

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
CARRERA DE PSICOLOGÍA



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO Y PSICÓLOGA

**REVISIÓN DE LA EVIDENCIA RECIENTE SOBRE LOS PRINCIPALES MÉTODOS DE
PREVENCIÓN PRIMARIA EN RIESGO PSICOSOCIAL EN EL TRABAJO**

Rodrigo Araya Moreno

Lisette Mendieta Montecinos

Profesor Patrocinante: Ps. Dr. Rodrigo Cornejo Chávez

Profesional Colaboradora: Ps. Nora Gray Carrizo

Santiago, Septiembre de 2013.

A Pablo,

*Por tu apoyo incondicional
y por ser inspiración y fuerza
en la utopía de pensar y construir
un mundo más humano, donde exista
dignidad para todos y todas.*

José Bermúdez tiene tres hijos y tres empleos. Al alba, sale a recorrer las calles de la ciudad de Quito en un viejo Chevrolet que hace de taxi. Desde la primera hora de la tarde, dicta clases de inglés. Hace dieciséis años que él es profesor en un colegio público, donde gana ciento cincuenta dólares mensuales. Cuando termina su jornada en el colegio público, empieza en un colegio privado, hasta la medianoche. Jorge Bermúdez no tiene nunca ningún día libre. Desde hace tiempo, sufre ardores de estómago, y anda de mal humor y con poca paciencia. Un psicólogo le explicó que esos eran malestares psicosomáticos y trastornos de conducta derivados del exceso de trabajo, y le indicó que debía abandonar dos de sus tres empleos para restablecer su salud física y mental. El psicólogo no le indicó cómo hacer para llegar a fin de mes.

*Eduardo Galeano.
Patatas arriba. La escuela del mundo al revés.*

RESUMEN	4
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
2. OBJETIVOS	12
3. ANTECEDENTES	
3.1 Hacia una definición de salud	13
3.2 Hacia una definición de trabajo	14
3.3 Relación salud y trabajo	16
3.4 La prevención en salud laboral y la participación de los trabajadores	19
3.5 Impacto de las transformaciones neoliberales en el mundo del trabajo	21
3.6 La salud laboral de las trabajadoras y trabajadores chilenos	25
4. METODOLOGÍA	29
5. DESARROLLO	
5.1 Los factores psicosociales en el trabajo: su impacto en salud y los modelos explicativos	32
5.1.1 Caracterización de los factores psicosociales en el trabajo	34
5.1.2 Factores de riesgo, factores protectores y riesgo psicosocial en el trabajo	34
5.1.3 Modelos Explicativos de los factores de riesgo psicosocial	36
a) Modelo Demanda – Control – Apoyo Social	37
b) Modelo desequilibrio Esfuerzo- Recompensa	41
c) Modelo de Justicia Organizacional	44
d) Otros fenómenos relevantes	48
5.2 Principales metodologías de prevención de los factores psicosociales en el trabajo	50
5.2.1 Modelo Obrero Italiano	50
5.2.2 COPSOQ - ISTAS21	59
5.2.3 Marco Europeo para la Gestión del riesgo psicosocial PRIMA-EF	65
5.3. Análisis de los métodos de prevención primaria en riesgos psicosociales en el trabajo	74
5.3.1 Análisis crítico de los métodos revisados	75
5.3.2 La participación de los trabajadores en el proceso preventivo	84
6. CONCLUSIONES	90
7. REFERENCIAS	102
8. ANEXOS	108

RESUMEN

La presente memoria se propuso describir las principales estrategias de prevención primaria en factores de riesgo psicosocial en el trabajo: el Modelo Obrero Italiano, ISTAS21, y el PRIMA. La elección de estos métodos se realizó mediante la asesoría de una experta en salud laboral, y la información utilizada fue recopilada mediante una búsqueda bibliográfica acuciosa. El análisis contempló una revisión crítica sobre los objetivos de cada método, su concepción de los factores psicosociales, los procedimientos que establecen, y el lugar que cada método asigna a los trabajadores. Encontrando que los métodos revisados comparten el objetivo de mejorar las condiciones laborales mediante distintas estrategias, incorporando a diversos actores que guían el proceso. Se concluye que la participación de los trabajadores es fundamental para desarrollar cualquier estrategia de prevención en el trabajo, y ésta debe incorporar la decisión y acción en toda instancia del proceso, buscando mejores condiciones laborales para los trabajadores.

ABSTRACT

This memory tries to describe the major primary prevention strategies in psychosocial risk factors at work: the Italian Worker Model, ISTAS21, and PRIMA. The choice of these methods was performed by the advice of an expert in occupational health, and the information used was gathered through a literature search diligent. The analysis looked critically review the objectives of each method, the design of psychosocial factors, establishing procedures, and the place each method assigns to the workers. Finding that the revised methods share the goal of improving working conditions through various strategies, incorporating various actors that guide the process. We conclude that worker participation is the key to developing any prevention strategy at work, and this should incorporate the decision and action in all instances of the process, seeking better working conditions for workers.

1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las últimas décadas, producto de las transformaciones económicas y políticas que se implementaron a nivel global para buscar salidas a la crisis del capitalismo industrial, el mundo del trabajo y la realidad de los trabajadores sufrió cambios considerables.

En América Latina, éstas transformaciones neoliberales trajeron consigo mayor precariedad laboral, aumento de la flexibilidad y de la subcontratación, grandes masas de desocupados, un debilitamiento de los sindicatos y organizaciones sociales, y una pérdida de los derechos conquistados por los trabajadores durante siglos de luchas (Harvey, 2007). Esto tuvo como consecuencia un deterioro de las condiciones de trabajo y empleo para gran parte de la población (Agacino, 2001; Antunes, 2005), que impactó fuertemente en los trabajadores, al verse expuestos a mayores riesgos y exigencias en sus lugares de trabajo y a un detrimento de su salud y calidad de vida (Espinoza, 2003, García, 1988).

En el caso de Chile, estas nuevas condiciones sociales en que se estructuró el mercado laboral en hacia fines de los 70', se configuraron como un marco de inseguridad, donde la inestabilidad del empleo y las altas tasas de desempleo, afectaron al conjunto de los trabajadores y generaron un fuerte impacto sobre las condiciones de trabajo (Espinoza, 2003, Miranda, 2008), que tuvo grandes repercusiones en la salud de los trabajadores, propiciando el desarrollo de cuadros de estrés, y un aumento de los riesgos para la salud física y mental de los y las trabajadoras (Espinoza, 2003).

Al respecto, los estudios sobre la relación entre salud y trabajo han analizado por décadas la influencia del trabajo en el proceso salud-enfermedad (Miranda, 2008, García, 1988). Encontrando que el trabajo puede efectivamente incidir en el bienestar de los y las trabajadoras, siendo un factor extremadamente poderoso que determina nuestra salud, y equilibra nuestra vida diaria (Siegrist, 1946, citado en García, 1988). Las investigaciones y estudios en salud laboral, afirman que no son los trabajos en sí los que enferman, sino las condiciones laborales en que se realiza cada oficio (Dejours, Mendel, citados en Araya, Cornejo & Gray, 2010), de modo que son las malas condiciones las que pueden generar un impacto negativo en la salud de las personas. Uno de los daños más evidentes, que pueden producir las malas condiciones laborales, son los accidentes de trabajo, sin embargo, también existen otras consecuencias menos visibles como las enfermedades profesionales y otros malestares.

Estas condiciones laborales que originan daños a la salud de los trabajadores, están determinadas por aspectos sociales, económicos y políticos que van variando en el transcurso del tiempo. Por tanto, estas condiciones no son estáticas, y pueden cambiar siendo intervenidas y modificadas en beneficio de la salud y el bienestar de los y las trabajadoras.

A partir de esto, es posible afirmar que la prevención en el ámbito de la salud laboral es fundamental, pues los daños a la salud originados en el trabajo son evitables si se toman las acciones correspondientes (Parra, 2003). La prevención en el caso específico de la salud laboral, busca controlar los riesgos mecánicos, físicos, químicos, biológicos y psicosociales en el entorno laboral (Parra, 2007), con el fin de disminuir la probabilidad de aparición de un malestar o enfermedad, o bien interrumpir o ralentizar su progresión (Leavell & Clark, 1958).

Para Manuel Parra (2003) la prevención en salud laboral constituye una preocupación y responsabilidad de las propias personas involucradas en el trabajo, vale decir, trabajadores, trabajadoras y empleadores. Con respecto a esto, la agencia europea para la seguridad y salud en el trabajo (citado en Comisión de comunidades europeas, 2007), ha señalado la importancia de la participación de los trabajadores en la prevención de la salud laboral, pues los trabajadores cuentan con una gran experiencia acumulada y un vasto conocimiento sobre el proceso de trabajo. De acuerdo a esta Agencia (2007) se ha constatado que en los lugares de trabajo en los que los empleados contribuyen activamente a la salud y a la seguridad, los niveles de riesgo laboral y de tasas de accidentes son menores.

Por otra parte, con la finalidad de prevenir, los expertos en salud laboral han mostrado preocupación por conocer cuáles son las condiciones laborales que pueden generar daño a la salud, logrando identificar factores de riesgo que potencialmente podrían menoscabar la salud y el bienestar de los trabajadores. Los avances en el estudio de estos, han permitido identificar 2 tipos de riesgos asociados a la ocurrencia de estos eventos. Los factores de riesgo materiales, derivados de las características materiales de las herramientas o maquinarias, o materias primas utilizadas o que intervienen en el proceso de trabajo (con sustancias tóxicas, utilización de maquinaria pesada, etc.)(Parra, 2003). Y los factores de riesgos psicosociales, referidos a los aspectos individuales y personales del trabajador, a las condiciones de trabajo y al medio ambiente de trabajo, o a las influencias económicas y sociales ajenas al lugar de trabajo pero que impactan en él (Comisión Mixta OIT-OMS, 1984).

Históricamente, el estudio de los impactos en la salud de los trabajadores se ha centrado en los factores de riesgos materiales, pues estos se asociaban a la ocurrencia de accidentes de trabajo que podían ocasionar graves daños, inhabilitar al trabajador, e incluso ocasionar su muerte (Cifuentes, 2004). A causa de esto, la prevención se enfocó a estos riesgos materiales, con el fin de disminuir las tasas de accidentabilidad en la población trabajadora y reglamentar las condiciones sanitarias y de

seguridad en los lugares de trabajo. Los factores psicosociales sólo comenzaron ser estudiados con mayor profundidad a fines de los años 70', por su estrecha relación con los riesgos para la salud mental (Miranda, 2008; Moreno y Báez, 2010). La preocupación por el estudio de estos factores en el entorno laboral surgió principalmente debido a la alta relación encontrada entre "factores psicosociales" y "enfermedad". Adicionalmente, se ha constatado que estos factores pueden influir considerablemente en el bienestar físico y mental del trabajador (Miranda, 2008), siendo una de las principales causas de enfermedades y de accidentes laborales (Gil-Monte, 2009).

En relación a décadas pasadas, es posible afirmar que ha habido un aumento en los problemas de salud derivados de la exposición prolongada a factores de riesgo psicosocial en el entorno laboral, patologías que lejos de atenuarse se encuentran en constante alza (Luceño, Martín, Jaén, y Díaz, 2005). Al respecto, un estudio de la Unión Europea concluyó que el estrés laboral, ocupa el cuarto lugar en la frecuencia de problemas de salud informados por los trabajadores de la UE, y que para 2020 la depresión será la principal causa de incapacidad laboral (Comisión de comunidades europeas, 2007). Otra de las patologías asociadas a los riesgos psicosociales, es el síndrome de quemarse por el trabajo o *burnout*, que ha aumentado notoriamente su prevalencia en el sector de servicios, sanidad y educación (Gil-Monte, 2009).

En Chile, las cifras existentes sobre la salud mental de los trabajadores evidencian un fuerte aumento de las patologías mentales en los últimos años. Los datos entregados por la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO, 2011) constatan que entre 1995 y 2005 los trastornos mentales y del comportamiento se situaban como la tercera causa más importante de licencias médicas, y en 2006, ya eran la segunda causa más frecuente (Jaramillo y Vives, 2010). Al mismo tiempo, se reconoce que la depresión es una de las enfermedades más prevalentes entre la población chilena económicamente activa, y el estrés laboral se está convirtiendo en el mayor factor de riesgo en el trabajo, lo que resulta preocupante si se considera que este precede y acompaña a la mayoría de trastornos de salud mental en el trabajo (Jaramillo y Vives, 2010).

De acuerdo a Luceño, , Martín, Jaén, y Díaz (2005), el panorama en los próximos años con respecto a los riesgos psisociales no es muy alentador pues se espera que el estrés derivado de la exposición a los riesgos psicosociales en el trabajo aumente considerablemente en las próximas décadas debido a que los cambios en el mundo del trabajo a nivel global están incrementando el número de exigencias a los trabajadores, con más flexibilidad de destrezas y funciones, mayor desequilibrio trabajo-familia, y más

sobrecarga e intensificación del trabajo, sumado al incremento de los contratos temporales, la subcontratación, las fuertes exigencias emocionales en el trabajo, junto con un incremento del acoso psicológico y de la violencia, y la falta de estabilidad en el empleo (Comisión Comunidades Europeas,2007).

En décadas anteriores, el predominio del sector productivo primario y secundario, ponía el énfasis en la prevención de las consecuencias inmediatas, de los accidentes laborales y riesgos físicos. Mientras que actualmente, la extensión del sector terciario laboral, ha cambiado el perfil de riesgos. Por tanto, en los mercados actuales de trabajo a nivel mundial, los riesgos laborales no provienen tanto de las condiciones materiales de trabajo, como de las condiciones psicosociales, y en especial del estrés laboral (Moreno y Báez, 2010).

En este contexto, resulta indispensable la prevención en riesgos psicosociales, como una acción prioritaria en lo que respecta al cuidado y defensa de la salud de las y los trabajadores, puesto que la intervención en los factores psicosociales permitiría prevenir enfermedades y accidentes laborales, que vienen presentándose más frecuentemente debido a los cambios en las condiciones laborales de los últimos años, y las nuevas formas en que se estructuró el mercado de trabajo.

En esta línea, los organismos internacionales vienen realizando investigaciones y estrategias globales de acción desde hace décadas con el fin de abordar estas problemáticas, que están trayendo altos costos económicos y humanos. Para esto, han recabado evidencias respecto de la salud de sus trabajadores, y generado diversas acciones preventivas en riesgo psicosocial, a nivel primario, secundario y terciario. Incorporando estrategias de promoción de la salud en los lugares de trabajo, de reducción del estrés y las enfermedades mentales producto del trabajo, y de rehabilitación y reinserción laboral (Ver Anexo 1).

De acuerdo a investigadores y expertos de la salud laboral en nuestro país, en Chile no existen los suficientes marcos regulatorios ni leyes que resguarden la salud de los trabajadores chilenos, ni tampoco hay un registro adecuado de las enfermedades profesionales, lo que no ha permitido llevar un sistema de registro actualizado de los accidentes y enfermedades del trabajo que aquejan a los chilenos y chilenas, para elaborar estrategias de acción y prevención que sean atingentes a las necesidades de los trabajadores (Gray y Molina, 2008; Echeverría, 2007). Sumado a esto, los recursos tanto financieros como humanos, destinados a la prevención, capacitación y fiscalización resultan

claramente insuficientes para desarrollar con éxito la labor de protección de la salud y el bienestar de los trabajadores y trabajadoras chilenas (Gray y Molina, 2008).

En Chile la prevención en salud laboral, incluyendo los riesgos psicosociales asociados al trabajo, se enfoca principalmente a la rehabilitación de quienes son diagnosticados con un cuadro clínico evidente, es decir se realiza prevención en el nivel terciario (Miranda, 2012) cuando la persona ya padece una enfermedad producto de la exposición a los factores de riesgo psicosocial. Por tanto, en Chile hay una carencia de intervenciones de prevención en salud laboral a nivel primario, que es cuando se evalúan las condiciones potenciales de riesgo presentes en el ambiente laboral, con el fin de identificarlas y eliminarlas o mitigar sus efectos. Además, de acuerdo a Miranda (2012) la escasa prevención primaria que se realiza en Chile, está enfocada en el individuo, sin abordar en profundidad las dimensiones organizacionales, las relaciones laborales, ni las prácticas de gestión dentro del lugar de trabajo. Justamente por esto, es que cobra gran relevancia, investigar en el ámbito de la prevención primaria en riesgos psicosociales, puesto que constituye un vacío de conocimiento respecto de lo que se ha desarrollado hasta ahora en nuestro país, aun cuando en los últimos años ha habido diversas iniciativas al respecto. Como la adaptación del ISTAS21 a la realidad chilena, el ISTAS SUSESO¹, y la aprobación del Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales² por el MINSAL.

Consideramos entonces de vital importancia las distintas estrategias de prevención que se puedan desarrollar en salud laboral, puesto que por un lado éstas apuntan a proteger la salud de los trabajadores y trabajadoras, evitando accidentes y enfermedades que les ocasionen daños y puedan mermar su calidad de vida. Por otro lado, como hemos visto, en el ámbito de la prevención en salud laboral, estas estrategias en factores de riesgos psicosociales han adquirido gran relevancia en los últimos años, puesto que responden a un aumento de las patologías y trastornos a la salud, producto de las actuales condiciones de trabajo y empleo que han desencadenado nuevos riesgos para el bienestar de los trabajadores.

En este sentido, las estrategias de prevención primaria en torno a estos factores, son de gran importancia, en tanto permiten evaluar e identificar los factores de riesgo psicosocial presentes en el entorno laboral, para eliminarlos, o mitigar sus efectos, con el fin de evitar los daños y enfermedades a

¹Disponible en la web de la Superintendencia de Seguridad Social: <http://www.suseso.cl/OpenDocs/asp/pagDefault.asp?argRegistroId=2060&argInstanciaId=214>

² Disponible en la web del Ministerio de Salud de Chile: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/e039772356757886e040010165014a72.pdf>

los trabajadores. De esta manera, la intervención primaria en riesgos psicosociales apunta a transformar las características de la organización del trabajo que originan las enfermedades, intentando evitar futuras consecuencias. Sumado a esto, debe considerarse que en el caso de Chile, no existe aun la experiencia suficiente en la realización de intervenciones preventivas a nivel primario, que puedan hacer frente a los riesgos psicosociales.

Adicionalmente, es insoslayable la importancia de los trabajadores y trabajadoras en lo que respecta a la prevención en salud laboral, puesto que ellos y ellas son los actores protagónicos llamados a generar los cambios que les aseguren una mejor salud laboral y revertir las tendencias de precarización y de deterioro de las condiciones laborales, producidas por las transformaciones neoliberales en el trabajo (Noriega, 1995). La participación de los trabajadores, constituye por tanto, un aspecto a considerar en toda acción preventiva encaminada a una mejora de las condiciones laborales, así lo han señalado diversos organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, la Oficina Internacional del Trabajo, la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (ver Anexo 1).

En este escenario es relevante preguntarse:

¿Cuáles son los factores de riesgo psicosocial en el trabajo que más impactan en la salud de los trabajadores?, ¿Cuáles son las principales estrategias de prevención primaria en factores de riesgo psicosociales en el trabajo de acuerdo a la evidencia reciente? y ¿Cómo estas estrategias incorporan la participación de los trabajadores en el proceso de prevención? Con la finalidad de describir ¿Cuáles son los planteamientos centrales de las principales estrategias de prevención primaria en riesgos psicosociales en el trabajo?

Por tanto, la presente memoria, se propone realizar una revisión teórica de las principales estrategias de prevención en factores de riesgo psicosocial en el trabajo según la evidencia reciente, describiendo cómo estas estrategias incorporan la participación de los trabajadores en el proceso de prevención.

Para esto, se realizará una caracterización de los factores de riesgo psicosociales en el trabajo que más impactan en la salud de los trabajadores según las investigaciones en salud laboral, describiendo cuales son los modelos explicativos más relevantes, que buscan comprender como operan estos factores al interior del entorno laboral generando riesgos a la salud de los trabajadores. Posteriormente, se describirán detalladamente los principales métodos de prevención primaria en riesgo psicosocial, que según los expertos en Salud Laboral constituyen un aporte en la materia.

Para finalizar, se analizarán las estrategias de prevención primaria revisadas, con la intención de profundizar en los objetivos de prevención que se proponen dichas metodologías y cómo éstas incorporan la participación de los trabajadores en el proceso preventivo.

2. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Describir y analizar las principales estrategias de prevención en factores de riesgo psicosocial en el trabajo según la evidencia internacional y nacional reciente.

Objetivos específicos:

- Identificar los factores psicosociales que más impactan en la salud laboral según la evidencia reciente.
- Caracterizar las principales estrategias para prevenir los factores psicosociales asociados al trabajo según la evidencia reciente.
- Analizar cada estrategia de prevención, y el lugar que le asigna a la participación de los trabajadores en el proceso.

3. ANTECEDENTES

A continuación se exponen algunos antecedentes que contextualizan los temas tratados en la presente memoria. En primer lugar, se definen los conceptos de salud y trabajo, seguidamente se señalan los principales hallazgos y conclusiones en materia de la relación entre salud y trabajo, desde la perspectiva de los estudios en salud laboral. Por último, se abordan las transformaciones acaecidas en el mundo del trabajo en las últimas décadas, y el impacto que estas han tenido en el deterioro de la salud y la calidad de vida de los trabajadores. De esta manera, se analizará el modo en que estos

cambios en el mundo del trabajo generan una serie de desafíos a nivel de la investigación y prevención en salud laboral.

3.1 HACIA UNA DEFINICIÓN DE SALUD

Un primer elemento para analizar la salud, dice relación con la salud como bienestar. Esta definición fue acuñada en 1946 por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), y conceptualizó la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (OMS, 1948). Esta definición se convirtió en un referente desde entonces, pues significó una ruptura con la visión tradicional de la salud (Alcántara, 2008), y la incorporación de una mirada positiva, como posibilidad de bienestar (Berlinguer, 2007).

Un segundo elemento es la visión de la salud como un proceso. Este aporte, proviene de autores (Navarro, 1998; Alcántara, 2008.) que plantearon sus críticas a la definición entregada por la OMS, por considerarla imprecisa y porque hace referencia a la salud como algo estático, y para ellos, la salud se trataría de un concepto dinámico que cambia con el tiempo, de sociedad en sociedad y de cultura en cultura. Entre estos autores, destaca el aporte de profesionales del mundo de la medicina social, como Cristina Laurell (1981), quien concibe la salud como un proceso dinámico, pues en el concepto de proceso está implícita la comprensión de la realidad como un devenir y no como algo estático. Desde esta perspectiva, la salud es un proceso que se desarrolla, que puede irse logrando o perdiendo en el tiempo (Duhart y Echeverría, 1998). Al respecto, Oscar Betancourt (1995) agrega que este proceso es complejo, pues salud y enfermedad son dos conceptos que coexisten de manera inseparable y sin límites precisos, son dos momentos de un mismo proceso.

Un tercer elemento se relaciona con la dimensión histórica de la salud, a partir de la cual se comprende que el proceso salud-enfermedad es un fenómeno social, que a pesar de expresarse concretamente en los individuos, tiene relación con la manera cómo viven, se alimentan, se educan, trabajan, descansan, y conviven, los grupos humanos a los que pertenece dicho individuo (Betancourt, 1995). De acuerdo a esta mirada, el proceso salud enfermedad es una realidad concreta, que se encuentra vinculada a la forma en que los seres humanos producen y se reproducen en sociedad (Rojas Soriano,). Por tanto, las causas de la enfermedad deben buscarse no solo en los individuos sino también en lo social, en la estructura y organización de la sociedad.

Para Laurell (1981), concebir el proceso salud-enfermedad como un proceso social, implica determinar cómo éste se relaciona con otros procesos sociales y qué aspectos intervienen y determinan la salud de las personas. De esta forma, se comenzaron a estudiar un "conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones", los llamados determinantes sociales de la salud. Estos pueden definirse como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan que impactan sobre la salud y la equidad (Benach y Muntaner, 2010).

A partir de lo expuesto, en esta memoria consideraremos que:

La salud es un proceso dinámico de búsqueda de bienestar social, emocional, mental y físico, orientado a maximizar el potencial de que un individuo es capaz. De acuerdo a esta definición la salud es un concepto dinámico, por lo tanto cambia a lo largo del tiempo, y no se trata de un estado inmóvil. Así mismo, coincidimos en que el proceso salud-enfermedad se encuentra condicionado por factores históricos, sociales, políticos, económicos, culturales y tecnológicos, y que la interrelación de estos factores determina el nivel de salud que pueden alcanzar determinados individuos de una sociedad.

3.2 HACIA UNA DEFINICIÓN DE TRABAJO

Uno de los factores que determina en gran medida el nivel de salud que puede alcanzar una persona es el trabajo (Noriega y Laurell, 1981). El trabajo, es uno de los aspectos más importantes de la vida, ha permitido la existencia de los seres humanos y el desarrollo de distintas sociedades (Betancourt, 1995), y es la fuente de riqueza que tenemos los hombres y mujeres para poder sobrevivir y reproducirnos, transformando la naturaleza a nuestro beneficio, y transformándonos a nosotros en el mismo acto (Engels, 1876).

Para Karl Marx (1867) *“El trabajo es, en primer lugar, un proceso entre el hombre y la naturaleza, un proceso en que el hombre media, regula y controla su metabolismo con la naturaleza. El hombre se enfrenta a la materia natural misma como un poder natural. Pone en movimiento las fuerzas naturales que pertenecen a su corporeidad, brazos y piernas, cabeza y manos, a fin de apoderarse de los materiales de la naturaleza bajo una forma útil para su propia vida”*(El Capital, TOMO I, Capítulo 5, Proceso de Trabajo y Proceso de Valorización).

Es mediante el trabajo hombres y mujeres podemos satisfacer nuestras necesidades, adquirir nuevos conocimientos, explorar nuestras capacidades físicas y mentales, y desarrollarnos creativamente, pudiendo alcanzar estados de bienestar para nosotros mismos, para otros y para la sociedad en que vivimos (García, 1983). Otro aspecto a destacar sobre el trabajo es que se trata de una actividad eminentemente social. El ser humano nunca ha creado bienes de manera aislada, pues tanto el producto, como el proceso y el consumo están orientados socialmente, y todos los insumos, conocimientos, materia prima, herramientas y técnicas utilizadas en el proceso de trabajo, entrañan el trabajo de muchos otros seres humanos a lo largo de la historia (Betancourt, 1995).

El proceso del trabajo, puede conceptualizarse como una construcción social e histórica que ha cambiado a lo largo del tiempo, dependiendo de las condiciones sociales, económicas y políticas en las que se vive en una determinada sociedad (Soriano, xxxx). Así, el trabajo en las sociedades primitivas dista mucho de lo que fue el trabajo en las sociedades medievales o en el mundo globalizado actual, pues en el desarrollo histórico de la sociedad han ido surgiendo diferentes formas de trabajar y de producir (Betancourt, 1995).

Con la emergencia histórica del Capitalismo, se subordinaron desde las necesidades más básicas e íntimas de los individuos, hasta la más variadas actividades de producción material y cultural al servicio de expansión del capital (Antunes, 2005). De este modo, para Mészáros (1955), el sistema capitalista subordina el trabajo, como actividad humana guiada supuestamente por las necesidades vitales del ser humano y por tanto orientada a crear valores de uso, a una actividad dirigida a generar valores de cambio, mercancías útiles para el mercado, según las necesidades de expansión del capital. Para que esta expansión sea posible, es necesaria una separación y alienación entre el trabajador y los medios de producción, la imposición de estas condiciones objetivas y alienadas sobre los trabajadores como un poder separado que se ejerce sobre ellos, y una separación entre las funciones productivas y las de control del proceso de trabajo social, entre aquellos que producen y aquellos que controlan esta producción (Antunes, 2005). De esta manera, los trabajadores están obligados a vender su fuerza de trabajo para poder vivir, como si fuera otra mercancía más que se tranza en el mercado, pues de este modo pueden obtener el salario que los permite satisfacer de peor o mejor manera sus necesidades básicas (Echeverría, 2007).

Para efecto de esta memoria, es importante entender esta subordinación del proceso del trabajo al Capital, pues nos permite comprender que en el Capitalismo actual el trabajo esta guiado

principalmente por las necesidades del mercado y no solo por las necesidades de un trabajo creativo que desarrolle nuestra capacidades y habilidades.

3.3 RELACIÓN SALUD Y TRABAJO

El estudio de los vínculos entre trabajo y salud ha sido un tema de interés que tiene una larga historia en la medicina occidental (Miranda, 2008). Sin embargo, no fue hasta el siglo XX en el contexto de un capitalismo industrial y de paupérrimas condiciones de trabajo para los obreros, que surgió una real preocupación por los efectos perjudiciales que podía tener el trabajo sobre la salud de las personas (Echeverría, 2007). Desde ese entonces, se han realizado un sinnúmero de investigaciones y elaboraciones teóricas que intentan dar cuenta de la relación existente entre trabajo y salud (Miranda, 2008). Estos estudios dan cuenta de que, así como el trabajo puede ser una fuente de salud al permitirnos alcanzar un determinado nivel de vida, desarrollarnos, y capacitarnos en una actividad u ocupación, también puede ocasionar malestar y afecciones, dañando de forma temporal o permanente la salud y la calidad de vida de las personas (Parra, 2003).

Para Siegrist (1946, citado en García, 1988) el trabajo es un factor extremadamente poderoso en nuestra salud, equilibra nuestra vida diaria y determina su ritmo. Él fue uno de los primeros autores provenientes del campo médico que reconoce el carácter contradictorio del trabajo en cuanto este puede producir salud o enfermedad (García, 1988). Estudiando el efecto del trabajo sobre el proceso salud-enfermedad señala que: *“la historia demuestra sobradamente cómo la avaricia y la falta de sentido del hombre han brutalizado tanto el trabajo que en lugar de recompensarnos con salud muchas veces nos castiga con enfermedades”* (Siegrist, 1946 citado en García, 1988).

A partir de estos estudios y evidencias, que demostraban que el trabajo puede afectar positiva o negativamente la salud, diversas investigaciones realizadas han intentado explicar cómo el trabajo puede generar salud o enfermedad. Llegando a la conclusión de que **no son los oficios o empleos en sí los que enferman, sino las condiciones concretas en que éstos se realizan** (Parra, Dejours, Mendel, citados en Araya, Cornejo & Gray, 2010). Dicho de otro modo, son las condiciones específicas en que se realiza un trabajo las que pueden ocasionar un deterioro en la salud, malestar, e incluso la muerte.

