya echo ausentarse por largo tiempo o jubilarse?

- ¿Diría que la salud es un tema relevante para la empresa en que trabaja?
- ¿La empresa aborda temas de salud de alguna manera?, ¿De dice?
- ¿La empresa en que trabaja realiza acciones concretas en favor de la salud de sus trabajadores? ¿Qué hace?
- ¿Hay elementos que faciliten las prácticas de buena salud en su trabajo?
¿Cuáles?
- ¿Hay elementos que dificulten las prácticas de buena salud en su trabajo?
¿Cuáles?
- ¿Usted se preocupa de su salud en su trabajo? ¿En qué se nota que se preocupa de su salud en el trabajo?

Mitos y verdades

Ahora le voy a mencionar algunas cosas que dice la gente, por favor, dígame si las ha escuchado antes, si está de acuerdo o no con ellas y por qué. Esto no es una prueba de conocimiento, no hay respuestas buenas o malas:

- “Guatita llena corazón contento”
- “Guagua gordita es guagua sanita”
- “Para adelgazar hay que comer poco”
- “Usar faja al hacer deporte sirve para adelgazar”
- “Un buen secreto para adelgazar es comer fruta de noche”
- “El pan engorda”
- “Tomarse una aspirina a la vuelta de la fiesta aminora la caña al día siguiente”
- “Tomarse una cerveza con limón al final de la fiesta aminora la caña al día siguiente”
- “Comer mantequilla antes de tomar evita que uno se cure”
- “Comerse una cucharada de aceite evita que uno se cure”
- “Una copita de vino con la comida hace bien para el corazón”
- “Si trasnocho no importa porque me recupero durmiendo en el día”
- “La cantidad de horas que una persona debe dormir son ocho horas”.
- “Las bebidas energéticas que tienen estimulantes naturales no son dañinas para la salud
- “Un cigarrillo de vez en cuando no hace mal”
- “Es saludable llevar una vida sexual activa”
- “Reírse es bueno para la salud”.

3. Fase de Investigación Cuantitativa

a. Instrumento de Recolección de datos: Cuestionario Autoaplicado¹²⁶

En consonancia con el estilo de medicina paliativa que rige en Chile, hoy lo que existen son estadísticas sobre enfermedades crónicas. Se sabe, por ejemplo, cuánta gente tiene hipertensión, diabetes o dislipidemia. Por el contrario, la presente investigación se impuso conocer el origen de estos males, o sea, los hábitos no saludables, pero no sólo desde un punto de vista objetivo –buscando únicamente un sí o un no por respuesta-, sino que rescató la autopercepción de los encuestados respecto a sus hábitos. Así, por ejemplo, a la pregunta objetiva de peso y talla, le siguió una de opinión personal relativa a cómo considera su peso: bajo, normal, excedido o muy excedido.

Si bien es cierto que una cosa es lo que las personas dicen que hacen y otra es lo que verdaderamente llevan a cabo, aún así era vital obtener esta información subjetiva, pues en la medida que la modificación de hábitos pasa por reconocer la necesidad de hacer cambios, era esencial conocer si ésta existía o no. Esta es la única manera de saber por dónde hay que iniciar el camino para mejorar la salud de la población chilena, si es desde una etapa de concientización de la mala salud existente o desde una etapa de motivación para romper con la inercia que impide moverse aún sabiendo que existe la necesidad de generar cambios.

En este sentido, se creó un cuestionario sobre salud y hábitos que abarcó todas sus dimensiones: biológica, social y psicológica, tanto con preguntas de alternativas fijas como de opinión en términos comparativos. Este se elaboró, a partir de reuniones individuales con profesionales especialistas en las distintas áreas a evaluar –actividad física, nutrición, salud mental y manejo de vicios-, quienes definieron las preguntas necesarias a realizar para poder describir las prácticas en salud de los trabajadores. Se trató de un cuestionario autoaplicado que los trabajadores de una empresa privada de Santiago de Chile respondieron en forma individual en su lugar de trabajo, previo al inicio de un programa de autocuidado en salud para empresas. Los encuestados fueron reunidos en una sala y supervisados por un experto en salud pública, de manera de asegurar la cooperación del encuestado, reducir el número de preguntas sin respuestas y disminuir considerablemente la posibilidad de interpretaciones erróneas por parte del encuestado. Esto permitió aplicar un cuestionario exhaustivo y versátil.

La identidad del encuestado quedó en el anonimato, lo cual se recalzó a los participantes al momento de contestar el cuestionario, considerando que ella incluía preguntas relacionadas, por ejemplo, con el consumo de alcohol y drogas ilícitas, de manera que los resultados no fuesen falseados por temor a represalias por parte de la empresa estudiada.

Asimismo, en vista de que el tema de los hábitos de vida tiene una carga social, para evitar que las personas se sintiesen enjuiciadas respecto a sus conductas, el cuestionario omitió este concepto en su título y presentación, llamándose Encuesta de Calidad de Vida, un nombre más genérico y menos inquisitivo.

¹²⁶ Ver anexo 1 cuestionario completo

b. Unidad de Análisis y Muestra

La empresa privada estudiada tiene 4200 trabajadores a lo largo de Chile, concentrados preferentemente en el sur y centro del país. En Santiago, ciudad en donde se centró la presente investigación, tiene 3 sedes: Casa Central, Macul y Maipú con 350, 700 y 1200 trabajadores, receptivamente. Esto significa 2250 funcionarios en total sumadas estas 3 sedes. En Macul y Maipú los funcionarios corresponden principalmente a obreros y operarios, mientras que en Casa Central se concentran técnicos, profesionales y gerentes.

En cuanto a la técnica de selección de los elementos muestrales, ésta correspondió a un muestreo estratificado no proporcional: 3 estratos equivalentes a 3 sedes y una muestra por cada estrato. Si a esto añadimos que en Chile los obreros y operarios duplican a los profesionales y técnicos, según las estadísticas de Ocupados por Grupos de Ocupación a Nivel Nacional¹²⁷ del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), nos encontramos con una muestra altamente representativa de todos los segmentos laborales, lo que arrojó resultados fehacientes.

En términos del momento de la recolección de los datos, éste consistió en el estudio de un caso, es decir, sólo hubo una instancia de recolección de datos, sin grupo de comparación. Ésta se realizó durante el segundo semestre del año 2006.

En vista de que en Chile no existen estudios integrales sobre hábitos en salud y por ende se carecía de estimaciones sobre la varianza y el error de precisión en este tema, estos datos se definieron a partir de una extrapolación de las estadísticas existentes sobre sedentarismo, respaldados por la evidencia científica de que llevar un vida activa o inactiva incide significativamente sobre los demás hábitos, en especial, sobre la alimentación. Así, bajo los antecedentes del sedentarismo ($P=0,91$ y $Q=0,09$), la varianza o medida de dispersión del grupo muestral (s^2) se estableció en $+0,0819\%$ y con ello el margen de error para resultados totales de la muestra fue a $+3,11\%$.

En base a lo antes expuesto la muestra quedó conformada de la siguiente manera:

SEDES EMPRESA	UNIVERSO	MUESTRA
Casa Central	350	90
Macul	700	94
Maipú	1200	100
TOTAL	2250	284

En total, 284 trabajadores.

¹²⁷ Chile Estadístico. Mercado laboral. Empleo. Cifras Comentadas. Población Total de 15 años y más, por situación en la Fuerza de Trabajo, Nivel Nacional, Según Sexo y Período. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE). En: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/mercado_del_trabajo/empleo/271107/xls/11305.xls

c. Plan de Análisis de la información

Los datos obtenidos en la fase cuantitativa se sometieron inicialmente a un procesamiento clásico de porcentajes por respuestas por preguntas y luego a un análisis por módulos de preguntas, correspondientes a set de preguntas agrupadas bajo uno de los 5 hábitos que comprende una vida sana: actividad física, nutrición, sueño, uso de sustancias lícitas e ilícitas y cuidados en salud mental. Ambos análisis se realizaron desde las perspectivas de género, edad y nivel de educación u ocupación según sede de trabajo.

Posteriormente se procedió a analizar el nivel de salud de los encuestados, por pregunta y por módulo de preguntas, tanto por sede como para la totalidad de la muestra, a través del modelo de impacto en salud creado especialmente para esta investigación. Esto permitió determinar el porcentaje de salud de cada sede, tanto por pregunta como por módulo de preguntas, así como identificar los factores de riesgo en salud de cada sede, por pregunta y módulos de preguntas, la sede con mayor riesgo para cada pregunta y módulo de preguntas, y el porcentaje de trabajadores que están por debajo del umbral mínimo de salud por pregunta y módulo de preguntas.

V.- Análisis de la información

1. Análisis del discurso: entrevistas

Con el objetivo final de caracterizar el paradigma de vida saludable de los trabajadores de la capital de Chile desde sus prácticas en salud, los entrevistados fueron invitados a repasar su historia y presente en salud, considerando desde los hábitos que aprendieron durante la infancia, los que abandonaron en el camino y las razones de ello, hasta los hábitos que han incorporado y practican en el presente, así como los que les gustaría adaptar y qué los detiene. Puesto que los chilenos pasan más de un tercio de sus vidas en el trabajo, se hizo un alto especial en el recorrido para analizar la salud y sus prácticas en salud en el ámbito laboral, donde los entrevistados repasaron su autocuidado en esta materia durante la jornada de trabajo, así como la relevancia que le dan a la salud las empresas donde trabajan.

En tanto, para caracterizar el ideario en salud de los entrevistados se lo estimuló a definir términos del ámbito de la salud, así como a definir su postura frente a dichos y creencias populares en relación al tema de la vida sana.

Como resultado surgieron tanto discursos unánimes como posturas opuestas frente a un mismo tema, determinadas a veces por diferencias de género, edad o nivel educacional. Sin embargo, hay un discurso central que subyace y guía todas las ideas y prácticas de los trabajadores de Santiago-Chile y que guarda directa relación con la economía liberal que prima en el país y que contamina a todos los demás campos de la sociedad chilena: la tendencia a dividir lo indivisible, con lo cual los chilenos carecen de una mirada holística de la vida, de modo que cuerpo y mente no son partes de un todo, así como individuo y trabajador son identidades separadas.

a. Vida Sana, Salud y Enfermedad

La primera temática que se abordó fue la Vida Sana, Salud y Enfermedad, en torno a la cual se encontró un discurso dominante - el de quienes conceptualizan la salud exclusivamente como ausencia de enfermedad-, y uno secundario: el de quienes significan la salud en su total dimensión, como bienestar físico, mental y social.

Esto trasciende en una duplicidad de discursos en torno al concepto de vida sana: aquellos que creen que llevar una vida sana es una posibilidad abierta a cualquier individuo y aquellos que creen que es un privilegio de algunos, ya sea por su poder adquisitivo o por su rol en la sociedad.

“Los deportistas llevan una vida sana, porque de acuerdo a la alimentación que deben de llevar, al training, a lo que viven. Porque con una vida desordenada no les iría bien, sobre todo a los de alto rendimiento...tienen una vida que es diferente a la nuestra, no salen de carrete, no beben ni se van a los asaditos como el común de los chilenos”. (Hombre, 43, educación media, junior de empresa minera).

“Diría que no se da en un tipo de persona, se puede dar en cualquier clase o especie de persona”. (Hombre, 47, educación superior y postgrado, publicista).

Esta contraposición queda en evidencia, sobre todo, al comparar las significaciones según nivel educacional o estrato socioeconómico. Los entrevistados con educación básica y media asocian “salud” primordialmente a bienestar físico y una buena apariencia estética, mientras definen “vida sana” por oposición; es decir, señalan las prácticas que no corresponden a una vida sana. Los entrevistados con educación superior, en cambio, tienen una comprensión integral de la salud y consideran que cualquiera puede llevar una vida sana si se lo propone.

“Salud es no sufrir muchas cosas, como dolores de cabeza, resfriarse, no tener enfermedades graves”. (Hombre, 56, educación media, gerente restaurante).

“(Vida Sana) Es una vida equilibrada, cuerpo y mente balanceada, estar bien no sólo físicamente, sin enfermedades ni achaques, sino también tranquila en lo psicológico”. (Mujer, 25, educación superior, geóloga de ONG medioambiental).

Los entrevistados que asumen la salud en forma parcial definen “Enfermedad” como algo trágico e inevitable. Es así como las enfermedades crónicas son definidas como recurrentes, sin solución definitiva, sólo manejables en su sintomatología, siempre y cuando se cuente con los medios económicos suficientes, en vez de estados pasajeros y evitables si se practica el autocuidado. Consecuentemente, las enfermedades crónicas que se tienden a mencionar dicen relación con padecimientos físicos.

“(Enfermedad) Es el mal. Es la tragedia, porque uno no tiene plata para sanarse, entonces es lo peor que a uno le puede pasar”. (Hombre, 40, educación media, maestro de la construcción).

“(Enfermedad crónica) Es una enfermedad que la lleva la persona y tiene que aceptarla en el fondo, entonces tiene que habituarse a la enfermedad, porque es de por vida, por eso tiene que superar esa etapa y aceptarla no más, es una aceptación”. (Mujer, 49, educación media, tejedora empresa textil).

b. Hábitos en Salud.

Un segundo tema de análisis fueron los hábitos, en torno a los cuales se mantienen los discursos encontrados en relación a la salud y la vida sana, de modo que hay entrevistados que asocian hábitos saludables preferentemente con actividad física y alimentación, mientras otros incluyen hábitos que redundan en un bienestar biopsicosocial. Nuevamente la diferencia entre estos dos discursos está dada por el nivel educacional. El discurso de los estratos menos educados tiene además un carácter normativo, es decir, los hábitos aparecen como reglas para contrarrestar una vida desordenada y falta de higiene.

(Hábito) **“Lo que uno hace todos los días, lavarse, ducharse, asearse, andar bien presentado (...) influye mucho lo que es la higiene (...) lavarse las manos después de subirse a la micro (...) el desorden, no tener una buena imagen de su persona, no cuidarse, no estar bien peinado ni limpio”.** (Hombre, 43, educación media, junior de empresa minera).

(Hábito saludable) **“Lo que contribuya al bienestar físico, psíquico y espiritual. Todo lo que contribuya al bienestar integral”.** (Hombre, 47, educación superior y postgrado, publicista).

Respecto a la formación de hábitos, existe un discurso único. Sin distinción de género, generación o nivel educacional, los entrevistados opinan que los hábitos se aprenden en la primera infancia, donde la mujer cumple con esta enseñanza, mientras el hombre cumple con el rol de proveedor.

“Mi padre no se metía en esas cosas, él seguía el rol tradicional de padre proveedor. Pero en la casa, el tema del bienestar de los hijos era la bandera de lucha de mi madre (...) Mi padre se pasaba todo el día en el campo viendo las plantaciones”. (Mujer, 56, educación superior, ejecutiva bancaria).

Sí se advierte una distinción respecto a qué mujer ejerce este rol educador. Mientras en los estratos menos adinerados a veces las abuelas asumen este rol educador en ausencia de las madres, en los estratos adinerados las madres delegan esta tarea durante el día a las empleadas domésticas.

“Mi abuela (...) Nos enseñaba a hacernos la comida, con una disciplina no tanto militar, pero todas las mañanas antes de partir al colegio nos bañábamos y antes deshacíamos la cama para que se ventilara y abríamos la ventaba y antes de partir al colegio teníamos que dejar la cama hecha y la pieza ordenada”. (Hombre, 35, educación media, chofer empresa valet parking).

“Las que se encargaron de mis hábitos en salud fueron mi mamá y mi nana (...) Aunque con la que más horas pasaba en el día era la María, la nana, así que ella se preocupaba harto de mí (...) A la mamá la veía en la noche”. (Mujer, 31, educación superior, diseñadora industrial).

Al analizar por separado la formación de hábitos, nos encontramos con que en términos alimenticios hay dos posturas. Por una parte se dice que antaño se comía más sano y, por otra, que antaño se comía más cantidad, pero de peor calidad. Esta división de posturas es intrageneracional. Mientras hay entrevistados nacidos hasta la década del 60 que opinan haber comido productos más naturales que las generaciones actuales, dada la ausencia de comida chatarra, hay contemporáneos a ellos que opinan que antaño la preocupación en torno a la alimentación era cantidad. A partir de la generación del 70, en cambio, el discurso respecto a los hábitos alimenticios se unifica tras la creencia de que surge un cuidado integral en torno a la alimentación de los hijos.

“Mi mamá nos hacía cosas saludables, por ejemplo, papas con cochayuyo, porotos, cosas que ahora los niños le hacen asco, cosas sanas, comidas sanas. Las comidas chatarras antes casi no existían. Uno no podía ir al Mc Donald ni mucho menos...”. (Mujer, 49, generación 59, educación media, taller textil).

“La preocupación era más la cantidad que la calidad de lo que comíamos, que no estuviera desnutrida, que me terminara el plato, que comiera. Era bastante cargado al dulce y la fritura”. (Mujer, 60, generación 48, educación superior, periodista empresa vitivinícola).

En relación al hábito de descanso existe una postura generalizada entre los entrevistados de que el colegio y el lugar geográfico donde transcurre la niñez marcan los horarios, al menos hasta la adolescencia.

“A las ocho a la cama, porque al día siguiente había que ir al colegio. Así te levantabai pila para ir al colegio”. (Hombre, 35, educación media, chofer valet parking).

En relación al hábito de ejercitación, hay un discurso compartido por lo entrevistados: antaño no había una especial preocupación por la actividad física de los hijos. Las razones de esto difieren según la perspectiva desde la cual se analice el tema. Desde el punto de vista de la edad, las generaciones nacidas antes del 60 postulan que era innecesario un cuidado en esta materia porque los niños hacían mucha vida al aire libre, dada la inexistencia del televisor y los juegos de video. Desde la perspectiva socioeconómica nos encontramos con que los entrevistados que nacieron en hogares más desposeídos señalan que la actividad física en la niñez estaba relacionada con trabajo, especialmente si la niñez transcurrió en los suburbios de la capital o en regiones.

“No estaban muy preocupados de que hiciéramos deporte, uno se jugaba una pichanguita, una cosa habitual de todas las tardes, pero no como ahora en que hay que obligar a los hijos a moverse”. (Hombre, 43, educación media, junior empresa minera).

“...uno tenía que ayudar en el campo, que los animales, las cosechas, las siembras. Na que ver como son las cosas en la ciudad ni menos como son las cosas ahora (...) la actividad física que significaba arrear las vacas o ir a buscarlas cerro arriba, sacar papas, todo eso que uno hacía, pero nadie te decía que hiciéramos deporte como se hace hoy en que los papás son preocupados de que los hijos se muevan y no estén frente al televisor...” (Mujer, 42, educación media, cajera de supermercado).

En relación al cuidado psicosocial y emocional se aprecia un discurso único que reconoce un cambio trascendental en esta materia a partir de los años 70, en que los niños pasan a ser sujetos con derechos que no sólo necesitan cuidados físicos sino también psicoemocionales. Es así como los entrevistados nacidos en la década del 60 recuerdan no haber recibido cuidados en este aspecto de parte de sus padres en forma conciente, pero sí es parte de su preocupación actual como padres.

“En ese entonces nadie se preocupaba como hoy en día. Hoy en día es importante el afecto y que los niños estén contentos, pero en el caso mío no recuerdo que alguien haya estado preocupado de eso”. (Hombre, 43, generación 65, educación media, junior empresa minera).

Respecto a la mantención de los hábitos aprendidos durante la infancia se reconocen dos discursos contrapuestos: mantenerlos es una responsabilidad personal y mantenerlos no siempre es posible, debido a la existencia de factores externos fuera del control personal. Entre los factores que se mencionan están el contexto social y la falta de recursos económicos.

“El hábito se hace, si tu no te mentalizai’ con hacer algo bueno y mantenerlo no vai a tener jamás el hábito y si te empezai’ a mentir a ti mismo no es gracia. Tiene que partir por la parte personal de uno. (...) El hábito depende de dónde uno quiere llegar, qué queri’ alcanzar, qué queri’ lograr. (...) El hábito te lo tienes que crear tú mismo, respetártelo tú mismo. (...) A medida que ves logros, más te lo vas respetando”. (Hombre, 35, educación media, chofer empresa de valet parking).

“Los hábitos vienen de formación, del hogar, algo también del colegio y también del medio ambiente en que uno se junta o lo rodea, porque a veces hay un hábito muy bueno en la casa, pero con quienes se junta es diferente. (...) el sector donde vivíamos, el entorno era complicado. Ahí era muy fácil salir desviado total (...) algunos de ese barrio actualmente son delincuentes, por eso en el barrio donde vivíamos era para salir bien o mal”. (Hombre, 56, educación media, gerente de restaurante).

Respecto a la modificación de los hábitos existe un discurso común que cree en esta posibilidad, aunque lo considera una tarea difícil. Donde se difiere es en los atributos que hacen posible modificar hábitos. Es una distinción de estrato, donde los entrevistados más acomodados opinan que para modificar hábitos es determinante la convicción de querer cambiar y la conciencia de que algo no anda bien, mientras los de menos recursos opinan que es clave la fuerza de voluntad.

“...cuesta, pero se puede... y cuesta más aún cuando no existe la convicción real de querer cambiar (...) para dejar un hábito hay que tener la intención, la convicción real de que uno quiere dejar algo o cambiar algo, de lo contrario la fuerza de voluntad no es lo suficientemente poderosa como se necesita (...) Lo otro fundamental es tomar conciencia de que uno está haciendo algo mal...muchas veces uno sigue una rutina porque sencillamente se deja llevar por la inercia, replicando malos hábitos, pero cuando se detiene a pensar en lo que hace se da cuenta de lo malo que es y es el minuto de cambiar”. (Hombre, 62, educación superior, arquitecto).

Una segunda distinción dice relación con la edad. Las generaciones más jóvenes creen que contar y aceptar ayuda externa es fundamental para poder cambiar hábitos nocivos. Se observa también una distinción de género, donde la adolescencia y juventud aparecen mencionadas como factores modificadores de hábitos saludables en el caso de los hombres.

“Hay que tener la sinceridad con uno mismo de que si uno no puede por su propia cuenta tiene que buscar ayuda externa. No hacerle el quite a eso, porque uno solo a veces no puede con ciertas cosas. Es como cuando te ayuda un personal trainer hasta una terapia para dejar de fumar”. (Mujer, 31, educación superior, diseñadora industrial).

Respecto a los motivos que atentan contra la continuidad de los hábitos saludables aprendidos en la infancia y la incorporación de nuevos hábitos saludables existen varios discursos: el que esgrimen preferentemente los entrevistados de estrato socioeconómico alto responsabiliza al ingreso a la universidad y al posterior ingreso al mundo laboral.

“El ritmo de trabajo me mató, sobre todo al principio. Empecé a trabajar apenas me recibí y por muchos años dejé de almorzar con calma y a una hora decente (...) Además era re bueno para dormir cuando joven y ahora con suerte duermo 6 horas por noche. Eso hace que haya subido de peso y a veces ande bien estresado.” (Hombre, 47, educación superior, master, publicista).

Otra postura es que el juicio de los demás influye negativamente, así como la falta de recursos económicos. Estas dos últimas posiciones las emiten los entrevistados de estrato socioeconómico bajo. Sin embargo, hay un discurso que encuentra unanimidad entre los entrevistados -sin distinción de nivel educacional, género o edad-, que se refiere al factor intrínseco de la flojera.

“Me ha costado cuando trato de tomar poco, sobre todo cuando estamos en medio de una fiesta (...) y yo pido una cerveza sin alcohol. Se cagan de la risa y más encima no me creen, pero lo he hecho. Me controlo”. (Hombre, 27, educación técnico-superior, administrador empresa gastronómica).

Por el contrario, entre los discursos que se esgrimen como factor incorporador de nuevas prácticas saludables está –entre los estratos más adinerados-, la influencia extranjera y el conocimiento.

“Estudiando en Europa le tomé el peso a eso de la calidad de vida que aquí en Chile aún es puro verso, pero que allá se busca y se respeta”. (Hombre, 47, educación superior, master, publicista).

“...he tratado de comer menos azúcar, influenciada por mi hija mayor que es master en química y sabe lo mala que es para la salud”. (Mujer, 60, educación superior, periodista).

Otra posición es que la aparición de enfermedades -personales o de familiares-, contribuye a incorporar hábitos saludables. Esto se traduce en una postura preventiva en salud en el caso de las generaciones más jóvenes. El envejecimiento es otro elemento del discurso que se menciona como factor adaptador de hábitos saludables. En el caso del género femenino, esto aparece relacionado con la llegada de la menopausia.

“Yo no tomo ni una gota de alcohol... desde que pasé un susto muy grande. Venía llegando de la oficina como cualquier día y me sentí morir. Me descompensé absolutamente y no podían dar con lo que tenía, hasta que me encontraron una falencia en el hígado”. (Hombre, 62, educación superior, arquitecto).

“...ahora como fruta y verdura, eso cambió cuando entré a la etapa de la menopausia, porque se supone que uno se debe cuidar, tomar leche...” (Mujer, 49, educación media, tejedora empresa textil).

Al analizar los hábitos en salud que los entrevistados siguen en la actualidad se observa un discurso que habla de una alimentación desbalanceada y desordenada -con omisión y/o exceso de comida-, fundamentalmente por razones laborales. La situación familiar también contribuye a este desequilibrio.

“(Mi alimentación) es muy revolucionada, hay veces que no tomo desayuno y otros días sí, unos que no almuerzo y otros sí...” (Hombre, 56, educación media, metre restaurante).

“...como en general tengo poco tiempo para almorzar, a veces llego a la casa con mucha hambre y soy capaz de comerme un plato de porotos, entonces me cuesta quedarme dormido...” (Hombre, 47, educación superior, publicista).

En el tema alimenticio se observa además una contraposición de visiones: la de quienes cuidan de su alimentación por razones de salud, como la presencia de enfermedades congénitas, y quienes lo hacen por razones estéticas, entre las que se encuentran principalmente las mujeres.

“Como tengo el colesterol alto trato de cuidarme, pero debiera ser mucho mejor. Igual me siento y como cosas no sanas. Igual por lo general todo leche descremada, no como mucha grasa...” (Hombre, 31, educación superior, comunicador audiovisual).

“A veces calmo la ansiedad comiendo y me gratifico comiendo chocolates, pero en general no tengo problemas con la comida. Trato de comer sano y controlado, una dieta sana, equilibrada. Me mantengo en buena forma, incluso a mi edad”. (Mujer, 56, educación superior, ejecutiva bancaria).

Respecto al hábito del descanso, el discurso que prima es que éste es escaso -6 horas promedio-, y deficiente, lo cual se explica fundamentalmente por lo extenso de las jornadas laborales. Otra razón que se esgrime para explicar un descanso escaso o desordenado son las obligaciones familiares. Los entrevistados que tienen hijos dicen vivir en torno a sus actividades, mientras que los solteros tienen un descanso poco estructurado y reponedor.

“Tengo pocas horas de sueño, porque trabajo 12 horas y salgo a las 8 y llego a las 10 a mi casa, como, estoy una hora con mis hijos y de ahí a acostarse y después levantarse a las 6 de la mañana de nuevo. Duermo como seis horas”. (Hombre, 40, educación media, maestro de la construcción).

En relación al hábito de ejercitación el discurso es unánime: se practica escasa o nula actividad física. Al analizar este discurso en términos de género nos encontramos con que los hombres se ejercitan algo más que las mujeres y lo atribuyen a la influencia de los hijos, mientras ellas hacen actividad física preferentemente por razones estéticas.

“De vez en cuando, por el colegio de mis hijos, participo en alguna actividad deportiva, pero fuera de eso no hago nada. Hace un año hice la locura de correr una maratón de padres y después pasé una semana sin poder moverme, literalmente”. (Hombre, 47, educación superior, publicista).

Se observa un discurso justificador del sedentarismo. Explicado fundamentalmente por el exceso de trabajo y escaso tiempo libre, la falta de infraestructura deportiva disponible -en el caso de los entrevistados menos acaudalados-, y a la “auto-dependencia” de parte de los entrevistados más adinerados.

“...como son jornadas con horarios largos por lo general, 11 más dos extras como promedio, de repente sales a las 9 y te queda muy poco tiempo para ir al gimnasio, por lo que te vas directo a la casa o a tomar un chela con los amigos para relajarte”. (Hombre, 31, educación superior, comunicador audiovisual).

“Me gustaría hacer deporte. Siento que me está haciendo falta. A mí me gusta jugar fútbol, pero no tengo donde. Ahora hay menos espacio, menos canchas, es más difícil”. (Hombre, 43, educación media, junior empresa minera).

Sin embargo, el nuevo sistema de transporte capitalino está contribuyendo a engrandecer la lista de caminadores diarios.

“Estoy mal, no hago nada...pero sí camino mucho. Todos los días por lo menos media hora a una hora. Con esto del Transantiago a veces tengo que caminar 20 o hasta 30 cuadras para poder subirme a la micro”. (Mujer, 42, educación media, cajera de supermercado).

Respecto a las relaciones interpersonales, prima un discurso que distingue entre amistades y colegas, lo que en el caso de los estratos de menos educación se traduce en “amigos-familiares” y en el caso de los estratos de educación superior se traduce en “amigos de infancia” o “amigos de toda una vida”.

“... en el trabajo uno no tiene amigos, tiene compañeros de trabajo, porque para mí mis únicos amigos son mis hijos, mi papá y mi abuelo, que en paz descanse”. (Hombre, 40, educación media, maestro de la construcción).

“...no establezco relaciones muy estrechas en la pega, pero tengo mis amigas del colegio aún, con las cuales no juntamos con cierta periodicidad”. (Mujer, 25, educación superior, geógrafa).

“Tengo amigas, son poquitas, pero muy buenas. No soy muy sociable. Mejor tener pocas, pero buenas. Salgo poco eso sí, me lo llevo más en la casa”. (Mujer, 42, educación media, cajera de supermercado).

En los estratos menos educados hay un discurso que asocia sociabilización a conflicto, lo que reduce la sociabilización y aumenta la soledad. También se observa un discurso que relaciona la situación familiar con la sociabilización, donde la presencia de hijos limita la sociabilización.

“Eso de salir con amigos a carretear es para puro terminar en problemas, porque la gente ya no es la misma”. (Hombre, 35, educación media, chofer empresa valet parking).

“No somos muy fiesteros con mi marido, bueno en realidad éramos, pero ahora con dos niños se complica para salir. Mi mamá se queda con ellos las veces que salimos o mi cuñada...pero no me gusta molestar...” (Mujer, 40, educación media, vendedora empresa telecomunicaciones).

En relación al autocuidado emocional, el discurso general es el que asocia tranquilidad emocional con solvencia económica, estabilidad laboral y buena salud.

“Me considero una persona feliz, claro como todas las familias de clase media vivimos apuros económicos que a uno la estresan y la bajonean, pero en general me siento contenta con la vida que tengo, sobre todo con mi familia...” (Mujer, 40, educación media, vendedora empresa telecomunicaciones).

“Estoy en general bien, pero producto de una insatisfacción laboral, siento una sensación de frustración, malestar, rabia, porque siento que vivo situaciones injustas y eso psicológicamente me fríega un poco”. (Mujer, 31, educación superior, diseñadora industrial).

El discurso en relación al cuidado emocional es absolutamente opuesto si se compara el estrato de educación baja/media con el superior. Mientras el primero dice no otorgar mayor importancia a este aspecto de su vida, el segundo señala incluso recurrir a ayuda externa para enfrentar las situaciones psico-emocionales complejas.

“...usted dice los sentimientos...no sé...supongo que bien, no pienso mucho en eso, como que uno le da pa’ delante no más...a veces anda más cabreado que otras veces, pero pasa de largo esas cosas...”. (Hombre, 40, educación media, maestro de la construcción).

“Trato de cuidarme y de protegerme y si es necesario, si tengo una angustia o un estrés en algún área voy a un psicólogo, le pregunto a algún profesional”. (Mujer, 60, educación superior, periodista).

También se observa una diferencia en este aspecto entre hombres y mujeres. Estas últimas señalan preocuparse más del bienestar emocional de otros que del propio.

“Tiendo a posponerme en este aspecto, como si los demás fueran más importantes que mi tranquilidad mental y emocional. Soy muy emotiva, pero no expreso mucho mis sentimientos. Siempre estoy lista para escuchar a otros, pero no para darme el tiempo de contar lo que siento”. (Mujer, 56, educación superior, ejecutiva bancaria).

En relación a los cuidados en la ingesta de alcohol, el consumo de tabaco y el uso de drogas el discurso general asocia estas prácticas a la sociabilización, donde la presión del entorno es determinante.

“No fumo ni siquiera un cigarrillo diario, se podría decir que soy fumador social. Empiezo el viernes y termino el sábado. Alcohol de repente tomo, pero con mis amigos. Si no va un amigo a la casa, no tomo. Pero si van sí y ahí me fumo un cigarro”. (Hombre, 27, educación técnico-superior, administrador de empresa gastronómica).

“...no soy muy fiestero y creo que eso ayuda a no tener estos vicios, no te llaman la atención, no estás en los círculos donde corre el copete y el tabaco...entre otras cosas”. (Hombre, 47, educación superior, publicista).

Se observa una distinción en relación al uso de drogas, dada por el discurso de los entrevistados de menor educación que dicen convivir sin inconvenientes con personas que las utilizan.

“No evito a gente que consume drogas, no tengo ningún drama, no tengo susto de engancharme. Tengo esa experiencia de la infancia mía, conviví con gente que fumaba, jalaba o aspiraba en frente mío y en más de una oportunidad fumé, pero no seguí en esa. Hoy no fumo, no aspiro, nada”. (Hombre, 27, educación técnica-superior, administrador restaurante).

En relación al manejo del estrés laboral, hay dos discursos dominantes, uno que menciona a los años y la espiritualidad como buenos consejeros para combatirlo y otro que dice hacerle caso omiso. Mientras el primero surge preferentemente de los entrevistados con educación superior, el segundo es propio de los estratos menos educados, lo cual concuerda con su postura frente al cuidado emocional.

“...los años me han enseñado que uno no debe dejarse sobrepasar por la pega...está bien querer responder a la exigencias de los jefes, pero también hay que saber poner límites, sino, uno contribuye a que el sistema sea explotador y anden todos pésimo. Es uno el que alimenta esa dinámica enajenante del trabajo o por el contrario, contribuye a crear ambientes de trabajo agradables”. (Hombre, 47, educación superior, publicista).

“...cuando los jefes vienen a supervisar, me tenso, me doy cuenta que me pongo nerviosa, así que trato de ni pensar en eso...”. (Mujer, 37, educación media, empleada empresa alimentos).

Entorno al cambio de hábitos hay un discurso proactivo, pero que no se condice con resultados positivos, por lo cual se reportan sentimientos de culpa y frustración. Esta postura se observa tanto entre las generaciones jóvenes que nacieron con el tema de los hábitos saludables, como las generaciones mayores, especialmente del estrato educacional superior, que han tomado conciencia de la importancia de este tema.

“...soy culposo con todo esto y sí pienso en que tengo que hacer más deporte, que fumar está mal, que tengo que comer cosas más sanas, sí es un tema, aunque a veces paso mucho tiempo diciéndome que debo hacer algo al respecto, pero al final no hago nada”. (Hombre, 31, educación superior, comunicador audiovisual).

“...nunca está de más estar conciente de estas cosas. Creo que es muy interesante que la gente tome conciencia de estos temas, analice su propia vida y si está con déficit negativo pueda cambiar. Yo en lo particular me cuido mucho, al menos en lo físico”. (Mujer, 56, educación superior, ejecutiva bancaria).

El discurso predominante a la hora de analizar las prácticas no saludables que los entrevistados desearían eliminar de su vida diaria está el sedentarismo, los malos hábitos alimenticios, el consumo de tabaco, café y alcohol. Se distingue una diferencia entre géneros, donde los hombres señalan preferentemente querer revertir el sedentarismo y el tabaquismo, mientras las mujeres se inclinan por el excesivo consumo de café. En términos del alcohol, en tanto, hay una diferencia generacional. Las generaciones nacidas a partir del año 67, de ambos géneros, son las más preocupados por combatir su nivel de alcoholismo.

“Estoy tratando de hacer más actividad física, buscando un deporte que me atraiga, de manera de establecer una rutina y practicarlo en forma constante y no jugar una a las mil y quedar tieso de dolores”. (Hombre, 47, educación superior, master, publicista).

“Siempre estoy tratando de tomar menos de lo que tomo. Es mi debilidad. Empiezo con una copita y terminan siendo 4 o 5 (...) siempre estoy conciente de que la tercera copa de vino sea la tercera y no una cuarta. Dos o tres copitas de vino en la noche máximo”. (Mujer, 25, educación superior, geógrafa).

c. Salud y Prácticas Saludables en el Trabajo

Especial importancia se dedicó al tema de la salud y las prácticas saludables en el trabajo, donde el discurso dominante considera a la salud y al trabajo por separado: la salud como parte del ámbito privado y el trabajo como parte del ámbito público, como si individuo y trabajador fueran identidades separadas, por lo cual poco se habla de salud en el trabajo. Si el género masculino toca el tema de salud es en torno a enfermedades personales, de familiares o conocidos, lo cual se reconoce como un abordaje paliativo de la salud. El género femenino, en tanto, señala compartir dietas, datos de médicos y medicamentos.

“La salud es un tema más privado...algo que se comenta con el más cercano y la mayor de las veces dice relación con la otra cara de la salud, o sea, la enfermedad, lo cual a mi parecer implica un abordaje del tema más bien reactivo, más que un cuidado preventivo (...) Cada uno trata de estar lo mejor que puede, me imagino, pero no es un tema público, por decirlo de alguna manera. Son temas del ámbito privado, del ámbito personal.” (Hombre, 62, educación superior, arquitecto).

“Lo más relevante serían las dietas, por un tema estético. Uno tiene que andar bien presentada (...) nos damos consejos entre todas. Si uno sabe de un tratamiento o de un doctor bueno, se lo recomienda a las otras (...) Las típicas cosas, que enfermedades más o menos graves, que dietas para el verano, que si vas o no al gimnasio (...) En general son los achaques con que anda uno u otra persona dentro de la oficina”. (Mujer, 56, educación superior, ejecutiva bancaria).

También es unánime la postura respecto a que las empresas hacen poco o nada por la salud de sus trabajadores y por lo general la preocupación se centra en prevenir accidentes, lo cual es considerado insuficiente y ineficientes. Además los entrevistados perciben que estas medidas son para evitar que los trabajadores se ausenten y así mantener la productividad de la empresa, pero no por una auténtica preocupación por el trabajador.

“Ellos están preocupados de que no tengamos accidentes. Por eso de vez en cuando nos hacen charlas de prevención, pero como le contaba antes, están preocupados hasta que no perjudique con las ventas. Si todo es plata al final (...) Un señor de la sección de al lado que perdió la mano. La máquina se trabó y en vez de cortarla, trato de arreglar el problema sobre la marcha y lo agarró el cuchillo. Cuando pasa algo así los jefes lo retan a uno porque nadie paró la máquina, pero lo que pasa es que los que llevan más tiempo saben que si uno la corta y al final no pasa nada, te retan porque paraste la producción por nada y te sacan en cara las pérdidas”. (Mujer, 37, educación media, empleada empresa alimentos).

Como consecuencia de lo anterior, si bien hay una postura solidaria con el colega que se enferma, se reconoce que es sólo un sentimiento pasajero que no se traduce en prácticas de salud permanentes, sino sólo en acciones aisladas. Por el contrario, la postura dominante es de resignación e impotencia frente a la poca relevancia que las empresas dan a la salud.

“Son más bien buenas intenciones cuando a alguien le pasa algo, para que salga del mal rato, que una rifa, una colecta, pero nada de largo aliento que sería lo único efectivo (...) Uno se jubiló por cáncer. Cuando pasó esto todos empezamos a juntar dinero para tener cuando un compañero se enferme, un aporte económico, más que tratar de evitar que nos pase algo a cada uno”. (Hombre, 56, educación media, metre restaurante).

No obstante lo anterior, el género femenino dice tomar algunas medidas para combatir enfermedades laborales, como las tendinitis y lumbagos.

“Lo típico de las secretarías: uso de esos teclados especiales para que no me duelan las muñecas después de tanto escribir; me preocupo de sentarme derecha para que no me duela la espalda. (Mujer, 56, educación superior, ejecutiva bancaria).

La edad, la situación familiar y el rubro laboral se señalan como factores que inciden en una mayor o menor preocupación personal por el tema salud en el ámbito laboral.

“...va siendo más común entre los viejos (...) la mayoría de mis colegas son más jóvenes que yo, algunos recién empezando, con la sensación de que nada les puede pasar, están en una edad muy vital, con la sensación de tener toda la vida por delante, así que la salud no les preocupa, la tienen y la dan por sentada y garantizada de por vida, por lo tanto no le dan mayor cuidado”. (Hombre, 62, educación superior, arquitecto, vive solo).

“No es un tema en mi ámbito de trabajo. En general no son gente muy sana las del ambiente en que trabajo, ni muy deportistas. Son buenos para el carrete y lo que eso implica (...) No es un tema relevante la salud ni el deporte. Esto es así en general en el mundo audiovisual, son más bohemios y les gusta la noche, no la vida sana”. (Hombre, 31, educación superior, comunicador audiovisual).

En cuanto a los elementos que facilitan las prácticas de buena salud en el trabajo el discurso general apunta a tener comidas aseguradas con distintas opciones de menú – aunque no siempre se opte por la alternativa más saludable-, lugares de trabajo temperados, de fácil acceso y libres de humo.

“...tenemos vale restaurante, con lo cual uno puede almorzar bien. Al menos eso es lo que yo trato de hacer, porque cuando uno se tiene que quedar hasta las mil, lo más seguro es que se termine pidiendo una pizza o cualquier comida de ese estilo, nada saludable”. (Hombre, 47, educación superior, publicista).

“Lo otro es que mi empresa persigue a los fumadores y las únicas que no pueden dejar de fumar están en una oficina juntas con ventana, pero entrar a esa oficina a hablar con ellas es horrible. Pero eso facilita la vida del resto”. (Mujer, 60, educación superior, periodista).

Si bien tanto los estratos de educación superior como básica y media comparten la idea de que los trabajos flexibles y novedosos reportan mayor satisfacción laboral, se observa que estos últimos tienen menor acceso a este tipo de trabajos.

“Soy comunicador audiovisual. Puedo trabajar en varias cosas relacionadas con los medios de comunicación. Por lo general soy productor (...) Eso si ahora estoy haciendo asistenta de producción (...) Las jornadas son relativas (...) cuando tengo pega es por varios meses y después nada, entonces cuando tengo pega siempre es bien venido y lo aprovecho. Y cuando no tengo me recargo de energía. Llevo recién un mes y cuando estoy terminando los períodos laborales me estreso un poco, pero después de nuevo tengo descanso”. (Hombre, 31, educación superior, comunicador audiovisual).

“...mi trabajo es monótono y eso me cabrea a veces, pero qué le voy a hacer (...) es bien encerrado y tedioso” (Mujer, 37, educación media, empleada empresa alimentos)

En cuanto a los elementos que atentan contra las prácticas saludables en el trabajo, el discurso es unánime: las jornadas de trabajo por sobre lo legal. Esto se reporta como atentatorio contra la vida familiar y la sociabilidad, pero existe el sentimiento de nada se puede hacer, dada la sobreoferta laboral y la necesidad de recibir un sueldo a fin de mes. En el caso de los estratos de nivel educacional superior las jornadas extensivas se consideran algo natural en el caso de los jóvenes que deben pavimentar su carrera profesional.

“...se supone que cerramos a las 6.30, pero en realidad esa es la hora en que dejan entrar al último cliente y si hay 10 esperando, por ejemplo, a una se le puede alargar la pega hasta una hora y a nadie le pagan esa hora extra (...) Saben que la cola de chiquillas que están a la cola para entrar a trabajar aquí es infinita, así que ninguna alega, por más mal que estemos. Como que se aprovechan de eso. Si uno deja de ser eficiente te sacan (...) Uno nunca sabe a qué hora va a terminar. Yo me trato de poner de acuerdo con mi marido a veces para irnos juntos a la casa, pero es imposible o lo mismo con amigas que una trata de ver al final de la pega, para conversar un poco y entretenerse antes de irse a la casa, pero siempre me terminan alegando que me demoro mucho, que nunca estoy a la hora...”. (Mujer, 40, educación media, vendedora empresa telecomunicaciones).

d. Mitos y Hábitos

En esta sección se preguntó a los entrevistados por ciertos dichos populares relacionados con la salud y las prácticas saludables para poder analizar sus creencias en esta materia. Como resultado se encontraron posturas de consenso, así como diferencias según la edad y el nivel educacional.