Estas condiciones laborales concretas en que se trabaja pueden dividirse en **condiciones de empleo y condiciones de trabajo**, siendo estas últimas las más estudiadas y abordadas en las investigaciones sobre salud laboral. Las condiciones de trabajo se refieren a cualquier aspecto del trabajo con posibles

consecuencias negativas para la salud de los trabajadores, incluyendo, además de los aspectos ambientales y los tecnológicos, las cuestiones de organización y ordenación del trabajo (ISTAS, 2005). Es decir, las características del lugar de trabajo, las maquinarias, las materias primas utilizadas en el proceso de producción, los agentes físicos, químicos y biológicos a los que pueda estar expuesto un trabajador, las relaciones sociales y de jerarquía al interior del lugar de trabajo. Se trata de todas aquellas condiciones directamente relacionadas con el puesto de trabajo, que inciden en la salud de los y las trabajadoras.

Las **condiciones de empleo**, se refieren a aquellos aspectos relativos a las "regulaciones" sobre el tipo de jornada, sueldos, tiempos de descanso, sistemas de turnos, tipo de contrato, entre otras. Aunque han sido menos abordadas que las condiciones de trabajo, en los últimos años se ha demostrado que también influyen en la salud, y su estudio está adquiriendo cada vez más importancia (ISTAS, 2005).

A partir de lo expresado, puede señalarse entonces, que la salud en el trabajo está influida por **condiciones de empleo y de trabajo específicas** que **serán generadoras de bienestar/salud o malestar/enfermedad** (ISTAS, 2005). Estas condiciones laborales se transforman y cambian conforme se modifican los factores sociales, culturales, políticos y económicos en una sociedad determinada (ISTAS, 2005). En efecto, con las transformaciones asociadas a la instalación del capitalismo neoliberal, han aparecido nuevas condiciones como: la inseguridad laboral, la diversidad de tipos de contrato, los altos niveles de desempleo, una disminución en el tiempo de contratación, la flexibilidad en la ordenación de la jornada, y formas de trabajo atípicas como el teletrabajo (García, 1988) que afectan profundamente la salud laboral de las personas (Miranda, 2008). En la actualidad, estas condiciones de inestabilidad y precariedad laboral descritas, junto a la falta de participación y actuación colectiva son factores que están incidiendo negativamente en las condiciones de trabajo y de vida de los trabajadores. Por esto la importancia de considerar estos factores como parte relevante para conocer cómo impactan las condiciones de trabajo en la salud y bienestar de las personas.

Factores de Riesgo Laboral

Históricamente la investigación en salud laboral se ha preocupado de identificar todos aquellos aspectos del trabajo que tienen la potencialidad de causar un daño temporal o permanente a la salud, los denominados **factores de riesgo laboral** (Parra, 2003). Estos factores de riesgo laboral, se caracterizan porque están presentes en el entorno laboral y pueden romper con el equilibrio físico,

mental y social de las personas, generando malestar, enfermedad y dañando la salud de las y los trabajadores (Cifuentes, 2004; Miranda, 2008).

Los daños más evidentes son los accidentes laborales, cuyos costos van desde leves secuelas, hasta la inhabilitación laboral e incluso la muerte, y los menos evidentes son las enfermedades profesionales, que pueden afectar tanto física como psicológicamente a una persona, dejando secuelas e incapacidad (Parra, 2003). Por accidente de trabajo se entiende todo acontecimiento repentino que afecta la salud del trabajador a causa del desempeño de sus labores o en ocasión de las mismas (Duhart y Echeverría, 1988; Parra, 2003). Normalmente este comprende una lesión físico psíquica, producto de las relaciones y efectos a que está expuesto el trabajador en sus actividades dentro de su jornada laboral. Las enfermedades ocupacionales se describen como todo proceso patológico que sobreviene a raíz de la repetición de una causa proveniente en forma directa del tipo de trabajo que desempeña el trabajador, o bien del medio en que se ha visto obligado a realizarlo. En otras palabras, es aquella enfermedad que tiene por escenario el lugar de trabajo y que está condicionada al cumplimiento de una determinada ocupación.

Ahora bien, los factores de riesgo laboral pueden dividirse en 2 grandes grupos: **Los factores materiales y los factores psicosociales**. Los primeros, se derivan de las condiciones y propiedades de los utensilios, herramientas y características físicas del lugar de trabajo, independientemente del uso que haga de estos el trabajador. Y los últimos, están relacionados a todos aquellos aspectos que se derivan de las relaciones sociales que establece el trabajador en su lugar de trabajo, como también de sus propias capacidades y características personales (Parra, 2003). Los factores de riesgo material fueron los primeros en ser estudiados, porque la identificación de estos permitía prevenir un gran número de accidentes laborales (Miranda, 2008). A diferencia de estos, los riesgos psicosociales no fueron abordados con tanto interés en un inicio, pues se ignoraba la incidencia que tenían en la salud de las personas.

3.4 LA PREVENCIÓN EN SALUD LABORAL Y LA PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES

Como parte de los esfuerzos para garantizar la salud y el bienestar de los trabajadores en sus lugares de trabajo, se han promovido acciones de protección, promoción y prevención de la salud laboral.

Desde la perspectiva de la salud pública, la prevención es toda medida orientada a disminuir la probabilidad de aparición de un malestar o enfermedad, o bien interrumpir o ralentizar su progresión

(Leavell & Clark, 1958). Leavell y Clark (1958) han identificado 3 niveles de prevención de la enfermedad. El nivel de Prevención Primario, que apunta a disminuir la probabilidad de que ocurran las enfermedades y afecciones, tratando de reducir su incidencia. El nivel de Prevención Secundario que interviene cuando inicia la enfermedad, mediante la detección y tratamiento precoz. Y el nivel de Prevención Terciaria que elimina los efectos de las secuelas de la enfermedad, cuando esta ya se ha desarrollado, y las lesiones son irreversibles y/o crónicas.

En el caso específico de la salud laboral, la prevención busca controlar los riesgos mecánicos, físicos, químicos, biológicos y psicosociales en el entorno laboral (Parra, 2007). El nivel de Prevención Primario se ocupa de disminuir o eliminar los factores de riesgo laboral y promover un ambiente de trabajo saludable. El nivel de Prevención Secundaria está dirigida a la detección y tratamiento precoz de enfermedades laborales y el nivel de Prevención Terciaria: Rehabilitación y recuperación de personas que han sufrido problemas graves de salud en el trabajo (Parra, 2007). La promoción de la salud laboral, se refiere a introducir prácticas laborales y medidas de organización del trabajo sanas y una cultura de promoción de la salud en el lugar de trabajo (OMS, 2007). Por último, la protección de la salud en el lugar de trabajo dice relación con la promulgación de reglamentos y la adopción de un conjunto básico de normas de salud ocupacional a fin de asegurar que en todos los lugares de trabajo se cumplan los requisitos mínimos de protección de la salud y la seguridad (OMS, 2007).

Con el fin de prevenir los accidentes laborales y la enfermedad profesional, la investigación en salud laboral se ha enfocado a la identificación de aquellos agentes nocivos para la salud asociados al ejercicio ocupacional. Bajo la premisa de que todo accidente producto del trabajo es evitable, y que siempre se pueden tomar medidas para prevenir la ocurrencia de accidentes profesionales y enfermedad, se han estudiado las condiciones de trabajo, identificando los factores nocivos o factores de riesgo o exposición, para intentar disminuir o eliminar el riesgo de que ocurra un accidente (Duhart & Echeverría, 1988).

La participación de los trabajadores

Uno de los principales elementos que podemos destacar en las todas las intervenciones preventivas en Salud Laboral, es el grado de participación que los trabajadores tienen en el proceso preventivo. De acuerdo a la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, existen grandes ventajas en la participación de los trabajadores en materias de salud laboral. En primer lugar, una participación activa de los trabajadores constituye un gran apoyo en el desarrollo de métodos eficaces de

prevención y protección de la salud en el lugar de trabajo, puesto que los trabajadores al estar implicados en la fase de planificación pueden identificar los principales problemas y proponer soluciones acordes (Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo). En segundo lugar, la participación de los trabajadores permite conformar sistemas de trabajo seguros, donde sean los mismos trabajadores quienes propongan medidas encaminadas a prevenir accidentes laborales y enfermedades profesionales de manera oportuna y eficiente. Y en tercer lugar, los trabajadores, al participar desde una etapa inicial en el proceso, se comprometen con las soluciones propuestas; logrando que la comunicación y la motivación, al interior de la empresa, mejoren (Comisión de comunidades europeas, 2007).

Para Oscar Betancourt (1995), es incuestionable la importancia que tiene la participación de los trabajadores en los programas de salud laboral, puesto que su participación permite, entre una de sus tantas ventajas, que se lleven más fácilmente a la práctica las recomendaciones y soluciones propuestas para el cambio de las condiciones de trabajo. Desde esta óptica, una participación activa de los trabajadores, junto al aporte de profesionales y técnicos, puede generar acciones orientadas a una transformación importante de las condiciones de trabajo (Betancourt, 1995).

Desde una perspectiva crítica, Betancourt (1995) plantea que existen diversas formas de entender la participación de los trabajadores. Por un lado, el mismo sector empresarial, bajo una lógica capitalista, ha propuesto e implementado varios métodos para conseguir la participación de los trabajadores. Sin embargo esta sería, en palabras de Betancourt (1995), una participación utilitaria, pues aunque estas propuestas suelen aparecer como planteamientos democráticos que buscan incentivar la participación de los trabajadores, tienen como finalidad mejorar la productividad y el comportamiento de los empleados en coherencia con los intereses de la empresa. Por otro lado, existen diversos estudios que han incorporado el "modelo participativo" en salud laboral, como una técnica de investigación orientada a conocer las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores (Betancourt, 1995). Estos han logrado incorporar la opinión del trabajador en el proceso, rescatando su visión, experiencias y saberes, sin embargo, han limitado la potencialidad de dicha participación al restar al trabajador de otras instancias. Para Betancourt, la participación de los trabajadores tiene una gran importancia, y no debiese considerarse como una concesión por parte del empleador o de los profesionales y técnicos, sino como un derecho. En este sentido, el autor señala una tercera perspectiva, que se caracteriza por: *la concientización, movilización, socialización de conocimiento, generación de propuestas de transformación y la toma de acciones específicas producto de esa búsqueda.*

La diferencia de este enfoque, con otras formas de concebir la participación, es que los trabajadores se encuentran presentes y tienen capacidad de decisión en todos los niveles del proceso: en la planificación, organización y ejecución de los programas preventivos. Desde esta perspectiva, la participación tiene una relevancia a nivel investigativo, pues posibilita la apropiación del conocimiento técnico por parte de los trabajadores, y permite que los expertos se interioricen del conocimiento surgido de la actividad concreta y experiencia del trabajador (Betancourt, 1995). La participación también contempla una importancia a nivel político, en tanto permite un fortalecimiento de la organización de los trabajadores, y posibilita que sean ellos mismos quienes puedan decidir sobre su salud (Betancourt, 1995).

3.5 IMPACTO DE LAS TRANSFORMACIONES NEOLIBERALES EN EL MUNDO DEL TRABAJO

El Neoliberalismo es un modelo económico-social que surge como respuesta a la crisis económica de acumulación capitalista que se registró en la década de 1970 (Harvey, 2007). Esta crisis estuvo marcada por el ascenso del desempleo a nivel global y la aceleración de la inflación, para los grandes empresarios era necesario reestructurar el sistema en pos de generar más ganancias. De esta manera, *"las evidencias indican contundentemente que el giro neoliberal se encuentra en cierto modo, y en cierta medida, ligado a la restauración o a la reconstrucción del poder de las elites económicas."* (Harvey, 2007). Para David Harvey (2007) el Modelo Neoliberal se caracteriza fundamentalmente por generar una acumulación mediante la mercantilización y la privatización de los bienes que previamente eran públicos, y una desposesión de los pueblos y de las personas, que tendrán que costear servicios que antes estaban garantizados por el Estado. A este proceso se le denomina **"acumulación por desposesión"**, y sus prácticas se llevarán a cabo en: 1) toda clase de servicios sociales como el suministro de agua, las telecomunicaciones, el transporte, viviendas sociales, educación, asistencia sanitaria, el sistema de pensiones, etc., 2) instituciones públicas como universidades, laboratorios de investigación, prisiones, entre otras, y 3) en la población, mediante el desmantelamiento de los marcos normativos que protegían a la fuerza de trabajo y que habían sido logrados tras largos años de encarnizadas luchas sindicales y mediante el uso del sistema de crédito y el endeudamiento de la población, como un medio drástico utilizado para conseguir la acumulación por desposesión (Harvey, 2007).

En el sistema neoliberal la desregulación, la privatización, y el abandono por parte del Estado de muchas áreas elementales para el desarrollo humano, pasan a ser aspectos fundamentales (Harvey,

2007). El rol del Estado va a remitirse principalmente a preservar el marco institucional apropiado para el desarrollo del mercado y, a mercantilizar aquellas áreas en las que no existía un mercado, como la tierra, el agua, la educación, la atención sanitaria, o la seguridad social (Harvey, 2007). La tarea de regulación queda como responsabilidad del mismo mercado pues de acuerdo a los principios del neoliberalismo *"la mejor manera de promover el bienestar del ser humano, consiste en no restringir el libre desarrollo de las capacidades y de las libertades empresariales del individuo, dentro de un marco institucional caracterizado por derechos de propiedad privada, fuertes mercados libres y libertad de comercio"* (Harvey, 2007).

La instalación del “experimento neoliberal chileno”

La imposición del Modelo Neoliberal se produjo en Chile, a partir de 1973 con el golpe de Estado contra el gobierno democráticamente elegido de Salvador Allende, y la instauración de una Dictadura Militar. Este golpe de Estado fue promovido por las elites económicas que se sentían amenazadas por el rumbo que estaban tomando las transformaciones sociales y políticas en Chile, y contó con el respaldo de compañías estadounidenses y de la CIA. La acción de estas organizaciones se enmarcó inmediatamente en la represión violenta al movimiento social y las organizaciones políticas de izquierda, el objetivo era desmantelar todas las formas de organización popular que existían hasta ese entonces en el país (Harvey, 2007). Con el fin de reestructurar la economía chilena, los militares convocaron a un grupo de economistas conocidos como los “Chicago boys” a causa de su adscripción a las teorías neoliberales de Milton Friedman. Producto de su trabajo junto al FMI, se logró moldear la economía chilena en sintonía con sus teorías, llevando a la práctica los principios de la acumulación por desposesión mediante la represión y la violencia avalada desde el Estado.

Durante este periodo se realizaron transformaciones profundas en Chile, implantándose un nuevo sistema económico, que llevó a la privatización de salud, educación, empresas estatales, y de la tierra, disminuyendo las atribuciones del Estado y dando paso a la regulación del mercado y la competitividad entre privados. Estos cambios estructurales vinieron de la mano con reformas al Código del Trabajo, precarizando las condiciones de todos los trabajadores y dando más regalías y facilidades para los empresarios (Agacino, 2007). Para Agacino (2007) el proceso histórico descrito se denomina “contrarrevolución neoliberal”, debido a la radicalidad de sus orientaciones, que están dirigidas a la negación de los derechos generales de los trabajadores y de los movimientos populares conquistados a lo largo de décadas de luchas sociales. La contrarrevolución neoliberal chilena cambió radicalmente

la estructura de la economía y generó una “nueva organización industrial”, basada en las nuevas relaciones entre capital y trabajo, y por tanto, entre los capitalistas y entre los mismos trabajadores.

Estas transformaciones neoliberales en Chile podrían sintetizarse en (Agacino, 2001): *a) La Integración Mundial basada en las grandes transnacionales*, que consiste en que las grandes transnacionales y empresas mundiales aprovechan las diferentes condiciones de cada país o región, sus ventajas institucionales, condiciones naturales y el costo de su mano de obra, distribuyendo las diferentes etapas del proceso de acumulación en la forma más conveniente, *b) Una fuerte centralización del capital*, donde mediante la conformación de holdings con capacidad de mando central a través de distintas filiales y grupos económicos, se implementan distintas formas de subcontratación y externalización de servicios, y *c) La transformación de la dinámica y el proceso de acumulación*, caracterizada por una pérdida de soberanía sobre el proceso de acumulación en el territorio, donde el capital transnacional y el mercado global es el soberano.

Transformaciones en el mercado laboral y en las condiciones de trabajo en Chile

Para los trabajadores, la puesta en marcha de estas políticas neoliberales trajo consigo una precarización de las condiciones de empleo, que implicó el empeoramiento de las condiciones de vida de la gran mayoría de los trabajadores, caracterizada por bajos salarios, malas condiciones contractuales, y la imposibilidad práctica o legal de ejercer los derechos de sindicalización y negociación laboral (Agacino, 2007).

Para Agacino (2007), las transformaciones en el mercado de trabajo producto de la implantación del neoliberalismo pueden resumirse en:

- Un mercado de trabajo desregulado que genera flexibilización laboral;
- Una fuerte segmentación de las ocupaciones entre empleos protegidos y empleos desprotegidos, producto de la externalización de servicios y un auge de la subcontratación;
- Un mercado de trabajo que reproduce la desigualdad, y que compensa el alza de los salarios mediante una reducción de costos lograda por aumentos de la productividad del trabajo derivada de la extracción de más rendimiento a la fuerza de trabajo;

- Y un Mercado de trabajo como reproductor de las condiciones de pobreza, con baja movilidad social que impone límites estructurales a las posibilidades de que un gran sector de trabajadores de bajos salarios y malas condiciones laborales pueda ascender socialmente.

Se estima que en nuestro país, la subcontratación es la forma de flexibilidad laboral que utilizan aproximadamente un tercio de las empresas chilenas. Según un estudio sobre empleo protegido realizado por la Fundación SOL, actualmente sólo el 39% de los ocupados a nivel nacional tiene un empleo protegido: con contrato escrito, indefinido, liquidación de sueldo y cotizaciones para pensión, salud y seguro de desempleo. De los trabajadores asalariados solo el 52% cumple con estos requisitos y un 21% ni siquiera tiene contrato laboral (Fundación SOL, 2011). En relación a esto último, existe evidencia de que en Chile en los últimos años han disminuido los empleos protegidos y ha habido un aumento de los empleos más desprotegidos (Fundación SOL, 2011).

En relación al nivel de Sindicalización que existe entre los trabajadores chilenos la situación no es muy alentadora, puesto que las transformaciones económicas neoliberales apuntaron al debilitamiento de las organizaciones de los trabajadores, y en la actualidad no más del 12% de los trabajadores ocupados están organizados formalmente en sindicatos. Para la ley laboral, existen solo cuatro tipos sindicatos -de empresa, interempresa, de trabajadores transitorios y de trabajadores independientes- de los cuales sólo el primero está plenamente facultado para negociar colectivamente. Los sindicatos interempresa, que requieren del acuerdo previo de los diferentes empleadores, y los de trabajadores transitorios, dada la naturaleza de la actividad o de la relación, enfrentan serias dificultades para gestar organizaciones y procesos de negociación perdurables. Esta situación está amparada desde el "código laboral", y tiene como consecuencia que la cobertura de la negociación colectiva –incluyendo sindicatos y grupos negociadores- alcance a poco más del 7% de los trabajadores chilenos ocupados (Agacino, 2007).

3.6 LA SALUD LABORAL DE LAS TRABAJADORAS Y TRABAJADORES CHILENOS

Se estima que en Chile "un individuo que trabaja pasa alrededor de un tercio del tiempo total del día en su lugar de trabajo, sin considerar el tiempo adicional destinado a transporte y otras actividades relacionadas" (Saavedra y Mulhenbrock, 2008). En efecto, nuestro país encabezó durante varios años el ranking de países donde se trabajaba más horas al año (The World Competitiveness Yearbook, IMD, Prices and Earnings around the Globe, UBS, citado en Echeverría, 2007). Y en 2003, incluso superamos a Japón en un 15%, a Europa en 25% y Estados Unidos en 14% respecto de las horas de trabajo

anuales, a pesar de que en 2001 se implementara una reforma orientada a reducir la jornada laboral en general y a garantizar periodos de descanso (Echeverría, 2007).

Los resultados de encuesta a nivel nacional señalan resultados muy similares. En la 1° Encuesta Nacional de Salud de 2003, se consultó sobre la disposición de las 3 horas de tiempo libre producto de la reforma laboral de 2001, donde un 75% de los encuestados señaló que la dedicaría a compartir con la familia (MINSAL, 2003, citado en Echeverría, 2007). Y un 24.2% de los entrevistados consideró que disponiendo de una mayor cantidad de tiempo libre dormiría más (MINSAL, 2003, citado en Echeverría, 2007). Esta fue la segunda opción en los estratos más bajos, lo que es preocupante, en tanto, la extensión de la jornada laboral, para algunos grupos laborales, está alterando las condiciones fisiológicas básicas para el bienestar, como es el sueño o descanso reparador. Además, de acuerdo a los datos de la II Encuesta de Calidad de vida y salud (2006; citado en Jaramillo y Vives, 2010) un 32% de los trabajadores chilenos encuestados se refirió a que el exceso de horas, los turnos nocturnos o el trabajo los días de fiesta afectaban su calidad de vida.

A partir de estos datos, puede constatar que para un gran número de trabajadores existe una tensión entre el trabajo y la vida familiar, lo que se acentúa en el caso de las mujeres con hijos en edad escolar y adolescentes (Echeverría, 2007). Que muchas veces deben conciliar los labores domésticos, el trabajo y el cuidado de los hijos, condiciones que son particularmente determinantes en el bienestar de las mujeres (Gonzalez y Varillas, año). Al respecto, la II Encuesta de Calidad de vida y salud (2006; citado en Jaramillo y Vives, 2010) arrojó que las mujeres, son las principales responsables de las tareas domésticas y familiares, en un 44%, en contraste con un 6% de los hombres. Y más del 35% de las mujeres que trabajan se refiere a que en ocasiones tiene la necesidad de estar en el trabajo y en la casa al mismo tiempo, frente a un 12% de los hombres.

Respecto de la salud mental de los chilenos, puede señalarse que en diversas encuestas comparativas, nuestro país y su capital Santiago, se destacan por las altas tasas de depresión y de trastornos a la salud mental que presenta la población (Echeverría, 2007). Además, la información entregada por la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) entre 1995 y 2005 situaba a los trastornos mentales y del comportamiento como la tercera causa más importante de licencias médicas. Y en 2005, la misma entidad realizó un estudio sobre los diagnósticos más frecuentes en FONASA e ISAPRES. Que arrojó que en FONASA, los trastornos mentales y de comportamiento llegan a 12, 5% de los diagnósticos, mientras que en las ISAPRES esta cifra llega a 15, 6%. En ambos casos estos trastornos se posicionan

como la segunda causa más frecuente de licencias médicas, después del Lumbago (Saavedra y Mulhenbrock, 2008). Otro aporte relevante lo entrega la II Encuesta de Calidad de vida y salud (2006; citado en Jaramillo y Vives, 2010), donde se preguntó a los encuestados sobre aquellos factores afectan su calidad de vida, y cerca del 65% sostuvo que la responsabilidad que tiene en el trabajo afecta su calidad de vida, un 53% porque su trabajo le exige gran atención y concentración, el 7,9% por recibir maltrato físico o psicológico, y el 1,7% por acoso sexual.

Cifras nacionales sobre la salud mental de los trabajadores chilenos, permiten constatar que:

- El **Estrés laboral** se está convirtiendo en el mayor factor de riesgo en el trabajo, lo que resulta preocupante si se considera que este precede y acompaña a la mayoría de trastornos en salud mental en el trabajo (Saavedra y Mulhenbrock, 2009). Y en la II Encuesta de Calidad de vida y salud (2006) un 13% señalaba que siempre se siente nervioso, ansioso o estresado.
- La **Depresión** es una de las enfermedades más prevalentes entre la población chilena económicamente activa. En la I Encuesta de Salud (2003, citado en Saavedra y Mulhenbrock, 2009) un 17,5% de la población chilena señaló haber padecido síntomas depresivos durante el último año, siendo más frecuentes entre la población laboralmente activa.
- En base a registros de la Dirección del Trabajo (2011), hubo 2.287 denuncias por **acoso laboral** durante el año 2011. Las 3 actividades que presentaron más denuncias fueron comercio (461), actividades inmobiliarias y de alquiler (253) y enseñanza (198) (Dirección del Trabajo, 2011).
- De acuerdo a las cifras entregadas por la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) en el año 2011 la **tasa de accidentes laborales** para los afiliados a las mutuales fue de 5,5 por cada 100.000 trabajadores, sin considerar los accidentes de trayecto. En 2011 se registraron 225.535 accidentes del trabajo (18.794 en promedio por mes), y en el periodo enero-octubre de 2012 ocurrieron 182.046 (18.204 por mes) (SUSESO, 2011).

En base a la información descrita, resulta evidente que los trabajadores chilenos están sufriendo consecuencias graves en su calidad de vida, bienestar y salud, producto de las condiciones y exigencias laborales impuestas por un mercado de trabajo desregulado, y la ausencia de una organización sindical fuerte para hacer frente a esta situación.

Para los expertos en salud laboral, la situación en el país es preocupante, por varios factores. Entre los que se encuentran: una dificultad en la planificación de acciones preventivas producto de que se

desconocen las cifras exactas de las enfermedades profesionales debido a la ausencia de buenos registros, el déficit de recursos humanos disponibles para la fiscalización en materias de salud laboral, y la atomización de las dependencias del Estado responsables de la protección de la salud de los trabajadores (Gray y Molina, 2008).

Respecto del marco normativo chileno, puede señalarse que este se ha preocupado más de regular las condiciones sanitarias y ambientales básicas del trabajo y del uso de implementos de seguridad, que de la regulación de los factores psicosociales en el trabajo. Pese a que desde 2006 se modificó la ley 16.744, incorporando otras patologías de la salud mental al registro de enfermedades de origen profesional, las mutualidades han obstaculizado su aplicación, argumentando que no se puede demostrar la causa laboral de estas patologías (Red de Empleo, Trabajo y Salud, 2013). Sumado a esto, varios expertos en salud laboral (Echeverría, 2007; Gray y Molina, 2008; Jaramillo y Vives, 2010) han argumentado que en Chile existe un subdiagnóstico de las enfermedades profesionales, y se les da la categoría de enfermedad común y no de origen laboral. Para Echeverría (2007) esto se relaciona al hecho de que en el caso de las enfermedades profesionales la relación causal es mucho más confusa y difícil de probar que en los accidentes laborales, pues se entrelaza lo laboral y lo extralaboral y se confunden los aportes propios de la vida cotidiana y de la ocupación. En el caso de las patologías de salud mental con origen laboral esto es aún más complejo, pues sumado al subdiagnóstico existente, también hay un subregistro, pues la información disponible es muy escasa, y los datos disponibles indican que los trabajadores que consultan por estos problemas son muy pocos (Echeverría, 2007).

Cabe destacar que respecto a los avances en la incorporación de los factores psicosociales, actualmente nuestro país cuenta con dos instrumentos públicos, con respaldo del estado chileno, para evaluar los riesgos psicosociales en el trabajo. El primer instrumento corresponde a la adaptación del instrumento español ISTAS 21 por parte de la Superintendencia de Seguridad Social, en lo que se denominó ISTAS SUSESO, herramienta de investigación que evalúa la percepción de los trabajadores respecto de los riesgos psicosociales presentes en su entorno laboral. Un segundo instrumento fue elaborado desde el Instituto de Salud Pública (ISP) con la finalidad de describir la realidad de los lugares de trabajo en lo que respecta a los factores de riesgo psicosocial. Ambos instrumentos de evaluación, son considerados en el protocolo de vigilancia en riesgos psicosociales en el trabajo, desarrollado por el MINSAL en junio de este año. A estas propuestas pueden sumarse además otras estrategias de especial importancia, como el comité paritario, que constituye una herramienta con la que cuentan los propios trabajadores para la defensa de su salud laboral. Mediante el Comité Paritario

los trabajadores y sus representantes pueden promover acciones preventivas y vigilar las condiciones de seguridad e higiene en el entorno laboral, velando por la promoción de la capacitación, el asesoramiento a los trabajadores en el uso de equipos de protección personal y en recabar y difundir información sobre riesgos laborales inminentes (Araya, Cornejo, y Gray, 2010).

4. METODOLOGÍA

El presente capítulo tiene por objetivo detallar los aspectos metodológicos que guiaron el desarrollo de esta memoria teórica. Para esto, se señalará el enfoque utilizado para llevar adelante esta investigación, y cómo se trabajaron los objetivos. Por último, se describirán las principales técnicas de recolección de datos incorporadas y la forma en que se desarrolló el análisis.

Tipo de estudio

El tipo de estudio de la presente memoria teórica es descriptivo, pues tiene por objetivo la caracterización de una situación específica (Hernández, Fernández y Baptista, 2002). En este caso, se busca describir los principales métodos de investigación y prevención en salud laboral, con el fin de identificar los objetivos de cada método y el rol que les asigna a los trabajadores en el proceso de prevención. De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2002), el estudio descriptivo se caracteriza porque busca explicar cómo es el fenómeno de interés, lo que coincide plenamente con los objetivos de esta memoria.

Encuadre metodológico

Existen distintas perspectivas para analizar el fenómeno de la relación entre salud y trabajo. Para efectos de esta memoria se abordará esta temática desde la perspectiva de la salud ocupacional, entendida como la disciplina de estudio que aborda las circunstancias de seguridad física, mental y social en que se encuentran los trabajadores en sus puestos de trabajo, con la finalidad de prever medidas de control dirigidas a fomentar el bienestar y reducir o eliminar los riesgos de enfermedades o accidentes (Castellanos y Milano, 2006). Esto quiere decir, que se excluirá el enfoque psicodinámico, y otros enfoques de análisis para abordar el tema.

Procedimiento de recolección de información:

Una primera fase de la realización de esta memoria, contempló una búsqueda exploratoria sobre las metodologías de prevención primaria en factores de riesgo psicosocial. Este proceso contó con la asesoría permanente de una profesional experta con una destacada trayectoria investigativa en el tema de la salud laboral en Chile, y culminó con la definición de tres métodos de prevención – el modelo obrero italiano, el ISTAS21 y el PRIMA. Mediante esta asesoría, y juicio experto se logró recolectar información relevante para guiar el foco de la investigación, junto con validar la elección de las intervenciones y métodos de prevención más relevantes en salud laboral.

A partir de la definición de los métodos a revisar, se comenzó una búsqueda bibliográfica de evidencia nacional e internacional, tomando como referencia la base de datos del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL)³. Esta base de datos contiene una categorización de la evidencia teórica y empírica en salud

³ Base de datos utilizada en la Licitación N° 757-49-L111 del MINSAL, Revisión bibliográfica para la elaboración de normativa sobre riesgos psicosociales en el trabajo, desarrollada en julio de 2011.

laboral de los últimos 10 años, y ordena la información en apartados, y proporciona documentación referente a los riesgos psicosociales en el trabajo, lo que facilitó la búsqueda bibliográfica y permitió el desarrollo de un marco teórico coherente a los objetivos de esta memoria.