Mientras los entrevistados responden unánimemente que reírse es bueno para la salud y que 8 es la cantidad de horas que una persona debe dormir –no obstante señalan que con el trabajo es imposible cumplirlo y que con el paso de los años se duerme menos-, a la hora de hablar de ciertos hábitos alimenticios, como por ejemplo, “para adelgazar hay que comer poco” o “un buen consejo para adelgazar es comer fruta de noche”, las opiniones se dividen entre niveles de educación. Mientras los menos educados están de acuerdo con esta afirmación, pues así dicen haberlo escuchado o leído en los medios de comunicación masiva, los más educados la niegan tajantemente.

“Error profundo. Hay que comer una dieta balanceada, en lo posible hacer las cuatro comidas y evitar las grasas y los alimentos que engordan”. (Mujer, 56, educación superior, ejecutiva bancaria).

“Sí y verduras. Lo he escuchado, lo he leído en las revistas y en esos programas de radio en que dan consejos para estar flaca para el verano. Lo mismo en la televisión”. (Mujer, 42, educación media, cajera de supermercado).

En tanto, al analizar las respuestas que los entrevistados dan en relación a los dichos sobre consumo de alcohol, como “Tomarse una aspirina a la vuelta de la fiesta aminora la caña al día siguiente” o “Comerse una cucharada de aceite evita que uno se cure”, se distingue una división generacional de posturas. Mientras los más jóvenes las respaldan y practican, los mayores las rechazan tajantemente.

“Yo lo hago de repente. Es pal’ dolor de cabeza, pero el malestar de la resaca es otro, a mí eso se me pasa con líquido y durmiendo”. (Hombre, 27, educación técnico-superior, administrador).

El cambio de actitud es evidente cuando se pregunta a los entrevistados si tener una vida sexual activa es saludable. Entonces se aprecia una postura defensiva en el caso de los estratos más educados y vergüenza en el caso de los menos educados.

“No sé lo que se entiende por una vida sexual activa, pero tengo el convencimiento de que el sexo y la sexualidad son parte inherente del ser humano y del organismo y, por lo tanto, ambos son saludables”. (Mujer, 56, educación superior, ejecutiva bancaria).

Respecto a los dichos “Guagua gordita es guagua sanita” y “Guatita llena, corazón contento”, se observa una tendencia general a considerarlos parte del pasado y no válidos en el presente. No obstante, en el segundo caso hay entrevistados que hacen una lectura literal del dicho y concuerdan con él, sobre todo si pertenecen a estratos más desposeídos.

“Esto lo decía mi madre o incluso las abuelas...pero hoy está re contra demostrado que es un error. Si basta leer cómo Chile se acerca a pasos agigantados a los índices de obesidad infantil de Estados Unidos, si es que no los hemos superado ya. El problema es que ahora estamos cosechando el dicho de las abuelitas y cambiar esa idea va a tomar tiempo. Ya empezó, pero el problema es que ahora se transforme en hechos. Puede tomar décadas llegar a ser como los japoneses, por ejemplo, en que rara vez ves una persona gorda en la calle. Son una cultura milenaria que lleva siglos bien alimentada”. (Hombre, 62, educación superior, arquitecto).

“Me suena a antiguo, a dicho de abuelita...pero si lo veo desde una perspectiva muy práctica y realista, no deja de ser cierto en el caso de las personas de escasos recursos, para quienes el tema de conseguir comida puede ser toda una proeza”. (Hombre, 62, educación superior, arquitecto).

2.- Análisis de datos: cuestionario.

a.- Perfil sociodemográfico de la muestra.

Con el objetivo específico de identificar las prácticas cotidianas en salud de la fuerza laboral activa de Santiago de Chile, se aplicó un cuestionario sobre hábitos de vida que incluyó preguntas sobre actividad física, hábitos alimenticios, rutinas de descanso, uso y/o abuso de sustancias nocivas o ilícitas y autocuidado en salud mental. Los siguientes son los resultados encontrados.

La muestra total correspondió a 284 personas en edad laboral de la ciudad de Santiago, específicamente a trabajadores de las sedes capitalinas de una empresa privada: 94 individuos de Casa Central, en la cual se concentran las planas gerenciales, los profesionales y técnicos; 90 personas de Macul y 100 de Maipú, en las cuales se concentran obreros y operarios. Es decir, un 33% y un 67%, respectivamente, lo cual es coincidente con las estadísticas de Ocupados por Grupos de Ocupación a Nivel Nacional¹²⁸ del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), según las cuales el número de obreros y operarios chilenos duplica a los profesionales y técnicos.

Además, en concordancia con la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones publicada por la Organización Internacional del Trabajo en 1988, la cual correlaciona las ocupaciones con el nivel de competencias requeridas, vale decir, con el nivel educacional que exigen, se trató de una muestra mayoritariamente con educación básica y media.

¹²⁸ Chile Estadístico. Mercado laboral. Empleo. Cifras Comentadas. Población Total de 15 años y más, por situación en la Fuerza de Trabajo, Nivel Nacional, Según Sexo y Período. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE). En: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/mercado_del_trabajo/empleo/271107/xls/11305.xls

Muestra total y por sede del estudio en número de trabajadores

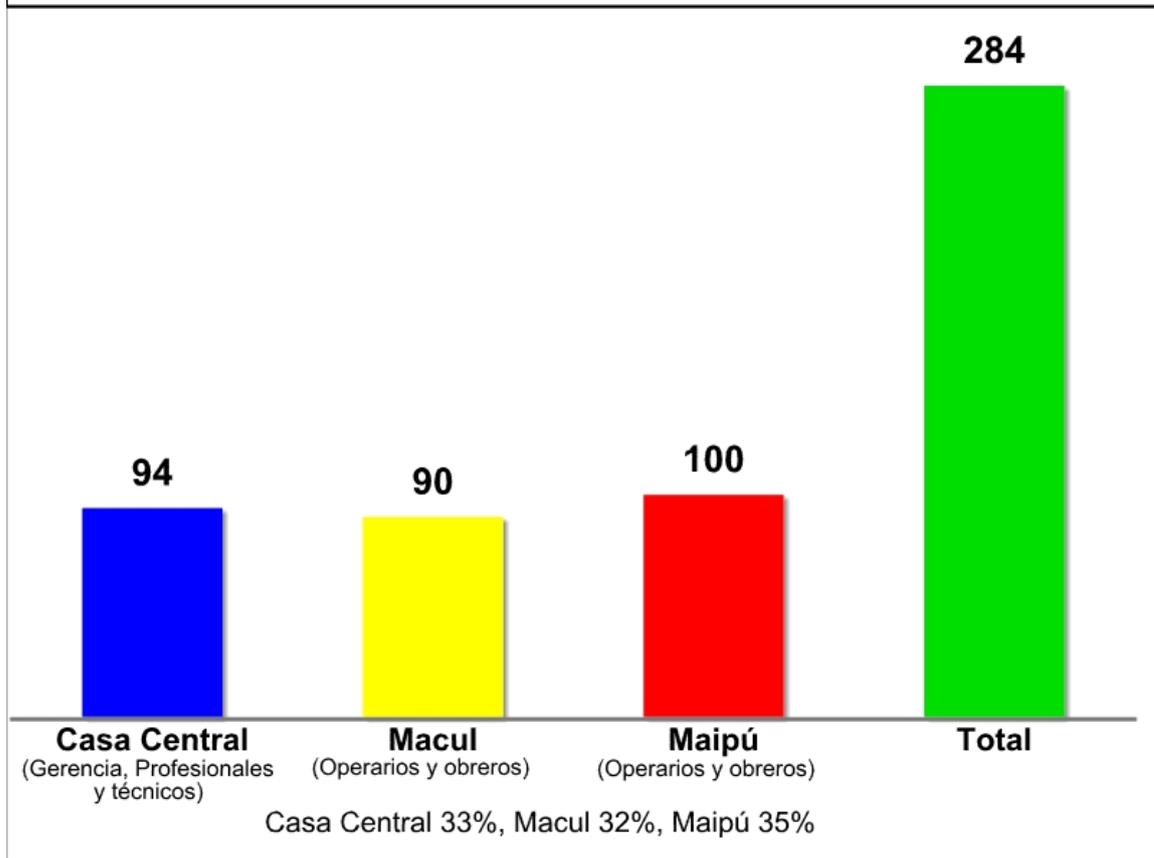


Gráfico 1

En términos de género, la muestra corresponde en su mayoría a hombres. El género masculino representa 2/3 de la muestra (64%) y el femenino el tercio restante (36%). Esta relación está inducida por la diferencia de géneros existente en las sedes de Macul y principalmente en Maipú, donde el grueso de los empleados son obreros y operarios que realizan labores que implican esfuerzo físico, las que generalmente se asignan a los hombres. Por el contrario, en Casa Central, donde trabajan fundamentalmente profesionales y técnicos, hay igualdad de géneros. En cuanto a la edad, los individuos de la muestra se concentran entre los 31 y 45 años, con un 40%. 60 trabajadores oscilan entre los 18 y los 25 años de edad, 69 entre los 26 y los 30, 113 entre los 31 y los 45, y 42 entre los 45 y los 65.

Distribución etária por géneros en número de trabajadores

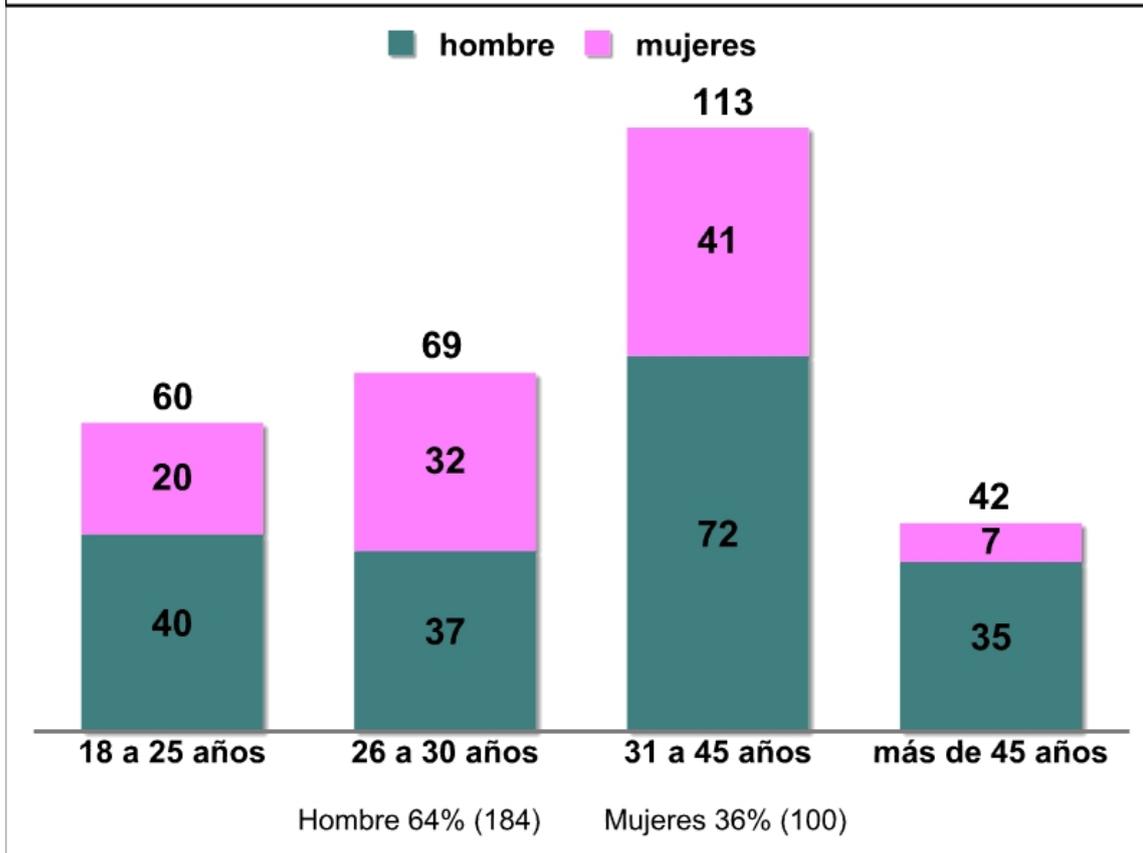


Gráfico 2

b.- Práctica de actividad física

Un hábito fundamental para tener una buena salud es llevar una vida activa. Esto implica hacer actividad física –movimientos diarios, como caminar, subir escaleras, regar, asear-; realizar ejercicio –llevar a cabo una rutina progresiva y sistemática de ejercitación orientada a mejorar la condición física, como la resistencia, la flexibilidad y la fuerza-; y practicar deporte –someterse a una ejercitación reglamentada y competitiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMG) establece que una persona es sedentaria o inactiva si realiza ejercicio menos de 3 veces por semana, media hora cada vez. A partir de esta definición tenemos que el 83% de la muestra es sedentaria, lo cual si bien está por debajo del promedio nacional (91,2%), sigue siendo preocupante, pues a esto se agrega que apenas un 34% de la muestra hace actividad física a diario como es el ideal y peor aún el porcentaje más alto en deporte se lo lleva la opción ocasionalmente con un 32%, lo cual constituye un serio factor de riesgo, ya que la persona se somete a esfuerzos esporádicos sin estar físicamente apta para realizarlos. Del 32% que practica deporte sólo ocasionalmente, el 79% no realiza ejercicio regularmente. Apenas el 28 % de la población activa cumple con el ideal de realizar actividad física a diario y ejercitarse 3 o más veces a la semana.

Sedentarismo: ejercicio menos de 3 veces x semana en porcentaje de trabajadores sobre la muestra total

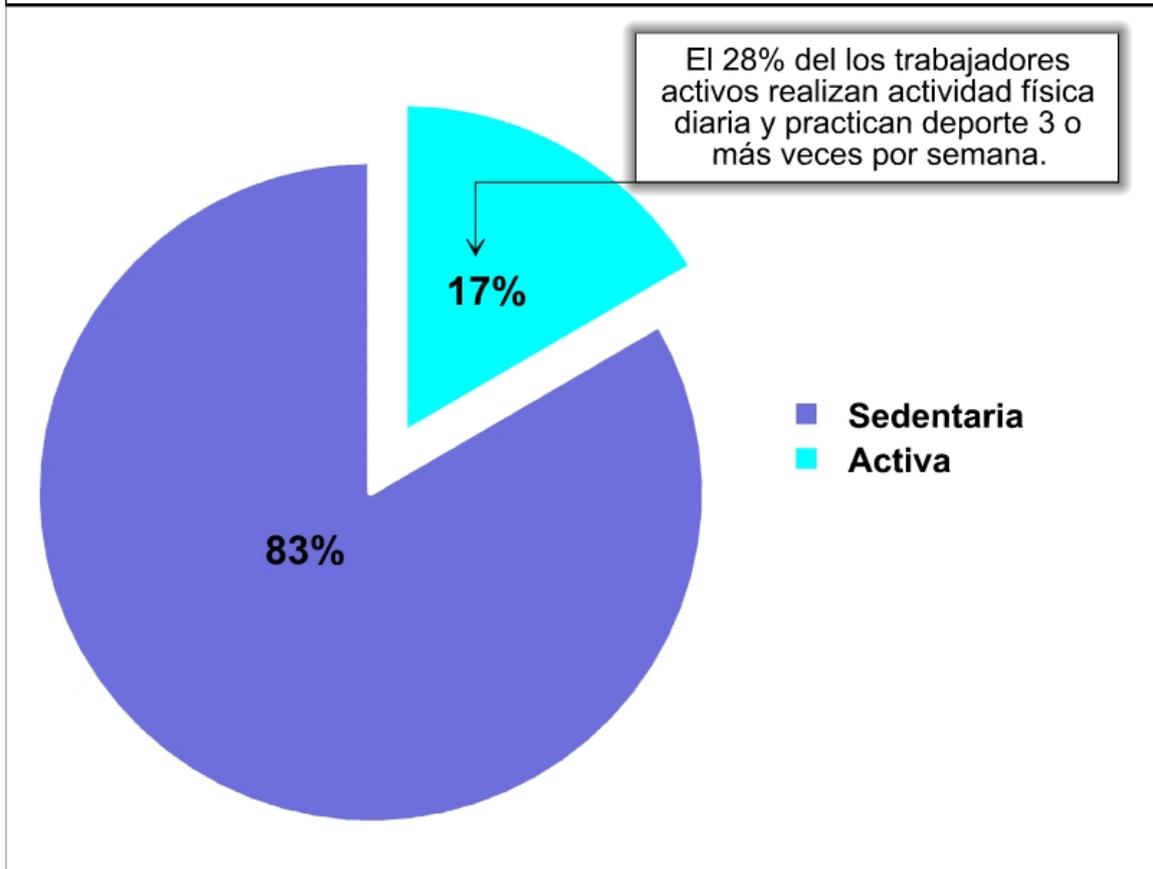


Gráfico 3

El género masculino es el más activo. El 78% de las personas que realizan actividad física a diario son hombres; lo son también el 72% de quienes responden ejercitar al menos 3 veces por semana y el 75% de quienes señalan practicar deporte 1 a 2 veces por semana. El mayor porcentaje de trabajadores que realiza actividad física, ejercita y practica deporte se concentra en el tramo etareo que oscila entre los 31 y los 45, mientras los más inactivos son quienes superan los 45 años de edad.

Los niveles de actividad de la muestra dicen directa relación con el tipo de trabajo que desempeñan los encuestados. Así, la sede de Maipú, donde se realiza preferentemente trabajo de carga y desplazamientos, arroja los mayores porcentajes de actividad física diaria (52%) y de ejercitación (21%), mientras Casa Central, donde se realiza fundamentalmente trabajo de escritorio, es la sede menos activa. Un 15% de sus trabajadores responde que “nunca realiza actividad física” y un 12% que “nunca ejercita”.

c.- Hábitos alimenticios

Una vida activa debiera estar directamente relacionada con una buena alimentación. La persona activa necesita recuperar la energía que consume al ejercitar, por lo que debiera preocuparle la cantidad y calidad de lo que consume. Sin embargo, los resultados encontrados en esta investigación son inversos a esta lógica. Si bien el grueso de la muestra (65%) dice alimentarse 3 veces al día, lo que corresponde al ideal, el grupo etéreo que más irregularmente confiesa comer, es el mismo que más dice ejercitarse. Del total de personas que dice alimentarse irregularmente o sólo 2 veces al día, el 46% tiene entre 31 y 45 años. Esto pudiera deberse, entre otras cosas, a la nociva práctica de saltarse el almuerzo cuando se ejercita, lo cual es muy perjudicial para la salud, pues constituye un factor de alteración metabólica.

El almuerzo es la comida más abundante para el 72% de la muestra, seguida por la cena (15%), lo cual implica una alta ingesta calórica al final de día, la cual no se utiliza y el organismo la guarda como reserva en forma de grasas. Sin embargo, este orden cambia para los encuestados entre 18-25 años y para los encuestados de la sede de Maipú, para quienes al almuerzo le sigue el desayuno. Esto pudiera deberse al menor poder adquisitivo que poseen, lo que los hace privilegiar la ingesta de un desayuno fuerte antes de salir del hogar a desempeñarse laboralmente. Este último grupo también menciona unas onces abundantes, lo cual pudiera responder al desgaste energético que implica el tipo de trabajo que realiza, razón por la cual la propia empresa les provee una colación a esta hora.

Abundancia en comidas en porcentaje de trabajadores sobre la muestra total

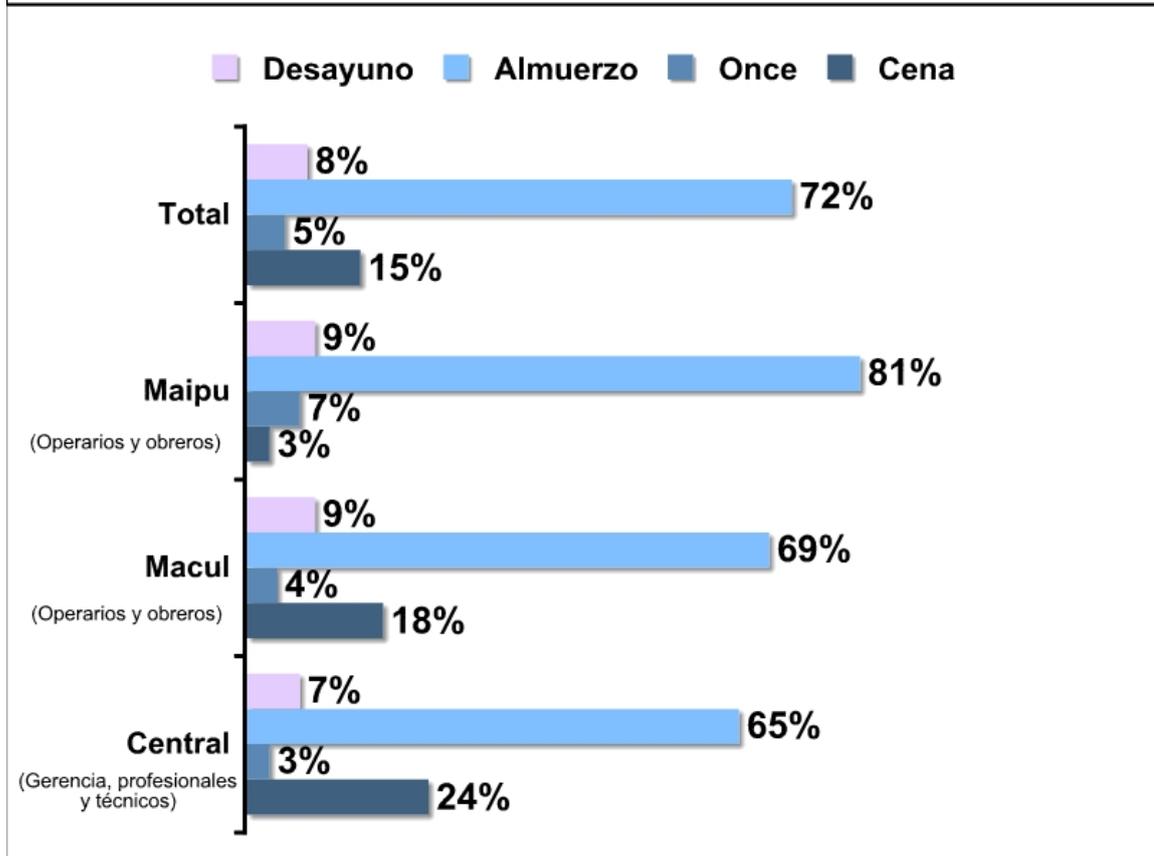


Gráfico 4

A pesar de que los encuestados reconocen consumir en exceso masas (30%), azúcar (29%), sal (23%) y grasas (14%), el grueso de la muestra (51%), percibe su alimentación como balanceada siempre, casi siempre o frecuentemente. Esta discordancia también se percibe al comparar la medición de Índice de Masa Corporal (IMC)¹²⁹ de los encuestados y la autopercepción que tienen de su peso. El 41% de la muestra considera su peso normal, no obstante el 30% de ella está excedida de peso y el 11% de quienes se consideran excedidos de peso en realidad son obesos, vale decir, están muy excedidos.

¹²⁹ El Índice de Masa Corporal (IMC) —el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m²)— es una indicación simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto a nivel individual como poblacional. El IMC constituye la medida poblacional más útil del sobrepeso y la obesidad, pues la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni de la edad en la población adulta. IMC normal es entre 18-24,9. Bajo eso la persona se considera delgada y sobre con sobrepeso. Superior a 30 ya es obesidad. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Percepción de peso versus IMC en porcentaje de trabajadores sobre la muestra total

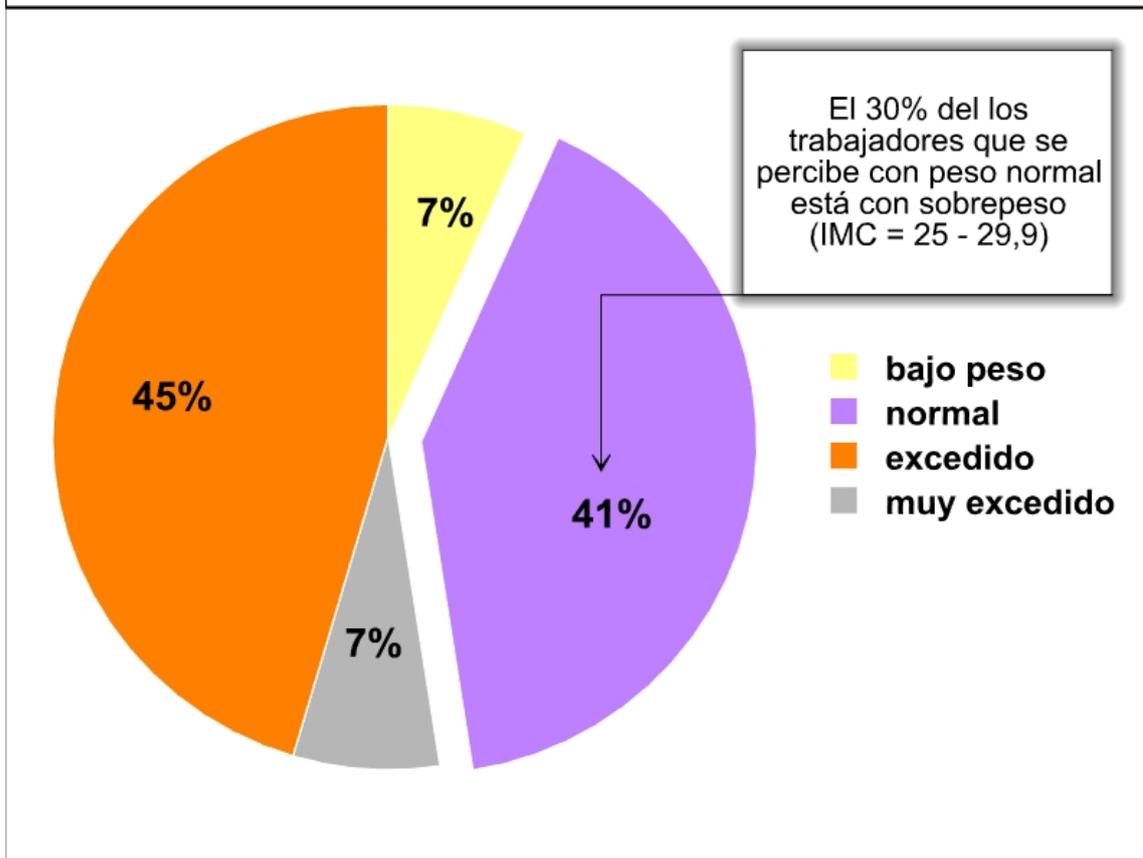


Gráfico 5

La autopercepción del género masculino es la que más dista de la realidad, tanto en términos de equilibrio alimenticio como de peso. Del total de personas que dicen alimentarse irregularmente o sólo 2 veces al día el 63% son hombres. Además, la cantidad de hombres que se exceden en sal es 1,5 veces la cantidad de mujeres, 1,7 veces en azúcar, casi 3 veces en grasas y 2,6 veces en masas. A pesar de esto, el 47% de ellos considera su alimentación balanceada frecuentemente, casi siempre o siempre. Asimismo, el 37% de los hombres que considera su peso normal en realidad tiene sobrepeso, mientras sólo el 20% de las mujeres está en esta situación. En todo caso ambos géneros están lejos de poseer un IMC normal: > de 18,5 y < de 25. El IMC promedio de los encuestados es 28,4 y el de las encuestadas 26,6, lo que corresponde a sobrepeso. Sin embargo, llama la atención que este resultado es inverso a las estadísticas nacionales que señala que el IMC promedio de las mujeres es mayor que el de los chilenos, 27,2 y 26,4, respectivamente. (Enflaquecido es igual a IMC menor de 17,9 y obeso es igual a IMC sobre 30).

IMC por género en porcentaje de trabajadores sobre la muestra total

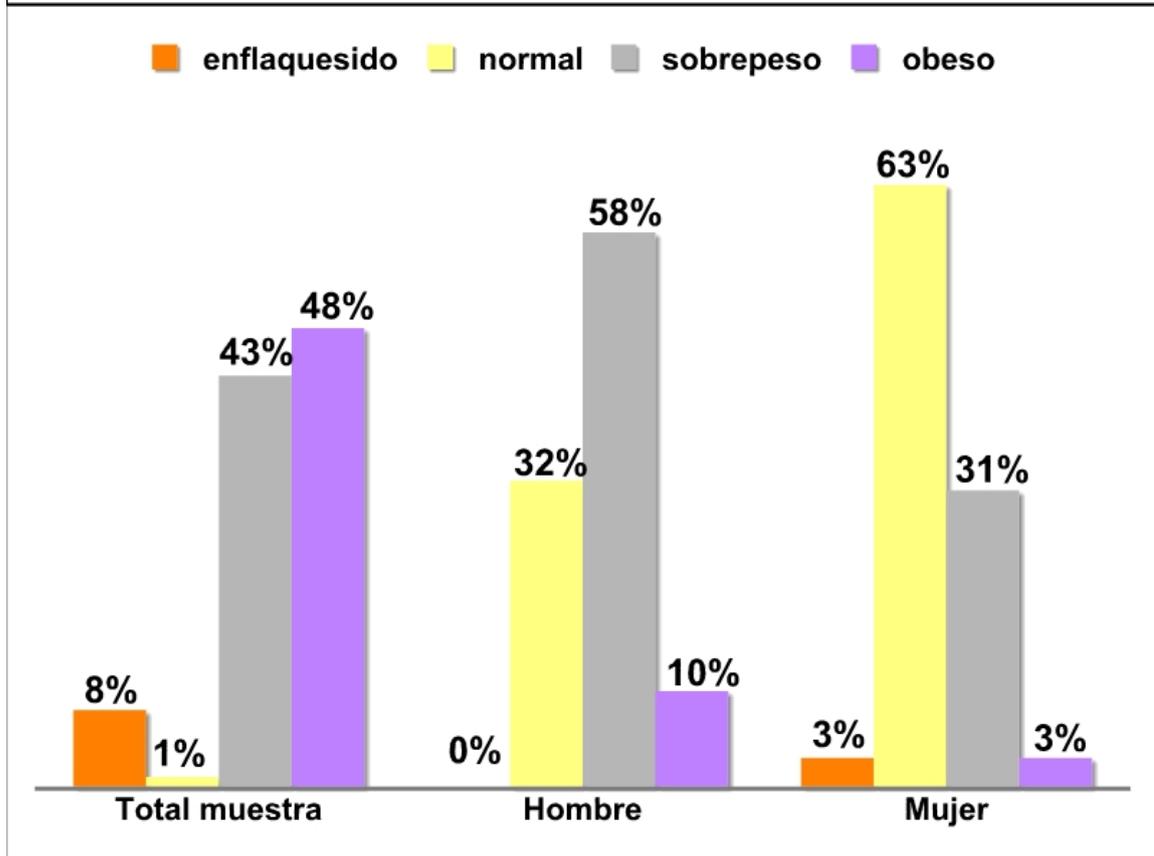


Gráfico 6

En términos etéreos, es el tramo de mayores de 45 años donde más inconsistencia se observa también entre realidad y autopercepción en el tema nutricional. A pesar de ser quienes más se exceden en el consumo de grasas, por ejemplo, son los que mejor evalúan su alimentación; el 69% cree que su alimentación es balanceada siempre, casi siempre o frecuentemente. Asimismo, aún cuando son los encuestados con peor IMC, el 67% de ellos considera su peso normal siendo que están con sobrepeso. El 88% tiene sobrepeso o es obeso. Esta positiva percepción es inversamente proporcional a la edad: mientras más jóvenes los encuestados, peor es la autopercepción de su alimentación. Esto pudiera explicarse por un mayor espíritu crítico frente a los hábitos alimenticios, fruto del enorme imput comunicacional actual respecto a buenas prácticas alimenticias, más la moda de los productos orgánicos, todo lo cual pudiera estar repercutiendo en una mayor conciencia de parte de las generaciones jóvenes sobre la importancia de una alimentación natural y balanceada. (El 37% menores de 25 siempre, casi siempre o frecuentemente).

d.- Uso o abuso de sustancias nocivas o ilícitas

En una dieta saludable, el consumo diario de café no debe superar las 3 tazas. Sin embargo, el 11% de la muestra supera este límite, ingiriendo 4 o más tazas de café al día. El 11% de cada género toma más de 4 tazas de café diarias. El grupo etáreo que más se excede en este aspecto es el que oscila entre los 31 y 45 años de edad, con un 70%, lo cual coincide con que es el tramo que se alimenta más irregularmente. Asimismo, el ingesta de café en altas dosis está fuertemente relacionado con el consumo de tabaco y viceversa. Es así como, por ejemplo, los mayores de 45 años son quienes menos consumo de café y tabaco reportan a la vez.

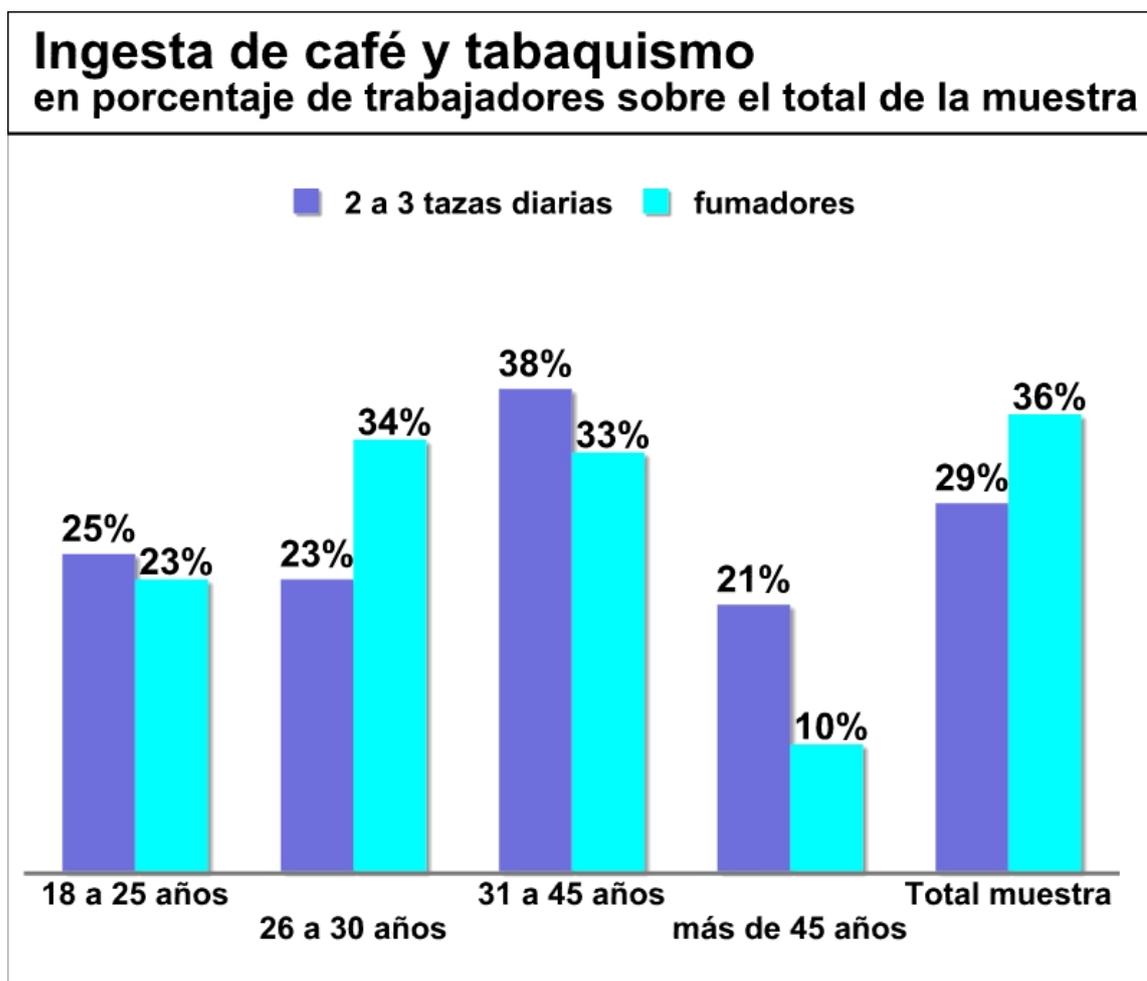


Gráfico 7

El 36% de la muestra corresponde a fumadores, lo cual está por debajo de la prevalencia de tabaquismo nacional (44,2%). La tendencia general es a consumir menos de 5 cigarrillos por día (55%). La mayoría de los fumadores (53%) ha consumido tabaco por más de 10 años, al igual que lo hicieron los ex-fumadores (41%). El 76% de los ex-fumadores dejó el tabaco hace menos de 5 años, contra el 24% que lo dejó hace más de cinco años, lo cual demuestra que la conciencia respecto a lo dañino de esta sustancia ha crecido en los últimos años. El 64% de los fumadores son hombres y el 36% a mujeres, pero al mismo tiempo, son más los ex-fumadores (62%) que las ex-fumadoras (38%).

El grupo etáreo con más fumadores oscila entre los 26 y 30 años de edad (34%), mientras el tramo con más ex-fumadores oscila entre 31 y 45. Los fumadores se reparten casi por igual entre las tres sedes: Maipú (37%), Macul (36%) y Casa Central (35%), en tanto que Casa Central es la con más ex-fumadores (46%), lo cual pudiera responder a una mayor educación y conocimiento sobre las secuelas del tabaquismo.

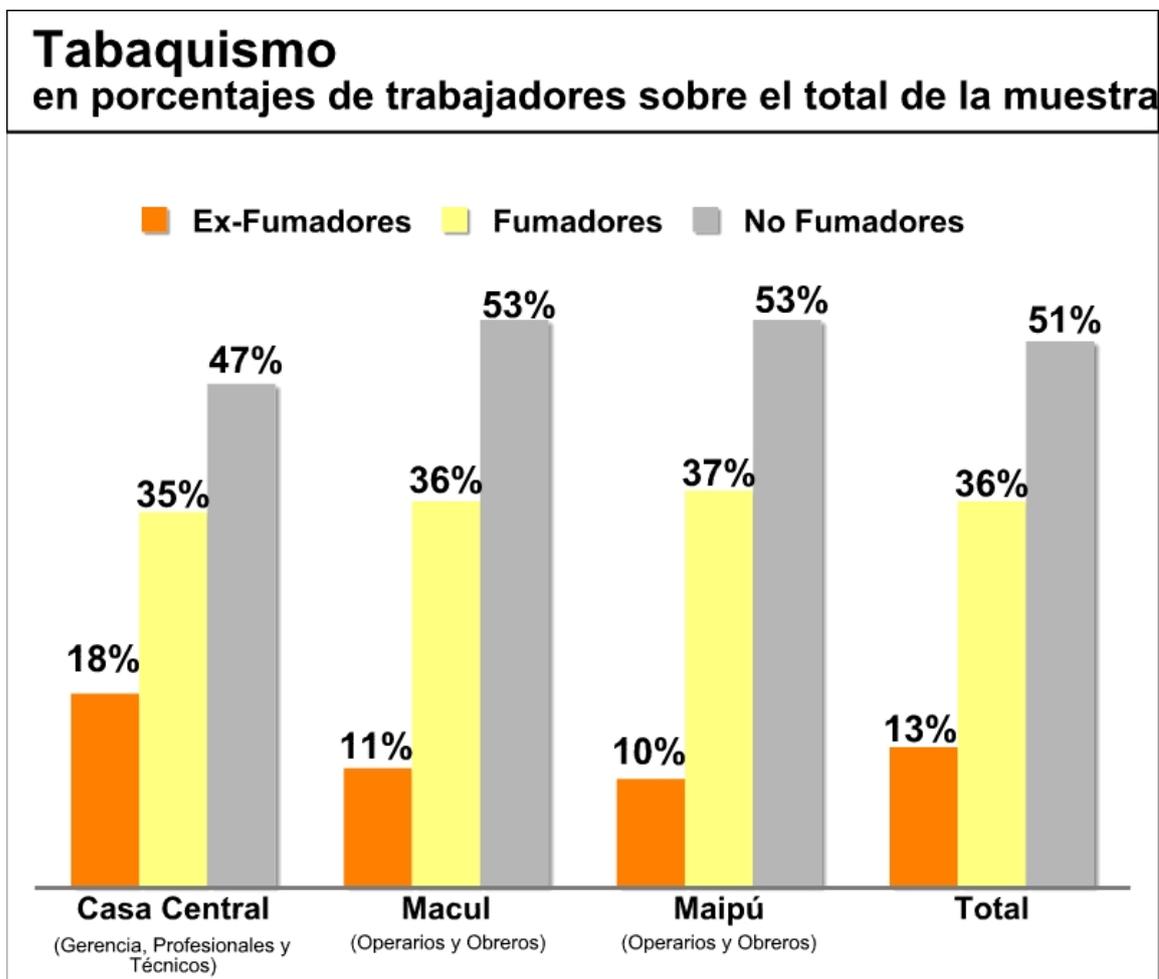


Gráfico 8

Ex-fumadores en porcentaje de trabajadores sobre total de los ex-fumadores



Gráfico 9

El 67% de la muestra responde beber alcohol. El 95% de los bebedores dice ingerir hasta 7 unidades de alcohol a la semana, siendo 1 unidad igual a 1 cerveza o 1 copa de vino o 1 copita de trago fuerte. El 65% de los bebedores son hombres y el 35% mujeres. Mientras el 63% de ellos reconoce tomar a menudo u ocasionalmente más de 4 unidades por ocasión, sólo el 26% de las mujeres dice excederse de 4 unidades por ocasión a menudo u ocasionalmente. El 71% de ellas dice nunca excederse de esta cantidad por ocasión, contra sólo un 38% de ellos. El grupo etáreo con más bebedores es el que oscila entre 31 y 45 años de edad (40%) y los únicos que confiesan beber más de 4 unidades por ocasión en forma a menudo son los jóvenes entre 18 a 25 años. Casa central es donde mayor cantidad y periodicidad de consumo de alcohol se reporta, mientras en Maipú es donde menos se reporta. Este resultado pudiera responder al estatus social que brinda el ingerir vino entre los estratos más educados, mientras los estratos menos adinerados asocian alcohol con alcoholismo y por ende niegan su consumo.

Alcoholismo: más de 4 unidades por ocasión en porcentaje de trabajadores sobre la muestra total

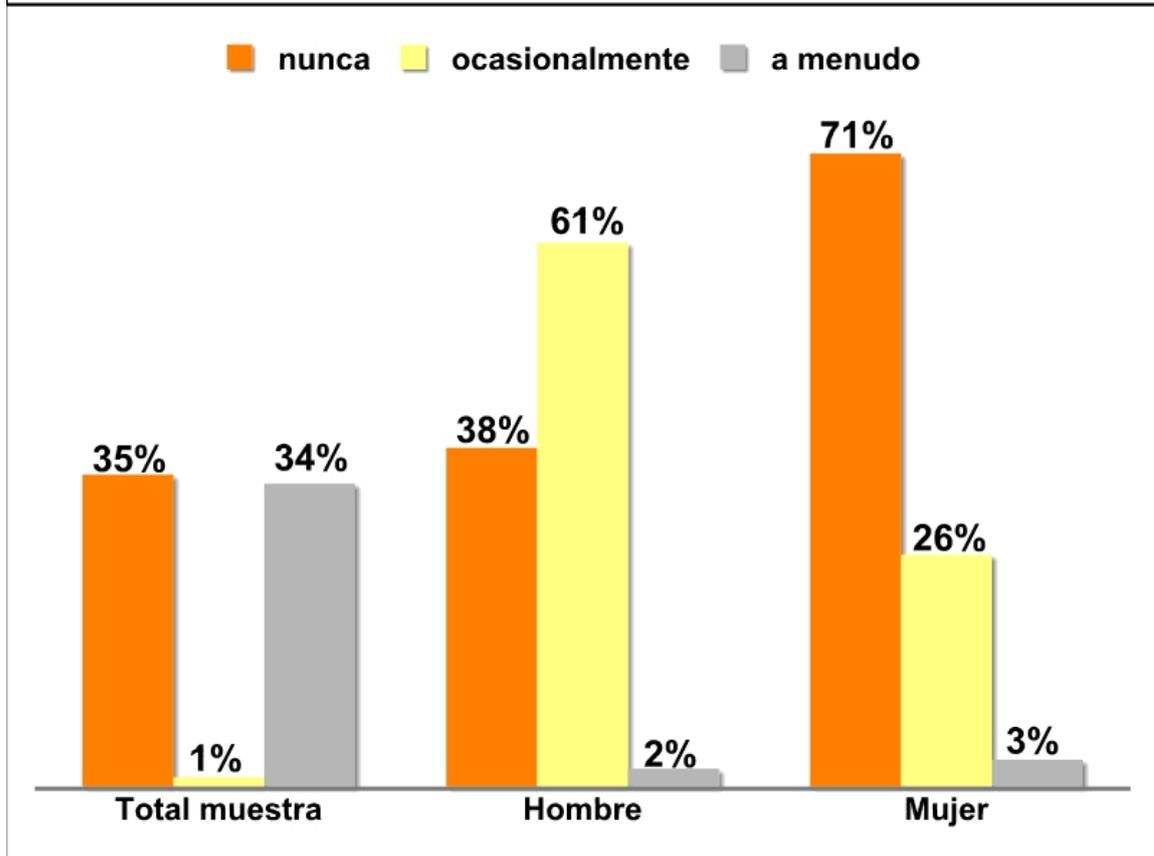


Gráfico 10

El tabaquismo tiene menor prevalencia en la muestra que el consumo de alcohol, lo cual puede deberse a la fuerte campaña antitabaco que se prolonga desde hace años y que culminó con la obligación de tener espacios para fumadores en los lugares públicos. Esto explica también que quienes dejaron de fumar hace menos de 5 años triplican a quienes lo dejaron hace más de 5 años. Es un cambio de conducta reciente.