Los documentos fueron seleccionados con el fin de revisar y describir:

- ✓ Antecedentes conceptuales sobre la relación salud y trabajo, los riesgos psicosociales, y los principales hallazgos en estas áreas.
- ✓ Los documentos, manuales y presentaciones de 3 iniciativas de investigación y prevención en salud laboral (el Modelo obrero italiano, el COPSOQ-ISTAS 21 y el PRIMA-EF).
- ✓ Los principales modelos explicativos en riesgos psicosociales; modelo demanda-control, desequilibrio esfuerzo-recompensa, justicia organizacional y fenómenos de violencia laboral.
- ✓ Las iniciativas promovidas por organismos internacionales, específicamente, la Oficina Internacional del Trabajo, La Organización Mundial de la Salud, y la Agencia de Seguridad y Salud de la Comisión Unión Europea, para la defensa de la salud en el trabajo.
- ✓ Estadísticas e investigaciones sobre la salud de los trabajadores en Chile y el mundo, y sobre el estado y avances de las propuestas en salud laboral en Chile.
- ✓ Documentos sugeridos por expertos.

Procedimiento de análisis de la información:

Una vez que se realizó una descripción detallada sobre cada uno de estos métodos, se procedió a efectuar un análisis crítico de estos procesos, buscando profundizar en los procedimientos utilizados, en los objetivos de cada estrategia, en los actores involucrados, y en el contexto de surgimiento de cada metodología.

Respecto de los actores incorporados en el análisis, cabe destacar que según señala Manuel Cifuentes (2004), existen cuatro actores relevantes en salud laboral, estos son; los trabajadores y sus representantes, los técnicos, profesionales y expertos, los empleadores y sus representantes, y por último el Estado, que mediante el establecimiento de leyes e instituciones debe velar por el bienestar y la seguridad laboral de los trabajadores. Para efectos de esta memoria se abordará mayoritariamente la figura de los trabajadores, empleadores y técnicos, y no se considerará el rol que cumple Estado y sus instituciones.

Para llevar a cabo el proceso de análisis crítico de cada método de prevención se desarrollaron 10 preguntas, que se exponen a continuación:

1. *¿En qué contexto surge cada método y bajo qué motivaciones?*
2. *¿Cuál es el objetivo a nivel preventivo y cómo entiende la prevención cada método?*
3. *¿Cómo comprende los factores psicosociales cada método?*
4. *¿Cuáles son los actores involucrados en cada método y cómo participa cada uno de ellos?*
5. *¿Utiliza evidencia teórica y/o empírica de los modelos?*
6. *¿Incorpora características de la empresa y los trabajadores para realizar la prevención?*
7. *¿Cómo se realiza la evaluación de los riesgos laborales?*
8. *¿Cómo se elabora el plan de acción preventivo?*
9. *¿Cómo se implementa el plan de acción propuesto?*
10. *¿Evalúa el proceso y el impacto de los resultados?*

En un segundo momento, se realizó un análisis del lugar que le asigna cada método a la participación de los trabajadores en el proceso de prevención. Este análisis se realizó en base a tres aspectos: la valoración de la experiencia del trabajador, los procedimientos de participación y de decisión que involucran a los trabajadores, y la adaptación de los métodos a las necesidades de los trabajadores.

5. DESARROLLO

A continuación se buscará desarrollar y describir las concepciones sobre los factores psicosociales, los modelos explicativos existentes, y describir y analizar las principales estrategias de prevención de riesgos psicosociales, con la finalidad de responder a los objetivos de la presente memoria. En primer lugar, se expondrán las primeras aproximaciones en el estudio de los factores psicosociales, las definiciones más aceptadas, y los factores psicosociales para los que existe consenso de que impactan en la salud laboral. Además, con la finalidad de profundizar en la comprensión de éstos, se realizará una descripción de los métodos explicativos más difundidos para el estudio de los factores de riesgo psicosocial.

En segundo lugar se realizará una descripción detallada de los principales métodos de prevención primaria en riesgo psicosocial, definidos en base a la evidencia reciente, y a la opinión de los expertos. Estas tres metodologías son: el Modelo Obrero Italiano (MOI), El COPSQ-ISTAS21 y el Marco Europeo para la Gestión de los riesgos psicosociales en el trabajo, PRIMA-EF. Para cada método se llevará a cabo una caracterización profundizando en los objetivos que se plantean, y en los procedimientos que establecen.

En tercer lugar, se procederá a analizar cada una de las metodologías de prevención abordadas, con el fin de distinguir y destacar sus principales objetivos y planteamientos, y describir cómo estos métodos involucran a los trabajadores en el proceso de prevención.

5.1 FACTORES PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO: SU IMPACTO EN SALUD Y LOS MODELOS EXPLICATIVOS

Los primeros estudios sobre los factores psicosociales en el trabajo datan de los años 70', y comenzaron a estudiarse en relación a los riesgos para la salud mental (Miranda, 2008; Moreno y Báez, 2010), pues en la investigación sobre salud mental se hallaron diversos factores sociales y problemas interpersonales asociados al trabajo, como los conflictos de roles, problemas con las jefaturas, etc. que generaban malestar y podían ocasionar daños a la salud (Miranda, 2008). Una de las primeras aproximaciones desde la OMS al tema, data de 1988, y definía los factores psicosociales como factores que provienen de la percepción y la experiencia de los trabajadores y que están influenciados por los factores que afectan al trabajador, alertando que estos factores podían tener un doble efecto, tanto positivo como negativo.

Si durante la década de 1970, las investigaciones sensibilizaban sobre la relevancia y los efectos que podían tener los factores psicosociales en el trabajo, desde 1980 el estudio se abocó a la incorporación de los factores de la organización y sus efectos sobre el trabajo y la salud (Moreno y Báez, 2010). De esta manera el estudio de los factores psicosociales se fue centrando en el ambiente laboral, la cultura organizacional y el clima en el trabajo. Al respecto, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España, definió los factores psicosociales asociados al trabajo como *aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionados con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo* (INSHT, 2001). Y la inspección del Trabajo y Seguridad Social (ITSS), señala que los factores

psicosociales involucran tanto una preocupación por las condiciones de la relación laboral, derivadas de la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, como también, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura, incluso su situación fuera del trabajo (ITSS, 2006; citado en Moreno y Báez, 2010).

De acuerdo a la Comisión Mixta OIT-OMS (1984) *los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo.*

A partir de estas definiciones podemos señalar que los **factores psicosociales**:

- 1) Son una condición del trabajo relacionados con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura, e incluso su situación fuera del trabajo,
- 2) que puede afectar la salud tanto positiva como negativamente, mediante mecanismos psicológicos y fisiológicos.

5.1.1 Caracterización de los factores psicosociales en el trabajo

Para la OIT y OMS los factores psicosociales pueden referirse a los aspectos individuales y personales del trabajador, a las condiciones de trabajo y al medio ambiente de trabajo, o a las influencias económicas y sociales ajenas al lugar de trabajo pero que impactan en él (Comisión Mixta OIT-OMS, 1984). Los factores psicosociales relacionados con **aspectos individuales o personales del trabajador**, se refieren a las capacidades y limitaciones del trabajador en relación con las exigencias de su trabajo, a sus necesidades y expectativas, y si estas se satisfacen o no, y a sus costumbres y cultura (Comisión Mixta OIT-OMS, 1984). Las **condiciones de trabajo y el medio ambiente de trabajo** incluyen la tarea en sí, las condiciones físicas en el lugar de trabajo, las relaciones de los trabajadores con sus supervisores y las prácticas de la administración (Comisión Mixta OIT-OMS, 1984). Los **factores externos al lugar de trabajo** que guardan relación con las preocupaciones psicosociales en el trabajo, se derivan de las circunstancias familiares o de la vida privada, de los elementos culturales, la

nutrición, las facilidades de transporte y la vivienda. Estos distintos factores psicosociales interactúan en el ambiente de trabajo, y al estar influidos por las condiciones sociales y económicas, pueden cambiar con el tiempo. La interacción entre estos factores es importante, pues pueden afectar la salud, el rendimiento en el trabajo y la satisfacción laboral (Comisión Mixta OIT-OMS, 1984).

De acuerdo a lo expuesto, podemos destacar que los factores psicosociales, son condiciones organizacionales de trabajo que pueden afectar a la salud laboral, tanto positiva como negativamente. Estos factores están presentes en todas las organizaciones, y dependerá de las características de esta, si estos adquieren una connotación positiva o negativa; es decir si se tornan en un factor de riesgo o en un factor protector.

5.1.2 Factores psicosociales de riesgo, factores protectores y riesgo psicosocial en el trabajo

Actualmente es frecuente referirse a los términos de factor psicosocial y factor de riesgo psicosocial como si fuesen sinónimos, sin embargo es necesario diferenciar estos conceptos adecuadamente (Moreno y Báez, 2010). Mientras que los factores psicosociales pueden ser favorables o desfavorables para el desarrollo de la actividad laboral y para la calidad de vida laboral del individuo (Gil-Monte, 2009). Los **factores psicosociales de riesgo** son una condición que potencialmente puede causar un daño psicológico, social o físico al trabajador, ya sea un accidente laboral u enfermedad profesional que merme su salud y bienestar (Gil- Monte, 2009). Por tanto, estos últimos son factores predictivos o causales, que pueden actuar como factores desencadenantes de la tensión y el estrés laboral, que a su vez puede alterar y desequilibrar los recursos y las capacidades de la persona para manejar y responder al flujo de la actividad derivada del trabajo (Cox y Griffiths, 1996; citado en Moreno, 2011). La tensión psíquica derivada de la acción de estos factores de riesgo, afecta la integridad del trabajador si es sostenida en el tiempo, porque se traduce en estrés laboral y una en mayor probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares, musculo -esqueléticas y mentales (Seminario Red Empleo, Trabajo, Salud, y Equidad Chile, 2013⁴).

De esta forma, los factores psicosociales de riesgo no sólo están asociados a las enfermedades mentales, sino que también son factores causales de alteraciones fisiológicas, enfermedades y muertes prematuras (Cifuentes, 2004). Son condiciones que exponen a un daño a los trabajadores en su ambiente de trabajo, y como tales entrañan una consecuencia: los riesgos psicosociales. Estos

⁴ Seminario/Taller: "El mal-estar en el trabajo: ¿otro riesgo para la salud?", desarrollado en la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales, en junio del presente año.

últimos son consecuencias negativas que pueden conducir a perturbaciones emocionales, problemas del comportamiento y cambios bioquímicos y neurohormonales (Comité Mixto OIT-OMS, 1984). Son **riesgos psicosociales**, situaciones como la violencia y agresión en el trabajo, el acoso laboral y sexual, el estrés laboral crónico, el burnout o desgaste profesional, y la inseguridad contractual (INSHT, 2007, citado en Moreno, 2011).

Existe una gran cantidad de factores de riesgo psicosocial asociados al trabajo, sin embargo entre los expertos existe consenso sobre algunos factores para los que existe abundante evidencia de que producen daños a la salud. En 1996, Cox y Griffiths (citado en Moreno y Báez, 2010) propusieron una categorización de los principales factores psicosociales de riesgo que pudiesen surgir (Ver Anexo 2).

Los factores de riesgo psicosocial están fuertemente determinados por la forma en que se organiza el trabajo, que a su vez está influido por las condiciones sociales y de producción. Es por esto, que surgen nuevos riesgos conforme a las transformaciones en el mundo del trabajo. En 2005, Kelloway y Day (citado en OMS, 2010) reportaron que existía una sólida evidencia científica de que la salud mental era impactada negativamente por: el sobre trabajo, los estresores de rol como conflicto, ambigüedad y conflicto interno de rol, el trabajo nocturno y las horas extras; el liderazgo de pobre calidad; y la agresión en el espacio de trabajo. Y en 2007, la Unión Europea también realizó un diagnóstico de cuáles son los factores de riesgo psicosocial que más afectaban a los trabajadores, encontrando 42 factores de riesgo psicosocial. De los cuales hubo 8 que se señalaron como factores de riesgo emergentes, que en el último tiempo han aumentado su incidencia en la salud de los trabajadores (Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el trabajo, 2007; citado en OMS, 2010). Estos son: 1) Mercado de trabajo inestable y contratos precarios, 2) Globalización, 3) Nuevas formas de empleo y prácticas de contratación, 4) Inseguridad laboral, 5) La fuerza laboral envejecida, 6) Jornadas laborales extensas, 7) Intensificación del trabajo, alta carga/presión de trabajo y 8) Trabajo subcontratado.

La acción de los factores psicosociales se ha asociado históricamente a efectos negativos (Miranda, 2008; Cifuentes, 2004; Gil-Monte, 2009) que tienen una importancia en la aparición de enfermedades y trastornos a nivel psicológico, fisiológico y del comportamiento (Comisión Mixta OIT-OMS, 1984). Sin embargo, los factores psicosociales también pueden incidir positivamente en la salud del trabajador, generando satisfacción y mejorando el rendimiento en el trabajo. A estos se les denomina factores protectores (Moreno y Báez, 2010). Cuando las condiciones psicológicas y sociales al interior de una organización facilitan el trabajo, el desarrollo de las competencias personales laborales, generan

niveles altos de satisfacción laboral, de productividad empresarial y de estados de motivación en los que los trabajadores alcanzan mayor experiencia y competencia profesional, logran generar un bienestar personal y organizacional e incidir positivamente en la salud y el desarrollo individual (Organización Mundial de la Salud, 2010).

5.1.3 Modelos explicativos de los factores psicosociales en el trabajo

Cuando estudiamos la relación entre las condiciones psicosociales de trabajo y los efectos adversos que tienen en la salud, se necesitan de modelos teóricos para delinear las características particulares del trabajo que generan el estrés en las persona de modo que estas características puedan ser identificadas a un nivel general, permitiendo que puedan ser usadas en una amplia gama de diferentes ocupaciones. Para generar estas explicaciones predictivas se han construido distintas teorías o modelos explicativos. Una teoría exitosa se caracteriza por un conjunto de largo alcance de predicciones que se actualizan constantemente según las nuevas observaciones empíricas (Siegrist, 2008). Según las investigaciones en riesgos psicosociales existen distintos enfoques o modelos que se han construido para explicar los efectos de los factores psicosociales en la salud de los trabajadores (Cooper, 1998; Dunham, 2001; citados en Siegrist, 2008). Sin embargo, para efecto de nuestra tesis revisaremos tres de los modelos que poseen la mayor cantidad de evidencia empíricas y se destacan por su importancia a la hora de analizar las estrategias de prevención en riesgos psicosociales. Estos tres modelos son: El modelo Demanda-Control Apoyo Social, El modelo esfuerzo-recompensa y el Modelo de Justicia Organizacional, que revisaremos a continuación.

a) Modelo Demanda- Control - Apoyo Social:

Las primeras teorías que estudiaron el estrés se elaboraron para comprender las reacciones que tenían los sujetos en situaciones de estrés agudos e "inevitables", circunstancias que ponían en amenaza la supervivencia biológica (Cannon 1935; Selve 1936; citados en Karasek, 2001). Sin embargo a principios de los años Ochenta se desarrolla un modelo que, a diferencia de las teorías anteriores, intenta explicar las situaciones en donde los "estresores" son crónicos, inicialmente no suponen una amenaza para la vida y son el producto de complejas decisiones humanas en materia de organización laboral (Karasek, 1998).

El Modelo de Demanda/Control (Karasek 1976; Karasek 1979; Karasek y Theorell 1990; citados en Karasek, 2001), y su versión ampliada, el **Modelo Demanda-Control-Apoyo Social** (Johnson, 1989) que

se presenta a continuación, es uno de los principales modelos que se han usado en los últimos 20 años para explorar la relación entre las características psicosociales de trabajo y la salud de los trabajadores, siendo además el modelo que presenta mayor evidencia científica a la hora de explicar efectos en la salud. Este Modelo postula que una de las principales fuentes del estrés proviene de la combinación de diversas características psicosociales del entorno del trabajo: por un lado las **demandas psicológicas** que el trabajo plantea y por otro lado una combinación del control de las tareas (posibilidad de tomar decisiones) y el uso de nuestras capacidades. (la llamada **latitud de toma de decisiones**) (Karasek, 1998). Karasek (1979) observó que este modelo puede ser utilizado para predecir el riesgo de las enfermedades relacionadas con el estrés pero además puede predecir los comportamientos (activos/pasivos) de los trabajadores según sus puestos de trabajo (Karasek, 1998). Esto le llevó a proponer un modelo bidimensional que integrase estos dos tipos de conclusiones, y que fuese utilizable para un amplio tipo de efectos psicosociales de las condiciones de trabajo. Posteriormente el Modelo Demanda-Control fue ampliado por Johnson (1989) introduciendo la dimensión de apoyo social, que actúa como un moderador del efecto de tensión o estrés laboral generado en la relación de las dimensiones demandas y control. Esta dimensión considera fundamentalmente dos elementos: el apoyo proveniente de sus compañeros de trabajo y apoyo proveniente de sus superiores en la jerarquía organizacional (Moreno, 2010).

Para este modelo, la dimensión "demanda psicológica" tiene relación con **cuanto se trabaja**. Son las exigencias psicológicas que conllevan el trabajo para la persona: cantidad o volumen de trabajo, presión de tiempo, intensidad del trabajo, nivel de atención, interrupciones imprevistas. La dimensión "latitud de toma de decisiones" o "control" refleja cuestiones de organización del trabajo, como las referentes a quién adopta las decisiones y quién realiza qué tareas (Karasek, 1979). Esta dimensión de "latitud de toma de decisiones" hace referencia al cómo se trabaja y tiene dos componentes: control sobre la tarea (autonomía) y el desarrollo de habilidades (discrecionalidad de las capacidades). El control de las tareas tiene relación con la posibilidad de la persona de influenciar decisiones sobre su trabajo y de controlar sus propias actividades, este control está determinado socialmente. El desarrollo de capacidades tiene relación con el grado en que el trabajo permite a la persona usar y desarrollar sus propias capacidades en el trabajo, posibilitando nuevos aprendizajes, este control sobre el uso de sus capacidades también está determinado socialmente (Karasek, 1998). Esta dimensión de "latitud de toma de decisiones" es esencial puesto que funciona como un recurso moderador de las demandas del trabajo, ya que según este modelo, el estrés no depende solo de las exigencias que se tengan en el

trabajo sino más bien de la capacidad de control para poder resolverlas. (ISTAS, 2005). Otra dimensión es la del "Apoyo Social". Esta dimensión hace referencia al clima social en el lugar de trabajo en relación tanto con los compañeros de trabajo, como con los superiores de acuerdo a la jerarquía organizacional. El apoyo Social posee dos componentes: la relación emocional que el trabajo comporta y el soporte instrumental. (ISTASS, 2005).

Las predicciones del Modelo DC permiten que nos sirva para comprender al menos, dos mecanismos psicológicos distintos que se describen en el trabajo. Por un lado, predice los riesgos de enfermedad relacionados con el estrés describiendo los mecanismos de "Tensión psicológica" y por otro lado, predice la relación con los comportamientos activo/pasivo describiendo los mecanismos de "aprendizajes" (Karasek, 1998). Estas dos dimensiones independientes entre sí, son uno de los rasgos esenciales del modelo: su estructura bidimensional.

La primera hipótesis que se desprende del Modelo Demanda- Control, es que cuando las exigencias psicológicas del puesto de trabajo son elevadas y hay una escasa capacidad de control, se producen las reacciones de alta tensión psicológica (fatiga, ansiedad, depresión, enfermedades físicas, entre otras). Estas reacciones de estrés, se producen cuando se combinan altas demandas con bajas posibilidades para actuar sobre el trabajo o afrontar al estresor (Karasek, 2001). Por tanto, si las exigencias son tan elevadas que el trabajador no puede hacerles frente o si, éste no se encuentra en posición de ejercer influencia en aspectos importantes sobre cómo realizar de trabajo, la situación generara estrés, produciendo mayores riesgos de enfermedad (ISTAS, 2005). Estos cuadros de alta tensión (que se ve en la diagonal A de la figura 1) se relacionan sobre todo con enfermedades cardiovasculares, pero también con crisis asmáticas, procesos alérgicos, trastornos músculo-esqueléticos cervicales y de miembro superior, ansiedad, etc. (ISTAS, 2005). Por ejemplo, si un trabajador de una línea de montaje tiene estrechamente limitado gran parte de su comportamiento. En una situación de aumento de las exigencias (intensificación de la carga o el ritmo de trabajo), se produce probablemente una respuesta de tensión psicológica duradera y que se experimenta de manera negativa. En la situación opuesta, es decir, donde el trabajador dispone de una adecuada capacidad de control pero las exigencias son mínimas, se daría en cambio un cuadro de baja tensión (Karasek, 1998).

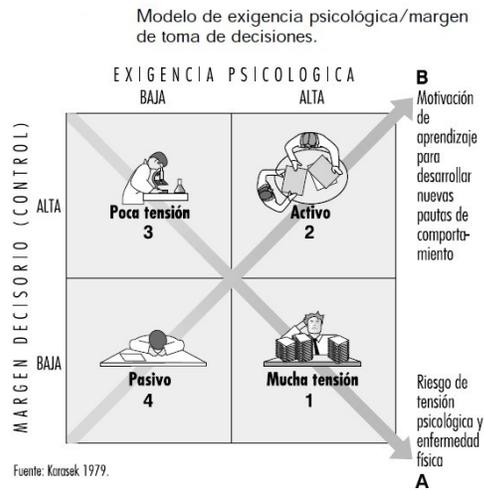


Figura 1

La hipótesis de aprendizaje activo de este modelo describe los procesos de motivación del trabajo de alto rendimiento. Según esta hipótesis, cuando el control sobre el trabajo es elevado y también son elevadas las demandas psicológicas, pero no son abrumadoras (ver diagonal B en la figura 1), los efectos sobre el comportamiento que se predicen son el aprendizaje y el crecimiento (Karasek, 1998). El trabajo activo, entonces es aquel donde las exigencias son elevadas, pero la organización del trabajo permite a la persona disponer de una gran capacidad de decisión para hacerles frente, convirtiéndose el resultado de esa combinación es un desafío. Tal situación incrementa la motivación y las posibilidades de crecimiento y desarrollo personal. En situación se produce aprendizaje de nuevos patrones de conducta y habilidades basadas en la experiencia psicosocial del trabajo (ISTAS, 2005). Se habla de trabajo "activo", puesto que estudios realizados tanto en Suecia como en Estados Unidos (Karasek y Theorell 1990; citados en Karasek, 1998) han demostrado que estos trabajadores son los más activos al margen de su vida laboral —en el ocio y en la actividad política— a pesar de las fuertes exigencias en su trabajo (Karasek, 1998).

Para Karasek (1979) la hipótesis del aprendizaje activo supone que el suficiente control sobre la toma de decisiones permite que el trabajador pueda realizar una "elección" en cuanto a la mejor manera de afrontar a este nuevo estresor (situación de exigencia). Son entornos de trabajo en que las personas sienten una gran capacidad de control para de usar todas sus capacidades y decidir las acciones que les parezcan más apropiadas. Estas nuevas respuestas de comportamiento, si son eficaces serán incorporadas al repertorio personal de estrategias similares (se aprende) y si las respuestas son erradas, tendrán las posibilidad de modificarlas (Karasek, 2001). Por tanto, el nivel potencial de actividad en el futuro será más alto debido a que se ha aprendido y ampliado las posibles soluciones a

los desafíos del entorno, aumentado también la motivación. Por otro lado, la tensión psicológica será de intensidad media pues gran parte de la energía que provocan los estresores del trabajo se convierten en acción directa, por lo que queda poca tensión residual que ocasione trastornos (Karasek, 2001). De esta manera, las oportunidades para el reforzamiento constructivo de los patrones de comportamiento son óptimas cuando los retos existentes se corresponden con el control del individuo sobre las opciones o con su capacidad para enfrentar los retos (Csikszentmihalyi 1975, en Karasek, 1979).

Según Karasek (1979), este modelo predice además que los estímulos para el crecimiento y el aprendizaje que ofrecen estos entornos, cuando se producen en un contexto laboral, contribuyen a elevar la productividad. Por el contrario, se predice que cuando la situación presenta escasa exigencia psicológica y escaso control, conducen a una "trabajo pasivo", generando un entorno de trabajo poco motivador que generalmente conllevan una pérdida gradual de las capacidades adquiridas con anterioridad. Según algunos estudios (Karasek y Theorell, 1990; citados en Karasek, 1998) los datos parecieran indicar que a medida que pasa el tiempo, las personas que trabajan en esos puestos se van distanciando de las actividades de ocio y de la actividad política al margen de su vida laboral. De esta manera, podemos decir que serán los niveles de demanda el factor contingente que determina si un control escaso conduce a la pasividad o a la tensión psicológica. Y su vez, los niveles de control son el factor contingente que determina si las exigencias conducen al aprendizaje activo o a la tensión psicológica. La combinación de las dos dimensiones -demandas y control- generan cuatro situaciones psicosociales con sus correspondientes implicaciones en el terreno de la salud y del comportamiento (ISTAS, 2005).

Hipótesis del Apoyo Social

Cuando Johnson amplió el Modelo Demanda-Control y añadió la tercera dimensión de Apoyo Social (Johnson 1986), planteó la hipótesis que los puestos de trabajo con grandes exigencias, escaso control y que además presentaban un escaso apoyo social en el trabajo, son los entornos de trabajo que generan el mayor riesgo de enfermedad. Además, de acuerdo a esta hipótesis, la dimensión del apoyo social puede cumplir con la función de incrementar la habilidad para hacer frente a una situación de estrés mantenido, es decir, actuar como amortiguador del efecto del estrés en la salud. Por tanto, se presume que esta dimensión puede actuar como modulador de los efectos que tengan el potencial estresor (Karasek, 2001). Al integrar esta dimensión en el Modelo, se reconoce claramente la

necesidad de que cualquier teoría sobre el estrés en el trabajo evalúe las relaciones sociales en el lugar de trabajo (Karasek y Theorell 1990; Johnson y Hall 1988, en Karasek, 1998).

En relación al ámbito de las políticas sociales de salud y seguridad en el trabajo, según Karasek (1979) este modelo permite dar cuenta de distintos elementos como: 1) que las características de organización social del trabajo, y no sólo los riesgos físicos, producen enfermedades y lesiones; 2) las consecuencias relacionadas con el estrés tienen que ver con la organización social de la actividad del trabajo y no sólo con sus exigencias del trabajo o con las características personales del trabajador; 3) la posibilidad tanto de un “estrés positivo” como de un “estrés negativo” puede explicarse en términos de combinaciones de demandas y control, ofreciendo un modelo sencillo (con una validez contundente) con el que empezar a analizar la respuesta personal al estrés en el caso de los empleados de comercio, los administrativos y otros trabajadores para los que ésta es una cuestión sensible (Karasek, 2001). De esta manera, estos hallazgos epidemiológicos iban confirmando la idea de que el estrés psicosocial no es propio solamente de las personas con elevadas responsabilidades, sino una carga adicional para los trabajos de menor estatus.

b) Modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa

En la década de los 90' el sociólogo alemán Johannes Siegrist presentó el Modelo esfuerzo-recompensa. Este Modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa tiene como base fundamental la noción de reciprocidad social, entendiéndola como la norma de intercambio cooperativo que define la relación contractual. En esta relación contractual se definen las distintas obligaciones o tareas que se deben realizar a cambio de una retribución adecuada. Estas recompensas incluyen el dinero, la estima y las oportunidades de carrera, considerando además la seguridad del empleo (Siegrist, 2008). Desde la perspectiva de la reciprocidad contractual, se considera que los esfuerzos utilizados por los empleados debieran ser correspondidos por recompensas equitativas de parte de los empleadores. De esta manera, el Modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (DER) afirma que cuando se produce falta de reciprocidad, es decir, cuando se despliegan altos esfuerzos que son retribuidos con bajas recompensas, se produce una situación de desbalance que provoca fuertes emociones negativas que en el largo plazo pueden tener graves consecuencias negativas para la salud, además de violar una norma básica del intercambio social recíproco. (Siegrist, 2008). De esta manera, para Siegrist (1996) distintas situaciones laborales como la amenaza de ser despedido, la precariedad de los contratos de trabajo, los cambios organizacionales forzados, la degradación de categoría, la falta de expectativas y

de trayectoria profesional, y la falta de consistencia del estatus son algunas de las variables de este modelo que explicarían en muchos casos los problemas de salud y las enfermedades profesionales de los trabajadores.

Según Siegrist (1996) este modelo considera dos variables, por un lado tenemos el esfuerzo extrínseco que se refiere al esfuerzo que requiere la tarea para el trabajador, como el esfuerzo físico, la carga laboral, la responsabilidad, las horas trabajadas, tipo de turno, entre otros. Por otro lado, debemos considerar el esfuerzo intrínseco que hace referencia a las motivaciones personal y a la necesidad de ejercer control y obtener recompensa. Estas recompensas pueden abarcarse desde tres dimensiones:

La estima: como el reconocimiento al trabajo, el apoyo social adecuado, el trato justo, entre otros.

El control de estatus entendida como la estabilidad en el empleo, las perspectivas de promoción, entre otros.

El salario: las remuneraciones económicas.

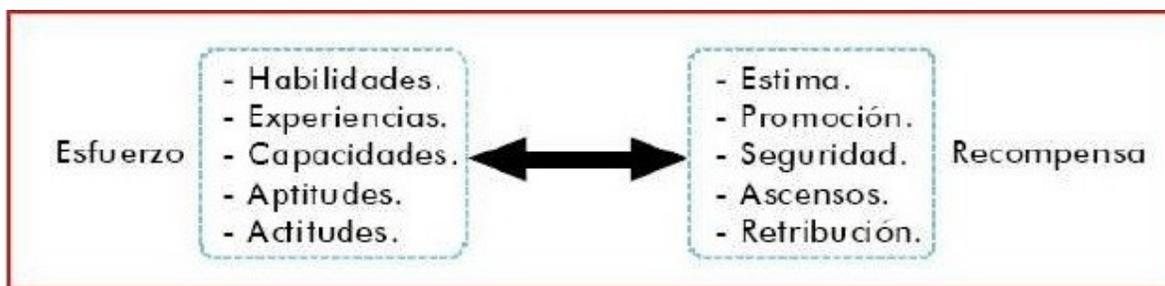


Figura 2.