Según las estadísticas del CONACE, el 5,8% de la población chilena ha usado drogas ilícitas, siendo las más usadas la marihuana (5,3%), la cocaína (1,3%) y la pasta base (0,6%). Se estima que de cada 4 consumidores de marihuana, 1 de ellos presenta signos de dependencia a esta droga¹³⁰. Sin embargo, el 97% de la muestra dice no haber tenido acceso a drogas en el último año. Apenas un 3% de ella responde haber accedido a marihuana y un 1% a cocaína o pasta base. Ningún encuestado reporta acceso a éxtasis.

¹³⁰ CONACE, Observatorio Chileno de Drogas, Informe Anual de la Situación de las Drogas en Chile 2006. En http://www.conacedrogas.cl/inicio/pdf/Obser_ok.pdf

Más aún, mientras el 94% de la muestra afirma que en su entorno no hay personas que tienen problemas con drogas, cuando se pregunta por personas del propio entorno con problemas de drogas, el 90% menciona a familiares, amigos u otros, lo cual es una abierta contradicción que da para pensar que las respuestas relacionadas con el uso de drogas no son confiables. Al parecer existiría temor entre los trabajadores encuestados a ser testeados por la empresa si se reconoce el uso de drogas.

Si bien hombres y mujeres reportan igual acceso a marihuana, las mujeres reportan 2, 3 veces más acceso a cocaína/pasta base. Los hombres reportan 3 veces más problemas con drogas en su entorno que las mujeres (75% contra 25%) y tienen 6,5 veces más amigos con problemas de drogas en su entorno que las mujeres. Ellas, en cambio, reportan el doble de familiares con problemas de drogas en su entorno que los hombres.

Los jóvenes entre 18 y 25 años de edad son los únicos que reportan acceso a cocaína y/o pasta base (3%) y son quienes más reportan acceso a marihuana, lo cual coincide con que son el tramo que más reporta vivir en un entorno con problemas de drogas y más reporta tener amigos involucrados en drogas (73%). A este grupo le sigue en materia de drogas el de 31 a 45 años. Los mayores de 45, en cambio, reportan cero acceso, problemas o conocidos con problemas de drogas.

Del 6% que contesta que en su entorno hay problemas de drogas, el 50% pertenece a la sede de Maipú, el 38% a Macul y el 13% a Casa Central, lo que permite concluir que los empleados de estas dos primeras sedes viven en ambientes más expuestos a drogas. No obstante, Casa Central es la sede que reporta más acceso a drogas (marihuana 5% y cocaína/pasta base 1%), lo cual pudiera deberse a un mayor acceso económico.

Contrario a las estadísticas nacionales que reportan una alta tasa de automedicación debido a trastornos del sueño (el 20% de la población adulta chilena sufre trastornos del sueño), depresión (1 de cada 5 adultos chilenos sufre de depresión), y lesiones musculoesqueléticas –lumbago, tendinitis, dolores articulares-, el 71% de la muestra dice no usar fármacos sin prescripción médica. Sin embargo, quienes se automedican a lo que más recurren es a medicamentos para combatir dolores (70%), lo que demuestra la presencia de enfermedades crónicas subdiagnosticadas o subestimadas. El siguiente fármaco en uso es para dormir (32%). Aproximadamente el 10% de ambos géneros utiliza fármacos para dormir, mientras las mujeres utilizan el doble de antibióticos y medicamentos para combatir dolores que los hombres. Si bien los menores de 25 reportan casi nulo uso de fármacos para dormir, reportan el mayor uso de fármacos para los dolores (27%).

Tanto el uso de drogas como la utilización de medicamentos sin prescripción médica están sub-indicadas por la muestra, lo cual pudiese deberse a que el cuestionario fue aplicado en el lugar de trabajo y a pesar de que fue respondido bajo anonimato, los encuestados pueden haber temido represalias de la empresa en caso de diagnosticarse un alto uso de drogas ilícitas.

Automedicación en porcentaje de trabajadores sobre la muestra total

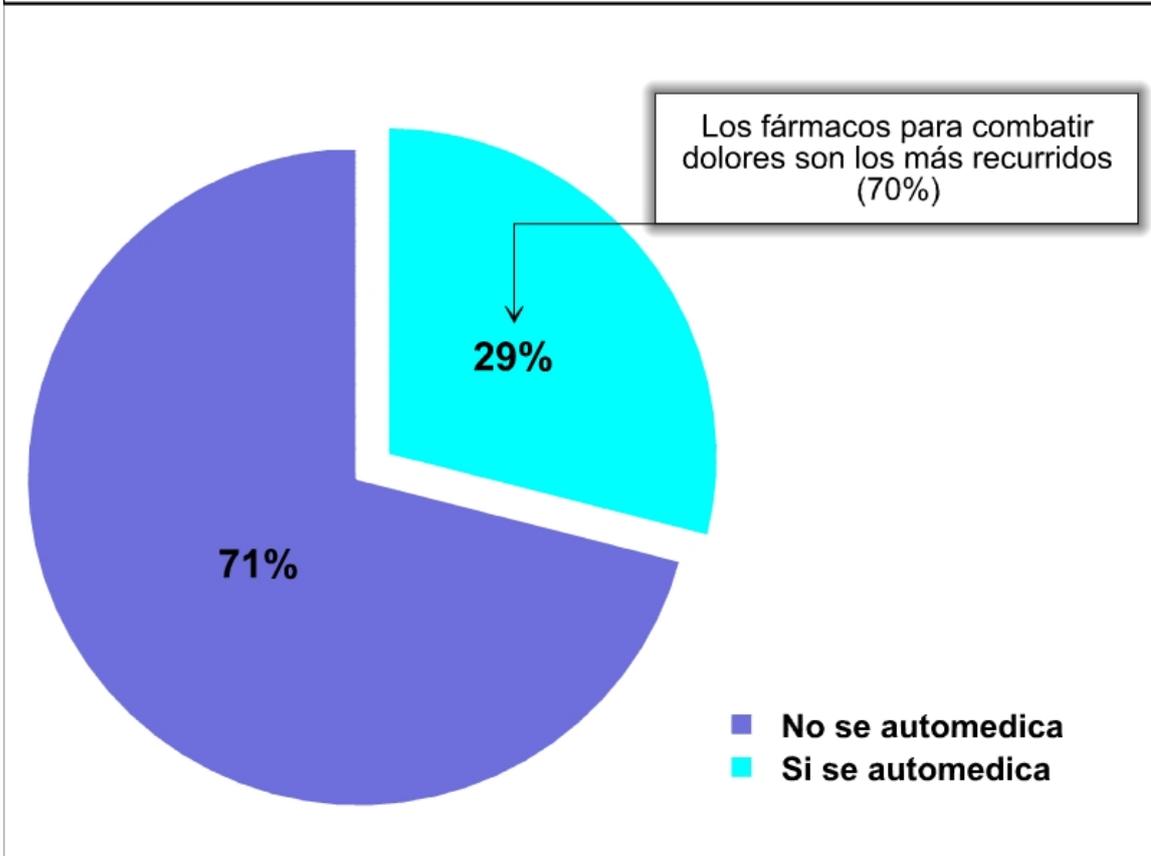


Gráfico 11

e.- Higiene del sueño

Para tener una vida saludable es tan importante la actividad que se realiza de día como el descanso que se consigue de noche. Sin embargo, el 60% de la muestra considera que su descanso es insuficiente o siente descansar sólo físicamente, lo cual es preocupante pues la privación de sueño es citada entre las primeras causas de accidentes laborales, así como eleva las horas de ausentismo laboral y baja los índices de productividad del trabajador. La mayoría de la muestra (41%) señala demorarse menos de 15 minutos en dormirse y el 68% dice volver a dormirse con facilidad frecuentemente, casi siempre o siempre cuando se despierta durante la noche. Si a esto se suma que el 45% responde que nunca, casi nunca o sólo ocasionalmente despierta antes de que suene el despertador, vale decir, no es capaz de despertar por sí sola cuando se siente recuperada, se podría deducir que hay un cansancio generalizado entre los encuestados. Otra explicación podría ser que la mala calidad de sueño se deba a la alta ingesta de café que se reporta y a la relevancia que se le asigna a la cena (segunda en importancia), lo cual implica una fuerte ingesta alimenticia justo antes de dormir.

Percepción de sueño en porcentaje de trabajadores sobre la muestra total

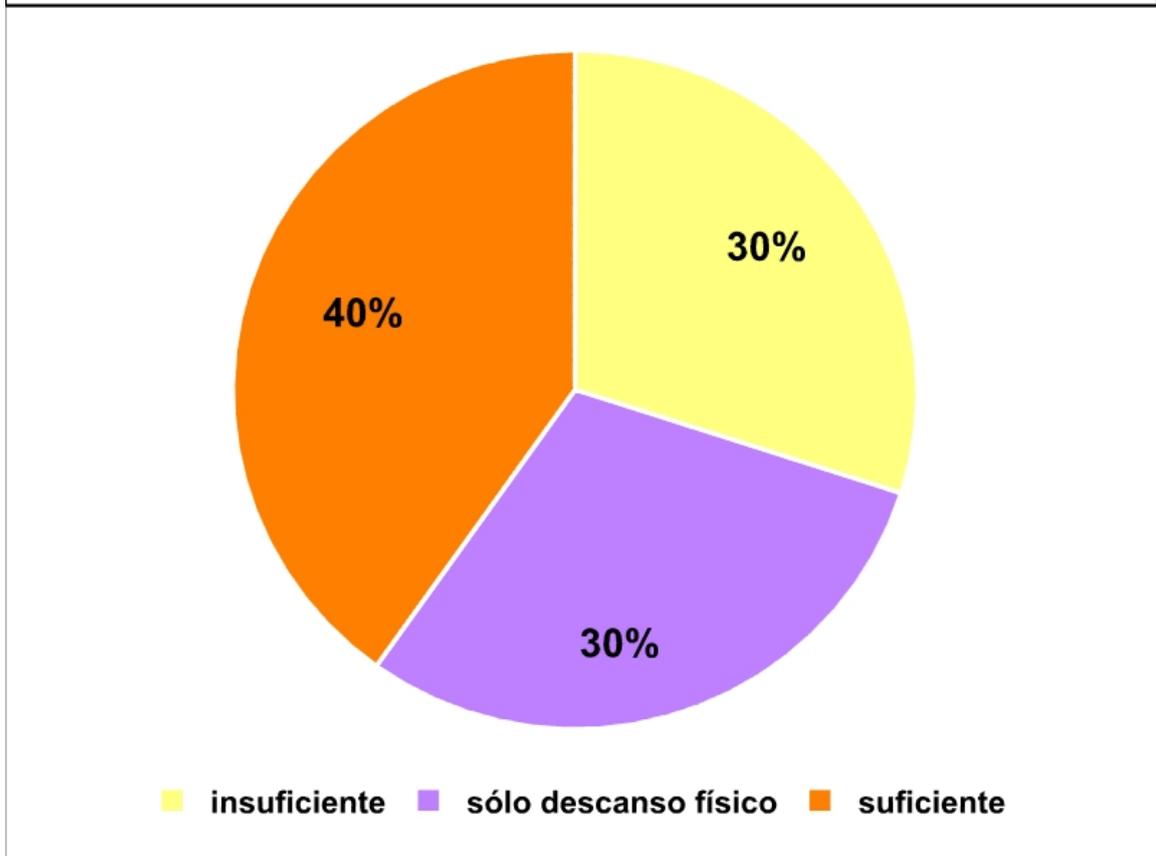


Gráfico 12

Son más los hombres que perciben su sueño como suficiente que las mujeres (42% contra 37%), lo cual concuerda con que el porcentaje de ellos que despierta antes de la alarma frecuentemente, casi siempre o siempre duplica al porcentaje de ellas (44% contra 26%) y son más las mujeres que responden demorarse menos de 15 minutos en dormirse (46% contra 38%).

Los mayores de 45 años son quienes más consideran suficiente su descanso (52%), lo cual coincide con que son el grupo que más dificultades tiene para quedarse dormido y volverse a dormir cuando se desvelan, así como son los que más despiertan por su cuenta sin necesidad de alarma. El 43% responde que siempre, casi siempre o frecuentemente despierta por su cuenta.

Analizado este punto por sedes, tenemos que los trabajadores de Maipú son quienes más reportan sueño suficiente (44%), lo cual coincide con que el 71% dice demorarse más de 15 minutos en quedarse dormido y el 52% responde que frecuentemente, casi siempre o siempre despierta por su cuenta, una vez que se siente recuperado. En Casa Central, en cambio, la mayoría dice dormirse en menos de 15 minutos y el 48% dice nunca, casi nunca u ocasionalmente despertar sin necesidad de alarma.

f.- Salud Psicosocial

Si se asume que la salud es el completo bienestar físico, psíquico y social -no sólo la ausencia de enfermedad-, tenemos que las buenas prácticas en materia psicosocial son fundamentales para estar saludable. Entre ellas está el manejar el estrés y la agresividad, ser optimista, buscar la satisfacción laboral, disfrutar del tiempo libre, tener estabilidad emocional y cultivar la relación con la familia y la pareja.

i).- Estrés, tensión y agresividad

Los resultados arrojan que el 68% de la muestra maneja su estrés frecuentemente, casi siempre o siempre, el 43% nunca, casi nunca o sólo ocasionalmente se siente tenso y el 64% se considera algo, bastante o muy relajado.

El género masculino aparece manejando mejor el estrés que el género femenino: el 76% de ellos dice dominarlo frecuentemente, casi siempre o siempre, contra el 54% de ellas. En materia de tensión y agresividad en cambio, ambos géneros se equiparan. El 42% de hombres y mujeres responde nunca, casi nunca o sólo ocasionalmente estar tenso y el 65% de ambos sexos se considera algo, bastante o muy relajado.

Los menores de 25 son los que reportan manejar más su estrés. El 75% responde que maneja su estrés frecuentemente, casi siempre o siempre. Esto se condice con que son el tramo etéreo que menos reportan tensión. El 55% dice nunca, casi nunca o sólo ocasionalmente estar tenso. Por el contrario, los encuestados entre 31 y 45 años edad son quienes más reportan tensión -el 35% dice estar tenso frecuentemente, casi siempre o siempre-, y a su vez los que más reportan agresividad. Esto resulta curioso si se considera que este grupo es el que más actividad física realiza, lo cual genera endorfinas que producen un efecto de relajo.

La sede de Maipú lidera el manejo del estrés, con un 82% de trabajadores que responden manejar su estrés frecuentemente, casi siempre o siempre, lo que concuerda con que el 77% de la sede se considera algo, bastante o muy relajado y el 48% señala nunca, casi nunca o sólo ocasionalmente estar tenso. Sin embargo, la sede de Macul es la que reporta menor manejo de estrés, mayor tensión y más agresividad. Considerando que ambas sedes cuentan con un perfil de trabajador muy similar –obreros y operarios-, que desempeñan labores parecidas y viven en condiciones socioeconómicas y ambientales semejantes, la diferencia de los resultados debe estar dada por el ambiente laboral en la sede de Macul, lo cual pone de manifiesto la incidencia de la cultura laboral u organizacional.

Manejo del estrés por sedes en porcentajes de trabajadores sobre el total de la muestra

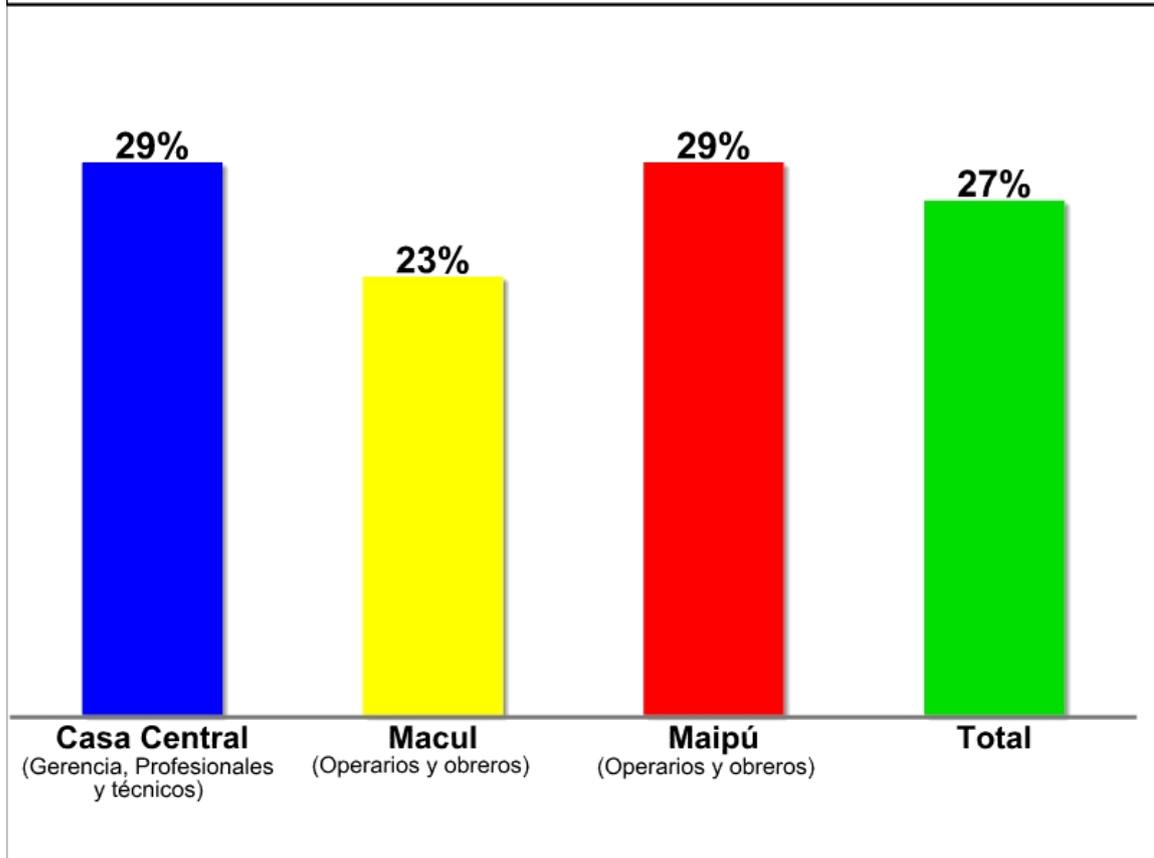


Gráfico 13

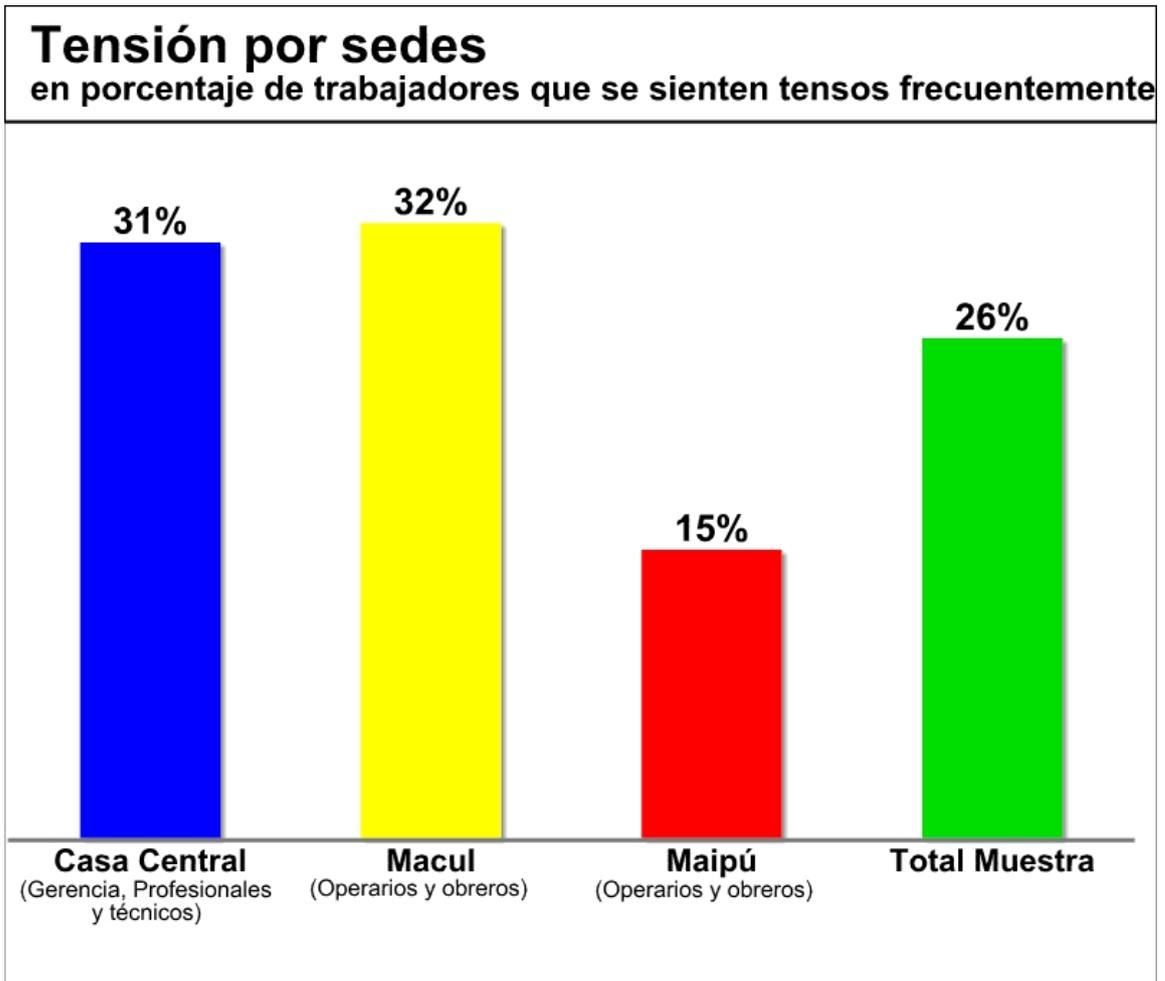


Gráfico 14

ii).- Optimismo versus depresión

El optimismo con que se enfrenta la vida es otro factor contribuyente a una buena salud mental. En este sentido, el 87% de la muestra señala ser optimista frecuentemente, casi siempre o siempre, lo cual se condice con que el 76% de los encuestados responde nunca, casi nunca o sólo ocasionalmente estar deprimido.

Aunque la diferencia entre géneros es mínima, se reporta más optimismo entre los hombres que entre las mujeres. El 89% de ellos dice ser optimista frecuentemente, casi siempre o siempre, contra el 83% de ellas. Esto se condice con el hecho de que es mayor el porcentaje de hombres que de mujeres que dice nunca, casi nunca o sólo ocasionalmente estar deprimido (78% contra 73%).

El mayor porcentaje de optimismo se encuentra entre los menores de 25 años, donde el 92% responde ser optimista frecuentemente, casi siempre o siempre. Esto concuerda con que el 82% responde nunca, casi nunca o sólo ocasionalmente deprimirse. Por el contrario, el grupo de encuestados entre 31 y 45 años de edad es el que reporta más depresión -el 12% dice estar deprimido frecuentemente, casi siempre o siempre-, y junto con los de 26 a 30 años es el que reporta menos optimismo. Esto vuelve a resultar contradictorio si se recoge el hecho de que este grupo es el que más ejercita y consecuentemente más endorfinas produce, por lo que debiera sentirse feliz.

Mientras la sede de Maipú supera al resto con un 93% de trabajadores que responde ser optimista frecuentemente, casi siempre o siempre, Casa Central supera al resto en depresión. Un 26% responde que está deprimido a veces, frecuentemente, casi siempre o siempre.

iii).- Satisfacción, reconocimiento y ayuda en el trabajo

Cuando la realidad es que los chilenos pasan casi un tercio de sus vidas en su lugar de trabajo, la satisfacción laboral es fundamental para tener salud mental. En este caso, la muestra expresa una alta satisfacción laboral. El 86% responde que siempre, casi siempre o frecuentemente está satisfecho en su trabajo.

Sin embargo, se teme que esta respuesta esté inducida por el hecho de que el cuestionario fue aplicado en el lugar de trabajo, pues un factor determinante en la satisfacción laboral es el reconocimiento que se obtiene por el trabajo realizado y en este sentido, sólo el 57% de los encuestados dice recibir reconocimiento frecuentemente, casi siempre o siempre. Asimismo, otro factor es la ayuda que se recibe de los compañeros de trabajo y la ayuda que se les brinda, aspecto en el cual también se reduce el porcentaje y se observa una incongruencia: mientras el 52% de la muestra dice dar siempre ayuda a sus colegas, sólo el 31% de la muestra responde recibir siempre ayuda de sus colegas.

Ayuda en el trabajo en porcentaje de trabajadores sobre el total de la muestra

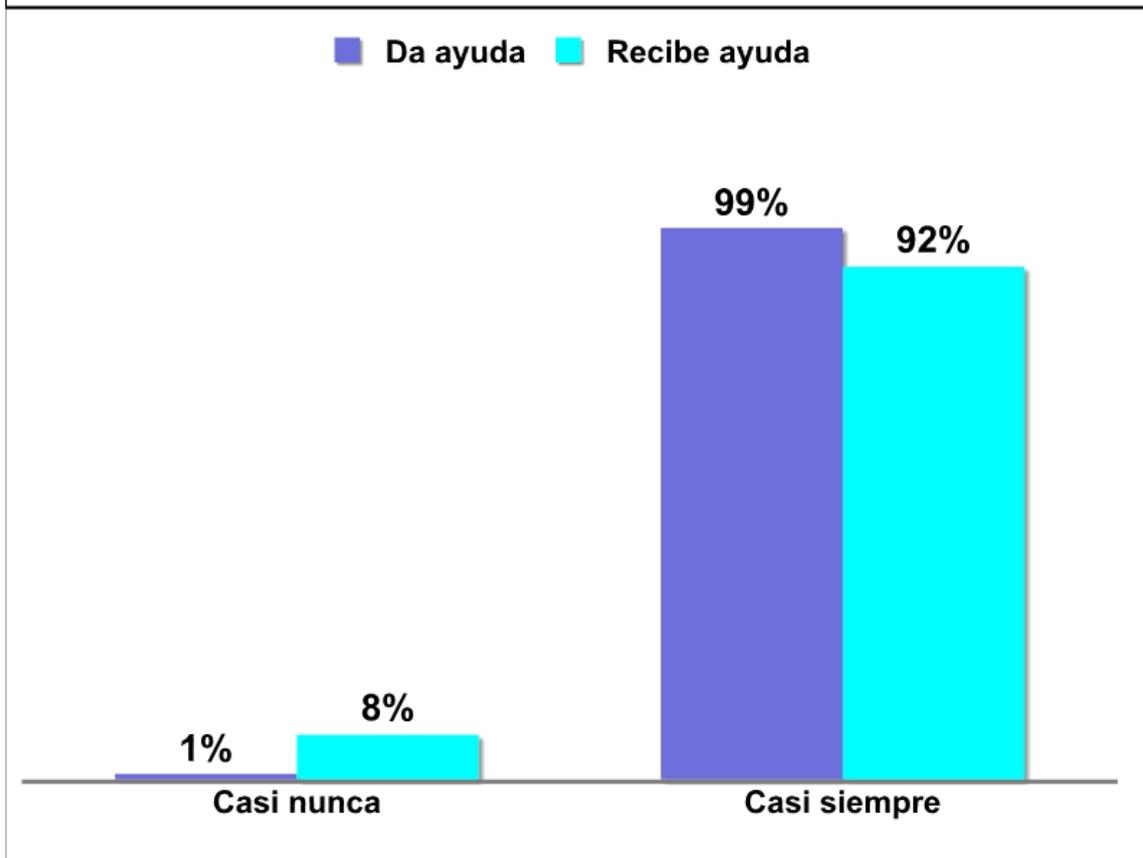


Gráfico 15

El género masculino está más satisfecho laboralmente que el femenino. El porcentaje de mujeres que dice nunca, casi nunca o sólo ocasionalmente estar satisfecha laboralmente duplica al de los hombres. Este dato es curioso si se considera que ellas reportan mayor reconocimiento laboral que ellos y más ayuda de parte de sus compañeros de trabajo. El 62% de las mujeres dice ser reconocida frecuentemente, casi siempre o siempre y el 84% señala recibir ayuda de los colegas frecuentemente, casi siempre o siempre. Ellas también son las que más reportan brindar ayuda a sus pares.

El grupo entre 26 y 30 años es el menos satisfecho laboralmente hablando, lo cual concuerda con que son el tramo que menos reconocimiento laboral dice recibir, junto a los mayores de 45. Por el contrario, los encuestados entre 31 y 45 años son quienes más señalan reconocimiento laboral, lo que coincide con el alto porcentaje de satisfacción laboral que reportan, dato que sumado a los niveles de tensión y agresividad daría para pensar que es el grupo más orientado al trabajo o trabajólico. En términos de ayuda dada y recibida, los mayores de 45 son quienes más reportan brindar ayuda a sus compañeros de trabajo, pero a su vez son los que menos ayuda reportan recibir.

Los empleados de Maipú son los más satisfechos laboralmente, a pesar de ser la sede que menos dice recibir reconocimiento por su trabajo. Por el contrario, Casa Central es la con mayor reconocimiento laboral. La sede de Macul es donde mayor disparidad hay entre la ayuda que se entrega y la que se recibe. Mientras el 99% dice ayudar frecuentemente, casi siempre o siempre a sus colegas, sólo el 81% dice recibir ayuda de sus pares. Por el contrario, Maipú es la sede con mayor congruencia en este sentido, con una diferencia del 10% a favor de la entrega de ayuda, lo que podría estar implicando un grato ambiente de trabajo que explique la alta satisfacción laboral, no obstante no recibir tanto reconocimiento de parte de las jefaturas.

iv).- Tiempo Libre

Tener un trabajo placentero y estable es tan saludable como disponer de tiempo libre para hacer del ocio un espacio creativo y de realización personal. En este sentido, los resultados evidencian que el 79% de los encuestados disfruta frecuentemente, casi siempre o siempre de su tiempo libre. Si bien ambos géneros responden masivamente disfrutar de su tiempo libre, son más hombres que mujeres que dicen disfrutarlo siempre, casi siempre o frecuentemente. Los encuestados entre 26 y 30 años son los que más responden disfrutar frecuentemente, casi siempre o siempre de tiempo libre, lo cual coincide con que son los que más relajo reportan. Otra explicación podría ser que se trata de un tramo que ya percibe ingresos importantes, pero aún no tiene mayores responsabilidades, por lo que tiene el tiempo y el dinero necesario para realizar sus pasatiempos.

v).- Estabilidad emocional

Tener con quien conversar asuntos personales, así como poder expresar y recibir afecto es fundamental para la salud mental. Afortunadamente, casi el noventa por ciento de la muestra dice tener con quién hablar. El 82% señala tener siempre o casi siempre con quién hablar sus cosas importantes. Sin embargo, en materia de afectos se repite lo observado previamente en términos de ayuda. Los encuestados perciben que dan más afecto del que reciben. El 94% de la muestra dice dar afecto frecuentemente, casi siempre o siempre, pero sólo el 92% opina recibir afecto frecuentemente, casi siempre o siempre.

Afectos en porcentaje de trabajadores sobre el total de la muestra

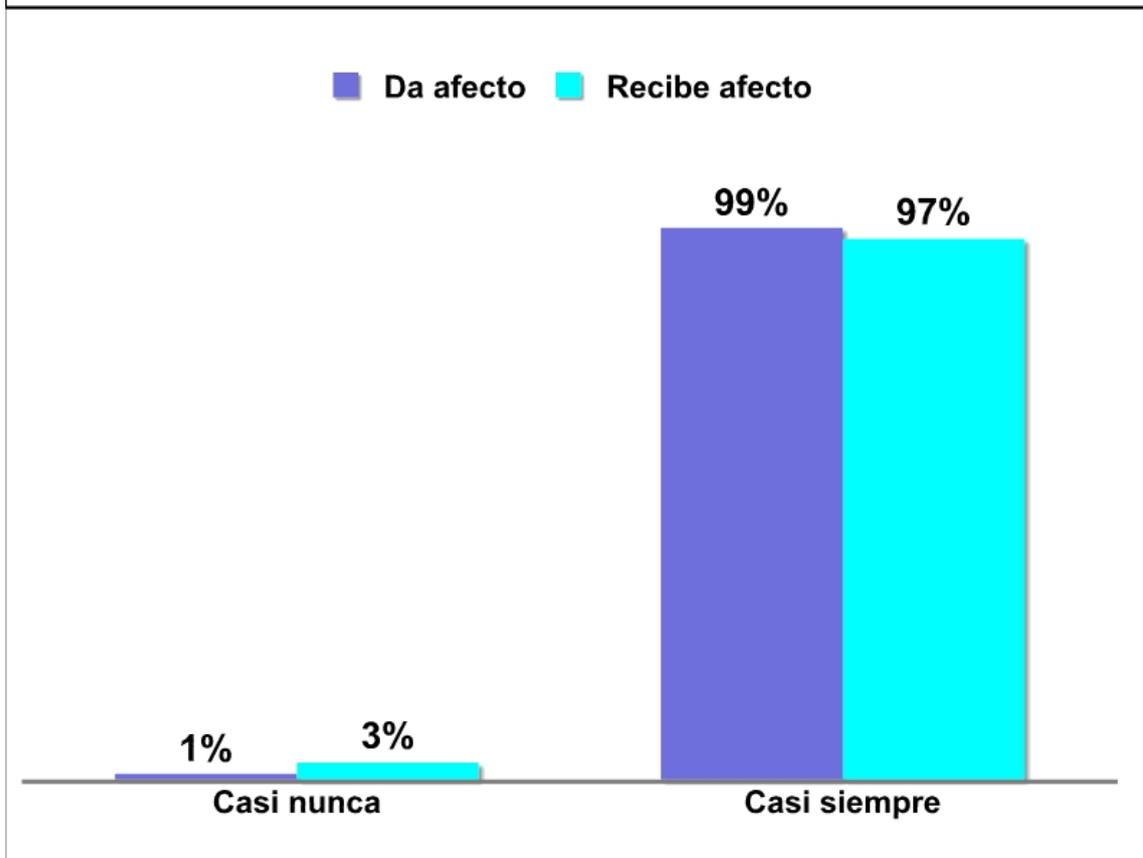


Gráfico 16

Mientras para las mujeres la opción nunca no existe a la hora de responder si tienen con quién hablar sus asuntos personales, un 4% de los hombres dice nunca o casi nunca tener con quien hablar sus cosas importantes. En cuanto a la entrega y recepción de afecto, llama la atención que a los hombres sólo los separa un punto porcentual de las mujeres, lo cual podría explicarse por la mayor aceptación social que la sensibilidad masculina ha logrado con el transcurso del tiempo, sobre todo en sociedades antiguamente muy machistas, como la chilena. Igualmente, ambos géneros reportan más entrega que recepción de afecto.

Los encuestados entre 26 y 30 años son quienes más reportan tener con quién hablar sus cosas importantes y más afecto dicen recibir. Por el contrario, los mayores de 45 años son quienes menos reportan tener con quien hablar de sus cosas y menos afecto dicen recibir, no obstante, el 98% señala dar afecto frecuentemente, casi siempre o siempre

Si bien Casa Central es la sede donde más se reporta tener con quién hablar sobre asuntos personales, a su vez, sus trabajadores son lo que menos afecto responden dar y recibir, con un 19% de diferencia a favor de la entrega de afecto.

vi).- Satisfacción con la familia y la pareja

A juzgar por los resultados, la muestra goza de gran armonía familiar y está feliz con su pareja, incluida su intimidad. El 97% señala mantener una buena relación con su familia frecuentemente, siempre o casi siempre; el 84% dice estar satisfecho con su vida de pareja frecuentemente, casi siempre o siempre; y el 86% responde estar satisfecho con su vida sexual frecuentemente, casi siempre o siempre.

Los hombres están más satisfechos que las mujeres con su vida familiar, su relación de pareja y su sexualidad. Las mujeres duplican el porcentaje de hombres que dicen nunca, casi nunca o sólo ocasionalmente estar satisfechos con su vida familiar (10% contra 5%) y casi triplican el porcentaje de hombres que reportan nunca, casi nunca o sólo ocasionalmente estar satisfechas con su vida sexual.

Los mayores de 45 años son quienes más reportan tener una buena relación con su familia. Sin embargo, son quienes menos reportan estar felices con su vínculo de pareja y su vida sexual. Por el contrario, el tramo más satisfecho sexualmente son los que oscilan entre 26 y 30 años, lo cual coincide con que son los que más reportan tener con quién hablar sus cosas importantes, más afecto dicen recibir, menos tensión dicen sentir y más disfrutan su tiempo libre. El 90% de este grupo dice estarlo frecuentemente, siempre o casi siempre.

Satisfacción emocional frecuente en porcentaje de trabajadores sobre el total de la muestra

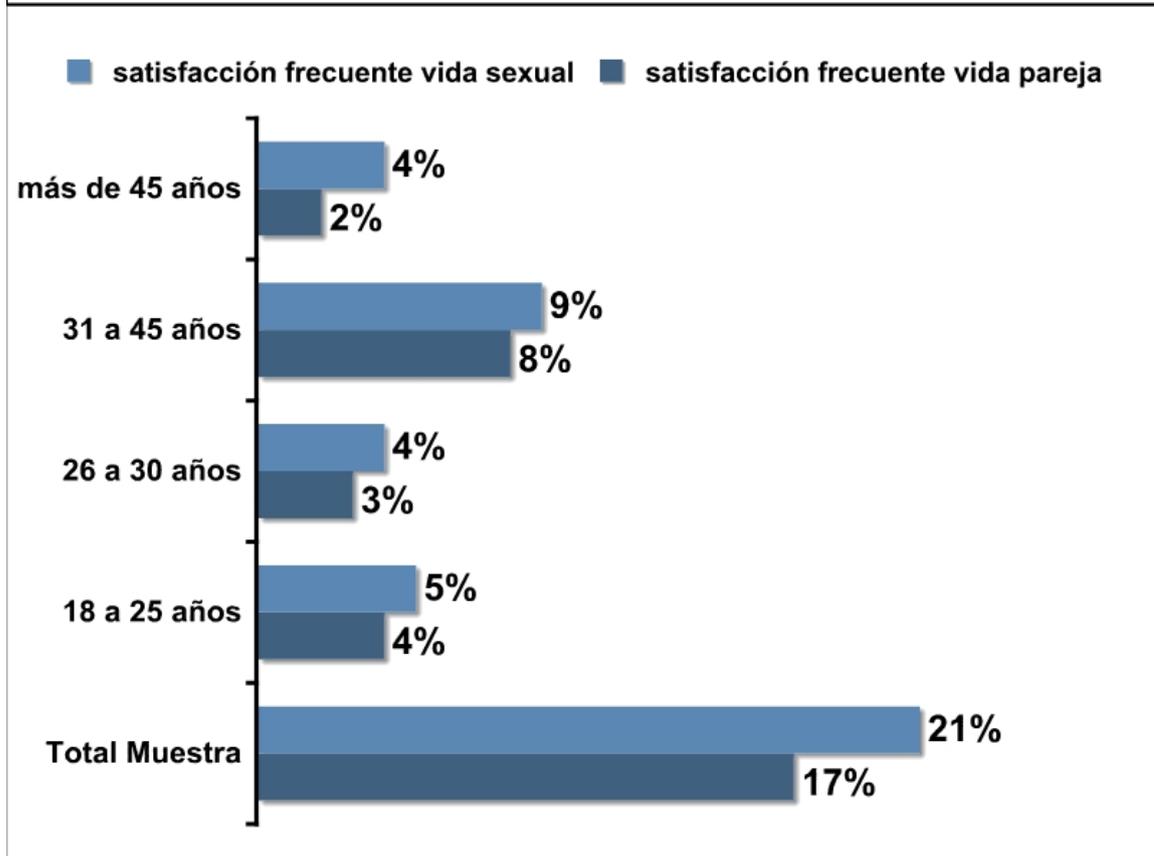


Gráfico 17

Si bien los trabajadores de Casa Central reportan la mayor satisfacción con su vida familiar, son los menos felices en términos con su relación de pareja y con su vida sexual. El 11% reporta que sólo ocasionalmente, casi nunca o nunca está satisfecho con su vínculo de pareja y el 9% señala que nunca, casi nunca u ocasionalmente está satisfecho con su vida sexual.

g.- Impacto físico y mental de hábitos no saludables

El seguimiento de hábitos no saludables conduce irremediabilmente al padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que pueden limitar física y/o mentalmente. Según las estadísticas nacionales, la prevalencia de ECNT en Chile es igual a 24.6% (diabetes + hipertensión). Sin embargo, apenas el 13% de la muestra reporta padecer enfermedades crónicas, lo cual se opone abiertamente a las mediciones de triglicéridos y glicemia realizadas a los trabajadores de la empresa estudiada, que permitieron detectar casos severos de diabetes y individuos no diabéticos con alteración del metabolismo de la glucosa (prediabéticos), así como personas con niveles de colesterol total alterados.

Esto demuestra que las ECNT están subdiagnosticadas, lo cual constituye un alto riesgo en salud. Así queda demostrado con el hecho de que la sede de Maipú es donde menos enfermedades crónicas se reportan siendo el estamento socioeconómico que más difícil acceso tiene a la salud.

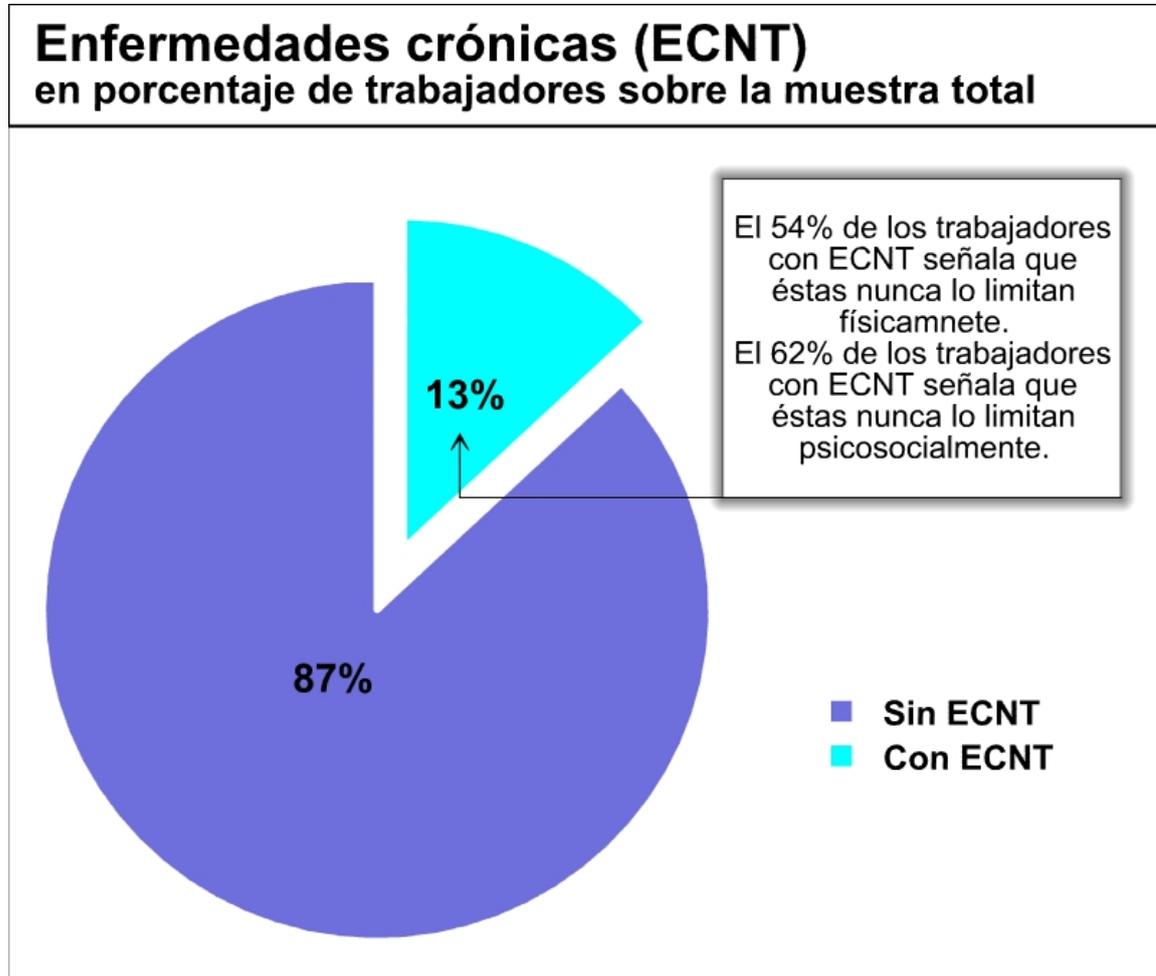


Gráfico 18

Los enfermos crónicos duplican a las enfermas crónicas. El 25 y 17% de ellas responde que esta condición las limita a veces, frecuentemente, siempre o casi siempre física y socialmente, respectivamente. Sólo el 20 y 4% de ellos responde de igual manera. El reporte de enfermedades crónicas aumenta gradualmente con la edad, de manera que los mayores de 45 años son quienes más responden padecer enfermedades crónicas. Mientras sólo el 7% de los encuestados entre 18 y 25 años de edad reportan ECNT, el 38% de los encuestados mayores de 45 años reportan ECNT. La sede de Maipú es la que menos reporta ECNT, con el 22% del total de personas con ECNT de la muestra. Por el contrario, los trabajadores de Macul son quienes más reportan sufrir ECNT.