Ahora bien, el modelo Esfuerzo-Recompensa (Figura 2) no sólo considera las variables estructurales del ambiente de trabajo, sino que también incorpora variables personales que hace referencia al estilo personal de afrontamiento. Estos estilos de enfrentamiento o lo que Siegrist llama "componente intrínseco", se entienden como el conjunto de actitudes, conductas y emociones que permitirían afrontar de mejor o peor manera la situación de tensión. Siegrist define por ejemplo, que personas que se caracterizan por un excesivo esfuerzo y compromiso con el trabajo en combinación con un fuerte deseo a ser aprobado y estimado, tienen un mayor riesgo de tensión, pues se encuentran más susceptibles a experimentar una situación de intercambio asimétrico y, por tanto, las posibilidades de frustración son mayores (Siegrist 1996).

De esta manera, este modelo se centra en las aflicciones de la autoestima que se derivan del no logro de la reciprocidad social, es decir, de la frustración que se genera al no conseguir las recompensas apropiadas según los esfuerzos desplegados. Aunque las relaciones de desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa que generan la falta de reciprocidad se deben principalmente a las fuentes extrínsecas, este modelo considera que las características y el comportamiento de las personas comprometidas pueden contribuir al proceso. Este modelo, por tanto, combina las características de la organización con las características personales de afrontamiento (Siegrist, 2008).

La relación de desequilibrio esfuerzo-recompensa sostenida en el tiempo, según el Modelo (DER) se pueden producir al menos, debido a tres tipos de situaciones: la dependencia, la opción estratégica o el compromiso excesivo (Siegrist, 2008). La situación de dependencia refleja cierto tipo de trabajo con condiciones específicas, como trabajadores no calificados o semi-calificados, trabajadores de edad avanzada, empleado con movilidad restringida o trabajadores con contratos de corta duración. En estos casos, las recompensas de pagos no son equitativas, sin embargo los riesgos para el empleador que los empleados rechacen la relación contractual es bajo pues los trabajadores no tienen otra alternativa. Esta relación de dependencia es característica de los mercados laborales inestables que se generan frecuentemente en las economías modernas globalizadas (Siegrist, 2008).

En el caso de la opción estratégica las personas aceptan la baja recompensa de su empleo durante un cierto tiempo, ya que tienden a mejorar sus posibilidades de promoción profesional y las recompensas relacionadas en una etapa futura. Debemos considerar en este caso, que las inversiones anticipadas se realizan sobre la base de la esperanza de regreso inseguro, el riesgo de que el éxito logrado después de los esfuerzos de larga duración sea considerable. En la tercera situación de "compromiso excesivo", son personas que se caracterizan por un patrón motivacional excesivo, en donde se está buscando constantemente un alto rendimiento debido a su necesidad subyacente de aprobación y estima en el trabajo. A pesar de estos esfuerzos excesivos que frecuentemente no se equivalen por las recompensas adecuadas, las personas tienden a mantener su nivel de participación (Siegrist, 2008). De esta manera, el modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa en el trabajo sostiene que las personas en situación de dependencia, la elección estratégica y compromiso excesivo, ya sea por separado o en combinación, están expuestas a un desequilibrio en la reciprocidad contractual en el trabajo con consecuencias adversas para la salud (Siegrist, 2008).

c) Modelo de Justicia Organizacional

En el mundo del trabajo, la justicia organizacional ha venido adquiriendo importancia progresivamente para los trabajadores (Elovainio, Kivimaki & Vahtera, 2002), pues a medida que los cambios son más vertiginosos y las actuales organizaciones intentan adaptarse a los nuevos entornos, son los trabajadores quienes experimentan las consecuencias de estos cambios que impactan en su salud y bienestar, con graves efectos para la salud organizacional.

Surgimiento del Modelo de Justicia Organizacional

Durante la segunda mitad del siglo XX se comenzaron a aplicar los conocimientos sobre los procesos psicosociales al ámbito laboral, y se hizo relevante el estudio de la percepción sobre la justicia dentro de las organizaciones (Colquitt y Greenberg, 2005). La justicia organizacional fue definida por Greenberg en 1978 (citado en Colquitt & Greenberg, 2005) como la percepción de las personas sobre la justicia en las organizaciones, y luego ha sido definida por Alicia Omar (2006) como la percepción que tienen los trabajadores sobre lo que es justo e injusto dentro de la organización a la que pertenecen. Estas percepciones sobre la justicia al interior de una organización son altamente relevantes porque tienen efectos importantes en las actitudes frente al trabajo, frente a los superiores y frente a la organización en general (Omar, 2006) y pueden incidir en la percepción de confiabilidad de las autoridades al interior de la empresa, en la cooperación con los compañeros de trabajo (Lind, 2001; citado en Colquitt & Greenberg, 2005) y en la satisfacción de necesidades individuales, como la necesidad de estima y pertenencia (Lind & Tyler, 1988; citados en Colquitt & Greenberg, 2005). En cambio, la percepción de injusticia al interior de la propia organización generaría estados de tensión y sentimientos de desmotivación e insatisfacción (De Boer, Bakker, Syroit y Schaufeli, 2002; citados en Omar, 2006), que podrían traducirse en ausentismo laboral, baja productividad y calidad del trabajo, (Wayne, Shore, Bommer y Tetrick, 2002; citado en Omar, 2006) sumado a actitudes negativas frente al trabajo, los superiores y la organización en su conjunto.

La investigación sobre la justicia organizacional ha identificado que este concepto puede expresarse en diversas dimensiones. En 1993, Greenberg (citado en Omar, 2006) estableció 3 grandes dimensiones para abordar la justicia organizacional: La justicia distributiva, la justicia procedimental y la justicia interaccional (Omar, 2006).

La justicia distributiva, es la percepción sobre la justicia en relación a cómo se distribuyen los recursos como: el salario, las recompensas, aumentos de sueldos, promoción a otro cargo, y los beneficios por resolución de conflictos, al interior de una empresa (Homans, 1961; citado en Colquitt & Greenberg,

2005, Omar, 2006). Uno de los primeros en estudiar la justicia distributiva fue Adams (1965; citado en Colquitt & Greenberg, 2005) al conceptualizarla como la percepción que tiene el trabajador sobre los beneficios recibidos (recompensas propias de cada trabajo, remuneración, estatus que otorga el puesto de trabajo, beneficios previsionales, reconocimiento por parte de las jefaturas o supervisores, etc.) en relación a la contribución (tiempo, formación, dedicación, compromiso, inteligencia, etc.) que él hace a la organización. Y por otra parte, una estimación o comparación de la propia situación contribución-beneficios, respecto de otras personas del grupo del que forma parte. En este sentido, Adams retoma las ideas de Homans y señala que cada individuo se compara con otros respecto de los beneficios que recibe, percibiendo como justa o injusta su situación al interior de la organización respecto de los demás, o incluso respecto de él mismo.

La justicia Procedimental, se entiende como la percepción sobre la justicia en relación al proceso de toma de decisiones que originan la distribución de los recursos al interior de la organización, para comprender cómo ocurrió esta distribución, y a qué parámetros responde (Thibaut & Walker, 1975; citados en Colquitt & Greenberg, 2005). Thibaut y Walter (1975; citados en Colquitt & Greenberg, 2005) fueron uno de los primeros en introducir este concepto, y distinguieron entre dos formas de control: el control de la decisión (grado en que una persona puede incidir en la toma de decisiones al interior de una organización) y el control del proceso (grado en que una persona puede incidir en la presentación de argumentos, evidencias y selección de información para tomar una decisión).

En 1980, Leventhal (citado en Colquitt & Greenberg, 2005) estableció reglas o criterios procedimentales, que debieran cumplirse para que un procedimiento sea percibido como justo. Entre los que definió 6 criterios: a) Consistencia: los procesos deben aplicarse en las mismas condiciones a todas las personas y ser perdurables a lo largo del tiempo; b) Deben estar libres de sesgos: los procesos no deben ser alterados por intereses personales o prejuicios, c) Deben ser acuciosos: basados en información válida y opiniones fiables, d) Deben ser correctos: estableciendo medidas para revertir o corregir decisiones permitiendo apelaciones, e) Representatividad: deben reflejar los valores y creencias de las personas y grupos de la organización, f) Ética: deben ser consistentes y considerados con los valores éticos y morales de los individuos afectados.

La Justicia Interaccional, se refiere a la percepción de la calidad del trato recibido por los demás, especialmente por las autoridades de la organización, la relación entre empleadores y empleados (Omar, 2006). En 1986, Bies & Moag (citados en Colquitt & Greenberg, 2005) comenzaron a estudiar la

justicia en las relaciones interpersonales, al darse cuenta que las personas son sensibles al modo en que se les trata en una organización. Estos autores identificaron cuatro reglas para definir la justicia interpersonal en una organización: a) Confianza: las autoridades deben ser receptivas, honestas al momento de comunicar e implementar decisiones y procedimientos, b) Justificación: Las autoridades deben dar explicaciones adecuadas sobre los resultados de las decisiones tomadas, c) Respeto: las autoridades deben tratar con sinceridad y dignidad a los individuos de la organización y d) Rectitud: Las autoridades deben evitar las actitudes y declaraciones prejuiciosas y discriminatorias.

En 1993, Greenberg separó la justicia interaccional en 2 conceptos: **la justicia interpersonal**, concebida como la percepción del trato justo o injusto recibido en la empresa y la **justicia informativa**, entendida como el grado en que las personas perciben que están recibiendo la adecuada y necesaria información para la realización eficiente de sus tareas (Greenberg & Colquitt, 2005; Omar, 2006). En 2003 en una investigación realizado por Moliner, Martínez y Carbonell se confirmó la estructura de 4 dimensiones para la justicia organizacional: distributiva, procedimental, interpersonal e informacional.

Principales aportes y relevancia del modelo

El modelo de justicia organizacional tiene importantes implicancias a considerar, puesto que la percepción de la justicia o injusticia al interior de la organización genera en el trabajador formas de comportamiento que favorecen o limitan su deseo de aportar un mayor o menor esfuerzo en su trabajo, a sentirse satisfecho o insatisfecho, a valorar positiva o negativamente a sus líderes, y a estar más o menos comprometido con la organización (Elovainio, Kivimaki & Vahtera, 2002). Estas formas de percibir la organización se relacionan con la tensión y el estrés laboral, favoreciendo o dañando la salud y bienestar del individuo y su capacidad de aprender al interior de la organización (Omar, 2006).

Omar (2006) señala que se ha verificado que la relación entre “participación” y “satisfacción laboral” está mediada significativamente por la forma en que los individuos perciben el trato equitativo o inequitativo en el proceso decisional. Es decir, cuando hay formas de proceder en la organización que los individuos califican como justas, es más probable que exista una mayor participación y satisfacción laboral. En un estudio empírico realizado por Elovainio, Kivimaki y Helkama (2000) basado en la recolección de datos de 688 empleados, se encontró que el control sobre el trabajo puede afectar la tensión mediante la percepción de la justicia al interior de la organización. Los resultados del estudio encontraron evidencia de que las percepciones sobre la organización eran factores que potencialmente podían influir en la salud de los trabajadores. Respecto de la justicia procesal se

demonstró que las personas parecen ser afectadas no sólo por las recompensas, sino también por los procedimientos utilizados para determinar la forma en que estas se distribuyen. Otro estudio sobre la justicia interaccional (Kivimaki, Ferrie, Head, Shipley, Vahtera & Marmot, 2004) concluyó que la percepción de un trato justo en los lugares de trabajo puede predecir la salud independientemente de los factores de estrés en el trabajo. Además se encontró evidencia de que un cambio favorable en la justicia organizacional implica una reducción del riesgo en salud, lo que sugiere un área prometedora para las intervenciones de salud en el lugar de trabajo.

De acuerdo a Kivimaki, Elovainio, Vahtera y Ferrie (2003) este modelo ha conseguido ampliar la visión tradicional para estudiar la salud en el trabajo, incorporando el interés por los procedimientos de gestión y tratamiento de las personas en las organizaciones. De esta manera, el modelo de justicia organizacional captura más elementos de la estructura social en la que operan las organizaciones. Y por lo mismo, este modelo permitiría aumentar la comprensión de los riesgos psicosociales, y también sugerir nuevos focos para las estrategias de promoción de la salud y el bienestar de los lugares de trabajo.

d) Otros fenómenos relevantes:

Los modelos revisados buscan identificar cómo operan y se relacionan ciertos factores psicosociales con el fin de prevenir y controlar el estrés y la tensión psíquica, que más adelante puede generar enfermedad. Sin embargo, cabe destacar fenómenos que no han sido directamente abordados por este modelo, y que actualmente tienen una gran importancia en tanto se ha demostrado que son factores que predisponen a enfermar y a mermar el bienestar en el trabajo. Nos referimos al fenómeno de la violencia en el trabajo, que se abordará a continuación.

LA VIOLENCIA EN EL TRABAJO

De acuerdo a la Oficina Internacional del Trabajo (2003) la violencia siempre ha formado parte de la vida laboral, y son millones los trabajadores de todos los continentes quienes la padecen. En efecto, la violencia en el trabajo constituye actualmente un problema grave, que puede adoptar distintas formas, presentándose como violencia física, amenazas, intimidación, violencia psicológica, hostigamiento o acoso sexual. Ningún grupo de trabajadores, sector o industria está exento de sufrir violencia, sin embargo, algunos grupos se encuentran más expuestos y vulnerables ante este fenómeno, como es el caso de los jóvenes, los trabajadores que se desempeñan en empleos precarios

y desprotegidos, las mujeres, las minorías étnicas y raciales, y las minorías sexuales (Oficina Internacional del Trabajo, 2003). Conductas como la intimidación, el acoso, y el hostigamiento, pueden ser tan dañinas como la violencia física, lo que es preocupante si consideramos que éstas están apareciendo con mayor frecuencia en el ámbito laboral, posiblemente asociadas a las presiones en los lugares de trabajo y a la inestabilidad de algunos tipos de empleos (Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales , 2006).

La Oficina Internacional del Trabajo define la violencia en los lugares de trabajo como *"toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma"* (Oficina Internacional del Trabajo, 2003: pp.11). Para el Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales (2006), la violencia laboral está constituida por incidentes donde el trabajador sufre abusos, amenazas, ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo que ponen en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, bienestar o salud.

Cuando nos referimos a la violencia en el trabajo es necesario distinguir 2 tipos de violencia en los lugares de trabajo: La **violencia interna**, que tiene lugar entre los trabajadores, supervisores y directivos de una organización, y la **violencia externa**, que se ejerce desde terceras personas externas a la organización hacia trabajadores, directores y supervisores (OIT, 2003). Además podemos identificar una gran variedad de comportamientos referidos a la violencia laboral, y diferenciar las diversas formas de violencia en el trabajo de acuerdo a la naturaleza de la agresión o al tipo de poder o fuerza ejercido.

Al respecto, el Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales (2006) distingue distintas conductas de la persona que agrede entre las que se distinguen:

a) Agresión ocasional o aislada: cuando es un comportamiento único, que no se volvió a repetir.

b) Intimidación: Acción u omisión que busca amedrentar o atemorizar a otro, bien reduciéndolo a la pasividad o infundiéndole temor. Y que se caracteriza por ser persistente en el tiempo.

c) Coacción: Conducta orientada a conseguir de otra persona una acción u omisión bajo la amenaza de privarle de un bien o servicio. Admite formas físicas y formas de agresión psíquica.

d) Acoso en el trabajo - sexual, moral, discriminatorio: Cuando se trata de conductas reiteradas en el tiempo que implican un proceso de malos tratos psíquicos y que, por tanto, constituyen la modalidad más grave de violencia psíquica y/o moral.

Dentro de esta última categoría es importante destacar el **Acoso Laboral o Mobbing**, fenómeno que se ha hecho más frecuente en las últimas décadas, y que se produce cuando uno o más trabajadores, supervisores o directivos son maltratados, amenazados o humillados, repetida y deliberadamente, en circunstancias relacionadas con el trabajo (Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales, 2006).

La violencia en el trabajo es perjudicial para la salud y la satisfacción laboral, y puede ocasionar malestar, enfermedad y en los casos más extremos, la muerte. Es un fenómeno de gran complejidad pues afecta al trabajador y a su entorno más cercano, su familia y sus compañeros de trabajo, y también afecta al clima laboral de la empresa, como consecuencia del deterioro de las relaciones laborales. Para la empresa los costos son una menor productividad y pérdida de ingresos, además de un mayor ausentismo laboral (OIT, 1998). La violencia y el acoso se suelen relacionar con características personales de los involucrados, ya sea de las víctimas o los victimarios. Así se suele atribuir el problema a rasgos de personalidad y la aproximación al problema se centra en el individuo. Para el Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales (2006) el acoso y la violencia constituyen problemas derivados de la organización del trabajo, que se suelen manifestar en ambientes de trabajo muy desorganizados, con estructuras de mando inseguras y sin capacidad de mando. Junto a ello, las características que asume el trabajo hoy en día se caracterizan por una alta competitividad y condiciones diferenciadas y desiguales entre trabajadores de una misma empresa, lo que contribuye a crear un ambiente laboral donde se dificulte el desarrollo de relaciones sociales saludables y de apoyo entre compañeros. Por tanto, la búsqueda de soluciones debe pasar por una prevención y cambios al interior de la empresa para generar un ambiente laboral que promueva el apoyo y la salud, y se oponga a todo tipo de violencias, sin dejar de lado las soluciones a nivel individual (Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales, 2006).

5.2 LOS PRINCIPALES MÉTODOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA EN RIESGO PSICOSOCIAL EN EL TRABAJO

A continuación se exponen tres métodos en prevención primaria en riesgos psicosociales en el trabajo. Para esto, es preciso aclarar lo que entenderemos por método. Para Mariano Noriega (1995) por método se entiende la estructuración lógica y práctica de los procedimientos y las técnicas con las

cuales analizamos la realidad. En ese sentido, tanto el ISTAS21, como el PRIMA, y el Modelo Obrero Italiano, responden a las características señaladas por Noriega para ser considerados métodos, puesto que todos incluyen técnicas y procedimientos especiales y precisos para analizar la realidad. Estos tres métodos abordan la prevención de riesgos psicosociales en el entorno laboral, con la finalidad de mejorar las condiciones de trabajo. Por último, cabe destacar que estos métodos de prevención se enfocan en la evaluación de factores de riesgo, por tanto corresponden a intervenciones de tipo primario.

5.2.1 EL MODELO OBRERO ITALIANO (1969)

En los años 60 comienza un proceso de construcción de un nuevo método o modelo en Salud Laboral: El Modelo Obrero o también llamado Modelo Sindical. Este se utilizó en la gran mayoría de los estudios y las luchas por la salud obrera en Italia durante los años setenta y por una gran cantidad de sindicatos italianos y distintas organizaciones del movimiento obrero en otras partes de Europa en las décadas posteriores (Laurel, 1984). El modelo obrero italiano nace como una estrategia para el control de la nocividad ambiental y comienza a gestarse a raíz de las experiencias de la Comisión Médica de la Camera del Lavoro de Turín, que en 1964 se convierte en el Centro de Lucha contra la Nocividad del Trabajo y en el cual participan obreros, sindicalistas, estudiantes y profesionales.

La formulación concreta del modelo, es el resultado de varios años de trabajo y sistematización en un trabajo conjunto entre técnicos y obreros de la 5° sección de FIAT-Mirafiori, coordinados por el sindicalista Ivar Oddone (Laurel, 1984). Esta metodología nace al alero de importantes cambios en la estructura económica y política de Italia y de las posteriores luchas que se gestaron desde los movimientos sociales y sindicales que se fueron desarrollando en la década de los sesenta y setenta en dicho país (Carcoba, 2007). Para Laurell (1984) el hecho de que la lucha por la salud obrera se plantea en nuevos términos, claramente se relaciona con cambios importantes de la clase trabajadora italiana. La transformación de los planteamientos en salud obedece pues, a las características de la clase obrera que se conforma en el proceso económico y sociopolítico de la Italia postguerra. Un cambio fundamental que se experimentó en esa década fue el incremento de los trabajadores industriales, generando que los obreros se concentraran en los grandes centros fabriles del norte de Italia y especialmente en las grandes empresas que para 1971 empleaban el 45.5% de la fuerza de trabajo industrial (Laurell, 1984). Este cambio se produce debido a que el modelo de acumulación italiano de los años cincuenta y sesenta tiene como uno de sus rasgos fundamentales el crecimiento hacia afuera.

Es decir, una producción destinada a la exportación, y basada en un pago de salarios comparativamente bajos. El problema de la competitividad internacional, entonces, resulta clave, pues llevó a la reestructuración tecnológica y la intensificación del trabajo a partir de finales de los años cincuenta, tendencia que se profundizó especialmente a partir de la recesión de 1964 (Laurel, 1984).

Estos cambios en el proceso de producción se expresaron en los incrementos acelerados en los ritmos y cargas de trabajo, y en los recortes de personal. Así, se logra un incremento rápido de la productividad, que en el conjunto de la economía alcanza un promedio anual del orden de 6.4%, al tiempo que son expulsados del mercado de trabajo aproximadamente 900 mil trabajadores entre 1960 y 1969. Como consecuencia de los cambios en los procesos de trabajo y las características de la organización del trabajo, la clase trabajadora empieza a expresar su descontento y malestar. (Laurel, 1984).

De esta forma se inicia un ciclo de movilización de trabajadores y sindicatos en donde se plantea como demandas centrales: los incrementos salariales no subordinados a la productividad, mejoras en las condiciones de trabajo, reducción de la jornada laboral, fijación bilateral de los ritmos de trabajo, mecanismos de control que permitan establecer bilateralmente tanto un contrato general de rama como cuestiones particulares a nivel de fábrica, entre otras cosas. Por otra parte, dentro del movimiento obrero empieza a darse un debate intenso alrededor de los problemas de la unidad, con el fin de superar la división del movimiento sindical, de la autonomía del movimiento respecto a los partidos y de las formas de representación de masas y toma de decisiones. Así, se logra replantear los ejes centrales de la unidad de la clase trabajadora, la democracia de base, y la lucha contra la organización capitalista del trabajo, como pilares fundamentales de la política obrera de esos años. Y se pone en el centro de la política el lugar del trabajo, el espacio de la fábrica como espacio de trabajo y de lucha, “la vuelta a la fábrica” que había estado tanto tiempo delegada a la acción de los sindicatos (Laurel, 1984).

Este empeoramiento de las condiciones de trabajo ocurrido durante el periodo 1960-1968 se refleja claramente en el hecho de que el número de accidentes industriales se incrementa en un 15%, aun en presencia de un decrecimiento en el empleo de un 5%. La situación respecto a las enfermedades profesionales industriales no es más alentadora, ya que en el mismo periodo suben de 22.976 a 48.937 las enfermedades profesionales, o sea, en al menos un 113% (Laurel, 1984). Esta situación impulsa

diversas iniciativas de parte de los trabajadores respecto a la salud en general y sobre todo, en relación al problema de la salud en el lugar de trabajo.

Durante estos años se van desarrollando importantes aportes teóricos y de investigación empírica del carácter social e histórico de la enfermedad, que se expresa por ejemplo en los trabajos de Berlinguer. A la vez comienzan a gestarse distintas experiencias concretas de estudios en las fábricas, con participación obrera como base para la formulación de la plataforma reivindicativa de salud. Desde estas experiencias van surgiendo diversos planteamientos sobre el papel que tienen los trabajadores en el estudio de los ambientes nocivos en el centro de trabajo. También, sobre la necesidad de una transformación de la relación entre profesionistas y obreros, de la construcción de un lenguaje común entre ellos, y finalmente respecto a la elaboración de un método de investigación-acción que sustentara las transformaciones necesarias para cambiar las condiciones nocivas del trabajo, para pasar de la monetarización de los riesgos laborales a la lucha por la eliminación de estos riesgos. Es justamente durante este proceso que comienza a gestarse el "Modelo Obrero", difundido ampliamente en 1969, modelo que será utilizado en una serie de experiencias apoyadas por las tres confederaciones nacionales en Italia, y cuyo eje central será la lucha contra la nocividad del trabajo (Carcoba, 2007)

¿Qué es el modelo obrero italiano?

El modelo Obrero Italiano es primero que todo, un método de conocimiento y control del ambiente de trabajo (Carcoba, 1986). El foco de esta intervención es la generación de conocimientos que les permita a los trabajadores conocer el ambiente de su trabajo, identificar los problemas que afectan su salud y planificar una acción para poder transformarlos. De esta manera, el Modelo Obrero Italiano (en adelante MOI) es una metodología que busca conocer para transformar (Laurel, 1984).

A continuación vamos a revisar algunos conceptos claves para entender el MOI. Este modelo entiende el ambiente de trabajo como el conjunto de condiciones que rodean a las personas que trabajan y que directa o indirectamente, influyen en la salud y la vida del trabajador. El ambiente de trabajo es lugar donde la mano de obra, la materia prima y el capital se convierten en mercancía y ganancia y es en este proceso donde se generan los factores que dañan y contaminan el medio ambiente, dentro y fuera de la fabrica (Carcoba, 1986). A estas situaciones presentes en el ambiente laboral, capaz de producir un daño a la salud del trabajador se les denomina riesgo (Carcoba, 1986). Esto es relevante, pues el MOI considera que el problema del ambiente de trabajo es el punto de partida para que los

trabajadores elaboren conjuntamente las soluciones y busquen formas alternativas de reestructurar la organización del trabajo, que no generen daño a la salud (Carcoba, 2007).

Características del modelo obrero italiano

El MOI se caracteriza por al menos cinco principios que le dan sustento: a) experiencia obrera, b) grupo homogéneo, c) no-delegación, d) validación consensual y e) no monetarización de la salud.

a) Experiencia obrera: Se refiere al aprendizaje de cada trabajador y grupo de trabajadores acerca de las soluciones a los problemas que el trabajo les plantea cada día en el interior de la fábrica (Carcoba, 1986). Para este modelo es muy importante reivindicar el valor de la experiencia obrera, pues el foco central es la participación protagónica de los trabajadores.

Cada trabajador posee un conjunto de conocimientos y referencias sobre el problema de la salud en el trabajo, maneja varios conceptos sobre la medicina, las enfermedades profesionales, la atención en los hospitales, la seguridad en la empresa, etc., y conoce varias interpretaciones sobre las causas de las enfermedades, la prevención, la rehabilitación. Durante el proceso del trabajo este conjunto de información se acrecienta con sensaciones, reflexiones, sucesos, accidentes, etc. Por tanto la problemática de la salud no es ajena al trabajador y éstos se ven forzados a elaborar su propio modelo de interpretación y buscar soluciones a los problemas inmediatos (Carcoba, 1986). De esta manera, el modelo obrero nace como una propuesta investigación-acción participativa, convirtiéndose en una herramienta política, más allá del instrumento técnico (Carcoba, 2007).

b) Grupo Homogéneo: Se entiende como un conjunto de trabajadores expuestos a las mismas condiciones de nocividad en el lugar de trabajo (Carcoba, 2007). Metodológicamente en el MOI cobra vital importancia el concepto de grupo obrero homogéneo, pues se entiende que éste es el sujeto principal del modelo y posibilita validar consensualmente el conocimiento generado en el proceso. Esta característica, según Ángel Carcoba (2007) será la gran innovación del MOI en términos metodológicos pues cambia la forma de generar el conocimiento para la comprensión y transformación de la realidad. Primero porque el sujeto del proceso de generación del conocimiento ya no es el científico - o el técnico en el vocabulario del Modelo Obrero- sino el grupo homogéneo obrero y secundariamente el técnico. Y segundo, porque una de las fuentes de conocimiento fundamental es la experiencia obrera colectiva (Carcoba, 2007).

c) Validación consensual: Implica que debe haber una relación dialéctica entre el conocimiento experto (el generado desde los “técnicos”) y el conocimiento que surge de la experiencia obrera, relación que debe estar basada en el principio del consenso. De esta manera el criterio de aceptabilidad o no de determinadas situaciones de riesgo, así como de las medidas preventivas a adoptar, ha de ser consensuado. No se privilegia la opinión de un técnico sobre el grupo de trabajadores ni lo contrario (Carcoba, 2007).

d) No delegación: El proceso de generación de conocimiento respecto a un lugar de trabajo se basa en el principio de la no-delegación, o sea, su sujeto principal son los obreros interesados y no sus representantes, ni los técnicos profesionistas. Significa que los trabajadores y sus representantes no van a delegar en nadie, ni siquiera en los expertos sindicales, el control de las condiciones de trabajo y la defensa de su salud. La participación directa pasa a ser un elemento clave, pues no hay prevención sin participación (Carcoba, 2007).

e) No monetarización de la salud: Supone un salto en la cultura obrera desconocido hasta entonces, pues, los trabajadores y sus organizaciones habían convivido con el monetarismo e intercambio de salud por dinero. Desde el surgimiento de este modelo y las acciones sindicales que lo acompañaron, se fue gestando el principio de la no monetarización que reivindica la salud como un derecho no transable por dinero y por tanto considera la solución en perspectivas de eliminar los riesgos o disminuir lo más posible su presencia (Carcoba, 2007).

Clasificaciones de los factores de riesgos

Los factores de riesgo en Salud Laboral se pueden clasificar y analizar de distintas formas; desde el MOI se propone un modelo de análisis que permita, desde un punto de vista sindical, abordar la problemática desde un lenguaje cercano para los trabajadores, en un lenguaje que ellos conozcan. Esto les permite confrontar de mejor manera sus experiencias diversas, generalizar situaciones y soluciones, que aunque aparentemente sean distintas, hacen referencia, sustancialmente a los mismos problemas (Carcoba, 1986). Además, estas nuevas clasificaciones de riesgos buscan generar un lenguaje común para trabajadores, sindicalistas y técnicos (Carcoba, 2007). Estos riesgos el MOI los presenta en cuatro grandes grupos:

Primer Grupo: Micro Clima del Trabajo

Son factores que se encuentran en cualquier ambiente en el cual el hombre vive, pero en el trabajo, por exceso o disminución, resultan nocivos. Se trata de la Luz, la Temperatura, Ventilación, Humedad, y Presión Atmosférica. Estos factores son fácilmente detectados por los trabajadores pues son factores que viven diariamente dentro y fuera del trabajo. Para el control de estos factores es necesario que se establezcan científicamente los valores máximos y mínimos, dentro de los cuales está garantizada la salud, entendiéndola no solo como ausencia de daños sino también como bienestar. Para generar estos valores es necesario no solo tener en cuenta los estudios fisiológicos o psicológicos, sino también las opiniones de los trabajadores expuestos a estas condiciones.

Segundo Grupo: Contaminantes del Ambiente

Este grupo comprende características que son propias del ambiente de trabajo.

Contaminantes Físicos: ruido, radiaciones, ionizantes, ultravioletas e infrarrojas, vibraciones, aire comprimido, etc.

Contaminantes Químicos: son en general, todos los tóxicos industriales, que pueden actuar en forma de humos (antaño, plomo, etc.), gases (monóxido de carbono, acetileno, etc.), o bien por contacto directo con la piel (petróleos, ciertos tipos de aceites, etc.).

Contaminantes Biológicos: Son seres vivos (bacterias, virus, hongos, parásitos) que pueden encontrarse en determinados ambientes laborales.

La nocividad de estos componentes depende de la concentración en el ambiente y el tiempo de exposición. Frente a estos riesgos la estrategia sindical pasa al menos por dos etapas: identificar los ambientes tóxicos con los estudios higiénicos, estableciendo valores límites de exposición y por otro lado, buscar estrategias para erradicar cualquier contaminante del ambiente de trabajo.

Tercer Grupo: Sobrecarga Muscular

El tercer grupo de riesgos lo constituyen los factores de sobrecarga muscular como: el trabajo permanente en posturas incómodas, el levantamiento continuo de grandes pesos, los movimientos forzados. La nocividad se produce cuando esta sobrecarga produce fatiga física y alteraciones músculo-esqueléticas (Carcoba, 1986).

La detección y evaluación de estos riesgos pasa por el acuerdo de los obreros que los experimentan. Posteriormente este resultado se complementa con una serie de pruebas respiratorias y cardiacas dirigidas a determinar la capacidad del organismo para realizar estos esfuerzos.

Cuarto Grupos: Sobrecarga psíquica

Se refiere a los factores nocivos que provocan un deterioro progresivo del equilibrio mental del trabajador, generando fatiga psíquica o alteraciones al sistema nervioso. Esta dimensión comprende diversos factores heterogéneos ligados directamente a la organización del trabajo: monotonía, repetitividad, insatisfacción en el trabajo, posición inadecuada, susceptibles de provocar fatiga psíquica, alteraciones del sistema nervioso, etc. (Carcoba, 2007).

Quinto Grupo: Tecnológicos y de Seguridad

Se le añade en la versión española del MOI (Carcoba, 1986) este quinto grupo donde se describen los factores de riesgo provenientes del estado de las instalaciones y de las máquinas (techos, paredes, pisos deslizantes, tomas de tierra, maquinas antiguas y sin protección, etc.).

Secuencia de la intervención

Para apreciar la innovación del Modelo Obrero respecto al proceso de su intervención debemos tener presente los conceptos o principios que sustentan esta metodología (Laurel, 1984). La primera parte del proceso inicia con la observación espontánea realizada por los obreros respecto a sus condiciones de trabajo. De la socialización de estas observaciones se realiza una primera valoración de los riesgos. Este modelo parte de la base de que existe una experiencia acumulada primaria vivida en el grupo y que debemos sistematizar esta experiencia y convertirla en patrimonio común de todos los trabajadores que comparten esta misma realidad (Laurel, 1984).

En un comienzo a través de la estimulación sensorial; olores, vista, oído, etc., identificamos una serie de agentes físicos y químicos molestos, sin conocer en específico de qué se trata y qué forma actúa. Para lograr esto debemos profundizar en la experiencia obrera colectiva e ir avanzando en la cuantificación de estos riesgos, es decir, identificar los riesgos, conocer de que manera están presentes y cuáles son los efectos que causan (Carcoba, 1986).

Si nos quedamos solo en cada experiencia individual y no contrastamos con las otras experiencias, ni socializamos con los demás compañeros, formularemos únicamente quejas generales. En cambio, en la socialización de las experiencias podremos visualizar las causas de estos malestares y formular propuestas colectivas (Carcoba, 1986). Una herramienta que considera este modelo para socializar esta experiencia y poder cuantificar los riesgos en esta etapa es la encuesta colectiva, actividad que

busca responder tres grandes preguntas: ¿Qué Factores nocivos están presentes?, ¿En qué cantidad?, ¿Cuáles son sus efectos?

Para responder colectivamente estas preguntas debemos utilizar el esquema de los cuatro grupos de factores de riesgo e ir completando colectivamente esta encuesta en un grupo homogéneo de obreros, es decir, un grupo que labora en condiciones de trabajo iguales. Con el fin de garantizar que los resultados reflejen la experiencia colectiva y no dependan de la subjetividad de cada quien, se validan consensualmente. Es decir, sólo se registran aquellas observaciones que el grupo homogéneo en su conjunto reconoce como correctas y válidas. (Laurell, 1984)

En una segunda fase del proceso de intervención se busca recabar la información higiénica y sanitaria que sea necesaria y registrarla sistemáticamente. Se deben realizar todos los registros bio-estadísticos -análisis sobre la presencia de radiación, gases tóxicos presentes en el trabajo, etc.- o mediciones que sean necesarias para cuantificar los daños, reconocer sus magnitudes y las causas que los originan. La información que se recoja de estos estudios debe ser contrastada y verificada con los hechos revelados en la encuesta colectiva. Esta etapa de cuantificación está dirigida por la experiencia obrera colectiva no sólo en cuanto a qué medir sino también en cuanto a identificar dónde y cuándo se presentan estos riesgos, ya que la encuesta colectiva tiende a precisar no sólo qué riesgos hay sino en qué lugar específico y en qué momentos (Laurell, 1984).

Sucesivamente con toda la información recabada se elaboran los mapas de riesgos, que es la representación visual, del proceso laboral con sus riesgos y daños a la salud. Los Mapas de riesgos son un instrumento que mediante la representación gráfica de los riesgos, permite localizar y objetivar los factores nocivos en un espacio de trabajo determinado. Sirven como base para iniciar la discusión concreta entre todos los trabajadores y las trabajadoras, e implementar planes y programas de prevención en función de las prioridades observadas. Permiten una identificación, análisis y seguimiento periódico de los riesgos mediante la implantación de sistemas de vigilancia participativos. Evalúan la eficacia de las intervenciones preventivas que se adoptan desde la gestión empresarial, y mejoran las condiciones de trabajo a través de la participación de los trabajadores y sus representantes

La elaboración del Mapa de Riesgos deberá ser realizado con la activa y plena participación de todas las trabajadoras y trabajadores. Para realizarlo se deben señalar con claridad los riesgos, describiendo el centro de trabajo completo, las secciones, ciclos productivos, materias primas, quejas de las y los

trabajadores, el plano de la disposición del lugar de trabajo, fábrica o sección, con la mención expresa del número de trabajadores y trabajadoras expuestas, y las eventuales propuestas de mejora. Los riesgos que se señalan son los que la experiencia histórica de; los trabajadores, Comité de Empresa, Sindicatos, representantes de los trabajadores ante el Comité paritario o mixto de Seguridad y Salud en el Trabajo y los grupos homogéneos acuerden. Además se debe dar una prioridad a los riesgos más graves, estos frecuentemente afectan a un mayor número de trabajadores y trabajadoras.

En una tercera etapa en base al conocimiento generado el grupo homogéneo construye su plataforma de demandas, a través de un procedimiento de validación consensual, y se traza una estrategia de lucha para lograrlas. Cabe mencionar en este contexto, que frecuentemente se practican formas de lucha que ponen en práctica la demanda. Por ejemplo, cuando la demanda es bajar el ritmo de la cadena, se pone en práctica dejando de trabajar en ciertas partes del proceso de producción (Laurell, 1984).

Cabe señalar que el Modelo Obrero Italiano, pese a que surgió hace más de 40 años, sigue estando vigente y ha sido utilizado en países tan diversos como Argentina, Uruguay, México, Chile, y actualmente está siendo adaptado desde el gobierno para la realidad venezolana.

5.2.2 EL MÉTODO COPSOQ ISTAS 21 (2002)

El COPSOQ- ISTAS 21 es un método de evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo, que está orientado a la prevención primaria, es decir prevención en el origen, de lo que causó la enfermedad. Sin embargo, este método no busca la evaluación de los factores como finalidad última, sino que busca evaluar para identificar aquellos aspectos de la organización del trabajo que están ocasionando daños en la salud de los trabajadores, para generar acciones orientadas a modificarlos y prevenir la enfermedad laboral. En este sentido, el mismo ISTAS plantea que no debe usarse el método ISTAS 21 si se pretende no hacer nada con los resultados, puesto que se evalúa para conocer y poder generar acciones concretas de prevención (ISTAS, 2002).

Surgimiento del modelo: el COPSOQ danés

El modelo COPSOQ ISTAS 21 corresponde a la adaptación española del instrumento COPSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionary), creado en Dinamarca. El COPSOQ en su versión danesa, fue desarrollado en el año 2000 en el National Institute of Occupational Health (NIOH), y desde el inicio, sus creadores Borg y Sondergard pensaron en crear un instrumento de tres niveles distintos: Una

versión larga para investigadores, una versión media para ser aplicada por los profesionales expertos en salud laboral, trabajo y medio ambiente, la inspección del trabajo y organizaciones, y por último, una versión corta dirigida a las pequeñas y medianas empresas (Sondergard, 2010).

El objetivo tras la creación del COPSQ fue el de desarrollar un instrumento válido para la identificación de factores psicosociales en el trabajo, con la finalidad de mejorar la evaluación de las intervenciones y facilitar su vigilancia. Además se buscaba crear estándares para realizar comparaciones a nivel nacional e internacional, mejorar la comunicación entre las empresas, los investigadores y los expertos en salud laboral, y generar un instrumento que permitiera a los usuarios comprender de manera más fácil los conceptos y teorías en salud laboral (Sondergard, 2010). De acuerdo a Sondergard (2010), desde un inicio los autores del COPSQ se propusieron basarse en información y estudios confiables y relevantes para distinguir los factores de riesgo psicosocial más recurrentes de acuerdo a las evidencias empíricas. Por esto, se basaron en los modelos de demanda-control-apoyo social, el modelo de desbalance esfuerzo-recompensa y el modelo de justicia organizacional, no descartando la incorporación de otros factores no contemplados por estos modelos. Factores como: la claridad o conflicto de rol, el sentido del trabajo, la predictibilidad, y calidad de liderazgo entre otros, fueron integrados para la construcción del instrumento.

Desde su creación en 2000, el COPSQ se ha adaptado a la realidad de países tan diversos como Alemania, China, Chile, Bélgica, Suecia, Malaysia, Irak y España (Sondergard, 2010; ISTAS, 2000). En 2003, el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) en conjunto con el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), el Centre de Seguretat i Condicions de Salut en el Treball de la Generalitat de Catalunya, de las Universidades Pompeu Fabra y Autónoma de Barcelona, del Departamento de Salud Laboral de Comissions Obreres de Catalunya, del Gabinete de Estudios de CC.OO. de Navarra, de la Mutua Fraternidad y traductores profesionales, realizó la adaptación del COPSQ para España, con la finalidad de utilizar este método de prevención y evaluación para la realidad laboral en las empresas españolas. Para esto se realizó una acuciosa traducción del instrumento al español, con el fin de evitar desviaciones en los conceptos y definiciones originales del instrumento, y se creó el COPSQ-ISTAS 21, método que se revisa a continuación.

El método COPSQ-ISTAS21

Al igual que la versión danesa del COPSQ, el COPSQ-ISTAS 21 es un cuestionario individual y anónimo, con 3 versiones (larga, media y corta), puede aplicarse a cualquier tipo de ocupación o

actividad económica, y busca la participación y acción de todos los agentes sociales. El ISTAS 21 es una herramienta preventiva para riesgos psicosociales, por tanto busca identificar y evaluar los factores psicosociales presentes en el entorno laboral, que pueden ser riesgosos para la salud de los trabajadores, con el fin de transformarlos y prevenir consecuencias negativas.

De acuerdo al Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud, los factores psicosociales son aquellas características de las condiciones de trabajo y, sobre todo, de su organización que afectan a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos a los que también llamamos estrés (ISTAS, 2002). Para el ISTAS (2002), el estrés se constituye como el precursor del Efecto que producen los factores de riesgo psicosocial, es decir, el estrés es una reacción que se produce por la exposición repetida a los factores de riesgo psicosocial, y si este estrés no se controla puede generar enfermedades tanto físicas como mentales. El estrés, desde este punto de vista, es comprendido como un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento, relativas a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo (ISTAS, 2002).

Las 21 dimensiones del método ISTAS21

El método ISTAS 21 busca entregar una base técnica objetiva que identifique aquellas condiciones de trabajo que puedan suponer un riesgo para la salud, con el fin de entregar las herramientas para proponer, negociar, decidir y realizar las intervenciones preventivas necesarias para la mejora de la salud laboral. El método consta de 4 secciones, que preguntan sobre diversos aspectos de la situación social y familiar, la salud, las condiciones de trabajo y empleo y las características psicosociales del trabajo.

El COPSQ ISTAS 21 incorpora todos aquellos factores psicosociales para los que existe evidencia científica de que afectan la salud de las personas (ISTAS, 2002), y a partir de estos aportes teóricos se definen 20 dimensiones psicosociales laborales y se incorpora la dimensión de doble presencia. El cuestionario mide la exposición a estos factores psicosociales derivados de la organización del trabajo y nos permite conocer cómo está cada uno en determinado trabajo (Ver Anexos 3 y 4).

Aplicación y análisis del método ISTAS21

El proceso de intervención consta de dos momentos: en un primer momento se realiza la evaluación de los riesgos psicosociales presentes en la empresa y en un segundo momento se planifican acciones

preventivas orientadas a aminorar el impacto de estos riesgos. El proceso consta de 4 fases que se detallan a continuación:

FASE UNO: Acordar la utilización del método

En esta fase el Comité de Seguridad y Salud, o un representante de los trabajadores deben presentar el instrumento COPSQ-ISTAS 21 a los representantes de la empresa, con el fin de acordar su uso. Para esto, se debe firmar un acuerdo entre ambas partes, sobre la utilización del instrumento para la evaluación de riesgo psicosocial y prevención en el origen, y las condiciones en que se realizará la evaluación: a cuántas personas se realizará, si se incluirá o no a las empresas subcontractadas, y cómo resguardar el anonimato en los datos entregados por el cuestionario. Además se creará un grupo de trabajo conformado por representantes de la empresa y de los trabajadores para llevar a cabo correctamente el proceso.

FASE DOS: Preparar y realizar el trabajo de campo

Esta fase se enfoca primero en adaptar el cuestionario a la situación de la empresa, con el fin de que se mantenga el anonimato de los trabajadores que responderán al cuestionario, y que sea operativo para la localización de las exposiciones. Para esto el grupo de trabajo conformado para guiar el proceso, debe solicitar a la empresa la entrega de información sobre el sexo, la edad, la antigüedad, la relación laboral, el horario, los días de la semana laborables, el puesto y el departamento ocupado por cada trabajador/a de la plantilla, sin revelar su identidad. De esta forma se puede adaptar el cuestionario a la realidad de la empresa para suprimir preguntas que puedan afectar el anonimato de los trabajadores y trabajadoras (por ejemplo, el sexo y edad). Se pueden modificar algunas preguntas y además se pueden crear nuevas preguntas de acuerdo al puesto de trabajo o departamento.

Un segundo paso es diseñar la distribución, respuesta y recogida del cuestionario, y la sensibilización de la plantilla. Para esto se realiza una difusión al interior del lugar de trabajo para explicar el instrumento a aplicar y la importancia de evaluar los riesgos psicosociales para prevenir daños a la salud. También se debe dejar claro que la evaluación no es individual, sino que se trata de una evaluación de las condiciones de trabajo de la empresa y por tanto toda la información es confidencial. Es importante también obtener una tasa de respuesta que permita que el instrumento refleje la situación de la empresa, de modo que la información sea fiable.

Un tercer paso es poner en marcha el trabajo de campo, para lo cual se define un periodo de tiempo para la respuesta de los cuestionarios, que se deben rellenar en el horario laboral y con la presencia de representantes del grupo de trabajo.

FASE TRES: Interpretar los resultados y acordar medidas preventivas

Una vez que los cuestionarios han sido rellenados por los trabajadores, se pasa a analizar los datos, para lo cual, la plataforma de ISTAS pone a disposición un software público y gratuito que realiza el análisis y un informe preliminar. El análisis de las respuestas permite observar tres tipos de resultados: las puntuaciones, la prevalencia de la exposición y la distribución de frecuencias de las respuestas. Los resultados de la evaluación de riesgos en la empresa se comparan con valores de referencia poblacionales (calculados en una encuesta a una muestra representativa de la población ocupada en la Comunidad Foral de Navarra), lo que otorga una referencia para la exposición a riesgos laborales, los que no debiesen ser superiores al referente. A su vez, el análisis muestra una puntuación para cada una de las 20 dimensiones psicosociales y la doble presencia (estandarizados de 0 a 100) en el centro de trabajo. Pudiendo establecer comparaciones entre las puntuaciones referenciales y las del propio centro.

Las dimensiones psicosociales se dividen en 2 tipos para su análisis: las positivas, aquellas en que las puntuaciones altas, cercanas a 100, son favorables para la salud y las negativas, donde una puntuación más baja, o cercana a 0, es favorable para la salud. El análisis también presenta la prevalencia de la exposición o proporción de trabajadores/as incluidos en cada tercio de referencia. Separando los resultados de acuerdo al porcentaje de trabajadores/as expuesto a cada factor en: todo el centro de trabajo, en cada sección, en cada puesto de trabajo, por tipo de contrato, por turno u otra unidad de análisis previamente definida. Estos resultados se presentan en cada uno de los tres niveles de exposición: rojo, nivel de exposición más desfavorable para la salud; amarillo, nivel de exposición intermedio; verde, nivel de exposición más favorable para la salud.

Los resultados deben ser discutidos por los miembros del grupo de trabajo y analizar dimensión a dimensión los datos obtenidos, con el fin de identificar las dimensiones en que se presentan altos riesgos. A su vez, se analiza cómo se distribuyen estos riesgos de acuerdo a variables de sexo, puesto de trabajo, edad, etc. Y se intenta interpretar cuál es el origen de estos riesgos y por qué se producen. Esta es tarea del grupo de trabajo, quienes basados en sus conocimientos sobre la empresa y los datos obtenidos del análisis del cuestionario, deben responder estas interrogantes. Una vez debatido el

origen de las exposiciones se realiza un acuerdo sobre las medidas preventivas a ejecutar, con el fin de mitigar estos riesgos y proteger la salud de los y las trabajadoras. Las medidas de prevención acordadas pueden acoplarse al plan de prevención que esté desarrollando la empresa en esos momentos, y debe identificar plazos, recursos y responsables para su ejecución, en la generación de un plan específico de actividades preventivas.

FASE CUATRO: Implementar las medidas preventivas

La última fase tiene por objetivo la puesta en marcha de las medidas diseñadas para prevenir los riesgos psicosociales detectados. Para esto, se debe discutir cuál es el objetivo al que apunta determinada medida, y a quiénes está orientado, a qué trabajadores o área de trabajo, y caracterizar la medida que se implementará, para llevar a cabo su ejecución al interior de la empresa.

A lo largo de estas 4 fases del proceso de intervención, el grupo de trabajo debe generar las acciones de información y participación correspondientes, con el fin de sumar a los trabajadores y trabajadoras al proceso, ya sea en la identificación de riesgos y análisis de los mismos, como en el proceso de implementación de medidas preventivas. Para esto, el ISTAS incorpora la figura de los **Círculos de prevención**, que son grupos de trabajadores, convocados por el grupo de trabajo, con la finalidad de consultarles sobre las condiciones de trabajo relacionadas con las exposiciones desfavorables para la salud, con el fin de profundizar, comprender y poder planificar acciones tendientes a reducirlas o eliminarlas en su origen. Estos tienen distintos objetivos según la fase en que se encuentre el proceso: pueden colaborar en la determinación del origen de las exposiciones detectadas por el cuestionario, en la propuesta de medidas de prevención o la modificación de medidas propuestas por el grupo de trabajo, y en el apoyo a la ejecución del plan de medidas preventivas.

Principales aportes y relevancia del método ISTAS 21

Una de las principales contribuciones del método ISTAS es sin duda, que busca involucrar la participación de los agentes sociales implicados en todo el proceso de intervención que se desarrolla. Esto se fundamenta en 2 grandes visiones, en primer lugar, del hecho que la prevención es concebida como un proceso social, no solo técnico, donde la participación es esencial para asegurar las mejoras en la salud, y los trabajadores tienen el derecho de intervenir y proponer medidas que mejoren su salud laboral. Y en segundo lugar, puesto que considera que los agentes sociales son los que tienen la experiencia, y por tanto son quienes conocen cómo son las condiciones de trabajo. Por esto, los

trabajadores y trabajadoras deben implicarse si se pretende que la intervención sea eficaz, son ellos quienes pueden impulsar el proceso al interior de la empresa (ISTAS, 2002). Otra relevancia del método es la incorporación de conocimiento y metodología científica en la elaboración del cuestionario, y la incorporación de valores de referencia, junto con ser aplicable a todas las empresas, presentando pautas para adaptar el cuestionario según las necesidades de cada organización o empresa, de cualquier rama de actividad u ocupación de la que se trate.

Los resultados son fiables, pues se fundamentan en varias fuentes al interior de la empresa, y se validan mediante la triangulación de datos, o verificación cruzada de representantes de la dirección, de las y los trabajadores y técnicos de prevención. Por último, se puede señalar que facilita la acción sobre el origen de los riesgos, pues todo el proceso de intervención está orientado a prevenir y mejorar las condiciones que afectan la salud al interior de la empresa.

5.2.3 EL MARCO EUROPEO PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES (PRIMA-EF)

Los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo han sido identificados por la Agencia Europea para la Salud y la Seguridad en el trabajo, como uno de los mayores desafíos y problemáticas para la salud laboral. El estrés laboral, la violencia, el mobbing y el acoso laboral son problemáticas que afectan cada vez a un número mayor de trabajadores europeos, y que son ampliamente reconocidas como situaciones que afectan la calidad de vida de las personas, e implican un costo importante a las empresas. Ante esta realidad surge el Marco Europeo para el Manejo de Riesgo Psicosocial, más conocido como European Framework of Psychosocial Risk Management (PRIMA-EF), que fue desarrollado por el Instituto de Trabajo, Salud y Organizaciones de la Universidad de Nottingham, y financiado por el Sexto Programa Modelo de la Comisión Europea. Este proyecto fue realizado entre 2006 y 2009, y aspiraba a entregar directrices para la práctica de gestión de riesgos psicosociales en el trabajo, y ponerla a disposición de los empleadores, sindicatos, trabajadores y expertos (Leka y Cox, 2008) .

El PRIMA-EF fue construido a partir de una revisión crítica y un estudio en profundidad de las aproximaciones existentes en Europa para el manejo de los riesgos psicosociales y la promoción de la salud mental en el trabajo (Leka y Cox, 2008). Para esta tarea se convocó a expertos, investigadores, agentes sociales, organizaciones internacionales y europeas. El diseño del Marco se trabajó en 4 fases: La primera fase se enfocó en una revisión sobre las mejores prácticas y aproximaciones de la gestión

de riesgo psicosocial en Europa, junto a la definición de los principios guías y elementos claves de estas prácticas. En una segunda fase se realizó un análisis de las políticas sociales, los marcos legislativos, y la infraestructura en relación a la gestión de los riesgos psicosociales, el estrés laboral, la violencia y el acoso en el trabajo. La finalidad de esta fase era realizar un análisis de estudios de casos y evidencia, sobre las mejores intervenciones en diferentes sectores laborales, grupos de trabajadores, tamaños de empresas y países europeos.

La tercera fase incluyó el desarrollo de recomendaciones y una guía práctica para la gestión de riesgo psicosocial, el estrés laboral, la violencia y el acoso en el lugar de trabajo. Un análisis de los aspectos claves relativos a la implementación de las mejores prácticas al interior de diferentes empresas y el desarrollo de líneas de acción para empleadores, empleados, sindicatos, expertos en salud ocupacional, y otros profesionales del área. Y la cuarta y última fase, buscó la difusión del instrumento, lo que se realizó mediante un libro que condensó el trabajo realizado a lo largo del proyecto. Este libro contiene documentación, análisis, resultados y recomendaciones como una herramienta inicial para sensibilizar en torno al tema de la gestión de riesgo psicosocial, estrés y violencia en el trabajo, y fue publicado y difundido a través de la OMS.

Actualmente, el PRIMA-EF es parte del Marco de Lugares Saludables de la OMS, y el trabajo del Consorcio PRIMA E-F se ha centrado en el desarrollo del Programa PRIMAet de Entrenamiento y Educación Vocacional de Gestión de Riesgo Psicosocial. Este programa, se basa en la investigación realizada por el PRIMA-EF, y busca promover el manejo de los riesgos psicosociales en los lugares de trabajo, mediante la entrega de información y herramientas a las empresas, utilizando las TIC a través de un entorno virtual de aprendizaje. Además, el Consorcio PRIMA-EF en conjunto con el Instituto de Normas Británico, está elaborando el Publicly Available Specification (PAS 1010), una especificación disponible para el público, que tiene por objetivo brindar un estándar de referencia en gestión del riesgo psicosocial, aumentar y mejorar el conocimiento, y sensibilizar sobre la importancia del control de estos riesgos en el trabajo.

Marco conceptual del PRIMA-EF

El PRIMA concibe que el manejo de los riesgos psicosociales no pasa por una práctica de investigación centrada en la evaluación únicamente, sino que debe ser una acción dirigida a reducir el daño causado por la exposición al riesgo. Sobre los riesgos psicosociales en el trabajo, éstos están relacionados con aspectos de la concepción y gestión del trabajo y los contextos sociales y organizacionales que tienen

el potencial de causar daños psicológicos o físicos (Leka, Griffiths y Cox, 2003; citados en Leka y Cox, 2008). El PRIMA utiliza los factores psicosociales caracterizado por Cox & Griffiths (ver Anexo 2). Es importante señalar que el modelo PRIMA-EF, también incorpora la violencia, el mobbing y el acoso laboral como riesgos psicosociales en el trabajo, pues estos fenómenos normalmente son multiformes que tienen un correlato psicológico, pero que deben ser examinados y analizados como consecuencia de un ambiente laboral precario desde el punto de vista psicosocial.

Las claves del método PRIMA-EF

Ante la constatación de la gravedad de los riesgos psicosociales que están afectando a la población trabajadora de Europa, distintos gobiernos han planteado estrategias y métodos para lidiar con estas problemáticas. El desafío asumido por el programa PRIMA-EF fue el traducir las políticas y métodos existentes para la gestión del riesgo psicosocial a nivel europeo, en prácticas efectivas. Este modelo tiene por finalidad la entrega de herramientas que sirvan de apoyo a las organizaciones y empresas para el desarrollo de políticas, indicadores y planos de acción relevantes para prevenir y gestionar el estrés laboral, la violencia, el acoso y el bullying en el lugar de trabajo. Este desafío implicaba la creación de un marco de acción que fuese compatible para toda Europa, tanto a nivel de las empresas como a un nivel global o macro. Para esto, se intentó recopilar toda la evidencia existente respecto de la gestión del riesgo psicosocial a lo largo de Europa, y conciliarla en un proceso: el PRIMA-EF. De este modo, el PRIMA identifica 12 conceptos claves a partir del estudio de las experiencias y métodos implementados en la UE para la gestión del riesgo psicosocial, y los incorpora a su marco de acción (Leka y Cox, 2008):

- 1. Prevenir es un buen negocio:** La gestión del riesgo psicosocial es sinónimo de una mejor práctica de negocio, en tanto refleja un mejor manejo organizacional, aprendizaje y desarrollo, responsabilidad social y la promoción de calidad de vida laboral.
- 2. Una práctica informada en la evidencia:** La gestión de riesgos es una práctica sistemática que inicia con la identificación de los problemas en el lugar de trabajo y el conocimiento de los riesgos implicados: su naturaleza, magnitud y a quiénes afecta. Este diagnóstico de cuáles son los riesgos al interior de la empresa debe cumplir con 2 condiciones: ser un consenso al interior del lugar de trabajo, y tener una base en la evidencia teórica. Una vez que se analizó y comprendió muy bien el origen de los riesgos, recién puede plantearse una acción para abordar el problema, proponiendo un plan de medidas para reducir esos riesgos

en su origen. Luego el plan de acción de gestión del estrés es evaluado, y se reevalúan los problemas identificados en un inicio, con el fin de que se desarrolle un aprendizaje organizacional.

- 3. Propiedad sobre el proceso:** Los riesgos psicosociales están relacionados a cómo se organiza el trabajo, como consecuencia los actores principales deben ser los trabajadores y gerentes, pues son los responsables del trabajo que se realiza. Es importante que ellos se sientan dueños del proceso de manejo de riesgo psicosocial, por tanto externalizar estos procesos a servicios proveedores u otros es un error. En el caso de los gerentes o administradores es importante relevar las buenas prácticas de negocio, y cómo la preocupación por la salud puede traer beneficios a la empresa.
- 4. Contextualización y encuadre:** El contexto del lugar de trabajo difiere mucho del contexto nacional, por lo que resulta necesario adaptar el diseño de las actividades de gestión del riesgo con el fin de obtener mejores resultados. El “tailoring” o encuadre es otra práctica que mejora la utilización de recursos, la efectividad del plan de acción y la evaluación de riesgos. Consiste en la búsqueda de las mejores herramientas para hacer frente al problema actual, es una planificación de la acción teniendo en cuenta: qué se abordará en el proceso (objetivos, desafíos, recolección de datos), a quiénes está dirigido (personas, departamentos, etc.), cómo se implementará el proceso (evaluación de riesgo, establecer metas, implementar, monitorear, evaluar), y por último quién revisará el proceso. La planificación además debe considerar el tamaño de la empresa, las características de la fuerza de trabajo, el sector ocupacional, y el contexto nacional en que se encuadra la acción.
- 5. Aproximación participativa y diálogo social:** La incorporación de todas las partes implicadas, en la prevención puede reducir las resistencias al cambio y aumentar su efectividad. Pues de esta forma aumenta la participación y se dan los primeros pasos necesarios para la prevención. Es indudable que los miembros de la organización y otros actores sociales poseen un conocimiento especializado sobre su medio laboral, y la mejor forma de acceder a este conocimiento es mediante la participación e inclusión de estos actores. En los buenos modelos de gestión de riesgos, la validez de la experticia que tienen los trabajadores en relación a sus trabajos es reconocida. Respecto del nivel de políticas sociales, la participación es también muy relevante para la efectividad de las acciones.

6. Multi-causalidad e identificación de factores clave: Los riesgos psicosociales tienen muchas causas, algunas son más evidentes y otras requieren de un buen análisis para identificarlas. Por esto es importante estudiar y analizar cuidadosamente, y una vez encontradas las causas planificar las soluciones.

7. Soluciones que sean adecuadas para el propósito: La evidencia científica es importante, pero en ocasiones no da orientaciones que se adecúen a la práctica, por esto se debe partir desde los problemas para investigar y desarrollar conocimientos y soluciones acordes al propósito que buscamos lograr.