Respecto al impacto de las ECNT, el 54 y el 62% de los encuestados que responden sufrir ECNT señalan que éstas “nunca” las limitan física ni psicosocialmente. Los mayores de 45 son quienes más limitados se sienten físicamente por las ECNT. Por el contrario, los menores de 25 son los que reportan más limitación psicosocial por las ECNT. El hecho que los trabajadores de Casa Central reporten menos limitación física que las demás sedes pudiera deberse a su mayor poder adquisitivo que les permite acceder a medicina y cuidados en salud para paliar estas enfermedades. Por el contrario, que los trabajadores de Maipú reporten menos limitación psicológica dice relación con la poca relevancia que tiene el aspecto mental en sus vidas comparado con sus necesidades materiales.

Esta tendencia se mantiene cuando se pregunta específicamente por el tabaquismo, la ingesta de alcohol y el abuso de drogas. El 57 y el 71% de los fumadores responden que el tabaco nunca, casi nunca u ocasionalmente lo limita en términos físicos o psicológicos, respectivamente. Asimismo, no obstante en Chile casi un millón de personas presenta problemas derivados del consumo de alcohol, entre ellos, problemas de salud, familiares, laborales, de seguridad personal o de funcionamiento social, el 92% de la muestra responde que el beber no les reporta descontrol social, molestia de la pareja o pérdida de amigos. En cuanto al uso de drogas, el 97% de los encuestados señala que esto nunca afecta sus relaciones interpersonales.

Específicamente, son más los hombres que reportan limitación física y psicológica fruto del tabaco que las mujeres. El 26 y 14% señala sufrir frecuentemente, casi siempre o siempre física y psicológicamente, respectivamente, contra un 22 y 3% de las mujeres, respectivamente. El grupo de mayores de 45 años es el que más responde verse limitado en lo físico por el tabaco, mientras el tramo entre 26 y 30 años es el que más se afecta psicológicamente por el hábito de fumar. Mientras Maipú es la sede que señala mayor limitación física debido al tabaquismo, Macul es el que reporta mayor limitación psicológica fruto de esta práctica.

En cuanto al impacto que tiene consumir alcohol, las mujeres son las únicas que reportan la pérdida de amistades o trabajo a consecuencia del abuso del alcohol, mientras los hombres son los únicos que reportan la molestia de la pareja. En términos etéreos, si bien la tendencia general es a responder que este consumo no los impacta negativamente, los menores de 25 años señalan el descontrol social y la molestia de sus parejas como consecuencias del consumo de alcohol.

En relación al impacto psicosocial que tiene el uso y abuso de drogas, hombres y mujeres afirman por igual que esto nunca afecta sus relaciones interpersonales, percepción que se mantiene en todos los tramos etéreos, con excepción de los menores de 25, donde un 3% señala que ocasionalmente el usar drogas los impacta psicosocialmente.

En resumen la muestra arroja resultados positivos en las distintas variables que componen la salud psicosocial. La mayoría dice manejar estas variables frecuentemente, casi siempre o siempre. Sin embargo, en general se aprecia una discordancia entre lo que se da y se recibe, ya sea en términos de reconocimiento laboral o afecto. Los encuestados estiman que dan más de lo que reciben, lo cual permite concluir que la realidad es menos optimista de lo que se presenta.

Maipú lidera el manejo del estrés y la tensión, el optimismo, la satisfacción laboral y la colaboración entre colegas, lo cual puede deberse a menos cuestionamiento del tema, dado prioridades tangibles propias de un estrato socioeconómico menos favorecido.

Por el contrario, Casa Central gana en depresión, en insatisfacción con su vida de pareja y sexual. Es la sede que reporta dar y recibir menos afecto. Sí es donde más se reporta el goce del tiempo libre, lo cual puede explicarse por su poder adquisitivo que les permite acceder a distintas alternativas de ocio. Las mujeres reportan más estrés, menos disfrute de su tiempo libre, se siente más deprimida, menos optimismo, menos satisfacción laboral –a pesar de que reportan más reconocimiento y ayuda en su trabajo-, y menos satisfacción con su vida familiar, de pareja y sexual, no obstante dicen recibir más afecto.

El tramo etareo entre 31 y 45 años de edad más reporta depresión y agresividad. El grupo entre 26 y 30 años reporte menos satisfacción laboral y optimismo. Ambos grupos sumados reporta la mayor tensión. Los mayores de 45 son los que menos ayuda reportar recibir, así como menos satisfacción señalan en su vida de pareja y sexual. Curiosamente, le siguen en esta variable los menores de 25 años, quienes además reportan el menor reconocimiento laboral y peor relación familiar.

3.- Análisis estadístico: Índice de Salud¹³¹

Finalmente se analizaron los datos de los cuestionarios utilizando un indicador de salud diseñado para medir el porcentaje de salud de cada encuestado, para cada sede y para la muestra total. Un índice que opera a partir de la asignación de un puntaje a cada alternativa de cada pregunta del cuestionario y que incluye una tabla de equivalencia entre puntajes y porcentaje de salud, válido para preguntas y módulos, donde un menor porcentaje equivale a mayor riesgo en salud. A su vez éste contempla umbrales de porcentaje de salud, es decir, establece un porcentaje mínimo de salud por pregunta y por módulo. Esto significa que si un individuo o conjunto de individuos obtiene(n) un porcentaje menor al establecido como umbral, se encuentra en riesgo de salud para la variable o módulo medido.

De acuerdo a los datos arrojados por los cuestionarios, tanto por preguntas, como por módulo de preguntas, se observó que en términos generales la muestra estaba en buenas condiciones de salud. El porcentaje de salud general de la muestra analizada por preguntas es igual a 80,60%, cumpliendo con el umbral general de 76,30% y el porcentaje de salud general de la muestra analizada por módulo es 84,88%, siendo el umbral 79,89%.

No obstante, fue evidente la diferencia entre el porcentaje de salud de los empleados de Casa Central, donde trabajan mayoritariamente planas gerenciales, profesionales y técnicos de la empresa estudiada y los de las sedes de Macul y Maipú, donde se concentran los operarios y obreros. Al analizar por pregunta, Casa Central no superó el umbral mínimo de salud en 27 de 53 preguntas, mientras Maipú fue la sede con menos preguntas bajo el umbral (12 preguntas). Igual cosa se repitió al evaluar las respuestas por módulos. Casa Central no superó el umbral mínimo de salud en 17 de 26 módulos, reprobando en 7 de los 10 módulos más críticos de acuerdo al índice de salud (actividad física, nutrición, tabaquismo, alcoholismo, automedicación, mal sueño y mala comunicación). Macul y Maipú, en tanto, empataron con sólo 5 preguntas bajo el umbral mínimo.

¹³¹ Ver anexo 2 y 3 Umbral y riesgo en salud por pregunta y por módulo de preguntas.

Porcentaje de salud de la muestra en porcentaje de trabajadores sobre el total de la muestra

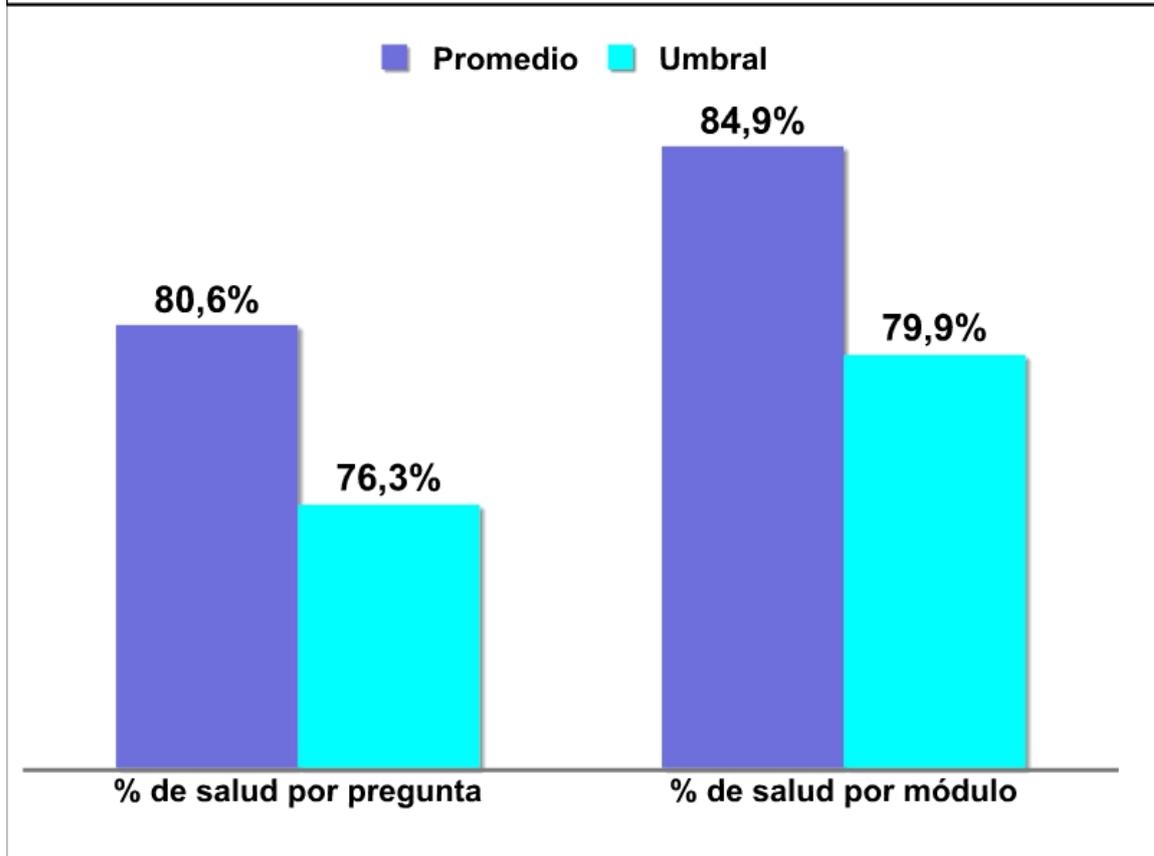


Gráfico 19

Asimismo, si bien el promedio de un módulo puede arrojar un resultado positivo, dentro de cada módulo hay preguntas que tienen mayor peso en relación a las otras, siendo fundamental analizar el porcentaje de salud de la muestra en aquellas preguntas. Así, por ejemplo, a pesar de que en el módulo de actividad física la muestra obtuvo un porcentaje de salud igual a 54,72%, cumpliendo con el umbral definido en 50,28%, en la pregunta principal de este módulo, la que se refiere al ejercicio (pregunta 2), sólo alcanzó un 46,74%, siendo que el umbral era 67,86%, con un 82,46% de la muestra por debajo de este umbral y, por ende, en riesgo de salud en esta variable.

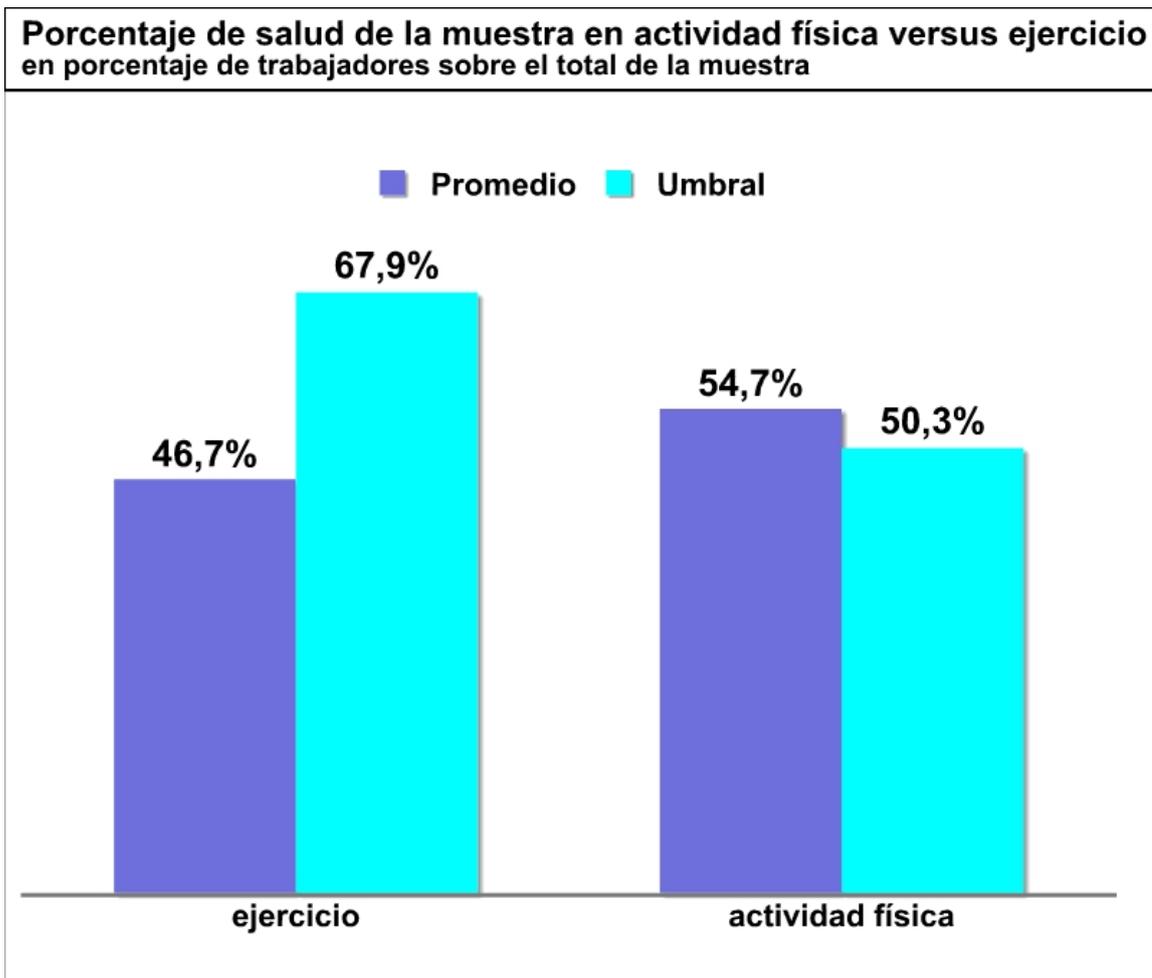


Gráfico 20

En términos de hábitos alimenticios, en cambio, la muestra reprueba tanto desde la perspectiva de módulo como por preguntas. En el módulo de nutrición obtuvo un porcentaje de salud igual a 76,74%, siendo el umbral 78,91%. Asimismo, la muestra reprobó en cantidad y periodicidad de comidas. Un 89,70% y 89,37% de los trabajadores apareció en riesgo en estas dos variables, respectivamente.

Respecto al uso de sustancias nocivas o ilícitas, es importante advertir que el umbral de salud es altamente exigente. El encuestado debe puntuar un 100% para ser considerado fuera de riesgo en este aspecto. Así sucede puntualmente con el tabaquismo, donde el porcentaje de salud alcanzado por la muestra fue igual a 79,59%. Sin embargo, la muestra reprueba igualmente en el módulo uso de medicamentos donde el umbral es 95,48%, con un 28,99% de los trabajadores de la muestra por debajo del umbral. La muestra obtiene un porcentaje en salud igual a 89,19% en esta variable.

En cuanto a la higiene del sueño, la muestra tampoco alcanzó el umbral definido por módulo ni por preguntas. En el módulo de sueño ésta puntea 64,98%, siendo el umbral 65,22%. El 87,47% de los trabajadores quedó bajo este umbral. Asimismo, la muestra reprobó específicamente en calidad de sueño, latencia (demora en dormirse) e insomnio.

La calidad del sueño aparece como lo más crítico, con un 53,42%, muy lejos del umbral: 100%.

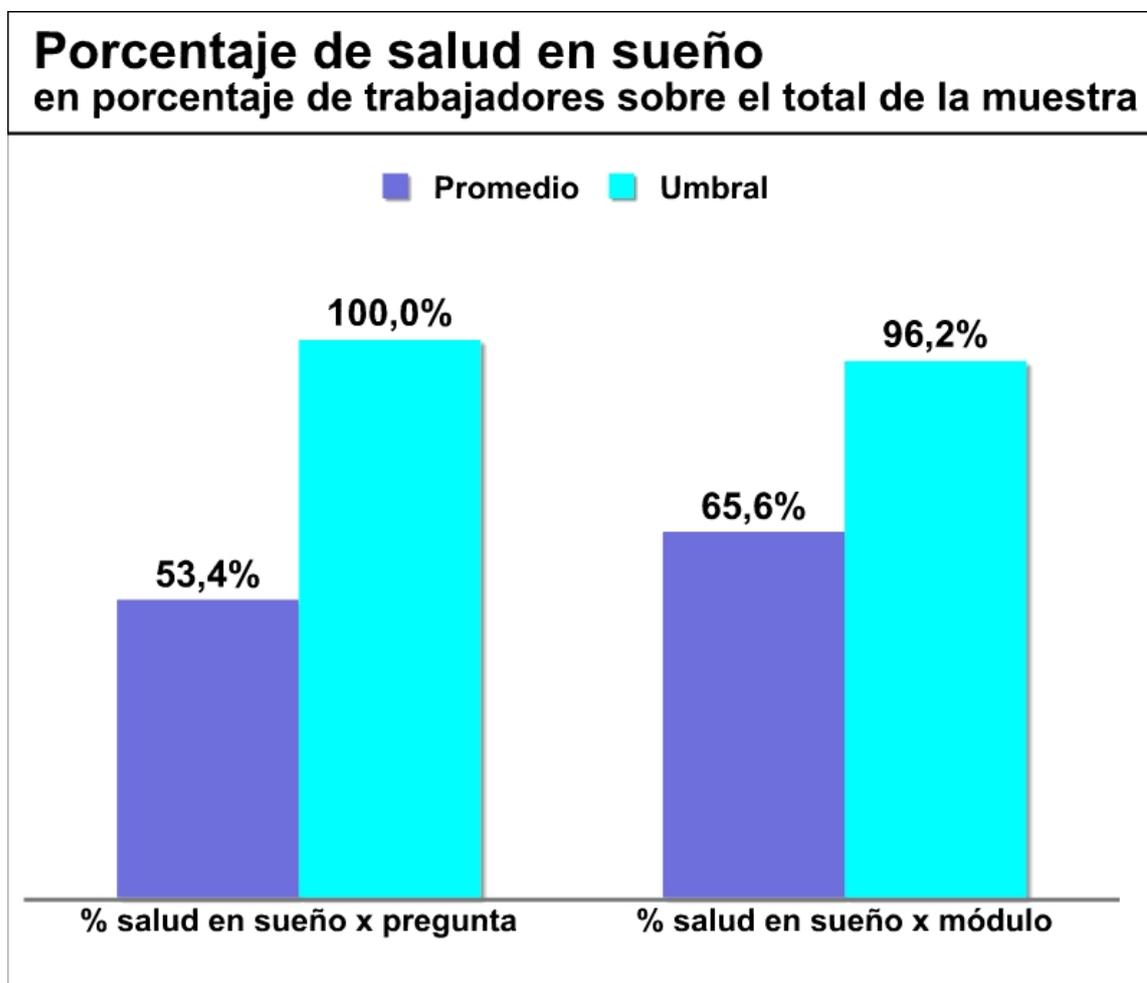


Gráfico 21

En términos de salud psicosocial, la única variable en que la muestra apareció por debajo del umbral fue en tensión. En ella la muestra obtuvo un porcentaje de salud igual a 56,59%, siendo el umbral 63,05%. El 81,52% de los trabajadores de la muestra se ubicó por debajo de este umbral, lo cual podría estar dado por la baja relevancia que los estratos menos educados dan a esta variable, que corresponden a 2/3 de la muestra.

No obstante todo lo anterior, se observó que la muestra superó abiertamente el umbral de la pregunta respecto al padecimiento de Enfermedades Crónicas (50,00%), con un 86,81%, así como las que dicen relación con el impacto físico y psicológico que provocan, lo cual se cree corresponde a una subindicación de las ECNT, como queda de manifiesto en algunas mediciones que se hicieron en terreno.