8. Diferentes niveles de intervenciones enfocados en la medición:

En la prevención primaria se deben priorizar intervenciones que reduzcan el riesgo en el origen, en las áreas en que la organización requiere realizar un cambio. Se trata de intervenciones que promuevan la salud organizacional, en asuntos relativos a la cultura organizacional, buscando un diálogo social y participación. En la prevención secundaria, la mayoría de las intervenciones está centrada en el individuo, lo que ha demostrado resultados positivos en la reducción del estrés. Esto implica tomar medidas y trabajar con aquellos grupos expuestos a los riesgos, entregando educación y entrenamiento para lidiar con las dificultades del trabajo y hacer frente a los riesgos, o mitigar sus efectos. Por último, en lo referente a la prevención terciaria, la acción se enfoca en las consecuencias físicas o psicológicas como consecuencia de la exposición a los riesgos psicosociales. rehabilitación y programas de reintegración para aquellos trabajadores que deben volver al trabajo.

9. Ética: No debe olvidarse que la gestión de riesgo psicosocial trata sobre las personas, su salud mental, su estatus, su trabajo, y su negocio. Por esto proteger la salud psicosocial de las personas es una obligación legal y también ética.

10. Relevancia para agendas políticas más amplias: La gestión de riesgo psicosocial es relevante para agendas que promueven la salud de los trabajadores, la calidad de la vida laboral y la innovación y competitividad a lo largo de la Unión Europea. Es importante también para la OMS y su plan mundial de acción por la salud de los trabajadores, y la Agenda de Lisboa.

11. Estándares mínimos: Se debieran generar estándares mínimos para el proceso de gestión del estrés y sus resultados directos. Estos estándares debiesen estar enraizados en los requerimientos legales y principios prácticos.

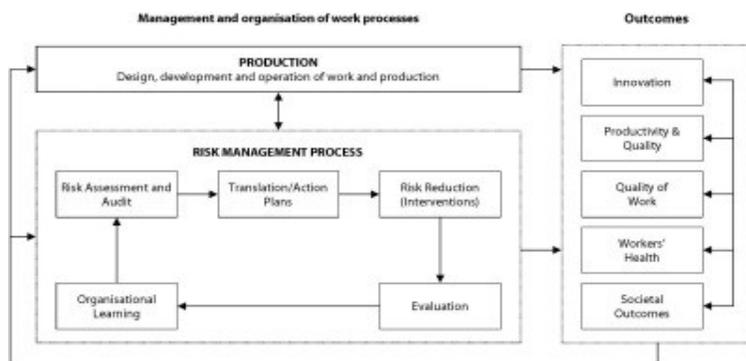
12. Capacidades requeridas: Las políticas para la gestión del riesgo psicosocial requieren capacidades a nivel de las empresas como a nivel macro: Conocimiento adecuado sobre los agentes clave (gerencia, trabajadores, responsables de las políticas), información fiable y relevante para apoyar el proceso de decisión, disponibilidad de métodos y herramientas efectivos, disponibilidad de apoyo competente (expertos, servicios e instituciones). La ejecución de un proceso de gestión de riesgo psicosocial es un desafío profesional, que debe basarse en conocimiento científico y cuidando las sensibilidades de quienes están involucrados.

A partir de las 12 claves identificadas por la investigación, reconciliación y armonización de las evidencias y prácticas existentes en Europa, para el manejo de los riesgos psicosociales, se construyó el modelo PRIMA –EF. Esto se realizó llevando estas claves a un modelo de gestión del riesgo psicosocial a nivel de las empresas o lugares de trabajo, y a nivel macro. Para efectos de esta memoria resulta relevante la acción del PRIMA a nivel de las empresas, por tanto profundizaremos más extensamente en estas recomendaciones, que las propuestas a nivel macro.

El modelo de gestión de riesgo psicosocial a nivel de las empresas

La gestión de riesgos psicosociales incorpora 5 elementos claves a nivel de los lugares de trabajo (Leka y Cox, 2008):

- a) Focalización en un grupo determinado, local de trabajo o conjunto de operaciones.
- b) Realizar una evaluación de riesgos para comprender la naturaleza del problema y las causas en su origen.
- c) Diseño e implementación de acciones dirigidas a eliminar o reducir los riesgos.
- d) Evaluación de las acciones propuestas.
- e) Gestión activa y cuidadosa del proceso.



La figura 3 describe el proceso de gestión de riesgos propuesto por PRIMA-EF al interior de la empresa (Leka y Cox, 2008).

Etapas del proceso PRIMA

Evaluación de riesgos

El propósito de la evaluación de riesgos es informar, orientar y apoyar la reducción de los riesgos psicosociales. Para esto, en primer lugar se deben identificar los riesgos psicosociales presentes en la organización, su naturaleza y la gravedad del problema. En segundo lugar, se debe informar sobre los posibles daños asociados, señalando de qué manera pueden afectar a las personas y a la organización. Para esto, se puede recoger información a partir de registros de la organización como: niveles de ausentismo, salud ocupacional, niveles de rotación del personal, etc. O recurrir al análisis de incidentes relacionados con la violencia, el acoso u otros, que se hayan desarrollado al interior de la organización. De esta manera es posible encontrar los factores de riesgo presentes en la organización y priorizar su importancia en función del daño que provocan, la cantidad de personas que pueden verse afectadas, etc. En el PRIMA-EF los riesgos psicosociales incluyen la violencia, el bullying y el acoso laboral, por tanto es importante tener en cuenta el ambiente físico de trabajo, el diseño del local de trabajo, y la seguridad, como factores que permiten ataques violentos. La evaluación de riesgos busca identificar los desafíos o aspectos a mejorar, sin embargo también es necesario considerar los aspectos positivos del trabajo que deben ser potenciados.

Una buena evaluación de riesgos:

- ✓ Debe basarse en datos recopilados a partir de investigaciones, discusiones grupales e individuales.
- ✓ Debe considerar el contexto amplio y la diversidad cultural entre los estados miembros de la UE.
- ✓ Debe reconocer y utilizar los conocimientos y experiencias de los trabajadores en relación a su trabajo.
- ✓ Debe buscar el consenso de opiniones al interior de la empresa, evitando los puntos de vista individuales.

Catastro de las prácticas de apoyo existentes

Antes de iniciar en la planificación de una acción es preciso analizar las medidas existentes, si las hay, al interior de la organización para lidiar con estos problemas. Este análisis implica un catastro de las prácticas de gestión existentes para lidiar con los riesgos psicosociales, el estrés u otros aspectos relacionados con la salud al interior del lugar de trabajo. También se evalúa el apoyo que tienen los trabajadores para poder lidiar con estos problemas en caso de que se vean afectados. De esta forma

es posible tener una visión sobre los riesgos que no están siendo abordados por la organización en el momento, y desarrollar un plan de acción que tenga en consideración esto.

Desarrollo de un plan de Acción

Una vez que se tiene claridad sobre la naturaleza de los problemas y sus causas es posible diseñar un plan de acción dirigido a reducir estos riesgos. Este plan debe considerar y definir: cuál será el objetivo y cómo se logrará, quién es el responsable de desarrollar el plan de acción, quiénes deben participar, cuáles son los plazos para desarrollar la acción, qué recursos se requieren, cuáles son los beneficios que se esperan, cómo pueden medirse estos beneficios, y la manera en que se evaluará el plan de acción y sus efectos. Las intervenciones pueden prevenir problemas de salud a través de: la reducción de los riesgos mediante un rediseño del trabajo, la gestión de riesgos entregando herramientas para eliminarlos o reducirlos, el tratamiento y rehabilitación a aquellos que ya han sido dañados por la exposición a los riesgos. Las intervenciones enfocadas a la reducción de riesgo deben priorizar la intervención en el origen de los riesgos y en la organización.

Reducción de riesgos (implementación del plan de acción)

La implementación de las medidas debe realizarse con cuidado y atención, vigilando la evolución del plan de acción para identificar si existen errores o se deben hacer cambios. La apropiación y la participación de los actores, trabajadores y gerentes es esencial para que el proceso tenga éxito.

Evaluación del plan de acción

Es fundamental evaluar el plan de acción, el proceso y sus resultados para comprender cuáles han sido los logros y dificultades, y por qué se han dado estos problemas. Esta evaluación debe tener en cuenta varios tipos de información y diversas fuentes: como los trabajadores, la gerencia, y los expertos. Se debe realizar una reevaluación del problema original y del proceso de gestión de riesgos realizado, con el fin de establecer un proceso de mejora continua que debe repetirse en el contexto organizacional.

Aprendizaje organizacional

La evaluación del plan de acción permite compartir, discutir y comunicar puntos de aprendizaje a partir de la experiencia, que pueden ser usados en procesos futuros de gestión de riesgo. Estos aprendizajes pueden ser utilizados para rediseñar y reorganizar el trabajo, y deben ser comunicadas a un público más amplio de la empresa. De modo que el siguiente proceso de gestión de riesgo considere estos aprendizajes.

Prevención y gestión del estrés, la violencia, el bullying y el acoso en el trabajo

El objetivo principal del modelo PRIMA es la reducción del riesgo, por tanto la prevención o el manejo del estrés también es uno de sus desafíos. Los modelos de estrés laboral coinciden en que se experimenta estrés cuando las exigencias del entorno laboral superan las capacidades del trabajador para hacer frente o controlar la situación (Leka y Cox, 2008). Hay 3 tipos de intervenciones principales para la gestión del estrés relacionado con el trabajo: La prevención primaria se dirige a cambiar elementos de la organización y gestión del trabajo con el fin de prevenir el estrés. La prevención secundaria busca desarrollar habilidades individuales y entrenamientos para hacer frente al estrés. Y la prevención terciaria se orienta a reducir el impacto del estrés en la salud de los trabajadores, mediante el desarrollo de sistemas de rehabilitación y de retorno al trabajo. El PRIMA-EF identifica aspectos claves en las estrategias de prevención y gerenciamiento del estrés laboral, en cuanto al contenido de la intervención, la implementación y la evaluación de la intervención. Estos procesos se deben desarrollar conforme a los lineamientos entregados por el Modelo PRIMA para el desarrollo de gestión de riesgos psicosociales, detallados anteriormente. Respecto de la violencia y el bullying existen 3 principales abordajes: Las intervenciones primarias apuntan a reducir los riesgos de que se de violencia o bullying en el lugar de trabajo, estas políticas contemplan un registro de los incidentes violentos y el rediseño y reorganización de los ambientes de trabajo.) Las intervenciones secundarias buscan incrementar los recursos individuales mediante la formación del personal, la resolución de conflictos, etc. El objetivo de las intervenciones terciarias es reducir y remediar los daños causados por la intimidación o la violencia, mediante terapias, acuerdos comerciales, asesorías y programas de atención.

Los aspectos claves para prevenir y gestionar el bullying y la violencia en el trabajo se corresponden con el modelo PRIMA de gestión de riesgos psicosociales y sus etapas. Sin embargo, es necesario destacar que es fundamental el compromiso y el apoyo de la gerencia, viendo estos fenómenos como problemas del ambiente de trabajo, derivados de la organización del trabajo, de la cultura organizacional, y de las prácticas de liderazgo. Para esto se deben crear políticas y códigos de conducta antibullying, antiviolencia y una cultura de respeto en el local de trabajo, que incluya procedimientos claros para prevenir y lidiar con estos problemas, y la forma en que la gerencia apoyará estos procesos. Además es importante capacitar a los gerentes y a todos los trabajadores en estos temas, entregándoles formación en habilidades para combatir la violencia en el trabajo.

El PRIMA-EF, la Responsabilidad Social Empresarial y el Diálogo Social.

El PRIMA-EF da gran importancia al diálogo social, para negociar y llegar a consensos en temas relevantes, y es crucial para combatir los riesgos psicosociales en el trabajo. El diálogo social constituye un elemento central en Europa, sin embargo a nivel de la Unión Europea se dan diferencias entre los estados miembros, específicamente en los estados que se han incorporado recientemente, los que no cuentan con una tradición en estos aspectos. En algunos de estos estados hay altas tasas de desempleo, y diferencias importantes de poder entre empleadores y sindicatos. Actualmente, con la creciente globalización y la mayor consciencia ambiental y social, el concepto de responsabilidad empresarial, ha adquirido más importancia. La responsabilidad social empresarial (en adelante RSE), fue definida por la Comisión Europea en 2001 como la manera en que la empresas integran de forma voluntaria las preocupaciones ambientales y sociales en sus modos de accionar. La RSE se refiere a la ética empresarial, cuyo valor fundamental es una cultura empresarial que promueva un comportamiento responsable. Esta puede ser una responsabilidad social externa; de la empresa para con la comunidad, sociedad o planeta, como también con una responsabilidad social interna, de la empresa en relación a su fuerza de trabajo. Esto último, incluye prácticas socialmente responsables referentes a los trabajadores en lo que respecta al respeto de la seguridad y la salud, la igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo, las condiciones de trabajo, la inversión el capital humano, la gestión de cambios industriales, etc. En este sentido, cuidar la fuerza de trabajo es desarrollar sus capacidades, y abordar los riesgos psicosociales y promover el bienestar en el lugar de trabajo también es parte de la RSE, y poseen una importancia para la organización y para la sociedad en su conjunto (Leka y Cox, 2008).

El PRIMA-EF brinda algunas orientaciones para la gestión de los riesgos psicosociales como práctica de RSE. Como paso previo debe reconocerse la importancia estratégica de la gestión de riesgos psicosociales, y conseguir el apoyo de la alta dirección de la empresa. Un primer paso es desarrollar un estudio de caso para establecer cuáles serán los beneficios para la salud y la sociedad, definiendo los ahorros que significarán a la empresa y el valor agregado que este proceso podría aportar.

5.3 ANÁLISIS DE LOS MÉTODOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA EN RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO

A partir de la revisión de tres métodos de prevención: el Modelo Obrero Italiano (en adelante MOI), el COPSQO ISTAS21, y el PRIMA-EF, se realizará una profundización y análisis crítico de cada método revisado, y posteriormente se analizará la participación de los trabajadores en el proceso de prevención. Para esto, se considerará la información señalada por los expertos y fuentes especializadas en cada uno de los métodos, con el fin de establecer interpretaciones acordes, y evaluar los aspectos compartidos y aquellos en que se difiere.

5.3.1 ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS MÉTODOS REVISADOS

Como primera observación es importante señalar que todas estas aproximaciones surgen en Europa, un continente donde el tema de la salud laboral y de la prevención constituye una preocupación de larga trayectoria. Los métodos estudiados, surgen en diversos países europeos y en épocas distintas, el Modelo Obrero proviene de Italia y es el más antiguo al surgir en 1969, el ISTAS21 es una adaptación para España que surge en 2003 y el PRIMA, surge en el 2009 en Inglaterra con el afán de abordar toda Europa. Es importa resaltar que los tres modelos se encuentran vigentes actualmente y están siendo aplicados en diversos países bajo el apoyo de distintos Gobiernos, Centros de Investigación u Organizaciones Sindicales. Cabe destacar que en el caso del MOI, a pesar de que esta metodología se originó hace muchos años, hoy en día ha vuelto a adquirir gran importancia y existen experiencias recientes en países como Argentina, Uruguay, y México, y desde el Gobierno de Venezuela se está implementando y adaptando este modelo al contexto local.

Los métodos abordados surgen en distintos periodos, y la creación de todos ellos se origina en contextos caracterizados por condiciones de deterioro de la salud de los y las trabajadoras, producto del trabajo. En el caso de Italia, desde los años 50 venían empeorando las condiciones laborales, caracterizadas por una intensificación del trabajo, producto de despidos masivos de la fuerza laboral. Este fenómeno impactó fuertemente en los trabajadores, incrementando sustancialmente los índices de accidentes industriales y de enfermedades profesionales. Es en este contexto donde comienzan a surgir diversas iniciativas de los trabajadores para la defensa de su salud laboral, y entre éstas comienzan a gestarse las primeras experiencias que finalmente son sistematizadas en el Modelo Obrero Italiano (MOI).

En España, en el momento en que surge el ISTAS21, existía gran preocupación por los altos índices de absentismo laboral y la alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares, trastornos de la salud mental y músculo-esqueléticos, en la población española. En este contexto, los factores psicosociales eran identificados como una de las causas más relevantes en la ocurrencia de estos daños a la salud en el trabajo.

En el caso del PRIMA-EF era urgente un modelo macro para hacer frente a la alta prevalencia de los riesgos psicosociales en la salud de los trabajadores, expresada en fenómenos como el estrés laboral, el acoso, la violencia y el bullying en el lugar de trabajo. Este modelo apuntaba al conjunto de la población Europea, y en especial a los países miembros incorporados recientemente, que no contaban con una estrategia efectiva para responder frente a estas problemáticas.

A continuación revisaremos cómo se concibe la prevención y los factores psicosociales en cada uno de estos métodos, cuál es el objetivo que se plantean, cómo se pretende alcanzar dicho objetivo, y qué actores relevantes llevan adelante el proceso en cada metodología.

La prevención como acción

Para el PRIMA-EF prevenir implica actuar y no solo evaluar, implica generar acciones dirigidas a reducir el daño causado por la exposición al riesgo. En el caso del ISTAS la evaluación de riesgos no es un fin en sí mismo ni una mera prescripción burocrática de obligado cumplimiento. Es un paso previo para llegar a una prevención racional y efectiva. Es una secuencia lógica donde se inicia primero el evaluar, pero no para el mero hecho de conocer sino para prevenir (ISTAS,). En este sentido, el ISTAS21 es un método de evaluación, pero está orientado a la prevención, en tanto identifica los riesgos, facilita su localización, e implica un diseño de acciones para hacer frente a estos riesgos. Por su parte, para el Modelo Obrero Italiano, la prevención debe orientarse a investigar la realidad laboral, con un énfasis en las condiciones nocivas del ambiente de trabajo, para generar soluciones y acciones alternativas que transformen la realidad.

Los tres métodos revisados concuerdan en que la prevención es un proceso que no culmina con la evaluación o con la identificación de riesgos, sino que debe estar orientado a la acción y transformación de aquellas condiciones identificadas como riesgosas.

Prevenir los riesgos psicosociales en su origen

Para el ISTAS21 los factores psicosociales son factores de riesgo para la salud que se originan en la organización del trabajo y que generan respuestas de tipo fisiológico, emocional, cognitivo y conductual, que pueden ser precursoras de enfermedad. Para la prevención de riesgos se identifican y miden los factores psicosociales en su origen, es decir en la organización del trabajo, con el fin de reducir y eliminar el estrés y los efectos o enfermedades asociados. De este modo, no se busca identificar las enfermedades sino los factores causantes de estas, para eliminarlos o aminorar su impacto.

El PRIMA-EF considera que los riesgos psicosociales están relacionados con aspectos de la concepción y gestión del trabajo, y los contextos sociales y organizacionales que tienen el potencial de causar daños psicológicos o físicos. Además, señala que la incidencia de factores sociales o sectoriales, como una crisis, pueden tener efectos sobre los riesgos psicosociales en el trabajo. Para el PRIMA, gestionar los riesgos psicosociales en el local de trabajo y su impacto negativo, implica que las acciones preventivas o intervenciones deben dirigirse a las fuentes de riesgo en el local de trabajo. Junto a estas medidas, pueden ser implementadas acciones de prevención a nivel de los trabajadores, de forma individual.

En el caso del MOI es importante destacar que aborda los riesgos psicosociales y también riesgos materiales del ambiente de trabajo. Comprende el ambiente de trabajo como el conjunto de condiciones que rodean a las personas que trabajan y que directa o indirectamente, influyen en la salud y la vida del trabajador. A las situaciones presentes en el ambiente laboral y que son capaces de ocasionar un daño a la salud del trabajador se les denomina riesgo. El Modelo Obrero Italiano, a diferencia de los otros métodos revisados, identifica el ambiente de trabajo como el lugar donde la mano de obra, la materia prima y el capital se convierten en mercancía y ganancia. Es en este proceso donde se generan los factores que dañan a los trabajadores y contaminan el medio ambiente, dentro y fuera de la fábrica.

Puede señalarse que todas las metodologías revisadas comprenden una prevención de riesgos focalizada en el origen, por tanto en el caso de los riesgos psicosociales se deben cambiar las formas en que se organiza el trabajo, pues ésta es la fuente que origina las enfermedades y daños a la salud de los y las trabajadoras.

Utilización de modelos explicativos en factores de riesgo psicosocial

El ISTAS21 incorpora la evidencia proporcionada por los modelos teóricos de Demanda-control, Desequilibrio Esfuerzo Recompensa y Justicia Organizacional para definir cuáles son los factores psicosociales que producen daño. Con el fin de integrar aquellos factores para los cuales existe evidencia de que son perjudiciales para la salud también añade la dimensión de doble presencia.

El PRIMA por su parte, realiza una revisión de las mejores prácticas y aproximaciones de la gestión de riesgo psicosocial en Europa, incorporando evidencia respecto de las políticas sociales, los marcos legislativos, y la infraestructura en relación a la gestión de los riesgos psicosociales, el estrés laboral, la violencia y el acoso en el trabajo. Además esta metodología incorpora fenómenos como la violencia, el mobbing y el acoso laboral considerándolos riesgos psicosociales en el trabajo, pues estos se originan como consecuencia de un ambiente laboral precario desde el punto de vista psicosocial.

El Modelo Obrero Italiano en cambio, no utiliza la evidencia de los Modelos Explicativos de Riesgos en Psicosociales en su estrategia de prevención. Sin embargo, pese a que surge en un periodo en que no se contaba con evidencia empírica o teórica respecto de los riesgos psicosociales asociados al trabajo, incorpora diversas condiciones de trabajo que generan daño en la salud de los trabajadores, apuntando la prevención a la transformación de condiciones materiales como la temperatura o la emisión de gases tóxicos y condiciones psicosociales como la satisfacción en el trabajo o las exigencias psíquicas.

Distintos procesos para mejorar las condiciones laborales en el lugar de trabajo

En el caso de la metodología ISTAS21, su objetivo es mejorar las condiciones laborales de los trabajadores en el lugar de trabajo. Para esto, identifica y mide aquellas características de la organización del trabajo para las que hay evidencia científica suficiente de que pueden perjudicar la salud, y controla los riesgos psicosociales al interior de la empresa para actuar sobre ellos, generar cambios, y obtener una organización del trabajo más saludable. En este sentido, el ISTAS21 es un instrumento de medición de riesgos psicosociales validado científicamente que permite realizar esta evaluación y generar los cambios. Para llevar a cabo este proceso y utilizar el instrumento, propone un acuerdo o negociación entre los representantes de los trabajadores y de la empresa, en el cual la empresa se comprometa a asegurar las condiciones propicias para que se desarrolle la evaluación de

riesgos. Este acuerdo tiene por finalidad generar condiciones que faciliten el desarrollo de la prevención, tales como; pactar la respuesta del cuestionario al interior de la empresa y en horario laboral, implementar las medidas de prevención, sensibilizar a los trabajadores, etc. Una vez que ya se definieron las acciones preventivas que se deben realizar como parte del proceso, el modelo ISTAS21 propone acoplar estas medidas a las acciones preventivas que están siendo realizadas por la empresa.

En el caso del Modelo Obrero Italiano, esta metodología tiene por objetivo mejorar las condiciones laborales al interior del lugar de trabajo y para esto, busca que los trabajadores investiguen la realidad de su empresa para que tomen conocimiento de los riesgos que tiene su trabajo y elaboren un plan de acción para transformarlos, es por tanto una metodología de investigación -acción. Para plantear la estrategia de prevención primero identifican los factores de riesgo más relevantes en el ambiente laboral, ya sea por el daño que provocan o por el número de trabajadores que pudiera verse afectado. A partir de la elaboración de mapas de riesgo y discusiones entre los mismos trabajadores, y mediante la evaluación de todas las esferas del trabajo que potencialmente pueden producir daños a los trabajadores, se reconstruye el proceso de trabajo, y se entrega una visión completa de este a los trabajadores, permitiendo desarrollar y definir el carácter de la acción a realizar. Se considera que la estrategia de transformación debe surgir de los trabajadores y desde su experiencia, ser implementada por ellos mismos, y como parte de una estrategia de lucha por mejorar sus condiciones laborales y defender su salud.

Por su parte, el PRIMA-EF tiene por finalidad armonizar las prácticas de prevención que se estaban realizando en Europa en la gestión de estos riesgos psicosociales, del estrés laboral, el bullying y la violencia en el trabajo. El PRIMA es un marco de gestión de los riesgos psicosociales a nivel europeo, y generó recomendaciones metodológicas, estándares e indicadores para mejorar las estrategias de prevención de riesgos psicosociales. Busca que las empresas y los diferentes estados miembros de la Unión europea incorporen estas recomendaciones y potencien la eficacia de las estrategias, mejorando así la salud de los trabajadores. La estrategia del PRIMA, destaca la importancia de mejorar los conocimientos científicos, técnicos y metodológicos en la gestión de riesgos psicosociales y lograr que los gerentes los apliquen al interior de las empresas, pues los concibe como los principales responsables de la gestión de riesgos en el lugar de trabajo.

Como se observa, aunque las tres metodologías comparten un objetivo general en común, que tiene que ver con la mejora de las condiciones laborales de los trabajadores, existe una clara diferencia en

los procedimientos que éstas plantean para alcanzar ese objetivo. En el caso del ISTAS21 proporciona un instrumento de evaluación de los riesgos psicosociales validado científicamente, que busca mejorar las condiciones de trabajo, evaluando y controlando los riesgos psicosociales al interior de la empresa para actuar sobre ellos y generar cambios. El MOI, en cambio, considera en su metodología un plan de investigación-acción y diversas técnicas participativas para incorporar a los trabajadores en el proceso de prevención, porque busca que estos investiguen su realidad laboral, para que tomen conocimiento de los riesgos que entraña su trabajo y elaboren un plan de acción para transformarlos. Por último, el PRIMA, busca mejorar las condiciones laborales, generando recomendaciones metodológicas, estándares e indicadores en la gestión de los riesgos psicosociales, el estrés laboral, el bullying y la violencia en el trabajo, para que las empresas y los estados miembros las incorporen. Es decir, busca generar evidencias, instrumentos y recomendaciones generales que permitan consensuar criterios para generar mejores estrategias de prevención.

Vemos entonces como a través de distintas acciones; recomendaciones, estrategias de investigación-acción, y el uso de instrumentos validados científicamente, se pueden generar distintos procesos de prevención en riesgos psicosociales, con el objetivo en común de mejorar la salud de los y las trabajadoras en su lugar de trabajo.

Los actores que impulsan el proceso de prevención y la incorporación del empleador

El modelo obrero italiano no considera un acuerdo con el empleador para llevar a cabo el proceso de investigación e implementación de los cambios, es decir, no hay un acuerdo mutuo que garantice el desarrollo del proceso, este se realiza independientemente del empleador. El MOI no considera al empleador como un colaborador, concibe que la mejora de las condiciones de salud laboral debe ser iniciativa de los trabajadores y no debe ser delegada a otros actores, como técnicos, sindicatos o representantes de los trabajadores, por tanto únicamente los trabajadores son quienes llevan adelante el proceso.

El ISTAS en cambio, plantea una negociación entre trabajadores y empleadores para que se realice el proceso de prevención y se ejecuten las acciones correspondientes, acordando condiciones que deben cumplirse para utilizar el instrumento. Por un lado los representantes de los trabajadores deben velar por sus intereses en el grupo de trabajo y por otro lado el empleador debe colaborar y comprometerse con los cambios acordados. En ese sentido, el empleador y los representantes de la empresa son

considerados y se reconocen como un actor relevante para que se garantice la viabilidad de las acciones.

Por su parte, el PRIMA está dirigido fuertemente hacia los gerentes y directivos buscando que sean ellos los anfitriones del proceso, puesto que los considera como un actor relevante que es capaz de impulsar los cambios de las condiciones laborales en la empresa. Aunque considera a los trabajadores como parte del proceso, esta metodología está dirigida principalmente a los empleadores, gerentes y técnicos, buscando generar conciencia en los empleadores de los beneficios económicos que generan las mejoras en la salud de los trabajadores. Esta visión es acorde con las políticas de Responsabilidad Social Empresarial (RSE), pues enfatiza en la prevención como parte de las responsabilidades que debe asumir el empleador, y busca recalcar que puede ser muy provechoso y beneficioso para la empresa gestionar los riesgos psicosociales, pues permite aumentar la productividad y competitividad de las empresas. Para esto, enfatiza y releva la importancia de estos riesgos en el aspecto económico, en la disminución de la productividad, en los altos costos por absentismo laboral que son costeados por las empresas, y en la disminución de la competitividad de las empresas europeas.

Puede observarse entonces, que la figura del empleador es concebida de diversas formas en cada una de estas metodologías, y que además se incorpora su participación en el proceso de distintas maneras. En el caso del PRIMA y el ISTAS21, el rol asumido por el empleador posibilita que se lleve adelante el proceso de prevención, mientras que en el modelo obrero no se considera la colaboración de empleadores en el proceso. En el caso del PRIMA se releva la figura del empleador como quien tiene la obligación de gestionar los riesgos al interior de la empresa, y busca incentivarlo y comprometerlo para que este desarrolle las acciones necesarias de prevención y se haga cargo de la gestión de riesgos psicosociales. Por su parte, en el MOI los actores más relevantes son los trabajadores, y es explícito que no se debe delegar ni en los técnicos ni en representantes. Y en el ISTAS21 se establece una negociación entre trabajadores y representantes de la empresa a través de un grupo de trabajo que permita conciliar los intereses de ambas partes y resolver los conflictos que surjan durante el proceso. Este método reconoce que para llevar adelante la prevención es necesario contar con la autorización y el compromiso del empleador, y por esto busca negociar con él y establecer acuerdos.

Las implicancias del contexto de surgimiento de cada modelo

El ISTAS21 es una iniciativa encabezada por el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS), una *"fundación autónoma de carácter técnico-sindical promovida por Comisiones Obreras (CCOO) con*

el objetivo general de impulsar actividades de progreso social para la mejora de las condiciones de trabajo, la protección del medio ambiente y la promoción de la salud de los trabajadores y trabajadoras en el ámbito del estado español" (ISTAS). De acuerdo al ISTAS, este instituto forma parte "del esfuerzo colectivo por lograr una sociedad humana de personas iguales y libres, basada en la solidaridad y en el desarrollo socialmente justo y ambientalmente sostenible" (ISTAS). Los principios de este instituto son: Servicio a la clase trabajadora, rigor técnico-científico, autonomía de funcionamiento y técnica, y la incardinación en la estrategia y los objetivos establecidos con CC.OO. El ISTAS como instituto señala como un objetivo central el procurar que todas sus investigaciones, artículos, documentos y publicaciones estén al servicio de los trabajadores, pues busca fortalecer la capacidad sindical del conjunto de los representantes legales de los trabajadores y, muy especialmente, la de las delegadas y los delegados de prevención. El ISTAS ha creado centros de referencia para temas que requieren de mayor especialización en los temas de salud trabajo o ambiente, uno de estos centros el de "Organización del trabajo y salud" impulsó la realización de evaluaciones de riesgos psicosociales y la participación de los trabajadores y sus representantes en ellas como elemento clave y primer paso de la prevención psicosocial en las empresas. De esta forma se desarrolla el COPSQ-ISTAS 21, que al surgir desde una organización sindical tiene una fuerte impronta al servicio de los trabajadores, como una herramienta para alcanzar la mejora de las condiciones de trabajo, y que busca fortalecer al sindicato y a los representantes de los trabajadores en el proceso.

El modelo obrero italiano surge en la Confederación Sindical de Turín, y constituye un esfuerzo conjunto de obreros y técnicos, para crear una herramienta al servicio de los trabajadores, y que no delegue la problemática de la salud en técnicos ni empleadores. Su origen proviene de diversas experiencias de trabajadores italianos que estaban preocupados por generar transformaciones en las condiciones nocivas del trabajo, y por disputar la salud. El modelo fue sistematizado por un conjunto de trabajadores y técnicos, guiados por el profesor Ivar Oddonne. El Modelo Obrero italiano, surge como una respuesta a las malas condiciones laborales en la Italia de los años cincuenta, y debido al alza de las enfermedades profesionales y accidentes industriales en las fábricas. Además, se forja al alero de la organización de los trabajadores no solo a nivel de la fábrica sino a nivel social. De esta forma el MOI, surge desde los mismos trabajadores como una herramienta de investigación-acción y de socialización de estos conocimientos, que mediante un lenguaje compartido busca concientizar a los trabajadores, y fortalecer su organización para transformar, formular demandas y ejecutar

acciones. En el MOI el foco son los trabajadores y sus demandas, y a diferencia de la Metodología ISTAS 21, son ellos mismos los que investigan, pues se basan en el principio de la "no delegación", de modo que son los trabajadores, y no sus representantes ni los técnicos, los que guiaran todo el proceso y generaran los conocimientos necesarios para encontrar las soluciones a los problemas de la salud en su lugar de trabajo.

El PRIMA-EF fue financiado por el *6th Framework Programme*, de la Comunidad Europea y desarrollado por centros colaboradores de la OMS en el área de la salud laboral, encabezados por el Instituto de Trabajo, Salud y Organizaciones de la Universidad de Nottingham, Inglaterra. Este instituto es el único en el mundo conformado por profesionales de la psicología aplicada, y tiene por finalidad hacer una contribución desde esta disciplina a la salud y seguridad pública, para generar entornos de trabajo, comportamientos y comunidades saludables. En 2007 se aprobó el Plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores 2008-2017 propuesto por la OMS, con el fin de instar a los Estados miembros a crear políticas y planes de acción nacional para la planificación, implantación y evaluación de acciones de promoción y protección de la salud laboral (OMS, 2007). Y sumado a esta iniciativa, la Unión Europea y sus estados miembros se encontraban desarrollando la estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo 2007-2012, en la cual se consignaba entre sus objetivos la puesta en marcha de estrategias integradas y coordinadas dentro de la Unión Europea, en lo que respecta a la elaboración de políticas nacionales y comunitarias (CEE, 2007). Es en este contexto que surge la iniciativa del PRIMA-EF, ligada a la academia y a organismos internacionales, y con una acción que se orienta a la entrega de herramientas a empleadores y estados miembros para traducir los convenios y acuerdos macro en acciones concretas, y a promover el diálogo social y la responsabilidad social empresarial (RSE) como un aspecto importante y necesario en la gestión de los riesgos psicosociales en la empresa y a nivel de políticas públicas.

Puede inferirse, que las distintas visiones y procedimientos, propuestos por cada método para mejorar las condiciones laborales, se pueden relacionar y se derivan lógicamente de los contextos institucionales, técnicos, académicos, o sindicales en que han surgido las propuestas, y de los objetivos que estas buscan. En el caso del ISTAS y el MOI ambas surgen desde organizaciones y espacios de los mismos trabajadores, y buscan promover la organización sindical, y entregar herramientas a los trabajadores. Mientras que el PRIMA surge desde organismos internacionales como la OMS e instituciones académicas, por tanto tiene una visión acorde con las políticas planteadas por estos organismos, y su acción busca entregar herramientas técnicas a los expertos, fortalecer la capacidad

de gestión de los empleadores, influenciando las políticas públicas que resguarden la salud laboral y promoviendo el diálogo social.

5.3.2 LA PARTICIPACION DE LOS TRABAJADORES EN EL PROCESO PREVENTIVO

Con respecto a la participación que tienen los trabajadores en las metodologías revisadas, se observa que todas estas estrategias incorporan a los trabajadores en alguna parte del proceso de prevención. Además, en los tres métodos revisados se debe contar con la aprobación de los trabajadores para llevar adelante el proceso, en otras palabras, no se puede ejecutar ninguna de estas metodologías si los trabajadores no están de acuerdo con los cambios a implementar. Un último aspecto en común dice relación con la valoración de la experiencia del trabajador, en tanto es él quien realiza el trabajo y por tanto conoce los riesgos y dificultades que este entraña.

La incorporación de la experiencia de los trabajadores

Para el ISTAS21 el rol de los trabajadores es tan fundamental que el proceso no se concibe sin la participación activa de estos, pues son quienes poseen el saber y la experiencia de lo que ocurre en el trabajo, y son quienes pueden implementar las mejoras. De acuerdo a este método el trabajador tiene el derecho de participar en lo que refiere a su salud, y es deseable que participe por una razón metodológica, pues es el portador de una visión única para la evaluación de los riesgos en su trabajo. Además, es capaz de asegurar el éxito de la intervención, pues al estar inmerso en el trabajo puede impulsar los cambios que se requieren.

El PRIMA sostiene que un buen modelo de gestión de riesgos, debe reconocer la validez de la experticia que tienen los trabajadores en relación a sus trabajos, pues ellos poseen un conocimiento especializado sobre su medio laboral, al igual que los gerentes, y mediante la participación e inclusión se puede acceder a este conocimiento. Considera que los trabajadores son parte importante del proceso, pero se dirige más a los gerentes, pues son ellos quienes deben impulsar los procesos y ejecutar las mejoras.

El modelo obrero italiano valora la experiencia de los trabajadores o experiencia obrera como uno de sus principios, y considera al trabajador como alguien que aprende, como parte de una clase

trabajadora, que posee conocimientos no solo de su quehacer específico en el trabajo, sino también respecto de su salud, con nociones propias sobre la que es la enfermedad y cómo se puede prevenir. Desde esta perspectiva, el saber y la experiencia de los trabajadores son fundamentales pues es la fuente principal de conocimiento al momento de indagar cuáles son las condiciones de trabajo que generan enfermedad.

En este punto es posible distinguir diferencias entre los métodos, pues mientras el PRIMA considera la experiencia de los trabajadores a un mismo nivel que los gerentes, vemos que el MOI le da una mayor relevancia pues los trabajadores llevan a cabo todo el proceso de prevención.

Las instancias de participación y decisión en el proceso

El ISTAS21 le da una importancia a la participación de trabajadores y trabajadoras, junto a sus representantes, en el desarrollo de todo el proceso. Para ello, busca facilitar su participación en distintas fases: la evaluación de riesgos, la interpretación de los datos, la sensibilización de la plantilla, la creación del plan de acción y en su implementación. Hay al menos dos instancias claras que incorpora el ISTAS21 en su metodología como mecanismos que aseguran la participación de los trabajadores, estos son: el grupo de trabajo y el círculo de prevención.

El grupo de trabajo está a cargo de todo el proceso de prevención, es el responsable de impulsar todas las acciones que compromete el uso del instrumento y está compuesto por representantes de la gerencia y de los trabajadores. En el método ISTAS, los datos son analizados por el grupo de trabajo, quienes deben inferir cuál es el origen de las exposiciones, y a partir de esta interpretación se establecen los objetivos de la acción preventiva. De esta manera, se considera que la incorporación de este mecanismo está orientado a asegurar que los trabajadores y sus intereses sean respetados y considerados, por medio de la acción de sus representantes, a lo largo de todo el proceso.

Por otro lado, los círculos de prevención se encuentran conformados por trabajadores convocados por el grupo de trabajo, y pueden ser consultados para apoyar en la interpretación de resultados, la creación del plan de acción o la modificación del plan de acción trazado por el grupo de trabajo. Para la realización de estas acciones, el grupo de trabajo realiza un grupo focal, que permita indagar y profundizar en distintos aspectos, o en los nudos más conflictivos. La relevancia de los círculos de prevención, es la incorporación de la experiencia de los trabajadores para interpretar los resultados, y generar acciones acordes a estas visiones.

Además existen otros mecanismos que propician la participación de los y las trabajadoras en el proceso mediante la sensibilización, difusión y socialización de contenidos. Estas acciones tienen por objetivo llegar a aquellos trabajadores que no forman parte del grupo de trabajo ni del círculo de prevención, y que no están tan involucrados en el proceso, con el fin de motivarlos a participar. Para esto, se busca sensibilizarlos respecto de la importancia que entraña la prevención de riesgos psicosociales, invitarlos a participar del llenado de la encuesta, y entregar información relevante sobre el proceso de prevención en curso, sus hallazgos y propuestas de acción.

Por su parte, en el Modelo Obrero Italiano el rol de trabajador tiene un protagonismo que lo caracteriza respecto de los otros métodos revisados. En términos metodológicos lo más innovador del modelo es la manera en que los trabajadores encabezan la acción. En el MOI los trabajadores cumplen el rol de investigar los factores nocivos del ambiente de trabajo, deciden sobre las acciones a implementar y las ejecutan. Se considera que la participación del trabajador como investigador se implementa al menos desde 2 mecanismos que incorpora este método: la observación espontánea y la validación consensual del grupo homogéneo.

La observación espontánea constituye el inicio del proceso de investigación, donde son los mismos trabajadores quienes junto a los técnicos realizan un análisis de las condiciones que se viven diariamente en la fábrica, del ambiente y el proceso de trabajo, identificando las condiciones que ellos creen que más los enferman. Este proceso valora la experiencia obrera de los trabajadores de la fábrica, los conocimientos que tienen sobre su trabajo, cómo enfrentan los problemas de su trabajo, y las concepciones sobre salud, riesgo y enfermedad. De este proceso se rescata que la pauta inicial en la búsqueda de los riesgos laborales la dan los trabajadores, la observación inicia de su experiencia, no surge a partir de modelos teóricos, se comienza a partir de las condiciones que el trabajador define como potencialmente dañinas.

Un segundo mecanismo, que pone en marcha el modelo obrero, es la validación consensual a través del grupo homogéneo. Esto se refiere a que la validación de una determinada situación de riesgo o acción a impulsar, debe contar con el consenso del grupo de los trabajadores y expertos para ser aceptada. Esta validación consensual se posibilita por la existencia de un grupo homogéneo, pues este sustenta un saber colectivo, que se construye en la interacción de los conocimientos y percepciones sobre una situación similar, generando un conocimiento compartido y consensado, tanto en los problemas, como en la búsqueda de soluciones.

Otra manera de considerar a los trabajadores como sujetos en el MOI, tiene que ver con el principio de la no delegación, pues este modelo busca incorporar al conjunto de los trabajadores en el proceso, y no solo a los delegados o representantes de los trabajadores. Se trata de impulsar un proceso de aprendizaje y de desarrollo de autonomía por parte de cada trabajador frente a las temáticas de riesgo.

Por último, el método PRIMA hace hincapié respecto de que los riesgos psicosociales están relacionados a la forma en cómo se organiza el trabajo, y como consecuencia los actores principales debiesen ser los trabajadores y gerentes, en tanto responsables del trabajo que se realiza. Este método busca incorporar a trabajadores y gerentes en el proceso de gestión de riesgos psicosociales de modo de hacerlos sentir dueños del proceso.

El desarrollo del método al interior de la empresa establece tres mecanismos donde los trabajadores pueden participar: la evaluación de riesgos, la socialización de aprendizajes y la evaluación del proceso. El PRIMA explicita que un buen proceso de evaluación de riesgos debe considerar y utilizar los conocimientos y experiencias de los trabajadores, buscando un consenso de las opiniones al interior del lugar de trabajo. Además, se contempla una fase de evaluación del proceso, que tiene por objetivo que se rescaten los aspectos positivos y los logros de la acción, como también los negativos, u obstáculos, para que se dé un aprendizaje organizacional. En esta evaluación se incorporan diversos puntos de vista, y entre estos el del trabajador. La fase final es la difusión donde se busca socializar a un grupo más amplio de trabajadores lo aprendido en el proceso.

Otra fase que merece atención porque podría permitir la participación de los trabajadores es la implementación del plan de acción. En esta se debe definir previamente quiénes deben participar, y a qué grupo de trabajadores, departamento, o área productiva está destinada la acción. Sin embargo no se explicita la necesidad de que los trabajadores sean quienes definen las acciones, más allá de que se consideren sus puntos de vista para crear la evaluación.

En la fase de diagnóstico podemos señalar que todos estos métodos incorporan al trabajador y su visión, sin embargo a nivel de la toma de decisiones y de elaboración de un plan de prevención es diferente el grado de participación que tienen los trabajadores en cada metodología. En el caso del Modelo Obrero y el ISTAS21, el trabajador además de participar activamente en la fase de diagnóstico tiene injerencia en toma de decisiones tanto del proceso de prevención como en el plan de acción. En el caso del MOI los trabajadores son los únicos agentes que toman la decisión mediante un consenso

previo, y en el ISTAS21 las decisiones se negocian con los representantes de la empresa. El PRIMA en cambio, incorpora la visión de los trabajadores en la evaluación de los riesgos, pero no incorpora su participación en los procesos de toma de decisiones.

La adaptación de los métodos a las necesidades de los trabajadores

EL ISTAS21 está concebido con la incorporación de 3 versiones (larga-media y corta), con el fin de ser utilizado por expertos, investigadores, sindicatos y trabajadores. A partir de esto podemos inferir que existe una preocupación por integrar al trabajador en el proceso, mediante la incorporación de un instrumento sencillo y de fácil acceso al ser de uso público, con un lenguaje simple que permite ser utilizado por los trabajadores o sus representantes. El ISTAS21 también está construido de modo que facilite su aplicación, mediante manuales e instructivos de uso claros y a libre disposición. Un elemento clave en este sentido es que proporciona valores poblacionales como una referencia en la exposición a los factores psicosociales, lo que permite analizar cómo está el lugar de trabajo en relación a estos valores y cuál es la brecha, lo que posibilita cuantificar el rango de riesgo en las distintas dimensiones, estableciendo rangos de bajo riesgo, medio o alto riesgo asociándolo a un color determinado. Este mecanismo facilita una mejor comprensión por parte de los trabajadores de la cuantificación de cada riesgo.

En el caso del MOI, la incorporación de los trabajadores en el uso y la comprensión de los instrumentos es un elemento vital pues todas las metodologías y las técnicas de investigación son adaptadas para que sean usadas y comprendidas por los trabajadores. Un claro ejemplo de esto es el instrumento de los mapas de riesgos que buscan visualizar gráficamente dentro del proceso del trabajo cuáles son los riesgos presentes, identificándolos y cualificándolos. Esta técnica tiene como finalidad que los trabajadores puedan representar un esquema general de los riesgos en la fábrica localizando y objetivando los factores nocivos del espacio de trabajo. Por otro lado, la clasificación de los riesgos en las diferentes áreas están pensadas para la fácil identificación de los riesgos por parte de los trabajadores, pues se rescata que estos están presentes cotidianamente en la vida de los trabajadores y estas metodologías ayudan a sistematizar esa experiencia y validarla científicamente. Este método es de gran utilidad para priorizar las áreas a intervenir y trazar un plan y programa de prevención, previa discusión entre todos los trabajadores, en función de lo observado.

Es importante recalcar que tanto el ISTAS21 como el MOI buscan incorporar a los trabajadores en el uso de las herramientas e instrumentos de prevención, al mismo tiempo intentan formar y capacitar a

los trabajadores durante el proceso. Ambas metodologías valoran el uso de los instrumentos técnicos para la prevención, pues reconocen que hay procesos que requieren de conocimientos y herramientas científicas. Por su parte, el PRIMA-EF no considera en las recomendaciones para una estrategia más eficiente, la adaptación de las metodologías para el uso de los trabajadores.

6. CONCLUSIONES

En relación a los factores psicosociales, a lo largo de la presente memoria se describieron diversas aproximaciones sobre cómo entender la acción de estos en el trabajo, y se realizó una caracterización de los principales factores psicosociales que influyen en la salud de los trabajadores en el entorno laboral, logrando desarrollar uno de los objetivos de esta investigación.

Como hemos señalado, los factores psicosociales se refieren a los aspectos individuales y personales del trabajador, a las condiciones de trabajo y al medio ambiente de trabajo, o a las influencias económicas y sociales ajenas al lugar de trabajo pero que impactan en él (Comisión Mixta OIT-OMS, 1984). Consideramos que esta definición efectivamente da cuenta de la complejidad de los factores psicosociales en el trabajo, puesto que es una definición amplia que contempla múltiples factores: individuales, de la organización, relacionales y factores externos a la empresa, que efectivamente se ha demostrado tienen incidencia en la salud de los trabajadores. Además, pone énfasis en la importancia de los contextos económicos, políticos y sociales que van a condicionar cómo operan estos factores de riesgo.

En efecto, una de las principales características de estos factores, es que al estar influidos por condiciones sociales, económicas y políticas, que cambian a lo largo del tiempo, son factores dinámicos. De esta manera, es posible que surjan nuevos factores psicosociales producto de avances tecnológicos, o crisis económicas prolongadas, y que desaparezcan factores que eran relevantes en otros periodos. Esto implica que sea muy difícil ofrecer una caracterización universal de estos factores que se pueda aplicar en todas las culturas y empresas. Por esto, consideramos necesario, contar con estudios actuales que indaguen en los riesgos emergentes, con el fin de identificarlos y prevenir que causen daños a los trabajadores. Por otro lado, el hecho de que estos factores sean dinámicos y dependan de condiciones sociales más amplias implica contextualizar las intervenciones que se realicen en esta área, y evitar la adopción de modelos e instrumentos sin previa adaptación a la realidad de cada país. Esto es muy relevante en el caso de Latinoamérica, pues la mayor parte de las investigaciones con que se cuenta provienen de la realidad europea y norteamericana.

Otro elemento que consideramos relevante, es que los factores psicosociales explican la enfermedad laboral de los trabajadores desde las formas en que se organiza el trabajo, desde el rol que asume el trabajador, desde las exigencias de su puesto de trabajo, desde las interacciones y jerarquías en el lugar de trabajo, etc. Esta mirada contribuye a una visión más integral de fenómenos como los

trastornos a la salud mental, el estrés laboral, la violencia y el mobbing, puesto que evita centrarse en las características personales de los involucrados e individualizar los problemas, porque concibe que estos problemas se derivan de la organización del trabajo.

Otra característica que es importante destacar, es que los factores psicosociales se centran en las percepciones y emociones de los miembros de una organización, se refieren a las relaciones sociales, y están fuertemente ligados a la satisfacción laboral y a la dimensión del bienestar laboral. Esto podría constituir un aporte, en tanto permite pensar en una salud laboral integral, entendida no solo como ausencia de enfermedad o malestar, sino sobre todo, como un proceso de bienestar social, físico y mental, orientado a maximizar el potencial de que las personas y mejorar su salud.

Sin embargo, el estudio de los factores psicosociales ha estado centrado en los efectos negativos, con el fin de identificarlos y prevenirlos, y se ha prestado poca atención a los efectos positivos que estos factores pueden tener en la salud de los trabajadores. Por esto, creemos que es relevante explorar y profundizar en el estudio de los llamados factores psicosociales protectores, que aluden a las condiciones que generan satisfacción y bienestar en el trabajo. De esta forma será posible estudiar cuáles son las condiciones que debiese tener un trabajo, para generar un bienestar a sus trabajadores, y permitir que el trabajo sea una actividad donde las personas se desarrollen, adquieran habilidades, y se transformen a sí mismas, y no solamente un medio para conseguir un salario.

Ciertamente, consideramos que el estudio de los factores psicosociales constituye un avance, en tanto aporta una perspectiva más global para la investigación en salud laboral. No obstante, la investigación en salud laboral ha consignado que existen condiciones de trabajo, y condiciones de empleo, y éstas últimas debiesen ser más estudiadas para comprender cómo operan las condiciones sociales que determinan las formas de organización del trabajo al interior de las empresas. Investigando cómo el mercado laboral, y el contexto social, cultural y económico de los distintos países, influyen en las condiciones en que se organiza el trabajo que generan enfermedad y daños a la salud.

Para explicar cómo interactúan los distintos factores psicosociales al interior del trabajo, se abordaron tres modelos explicativos: el modelo de demanda-control-apoyo social, el modelo desequilibrio esfuerzo-recompensa, y el de Justicia Organizacional. Estos modelos son altamente relevantes, pues permiten predecir los efectos que tienen los distintos factores psicosociales, proporcionando una perspectiva multicausal, que apunta a generar estrategias de prevención efectivas. Sin embargo, es preciso señalar, que estos modelos provienen desde Europa y Estados Unidos principalmente, por lo

que es necesario adaptar estas evidencias al contexto latinoamericano, y crear modelos que surjan e interpreten nuestra propia realidad. En el caso del modelo de justicia organizacional, creemos que hace una importante contribución, pues releva la importancia del trabajo digno y el trabajo justo, y explica cómo la manera de percibir la justicia o injusticia al interior de un trabajo puede afectar a la salud de los trabajadores.

Otro objetivo de esta memoria fue exponer los principales métodos de prevención primaria en factores de riesgo psicosocial, y caracterizar la participación de los trabajadores en dichos métodos. Este proceso, no estuvo exento de dificultades, pues al revisar la evidencia de diversas fuentes bibliográficas, se constató que existe escasa información sistematizada sobre cuáles son los principales métodos de prevención que se han utilizado en los últimos años.

Pese a ello, es posible señalar que los tres métodos revisados, el modelo obrero italiano, el ISTAS21 y el PRIMA, han demostrado ser relevantes puesto que, han sido ampliamente difundidos y adaptados para distintas realidades, cuentan con evidencia que avala los procedimientos utilizados, y constituyen estrategias de prevención dirigidas a la evaluación de riesgos y a la planificación y ejecución de acciones preventivas.

A partir de la revisión y análisis de estos métodos, es posible concluir que existe un criterio compartido en al menos cuatro elementos:

- 1) El proceso de prevención debe estar dirigido a la acción, no solo debe quedarse en la evaluación de riesgos, sino que debe estar dirigido a generar cambios.
- 2) Debe ser una prevención orientada al origen de los riesgos, es decir, a aquellos aspectos de la organización del trabajo que generan daños sobre la salud de los trabajadores y trabajadoras.
- 3) Deben incorporar conocimiento científico y evidencia teórica, que debe estar al servicio de la investigación de los factores de riesgo laboral, y ser contrastada con la realidad del lugar de trabajo.
- 4) Es fundamental integrar a los trabajadores en el proceso de prevención.

Consideramos, que estos cuatro elementos, son fundamentales para llevar a cabo un buen proceso de prevención de factores de riesgo psicosocial en el lugar de trabajo, por tanto, es posible concluir que cualquier método de prevención primaria en estos factores debiese considerarlos.

Como se señaló en el análisis, cada método propone diversos procesos para mejorar las condiciones laborales, y distintas formas de prevenir. El PRIMA por su parte incorpora a los empresarios y se basa

en los principios de la responsabilidad social empresarial, buscando generar recomendaciones que sean adoptadas por las empresas. El modelo obrero italiano, se dirige a los trabajadores, y como parte de la prevención incorpora la acción y la movilización organizada, con la finalidad de transformar las condiciones nocivas de trabajo. Y el ISTAS busca fortalecer a los sindicatos, pero igualmente integra al empleador en la utilización del instrumento, responsabilizándolo de la prevención del riesgo psicosocial, mediante el establecimiento de un acuerdo entre los actores involucrados.

Estas diferencias pueden caracterizarse al menos en tres aspectos: en la relación que se establece con el empleador, en la manera en que se incorpora el conocimiento científico y técnico, y en los niveles de participación de los trabajadores.

Sobre el modo en que se incorpora al empleador en el proceso, y la relevancia que este asume, claramente existen diferencias entre estos métodos, que van desde asumirlo como la figura que guía y desarrolla el proceso, hasta incorporarlo en conjunto con los trabajadores, o simplemente dejarlo al margen del proceso.

Por otra parte, hemos visto que todos estos métodos tienen una visión sobre cómo se utiliza el conocimiento técnico en el proceso, y cuál es el rol que asumen los profesionales y expertos de la salud laboral en los procesos de prevención primaria en el lugar de trabajo. En el caso del ISTAS21, la evaluación de riesgos se basa en la evidencia científica sobre los factores psicosociales que dañan la salud en el trabajo, y los trabajadores colaboran en cuantificar cada una de las dimensiones definidas en el cuestionario. En el ISTAS21 vemos que el conocimiento técnico tiene un rol preponderante en la definición de cuáles son las condiciones que podrían estar generando daños a los trabajadores y en el análisis de los datos, mientras que los trabajadores colaboran en la interpretación y la definición de acciones preventivas. Igualmente el ISTAS21 busca poner el conocimiento al alcance de los trabajadores, facilitándoles las herramientas para que el proceso sea exitoso. En el caso del PRIMA, la prevención es concebida como un proceso técnico y profesional, donde se requiere de expertos con una destacable trayectoria en salud laboral, y de evidencia empírica y teórica que guíe los procesos, para que se realice una buena prevención. Y por último, en el MOI, son los mismos trabajadores quienes van construyendo las dimensiones de riesgo en la búsqueda de cuáles son las condiciones que generan la enfermedad, la que apoyada por el conocimiento técnico permite profundizar y construir un saber colectivo derivado de la realidad de los trabajadores en la empresa. En este método, los técnicos tienen un rol secundario, pues son los trabajadores quienes construyen el conocimiento que

será utilizado en el proceso, y son ellos quienes difunden y socializan este conocimiento a los demás trabajadores. En este sentido, es importante destacar lo que han señalado autores como Betancourt, Noriega, Laurell y Breihl, sobre el modelo obrero italiano, que dio una contribución en replantear el papel de los trabajadores como sujetos de investigación y ya no solo como objetos del proceso de prevención, al permitir una reapropiación del saber de los obreros basándose en su experiencia como punto de partida.

Respecto de la participación de los trabajadores, una primera conclusión es que esta puede darse en distintos niveles, desde una consulta a los trabajadores sobre cuál es su situación laboral, hasta considerarlos como actores activos en el proceso de investigación y elaboración del conocimiento científico. En este sentido, cabe recordar lo planteado por Betancourt respecto de esto, pues él señala que existen distintas formas de participación de los trabajadores. Desde una óptica capitalista se permite una mayor participación, pues se ha visto que esto conlleva un aumento en la productividad y una mejora en el comportamiento de los trabajadores. Desde otros estudios se ha abordado la participación como una forma de incorporar los saberes y experiencia de los trabajadores. Sin embargo, según Betancourt, ambos enfoques resultan insuficientes para asegurar cambios trascendentales en la salud laboral. El primero, pues es utilitario y no busca generar cambios que sean dirigidos por los trabajadores, el segundo, porque pese que incorpora la visión del trabajador no lo hace partícipe de las decisiones y del proceso mismo. Para Betancourt (1995) un intento real de incorporar a los trabajadores debiese caracterizarse primero por una inclusión de estos en la decisión y participación de todas las instancias del proceso, segundo, por un intercambio de saberes entre técnicos y trabajadores, y tercero, orientarse a la organización, concientización y a la lucha por transformaciones en salud.

En este sentido, consideramos que el método que expresa de manera más plena estos principios es el modelo obrero italiano, puesto que el proceso entero busca fortalecer la organización de los trabajadores, poniendo en el centro al trabajador, y desarrollando su autonomía en términos de su acción política. De esta forma incorpora la investigación para una lucha, politizando el quehacer científico, no es investigar por investigar, sino investigar para actuar y generar transformaciones. Todo el proceso es participativo, buscando concientizar al conjunto de los trabajadores, pues considera que la defensa de la salud es algo propiamente de los trabajadores, y en este sentido una responsabilidad que no se delega ni a técnicos, ni a representantes, ni a sindicatos.

Esta forma de participación, pone a los trabajadores en el centro del proceso, sin embargo debemos recalcar que para llevar a cabo estos procesos, requiere de organizaciones de trabajadores fuertes que puedan guiar estos procesos, logrando involucrar a la mayor parte de los trabajadores del mismo lugar de trabajo, y poseer la fuerza para desarrollar las transformaciones necesarias en pos de la defensa de la salud laboral. Recordemos que el modelo obrero italiano, surge al alero de grandes movilizaciones de los trabajadores en Italia, y en los otros países donde se están desarrollando experiencias similares, por ejemplo el caso de Venezuela, se cuenta con organizaciones de trabajadores con fuerza para movilizar e incorporar a una gran cantidad de trabajadores al proceso preventivo.

A partir de esto, podemos inferir que cada método requiere de condiciones específicas que permiten su desarrollo. Como ya señalamos, en el caso del modelo obrero se requiere de trabajadores y organizaciones capaces de movilizar y guiar el proceso, en el ISTAS es necesario contar con sindicatos u organizaciones de trabajadores y representantes de los empleadores que estén dispuestos a llegar a un acuerdo para llevar a cabo el proceso, y en el PRIMA se requiere de empleadores responsables que sean capaces de guiar estrategias de mejora en los lugares de trabajo. A partir de esto, es posible concluir que para aplicar una estrategia o metodología de prevención en riesgos psicosociales a nivel primario, es preciso tener en cuenta cuáles son las condiciones que se requieren para que dicho proceso sea exitoso, y cuáles de estas condiciones se encuentran presentes en el lugar donde se quiere realizar la prevención.

En relación a lo descrito, ha sido posible describir cómo cada método establece distintas estrategias y se vincula de distinta manera con los empleadores, los expertos y técnicos, y los trabajadores. A partir del análisis, es posible inferir que las acciones y procedimientos contemplados en cada método responden a una determinada visión del problema, donde se constata implícita o explícitamente, por qué razones persisten las malas condiciones laborales y qué acciones se pueden realizar para mejorar estas condiciones. En base a esta visión se organiza y se define la estrategia adecuada para abordar la problemática y los actores centrales del proceso.