Porcentaje de salud de ECNT versus automedicación en porcentaje de trabajadores sobre el total de la muestra

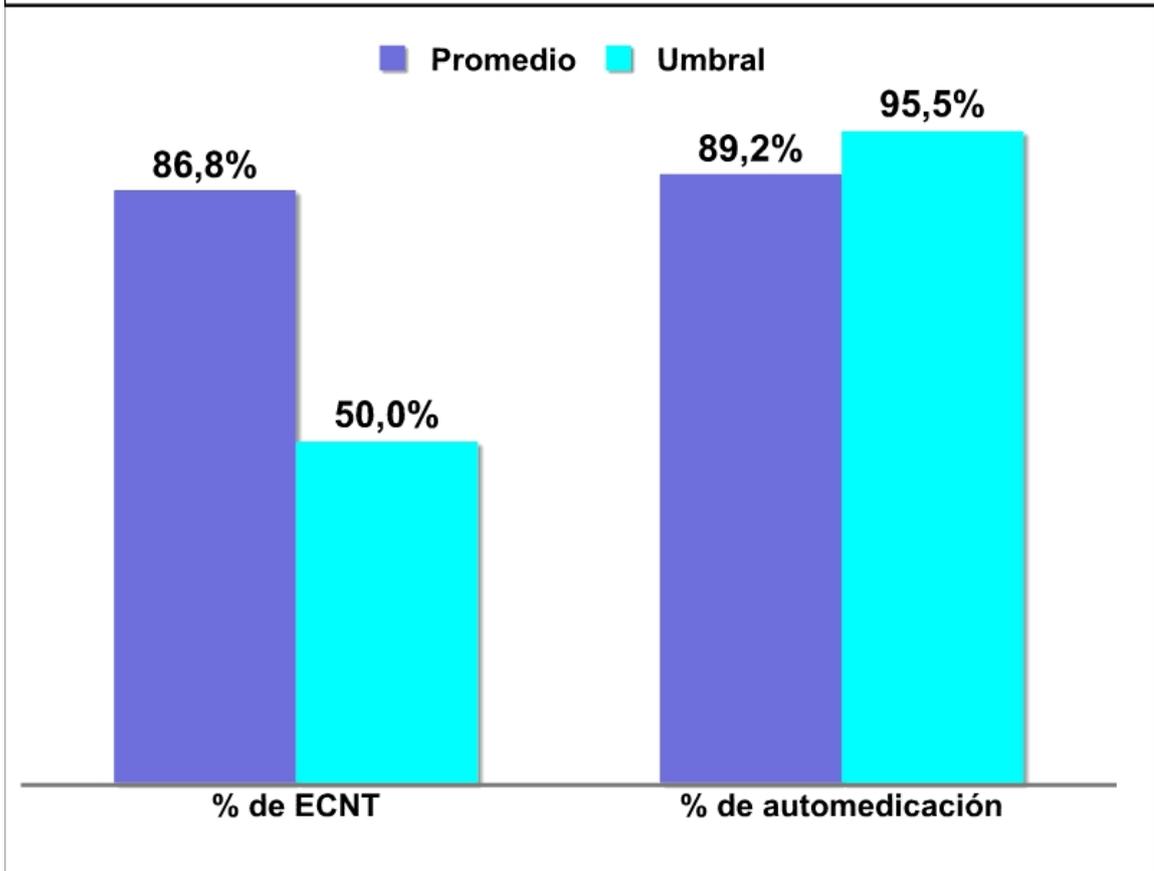


Gráfico 22

V. Conclusiones

1.- Ideas y prácticas en salud de la población laboralmente activa en Chile

Al estudiar el ideario de vida sana del trabajador capitalino y sus prácticas en salud se puede concluir que ellas están determinadas en gran medida por la historia política-económica reciente de Chile, la cual instaló costumbres nacionales que gatillaron y perpetúan las enfermedades crónicas.

Con la implementación de un modelo económico liberal por parte del gobierno militar desde mediados de los años 70 se generó un desfase entre desarrollo económico y cultural, que posicionó al trabajo en el centro de la existencia y fragmentó la mentalidad del chileno, lo que hoy trasciende a todos los campos de la vida, incluida la salud, en forma de disociaciones entre el ser y el tener, el ser y el hacer, y el ser y el parecer.

Es así como el estilo de trabajo marca el estilo de vida del trabajador capitalino. El trabajo no se organiza en relación a los horarios de comida ni a la necesidad de actividad o descanso del individuo, sino que el trabajador se salta o desplaza comidas por cumplir con la demanda laboral, permanece horas inactivo frente a su escritorio, duerme las pocas horas que el trabajo le deja y apenas goza de tiempo libre. El trabajo es para llegar a tener algo, más que para llegar a ser alguien. El acumular riquezas en el ámbito laboral tiene más valor que la realización personal. Prima el tener sobre el ser.

En este marco, la salud no se considera parte del trabajo, sino del ámbito privado, por lo cual no extraña a los trabajadores que sus empresas no se preocupen del bienestar de los empleados. Incluso más, justifican horas extras de trabajo como parte del proceso lógico de acumular bienes materiales o llegar a tenerlos. Vivir para trabajar, en vez de trabajar para vivir aparece como lógico. Con esto se divide al ser humano en trabajador e individuo. Al interior del hogar y durante el tiempo libre –si es que queda-, es bien visto que la persona se preocupe de su salud. En el lugar de trabajo la misión es otra: trabajar para producir. Una abierta disociación entre el ser y el hacer.

A su vez, el trabajador capitalino concibe la salud no como el completo bienestar biosicosocial, sino sólo como ausencia de enfermedad. Consecuentemente, mientras no padece de enfermedad evidente sigue trabajando para no cortar la cadena productiva. Es así como los trabajadores de Santiago escasamente reportan enfermedades crónicas, pero al mismo tiempo se automedican para palear síntomas que consideran pasajeros, hasta que se transforman en crónicos, lo que explica el ausentismo laboral haya sido sobrepasado por el presentismo -laborar en malas condiciones de salud, lo que se traduce en factores de riesgos físicos, psicológicos, conductuales y organizacionales-, así como se extiende un sistema de salud asistencial y no preventivo en el país. Entre los empleados de menor educación el concepto de enfermedad crónica sencillamente se desconoce, lo cual no guarda relación alguna con la gravedad de esta epidemia. No sólo son incapaces de definirla, sino que a duras penas logran dar ejemplos, siempre en un tono de pregunta, como buscando ser ratificados en su vago o nulo conocimiento del tema.

El sedentarismo y los deficientes hábitos alimenticios son los principales males a enfrentar. Los grupos de los extremos, menores de 25 y mayores de 45 son los menos activos, mientras los mayores de 31 son los más excedidos en IMC, lo cual pudiera tener una directa relación con el poder adquisitivo y ritmo laboral de los distintos tramos etéreos. El grueso de los jóvenes tiene una economía aún inestable; los entre 26 y 45 están en el pic de su carrera profesional y anteponen el trabajo a la alimentación; y los mayores de 45 ya comienzan un proceso de desvalorización laboral y consecuente pauperización que los impide llevar una dieta balanceada, posiblemente cargada a carbohidratos de bajo costo.

Pero no sólo urge afrontar estos hábitos por los insuficientes porcentajes de salud encontrados a la luz del índice de salud, sino también por el positivo impacto que tiene una buena nutrición y una vida activa sobre los demás hábitos cotidianos. Una persona activa por lo general cuida más su alimentación y con ello previene la obesidad, las enfermedades cardiorespiratorias, tienen menos probabilidades de contraer cáncer, tiene en control sus niveles de colesterol y glicemia, su calidad de sueño es mejor y es menos probable que use o abuse de sustancias nocivas como el tabaco o el alcohol.

En términos etéreos, también hay un importante desafío respecto a la salud psicoemocional de los mayores de 45 años de edad, puntualmente en los temas de comunicación, afecto y ayuda. Estos son quienes reportan menos satisfacción de vida sexual y de pareja, menos afecto dicen recibir y menos tienen con quien hablar de sus cosas personales. A las personas que se mueven entre los 30 y 45, en tanto, urge hacerles ver que es necesario que bajen su ritmo de trabajo, no sólo porque éste en sí los hace reportar los más altos índices de estrés, agresividad y tensión, sino porque les deja escaso o nulo tiempo libre para sí mismos y su vida privada.

Desde la perspectiva de género, tanto los resultados arrojados por los cuestionarios como las respuestas en las entrevistas dan cuenta de realidades muy similares, sobre todo mientras menores son los trabajadores. Es así como temas como el alcoholismo y la obesidad hoy son tema de preocupación por igual para hombres y mujeres. Igual como ellas son concientes y confiesan estar tomando en demasía, ellos están preocupados de su exceso de peso. Esto facilita las cosas a la hora de buscar mecanismos para incentivar la modificación de hábitos no saludables, pues con un mensaje se comprende y contacta a ambos géneros, lo cual hace más eficiente y factible el cambio. Además es trascendental ser eficaz en el combate de las enfermedades crónicas sobre todo con las generaciones más jóvenes, pues es esencial que Chile empiece de una vez a prevenir en lo que son las Enfermedades Crónicas y deje de paliarlas.

Finalmente, en cuanto a los tipos de trabajadores, lo fundamental es educar a obreros y operarios en la dimensión física de las enfermedades crónicas, pues la falta de conocimiento en este tema hace que muchos de estos males estén sub diagnosticados en esta población, lo cual constituye un factor de riesgo que de no prevenirse puede tener incluso consecuencias fatales. Además es un grupo que subestima la dimensión psicosocial de la salud, haciendo vista gorda al estrés, la tensión o la depresión, males que de no canalizarse sanamente y en forma preventiva pueden conducir al abuso de sustancias nocivas e incluso ilícitas, lo cual es especialmente preocupante, cuando los trabajadores de Macul y Maipú, donde se encuentran principalmente los operarios y obreros, son las sedes donde mayor entorno con drogas se reporte, lo cual es un preocupante factor de riesgo.

A las planas gerenciales, profesionales y técnicas de Casa Central también es necesario concientizarlas respecto a la importancia del cuidado de la salud mental. Si bien entre ellos no se percibe un malestar y frustración con las jornadas extras de trabajo y el trato de sus superiores como en las sedes anteriores, existe un trabajolismo enfermizo que llegan a justificar como parte natural de la búsqueda del éxito profesional, lo cual se traduce en altos índices de estrés, tensión y agresividad que es necesario controlar y reducir.

La dimensión síquica es lo que en gran medida determina el estado de salud de las personas. Es ella la que nos distingue del resto de los animales y la razón por la cual experimentamos tensión, angustia o ansiedad, que a veces canalizamos comiendo en exceso, fumando o dejando de hacer por estados depresivos. Si sólo fuéramos cuerpo e instinto comeríamos hasta saciarnos y no de más, no haríamos uso de sustancias nocivas y nos moveríamos lo justo y lo necesario. Sin embargo, tenemos psiquis, lo cual por supuesto no es deplorable, sino todo lo contrario, es una herramienta inmensamente potente, pero siempre y cuando ella esté en buen estado de salud, lo cual es fundamental procurar.

2.- Vínculos entre ideario y praxis en salud

Si bien el ideario en salud del trabajador santiaguino actual dista del de las generaciones previas a los años 70, como queda en evidencia en la propia distinción que los encuestados hacen con sus propias madres y abuelas, la praxis no se condice necesariamente con las nuevas ideas.

Los trabajadores capitalinos saben qué es saludable y qué no lo es. Resulta evidente la influencia de los medios de comunicación en las nuevas ideas que manejan en salud, sobre todo en el tema nutricional y el tabaquismo. La televisión y la radio son las fuentes de información más mencionadas, lo cual ha creado una mayor conciencia respecto a los daños del tabaco y las consecuencias de la obesidad. Sin embargo, mayor conocimiento y más conciencia no necesariamente se traduce en prácticas más saludables entre los trabajadores de Santiago.

Peor aún, éstos dicen seguir prácticas saludables, aún cuando no lo hagan. Al igual como los chilenos usaron celulares de palo en un comienzo y las chilenas llenan los carros del supermercado de productos finos y caros que luego abandonan antes de la caja para impresionar a sus pares, los trabajadores capitalinos tienden a responder lo que es socialmente correcto decir o aceptable hacer, antes de lo que efectivamente son o hacen. Una nueva disociación inscrita en la idiosincrasia del empleado capitalino: el ser y el parecer. Donde esto más queda en evidencia es en el tema nutricional. Precisamente porque es el área donde mayor información manejan y la sacan a relucir, pero luego la realidad los traiciona. Es así como, por ejemplo, los trabajadores responden alimentarse en forma balanceada, pero su índice de masa corporal (IMC) demuestra lo contrario.

Para que el ideario saludable de los trabajadores capitalinos se transforme efectivamente en acciones saludables, primero habrá que combatir la creencia de que implementar y mantener hábitos saludables, así como modificarlos, depende de factores externos al sujeto, como la condición económica y el ambiente social, idea principalmente arraigada en los menos educados (obreros y operarios).

Si las campañas gubernamentales son las adecuadas debieran ser capaces de mostrar que la voluntad personal es suficiente, pero que se requiere de paciencia, cosa que resulta absolutamente lógica si efectivamente se parte por plantear que la epidemia que enfrentamos en salud consiste en un conjunto de enfermedades interrelacionadas y que, por lo tanto, solucionarlas implica un abordaje global y tiempo.

En este sentido se sugiere que el gobierno, liderado por el Ministerio de Salud, enfrente esta epidemia holísticamente, de modo que los chilenos le tomen el peso a la importancia de llevar prácticas saludables en todos los frentes (actividad física, alimentación, sueño, sustancias y salud psicosocial) y de manera permanente. Es necesario abordar las enfermedades crónicas como un todo; como un círculo que debe dejar de ser vicioso y transformarse en virtuoso.

Si el sedentarismo genera obesidad y ésta a su vez se asocia a diabetes y dislipidemia, es fundamental establecer una cadena positiva de actividad física, IMC entre 18 y 24,9, con niveles de azúcar y colesterol en rangos normales. Además, si entre otras cosas el ejercitar genera endorfinas ayudando al individuo a relajarse y a su vez constituye una instancia de sociabilización así como un excelente escape a todo tipo de vicios, pues es necesario presentar los hábitos saludables como garantes de un bienestar integral, incluida la salud física y la tranquilidad mental y emocional.

Para cumplir este objetivo se recomienda aprovechar el interés de las generaciones jóvenes de recibir ayuda externa, tanto material como psicológica, para lograr modificar sus hábitos no saludables. En la medida que éstos mejoren su condición de salud, el resto de los trabajadores debiera motivarse a pedir y recibir ayuda externa. A su vez, en la medida que esto reporte bienestar a los adultos, éstos debieran traspasar sus nuevos hábitos a sus hijos. Esto es fundamental si se considera que las enfermedades crónicas, como su nombre lo indica, se perpetúan en el ser humano y por lo tanto cuanto más tarde se atacan, más difícil es revertirlas. Por el contrario, mientras más temprano se parta educando en salud, mejores posibilidades tiene Chile de revertir este mal y en este sentido los adultos son la influencia más directa que tienen los niños, los que a su vez son los más permeables a los cambios, cosa que hay que aprovechar.

En segundo lugar habrá que demostrar a las empresas que su productividad se ve amenazada si insiste en excluir a la salud del ámbito laboral y, por el contrario, que las ganancias pueden aumentar si cuida de sus trabajadores. Como es posible que el bienestar de los empleados en sí mismo no movilice a muchos empresarios, será necesario abordarlos por su punto débil -el fin de lucro-, de modo que si la fuerza laboral no los sensibiliza, sí lo hagan los números. Pero esto debe consistir en una política de estado, donde los Ministerios de Salud y del Trabajo exijan a las empresas implementar programas de calidad de vida y autocuidado en salud para sus trabajadores, a cambio de incentivos, al igual como sucede hoy con la capacitación de la fuerza laboral, a través del SENCE.

Aunque en el corto plazo las empresas sean incapaces de ver que es igualmente importante capacitar a sus empleados en las labores que realizan, como en el cuidado de la salud, el Estado tiene la obligación de actuar con una mirada a largo plazo que asegure salud a la población, aunque sea utilizando y contribuyendo al fin de lucro de las empresas. Será difícil encontrar un ámbito más propicio que el laboral para enriquecer el ideario de vida sana de los chilenos y mejorar sus prácticas en salud, si se considera que éstos pasan más de un tercio de sus vidas en su lugar de trabajo.

Erradicar la mentalidad arraigada desde hace décadas que ubica al trabajo en el centro de la vida santiaguina es menos probable que asumir esta realidad e intentar cambiarla desde dentro. El desempeñarse exitosamente en el mundo laboral capitalino y así agrandar las arcas personales y familiares tiene un valor demasiado grande como para pretender que la gente pase a estimar su salud por sobre su trabajo por el sólo hecho de escuchar que así es; sobre todo cuando alcanzar un buen estado de salud toma tiempo y eso es lo que menos da el ritmo de trabajo o de vida de Santiago. Consecuentemente, lo que queda es intervenir el mundo laboral existente, intentando balancear los intereses empresariales con los intereses ciudadanos.

Además hay que aprovechar que existe una tensión entre los intereses de los trabajadores, pues si bien tener, hacer y parecer es relevante para ellos, al mismo tiempo quisieran poder ser y reconocen que es el ritmo de trabajo que llevan lo que se los impide. Al comprar los discursos recopilados en las entrevistas sobre el tema Salud y Prácticas Saludables en el Trabajo con las respuestas del cuestionario autoaplicado en el área de salud laboral, se observa una absoluta concordancia en el estado de malestar biosicosocial que explica el alza del presentismo sobre el ausentismo laboral.

Por lo tanto, de exigirse la implementación de programas de calidad de vida y autocuidado en salud a las empresas, lo esperable es que éstos sean muy bien acogidos por los trabajadores. Y si inicialmente es posible que algunos sindicatos lean estas iniciativas como fuente de mayor enriquecimiento para sus empresas, en vez de una medida pensada en el auténtico bienestar de los trabajadores, habrá que demostrarles que ambas mejoras no se contraponen y que como en toda buena negociación ambas partes ganan.

Así, en la medida que se beneficien tanto los trabajadores como las empresas, se estará contribuyendo al desarrollo humano de Santiago. Más aún, de extrapolarse esta experiencia al resto de Chile, podría contribuir a conseguir un importante logro país.

VII.- Bibliografía

- CORVALÁN, J. 2001. Las Transformaciones educativas recientes y los cambios de la política social en Chile y América Latina. Hipótesis sobre los discursos dominantes. *Revista Estudios Sociales* 108.
- SALINAS, JUDITH Y VIO, FERNANDO. 2003. Promoción de salud y actividad física en Chile: política prioritaria. *Revista Panamericana de Salud Pública* 14: 281-288.
- VALDENEGRO, V. ALBERTO. 2006. Calidad de vida laboral. *Revista Capacitación Mayo-Junio* 50. Corporación de Capacitación y Empleo, SOFOFA.
- CORVALÁN, J. 1999. ¿Se puede hablar de una Política Social Neoliberal en el Chile Actual? *Persona y Sociedad*. Vol. XIII, Nº 2.
- DE SEBASTIÁN, LUIS. 1999. Participación por contrato. La Participación como mecanismo contractual en las políticas sociales. *Documento de Trabajo I-5*. INDES. BID.
- PNUD. 1998. Las paradojas de la modernización. *Informe Desarrollo Humano en Chile*.
- PNUD. 2002. Nosotros los chilenos un desafío cultural. *Informe Desarrollo Humano en Chile*.
- PNUD. 2006. Las Nuevas Tecnologías: ¿Una Salto al Futuro? *Informe Desarrollo Humano en Chile*.
- MINSAL. Ministerio de Salud de Chile. 2004. Vida Sana en la Empresa. *Guía Práctica para Empresas*.
- PERRET B. Y ROUSTANG, G. 2000. *La Economía contra la Sociedad: Crisis de la Integración Social y Cultural*. Fondo de Cultura Económica.
- AVDALOFF VALENCIA, WALTER. 2000. *Medicina del Sueño. Fundamentos Científicos y Aspectos Clínicos*. Editorial Mediterráneo.
- CASTEL, R. 1997. *Las metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires, Paidós.
- SANDOVAL, M. 1999. *Nutrición, Fisiología y Ejercicio en Altitud*. Editorial Asociación Chilena de Seguridad, ACHS y Universidad de Antofagasta.
- LUHMANN, N. 1992. *Sociologías del Riesgo*. Universidad Iberoamericana/ Universidad de Guadalajara.
- ROBLES, F. 2000. *El desaliento inesperado de la modernidad. Molestias, irritaciones y frutos amargos de la sociedad del riesgo*. Ediciones Sociedad Hoy, Dirección de Investigación. Universidad de Concepción.

- ARCHER, MARGARET. 1997. Cultura y Teoría Social. Buenos Aires: Nueva Visión.
- BOURDIEU, PIERRE. 2000. Cosas Dichas. Barcelona: Gedisa.
- BOURDIEU, PIERRE. 1984. Sociología y Cultura. México, Grijalbo.
- BOURDIEU, PIERRE. 1997. Razones Prácticas. Barcelona: Anagrama.
- BOURDIEU, PIERRE. 1972. Esquisse d'une theorie de la pratique. Droz. Genève.
- BOURDIEU, PIERRE. 1991. El Sentido Práctico. Madrid: Taurus.
- BOURDIEU, PIERRE. 1964. Travail et Travailleurs en Algérie. Paris: Mouton.
- KOTTAK, C.P. 2000. "La Cultura". Antropología Cultural. Espejo de la Humanidad. Madrid: Mc Graw-hill.
- GUTIÉRREZ, ALICIA B. 2003. "A modo de introducción: los conceptos centrales en la sociología de la cultura de Pierre Bourdieu", en: Creencias artísticas y Bienes Simbólicos: elementos para una sociología de la cultura.
- GARCÍA-CANCLINI, NESTOR, "Introducción: La sociología de la cultura de Pierre Bourdieu", en: Sociología y Cultura. Grijalbo-México, pp.9-50.
- ALONSO, L. E. 1993. "Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa.", en Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Coordinadores: Delgado, J. M. y Gutiérrez, J. Ed. Síntesis Psicología. España, pp. 225-226.
- Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud. Editores: Cecilia Albala, Sonia Olivares, Judith Salinas, Fernando Vio. Andros impresores, Santiago de Chile, 2004. Rev. chil. nutr. [online]. nov. 2004, vol.31 supl.1, p.183-183. En <http://www.scielo.cl> [citado 30 Junio 2005].
- Rizo, Marta (Febrero 2005). Conceptos para pensar lo urbano: el abordaje de la ciudad desde la identidad, el *habitus* y las representaciones sociales. En http://www.bifurcaciones.cl/006/bifurcaciones_006_Rizo.pdf [citado 14 Mayo 2007].

VIII.- Anexos