En el caso del PRIMA, puede inferirse que las malas condiciones que afectan la salud laboral persisten por la ausencia de políticas de gestión en riesgos psicosociales en el trabajo. Por tanto la estrategia del PRIMA es mejorar la gestión de estos riesgos, mediante la generación de recomendaciones para que las metodologías puedan ser más eficaces en términos técnicos. Además, el PRIMA constata que otro de los problemas es que muchas empresas no han incorporado políticas de gestión de estos riesgos

pues no han comprendido los beneficios que un proceso preventivo podría tener tanto para los trabajadores como la rentabilidad de sus empresas, por tanto busca difundir los beneficios entre los empleadores, para involucrarlos en el proceso y que se desarrollen los procesos preventivos con éxito.

Para el Modelo Obrero Italiano el problema de que persistan las malas condiciones laborales está en la poca conciencia que tienen los trabajadores de las condiciones que afectan su salud y de cómo transformar estas condiciones. De acuerdo a este método, la salud es un derecho que debe ser defendido por los trabajadores y no puede ser delegado a otros actores, ni ser transado por dinero. De ahí que la estrategia pone énfasis en que debe ser un proceso investigativo que sea llevado cabo por el conjunto de los trabajadores del lugar de trabajo, y las metodologías y formas de intervención deben ser adaptadas para permitir una amplia participación.

Por último, el ISTAS21 visualiza la persistencia de condiciones laborales que enferman, producto de que los sindicatos no poseen herramientas suficientes para identificar los factores de riesgos psicosociales en el lugar de trabajo, y poder actuar sobre ellos. Por tanto, pone énfasis en elaborar instrumentos y metodologías que estén al servicio de los trabajadores, basados en evidencias actuales sobre los riesgos psicosociales. Desde esta perspectiva los representantes de los trabajadores deben ser agentes activos del proceso, pues este proceso está orientado a entregar herramientas que fortalezcan su organización, y en especial la labor del delegado de prevención.

Podemos concluir, que a partir del análisis de las distintas estrategias de prevención se pueden inferir las visiones que cada metodología tiene sobre las diferentes razones que generan que los problemas en salud laboral persistan, lo cual ira determinado las diferencia entre los procesos de cada estrategia y el papel que asumen los diferentes actores que van participando en dicho proceso. Creemos que este es un elemento importante al momento de decidir cuál es la estrategia más pertinente para la realidad de cada lugar de trabajo, y de evaluar cuáles son sus objetivos.

Sobre las limitaciones de esta memoria, puede señalarse que ésta abordó los aspectos teóricos de cada modelo, y no se consideraron los aspectos prácticos de la aplicación de estos. Al respecto puede detallarse que la realización de la presente memoria teórica surge por la necesidad de conocer los principios fundantes y planteamientos, de los principales métodos de prevención, y adicionalmente, a lo largo de la búsqueda bibliográfica pudimos constatar la ausencia de estudios descriptivos y de análisis sobre el impacto de estos métodos en experiencias prácticas concretas. Por lo tanto, para futuras investigaciones, creemos necesario explorar en la aplicación práctica de estos métodos, pues el

estudio de dichas experiencias aportaría más elementos para vislumbrar y evaluar cómo se llevan a cabo los diferentes procesos preventivos.

Otro elemento que debemos destacar es que todas las estrategias revisadas provienen de Europa, lo que puede relacionarse con el hecho de que estos países son pioneros en la investigación en salud laboral, y además poseen una trayectoria importante en materia de prevención de riesgos. Para Latinoamérica, esto implica que es necesario el desarrollo de metodologías propias que den cuenta de la realidad de estos países y que respondan a estas necesidades. Por otra parte, encontramos dificultad en el acceso a la información, pues está restringida y en ocasiones sujeta a pago, por tanto es necesario avanzar en el libre acceso de información, de modo de socializar los conocimientos existentes en salud laboral, y ponerlos a disposición de los actores sociales.

Respecto a las futuras investigaciones en el tema de la salud laboral, consideramos que es necesario continuar en la exploración de fenómenos como la violencia en el trabajo, para indagar por qué se están dando estos fenómenos y cómo sería posible prevenir en esta área. En este sentido el PRIMA brinda importantes aportes, en la propuesta de intervenciones y recomendaciones específicas y acotadas para el tema de la violencia, el acoso laboral y el bullying, incorporándolos como factores psicosociales que se originan a partir de las características de la organización del trabajo. Además, se hace necesario incorporar una perspectiva de género en el estudio de los factores psicosociales y en lo que respecta a la salud laboral en general, pues pese a la mayor inclusión de la mujer en el mundo del trabajo, hay estudios que señalan que ellas están más expuestas que los varones a empleos informales y más precarizados, empleos temporales, ligados principalmente al sector de servicios, trabajo doméstico para terceros, o trabajo a domicilio, y esto indudablemente impacta diferencialmente en la exposición a estrés, y la calidad de vida laboral. En este sentido, la incorporación de la dimensión de doble presencia en el instrumento ISTAS21 es altamente relevante como un esfuerzo por visualizar esta exposición diferencial, y cómo interfieren otras dimensiones como el trabajo doméstico, la familia y el cuidado de los hijos en la salud laboral de una persona.

Para finalizar, y a modo de reflexión, es importante recordar que el mundo del trabajo, producto de las transformaciones neoliberales, ha experimentado grandes cambios en la últimas décadas. Estos cambios trajeron consigo una mayor precarización de los trabajadores, mediante la instauración de la subcontratación, la flexibilidad laboral, la ausencia de leyes orientadas a la protección de los trabajadores, y la imposición de condiciones de trabajo riesgosas para la salud. Sumado a esto, las

políticas neoliberales se enfocaron en la represión del movimiento social, sindical y de trabajadores, generando una atomización de los trabajadores y un debilitamiento de las organizaciones sindicales. Tendencias que seguirán profundizándose a menos que los trabajadores puedan revertir estas condiciones (Noriega,). De esta forma, se hace necesaria una lucha y esfuerzo para asegurar condiciones laborales que resguarden la calidad de vida en el trabajo, y quienes están llamados a realizar estos cambios son los mismos trabajadores y trabajadoras. Puesto que, han sido ellos y ellas quienes producto de luchas históricas han sido capaces de generar cambios favorables en sus condiciones laborales (Duhart y Echeverría, 1988).

Estas políticas neoliberales, que han causado grandes daños a la salud de los y las trabajadoras, lejos de atenuarse han seguido regulando las condiciones en que trabajan millones de personas en el mundo, por lo que es importante tenerlas en cuenta al momento de analizar la salud laboral. Además, la constatación de la importancia del rol de trabajadores y trabajadoras en la defensa de su salud laboral, implica entonces una nueva pregunta, que se refiere al cómo los trabajadores pueden incidir en lograr salud en su trabajo. Entendida ésta como un proceso orientado a maximizar el potencial de que un individuo es capaz, tendiente a un bienestar social, físico y mental, y al trabajo, como la actividad creativa, que desarrolla las capacidades y habilidades del trabajador. Una primera aproximación para responder a esta pregunta es la defensa de la salud laboral mediante la prevención en los lugares de trabajo. Esto implica que los trabajadores sean actores principales en este proceso, por tanto, no puede limitarse a la mera consulta por sus condiciones de trabajo, sino que implica la decisión y participación en todas las etapas del proceso, y en las acciones que sean necesarias para transformar esta problemática. En este sentido, los investigadores, expertos y profesionales del área, debiesen tener por objetivo entregar herramientas a los trabajadores, crear conocimiento crítico, y estudios que apoyen y estén al servicio de las organizaciones y sindicatos.

Sin embargo, los riesgos laborales no son ajenos al funcionamiento de la sociedad, de hecho se derivan del modo en que se estructuran las sociedades, y por tanto no basta la prevención en el lugar de trabajo, se requiere un enfoque más amplio, que asegure cambios a nivel estructural, generando condiciones para el trabajo digno. De acuerdo a la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, perteneciente a la OMS, la prevención debe estar enmarcada en una estrategia más amplia, puesto que la salud de los trabajadores no puede mejorarse únicamente con cambios al interior de la empresa. Esta comisión ha señalado que la salud de trabajadores y trabajadoras está fuertemente influida por las condiciones de trabajo, pero también por las condiciones de vida de la población

laboral, es decir, por las características de la vivienda, la alimentación, el uso del tiempo libre, las relaciones con los miembros de la familia, son todos factores que impactan en la salud, y que es necesario incorporar si se quiere adoptar un enfoque integral de la salud de los trabajadores (Betancourt, 2009). En este sentido, otra tarea que pueden asumir los investigadores, expertos y profesionales del área de la salud laboral, debiese ser la construcción de conocimiento crítico en relación a estas condiciones sociales y cómo pueden afectar la salud de los trabajadores, y generar estudios que apoyen la visión de los trabajadores incorporando una perspectiva histórico social para observar la relación salud-trabajo.

Cabe preguntarse también, por el rol de los profesionales de nuestra disciplina, los psicólogos y psicólogas, y cómo puede aportarse desde esta disciplina a una mejor salud laboral. En primer lugar, debemos dar cuenta de la importancia que tienen los psicólogos en los distintos lugares de trabajo. Sabemos que el trabajo y las condiciones específicas en las que éste se desarrolla, pueden producir accidentes, enfermedades y malestares, situaciones en donde pueden intervenir diversos profesionales relacionados con la salud laboral. Sin embargo, como hemos revisado en esta tesis, uno de los riesgos que más han crecido en las últimas décadas son los riesgos psicosociales, es decir, aquellas formas de organizar y relacionarse en el trabajo que pueden generar enfermedades y malestares. Precisamente es en la prevención de estos riesgos en donde creemos que el psicólogo tiene un rol preponderante pues éste posee las herramientas idóneas para analizar e incorporar las distintas percepciones de las personas, para identificar las relaciones y formas de organizar el trabajo que están dañando la salud mental y poder intervenir en ellas.

Otro de los elementos que aporta esta tesis fue dar cuenta que las metodologías de prevención en salud laboral son llevadas a cabo por distintos actores y respondiendo ante distintos intereses. Existen estrategias que están diseñadas para que sean ejecutadas desde los empleadores principalmente, o que buscan su colaboración, y otras que ni siquiera los considera como colaboradores y dan un rol protagónico a los trabajadores. A su vez los técnicos y profesionales asumen diversos roles en los procesos de prevención en salud laboral, pudiendo generar participación desde los trabajadores, incorporarlos como sujetos investigadores o mantenerlos al margen del proceso. Por tanto, la labor del experto no es neutral, pues explícita o implícitamente se trabaja bajo intereses que favorecen a determinados actores, lo que implica que el psicólogo asuma un posicionamiento al respecto, y tome conciencia desde qué lugar está trabajando.

Desde el punto de vista de los autores de esta memoria, creemos que es imprescindible asumir una postura al servicio de los trabajadores y un compromiso político con su bienestar, pues como hemos visto, son quienes están padeciendo las enfermedades y malestares, producto de la realización de un trabajo que está guiado por los intereses del mercado, aun a costa de los intereses de las personas. Por esto, si como psicólogos queremos contribuir a generar un trabajo saludable, que desarrolle las habilidades, y que busque la satisfacción a nivel personal y social, el centro de nuestra acción debiesen ser los y las trabajadoras, y nuestro quehacer debiese generar condiciones que les permitan luchar y organizarse por mejorar su salud laboral y alcanzar el bienestar. Por tanto, la acción de los profesionales de nuestra disciplina debe enmarcarse en la entrega de herramientas, tanto teóricas como prácticas, que estén al servicio de los trabajadores; generando instrumentos de evaluación de los factores psicosociales dirigidos a los trabajadores, elaborando protocolos de prevención para la enfermedad mental, y capacitando y formando a los trabajadores. Creando un conocimiento crítico en salud laboral, que evite la psicologización e individualización de los problemas, que dé cuenta de los factores sociales que los generan, y que entregue lineamientos sobre la manera en que éstos problemas, los modos de organización de una sociedad, y cómo se estructura el mercado laboral, están impactando en las personas y en los colectivos sociales, en su salud mental y física. Esto implica el estudio de problemas que sean significativos para los trabajadores, explorando en los factores protectores de la salud para aportar una visión del trabajo como bienestar y satisfacción.

Para el caso de Chile, la presente investigación pone de relevancia la necesidad de contar con modelos propios para la prevención primaria en riesgos psicosociales. Al respecto cabe señalar que a principios de 2013 fue aprobado un protocolo para la vigilancia en riesgos psicosociales desarrollado por el MINSAL, que constituye una muestra de la preocupación por estos factores. En 2006, otro esfuerzo en este sentido, fue la adaptación del ISTAS21 a la realidad chilena, en lo que se denominó el ISTAS-SUSESO. Un elemento fundamental que hace falta en este sentido es contar con registros fidedignos, que puedan dar cuenta de la exposición a estos factores de riesgos, con el fin de encaminar acciones de prevención adecuadas. Otra constatación respecto de la realidad chilena, es la baja sindicalización, y la debilidad de las organizaciones de los trabajadores, que impide una lucha social por mejores condiciones laborales. Este factor es fundamental, pues son los trabajadores los protagonistas de los procesos de cambio, lo que hace imprescindible dotarlos de herramientas que fortalezcan sus organizaciones, con acciones orientadas a difundir los conocimientos sobre salud laboral y a concientizar a los trabajadores sobre la importancia de defender su salud.

Es indudable que queda mucho camino por recorrer en el ámbito de la defensa de la salud de los y las trabajadoras chilenas, y esperamos que la presente memoria pueda ser una contribución al respecto.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agacino, R. (2001). *Notas sobre el Capitalismo Chileno y Antecedentes para una Plataforma de Lucha por los Derechos Generales de los Trabajadores*. Extraído el 15 de Febrero de 2013 desde: www.archivoschile.cl

Agacino, R. (2007). *Pasado y Presente los trabajadores un vez más*. Extraído el 15 de Febrero de 2013 desde: www.archivoschile.cl

Amable, M. y Benach, J. (2004). Las clases sociales y la pobreza. *Gaceta Sanitaria*, 18 (1), pp. Extraído el 12 de marzo de 2013 desde <http://www.istas.net/web/abreenlace.asp?idenlace=3790>.

- Antunes, R. (2005). *Los sentidos del Trabajo*. Editorial: TEL, Herramienta Ediciones.
- Araya, R., Cornejo, R. y Gray, N. (2010). Conociendo los marcos regulatorios para proteger la salud laboral. *Revista Docencia*, 15 (42), 80- 84.
- Berlinguer, G. (2007). Determinantes sociales de las enfermedades. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33 (1), 63-99.
- Breilh, J. (2002). De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciencia y Salud Colectiva*, 8 (4), 937-951.
- Briones, J., Canepa, C., Juárez, A., Pérez, C. y Vera, A. (2008). Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa y Estado de Malestar Mental en Trabajadores de Servicios de Salud en Chile. *Ciencia y Trabajo*, 10 (30), 157-160.
- Carcoba, A. (1986). Metodología Sindical de Análisis de las Condiciones de Trabajo. *Revista Condiciones de Trabajo*, (57), 18-29.
- Carcoba, A. (2007). La Salud no se delega ni se vende, se defiende. El modelo obrero. Fundación Sindical de Estudios. CC-OO de Madrid. Ediciones GPS-Madrid.
- Castellanos, J.P. y Milano, S. (2006). *Globalización económica y salud laboral hoy*. Factores psicosociales y salud mental en el trabajo. Primera impresión: 2006. Universidad de Guadalajara: México.
- Cifuentes, M. (2004). Condiciones laborales psicosociales decentes: Cómo pasar de lo valórico a lo operacional. *Ciencia y Trabajo*, 6 (14), 162-173.
- Colquitt y Greendberg (2005). *Handbook of Organizational Justice*. Extraído el 14 de junio de 2013 desde:http://books.google.cl/books/about/Handbook_of_Organizational_Justice.html?id=aAEhYQp4wtgC&redir_esc=y
- Comisión Mixta OIT-OMS (1984). *Factores Psicosociales en el Trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención*. Serie Seguridad, Higiene y Medicina del trabajo (56). Extraído el 02 de mayo desde: http://biblioteca.uces.edu.ar/MEDIA/EDOCS/FACTORES_Texto.pdf
- Comisión de las Comunidades Europeas (2007). Mejorar la calidad y la productividad en el Trabajo: estrategia comunitaria de salud y Seguridad en el trabajo (2007-2012) Comunicación de la Comisión al parlamento europeo, al Consejo, al comité económico y social y al comité de las Regiones. Extraído el 10 de abril de 2013 desde: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0062:FIN:es:PDF>
- Cornejo, R. (2012). *Nuevos sentidos del Trabajo Docente: un análisis psicosocial del Bienestar/Malestar, las condiciones de trabajo y las subjetividades de las/los docentes en el Chile Neoliberal*. Tesis Doctoral de Psicología, Universidad de Chile, Santiago.

Duhart, S. y Echeverría, M. (1988) *La salud y el Trabajo*. Chile: Academia de Humanismo Cristiano.

Echeverría, M. (2007). *El reconocimiento de los trastornos de la salud mental en el trabajo en Chile*. Informe para el Proyecto "Research, policy and practice with regard to work-related mental health problems in Chile: a gender perspective. Universidad de Ottawa. Canadá.

Elovainio, M., Kivimäki, M. y Vahtera, J. (2002). Organizational Justice: Evidence of a New Psychosocial Predictor of Health. *American Journal of Public Health*, 92 (1), 105-108.

Elovainio, M., Ferrie, J. E., Head, J., Kivimäki, M., Marmot, M., Shipley, M., y Vahtera, J. (2004). Organizational justice and change in justice as predictors of employee health: the Whitehall II study. *Journal Epidemiology Community Health*, 58, 931-937.

Elovainio, M., Ferrie, J. E., Kivimäki, M. y Vahtera, J. (2003). Organizational justice and health of employees: prospective cohort study. *Occupational Environment Medical*, 60, 27-34.

Engels, F. (1876). *El papel del trabajo en las Transformación del Hombre en Mono*. Santiago de Chile: ED. LOM.

Espinoza, M. (2003). *Calidad de Vida en el Trabajo: Reflexiones en Torno a la Inseguridad y el Malestar Social*. Tema N° 18. Extraído el 20 de Febrero de 2013 desde: www.centroalerta.cl

Feo, O. (2008). *Las políticas neoliberales y su impacto sobre la formación en salud pública. Comentarios sobre la experiencia venezolana*. *Medicina Social*, 3 (4), 275-284.

Fundación Sol (2011). *Precariedad Laboral y Modelo Productivo en Chile*. Serie Ideas para el Buen Vivir. Extraído del sitio web: www.fundacionsol.cl el día 14 de Febrero de 2013.

García, J. C. (1983). *La Categoría Trabajo en Medicina*. Cuadernos Médicos Sociales N°23. Instituto de la Salud Juan Lazarte. Extraído el 20 de Febrero de 2013 desde: www.ilazarte.com.ar/cuadernos/pdf/n23a077.pdf

García, J. C. (1988). Texto extraído de las "Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud", organizadas por la Asociación de Médicos Residentes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud. Buenos Aires, 30 de abril al 7 de mayo de 1988. Publicado originalmente en Cuadernos Médico Sociales – 23 – CESS – Rosario

Gil-Monte, P. (2009). *Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública*. Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSICO). Universidad de Valencia. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83 (2): 169-173.

González, F. y Varillas, W. (2006). *Aproximación al estudio de la situación y propuestas sobre trabajo informal y salud en América Latina*. Factores psicosociales y salud mental en el trabajo. Primera impresión: 2006. México: Universidad de Guadalajara.

Gray, N. y Molina, G. (2008) La salud de los trabajadores chilenos en cifras: ejemplo de fragmentación e inequidad. Alamos Chile. Ponencia presentada en el VIII Encuentro sobre Prevención y Salud Laboral, Vilanova, España.

Harvey, D. (2007). *Breve Historia del Neoliberalismo*. Editorial AKAL.

Hernández, C., Fernández, C, y Baptista, P. (2002). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill.

Instituto Nacional de Higiene en el Trabajo (INSHT) *NTP 603: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (I) Redactado por Sofía Vega Martínez. Elaborado por Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. . Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España. 2001*

Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (2002). *Organización del trabajo Factores Psicosociales y Salud*. Extraído el 14 de Enero desde: <http://www.istas.net/eb/index.asp?idpagina=2142>.

Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (2002). *Método ISTAS21 (COPSOQ): Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo*. Extraído el 13 de julio de 2013 desde: <http://www.istas.net/web/index.asp?idpagina=2142>.

Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (2005). *Organización del trabajo Factores Psicosociales y Salud*. Extraído el 14 de Enero de 2013 desde: <http://www.istas.net/web/index.asp?idpagina=2142>.

Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (2007). *Guía del delegado para el delegado y la delegada en prevención para la intervención sindical*. Extraído el 11 de marzo de 2013 desde: <http://www.istas.net/web/abreenlace.asp?idenlace=4891>.

Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (2008). *CoPsoQ-istas21 versión 1.5. Método para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales*. Extraído el 13 de julio de 2013 desde: <http://www.istas.net/web/index.asp?idpagina=2142>.

Jaramillo, H. y Vives, A. (2010). Salud laboral en Chile. *Arch Prev Riesgos Labor*; 13 (3): 150-156.

Joekes K., Kraaij V., Maes, S. y Verhoeven, Ch. (2003) The job demand-control-social support model and wellness/health outcomes:a European study. *Psychology and Health*, Vol. 18, N° 4, pag. 421–440.

Johnson, J. (1989) *Desigualdades de clase, ambiente psicosocial y salud*. Extraído el 12 de marzo de 2013 desde: <http://www.istas.net/web/abreenlace.asp?idenlace=4704>.

Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 24, pp. 285-308.

Karasek, R. (1998) *El modelo de demandas/control: enfoque social, emocional y fisiológico del riesgo de estrés y desarrollo de comportamientos activos*. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo: Capítulo 34: Factores psicosociales y de la organización. OIT.

Karasek, R. (2001). El modelo de demandas-control: enfoque social, emocional y fisiológico del riesgo de estrés y desarrollo de comportamientos activos. *Enciclopedia de la Salud y Seguridad en el Trabajo OIT. Volumen II. Capítulo 34.*

Leavell, H. y Clark, E. (1958). *Historia Natural de la Enfermedad.* Mac Graw Hill.

Leka, S., Cox, T. (ed) (2008). The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF Consortium, UK. Extraído el 20 de Julio de 2013 desde: <http://www.prima-ef.org/prima-ef-book.html>

Laurell, A. (1984). Ciencia y experiencia obrera: la lucha por la salud en Italia. *Cuadernos Políticos*, (41). México, D. F.

Luceño, L., Martín, J., Jaén, M., Díaz y E. M. (2005). *Evaluación de factores psicosociales en el entorno laboral.* Revista de psicología y psicopedagogía: edupsykhé, vol. 4, no 1. pag 19-42. *facultad de psicología laboratorio de psicología del trabajo y estudios de seguridad. Universidad Complutense de Madrid.* Extraído el 19 de junio de 2013 desde: http://ucjc.edu/pdf/publicaciones/edupsikhe/vol-4/cap2_vol4-1.pdf

Marx, K. (1867). *El Capital* TOMO I. Santiago de Chile: Ed. LOM

Mészáros, I. (1995). Más allá del capital. Venezuela: Ed. El perro y la rana.

Mercado, F. (2002). Investigación cualitativa en América Latina: Perspectivas críticas en salud. *International Journal of Qualitative Methods*, 1 (1),

Miranda, G. (2008). Trabajo y salud mental en la perspectiva epidemiológica: Revisión crítica. *Psiquiatría y salud mental* 25 (1), 67-78.

Miranda, G. (2013). *Protección de la Salud Mental en el Trabajo: Desafíos para la institucionalidad Chilena.* Tesis Doctoral en Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago.

Moreno, B. (2011). *Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales.* Med. segur. trab. vol.57 supl.1 Madrid 2011. Versión Online. Extraído el 13 de febrero de 2013, desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2011000500002&script=sci_arttext.

Moreno, B. y Báez, C. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas.* Madrid

Moreno, B. y Garrosa, E. (2009). *Ciencia & Trabajo*, 11 (32) | ABRIL / JUNIO 2009 | Extraído el 12 de mayo desde www.cienciaytrabajo.cl

Noriega, M. (1995). La realidad latinoamericana frente a los paradigmas de investigación en salud laboral. *Salud de los trabajadores*, 3 (1), 13-19.

Observatorio Permanente en Riesgos Psicosociales (2006). Manual de riesgos psicosociales en el mundo laboral. UGT Aragón.

Oficina Internacional del Trabajo, (1998). Extraído el 28 de abril desde: http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_008502/lang-es/index.htm

Oficina Internacional del Trabajo, (2003). La violencia en el trabajo. Extraído el 10 de mayo desde: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_dialogue/@actrav/documents/publication/wcms_117581.pdf

Omar, A. (2006). Justicia organizacional, individualismo – colectivismo y estrés laboral. *Psicología y salud*, 16 (2), 207-217.

Organización Mundial de la Salud (2007). *Salud de los trabajadores: plan de acción mundial*. 60.ª Asamblea mundial de la salud. Extraído el 10 de julio de 2013 desde: http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_sp_web.pdf

Organización Mundial de la Salud (2010). *Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo*. Capítulo 4: Interrelaciones entre Trabajo, Salud y Comunidad. Ginebra: Biblioteca de la OMS.

Parra, M. (2003). *Conceptos básicos en salud laboral*. Textos de capacitación. Eje para la acción sindical. Chile: Andros Impresores.

Parra, M. (2004). Promoción y protección de la salud mental en el trabajo: análisis conceptual y sugerencias de acción. *Ciencia y Trabajo*, 6 (14), 153-161.

Parra, M. (2007). Catálogo bibliográfico de investigaciones publicadas sobre estrategias de intervención en salud mental y trabajo. Chile: CEM - Proyecto Araucaria.

Saavedra, A. y Muhlenbrock, C. (2009). Promoción de la salud mental ocupacional: Revisión y proyecciones para Chile. *Revista chilena de Neuropsiquiatría*, 47 (4), 293-302.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal Occupational Health Psychology*

Siegrist, J. (2008). Desequilibrio esfuerzo-recompensa y la salud en una economía globalizada. *SJWEH Suppl.*, (6), 163-168.

Sondergard, T. (2010). A questionnaire is more than a questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38 (149). Extraído el 13 de Julio desde: http://sjp.sagepub.com/content/38/3_suppl/149

Superintendencia de Seguridad Social (2011) Estadísticas de accidentabilidad 2011. Gobierno de Chile. Extraído el 21 de Abril desde: <http://www.suseso.gob.cl/common/asp/pagAtachadorVisualizador.asp?argCryptedData=GP1TKTXdhRJAS2Wp3v88hOTWzvpB68U5kqbEUrBdDus%3D&argModo=inline&argOrigen=BD&argFlagYaGrabados=&argArchivoId=66384>

8. ANEXOS

Anexo 1: RECOMENDACIONES Y EVIDENCIA INTERNACIONAL EN SALUD LABORAL

Recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)

En 1999, bajo el liderazgo de Somavía, la OIT comenzó a referirse al concepto de Trabajo Decente, como una forma de conciliar la realidad del empleo, los ingresos y protección social, sin menoscabo de las normas sociales y los derechos de los trabajadores (OIT, 1999 en Cisternas, 2004). Este concepto “resume las aspiraciones de los individuos en lo que concierne a sus vidas laborales, e implica oportunidades de obtener un trabajo productivo con una remuneración justa, seguridad en el lugar de trabajo, protección social para las familias, mejores perspectivas para el desarrollo personal y la integración social, libertad para que los individuos manifiesten sus preocupaciones, se organicen y participen en la toma de aquellas decisiones que afectan a sus vidas, así como la igualdad de

oportunidades y de trato para mujeres y hombres" (OIT, 2002; citado en Cifuentes, 2004). Para Infante (2003, citado en Espinoza, 2003) el concepto de "Trabajo Decente" surge como respuesta a la situación de creciente desprotección de los trabajadores y trabajadoras, por una parte, y por otra, a la inseguridad en que funcionan las sociedades del capitalismo globalizado, en especial en los países en desarrollo como Chile. Esta propuesta implica el reconocimiento de que el trabajo puede afectar positiva o negativamente la salud, y que un trabajo decente se asocia con mejores estándares de salud en los trabajadores (Cisternas, 2004).

Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

En 2007 la OMS impulsa el plan global de acciones para la salud de los trabajadores para el periodo 2008-2017, una estrategia que buscaba dar orientaciones en cuanto a las necesidades de la salud ocupacional, en un mundo de rápidos cambios y de grandes diferencias en las condiciones de los trabajadores (OMS, 2010). La finalidad de este plan de acción fue: implementar políticas para normar la salud de los trabajadores, proteger y promover la salud en el lugar de trabajo, promover la implementación y el acceso a los servicios de salud ocupacional, proporcionar y comunicar las evidencias de acción práctica en salud laboral, e incorporar la salud de los trabajadores en otras políticas. En esta línea, la OMS ha impulsado 2 estrategias que pretenden promover la salud en los lugares de trabajo: los entornos de trabajo saludables, y el empleo justo. Un *entorno de trabajo saludable* que se define como (OMS, 2010): "*aquel en el que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo*". Para alcanzar un entorno de trabajo saludable, la OMS (2010) propone un proceso de mejora continua donde se incorpora la investigación-acción, en un modelo que contempla 4 vías para abordar la salud en el trabajo: 1. El entorno físico del trabajo, 2. El entorno psicosocial del trabajo, 3. Los recursos personales de salud en el espacio de trabajo y 4. La participación de la empresa en la comunidad (OMS, 2010). Otra propuesta fue la del "empleo justo" definido como aquel en el que existe una justa relación entre empleados e inversionistas, caracterizada por contar con: seguridad laboral en cuanto al contrato y la protección, ingreso justo, protección al trabajo y beneficios sociales, respeto y dignidad en el trabajo, participación en el ambiente de trabajo y ser libre de coacción (OMS, 2010). Esta propuesta fue acuñada por Benach, Muntaner y Santana (2010), para nutrir la definición de trabajo decente impulsada desde la OIT, y busca establecer un lazo entre la productividad y los derechos de los seres humanos.

Recomendaciones de la Comisión de las Comunidades Europeas

La Unión Europea ha señalado la importancia de la salud y la seguridad en el trabajo puesto que no solo entraña una dimensión humana importante, sino que también implica una reducción de los costos económicos que afectan la competitividad de las empresas en la UE. En este aspecto, los principales logros han sido una reducción considerable de accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo, mediante la mejora de las condiciones laborales, y la adopción de leyes por parte de los países miembros (CCE, 2007). En el marco de estas preocupaciones la UE ha desarrollado estrategias a nivel regional para afrontar estos desafíos, donde destacan:

- La difusión de buenas prácticas y el uso de incentivos económicos para motivar a las PYME a cumplir la legislación vigente.
- Una adaptación del marco jurídico a los cambios del mundo laboral, incorporando nuevos riesgos, y tomando medidas concretas para prevenirlos.
- La rehabilitación y reintegración de los trabajadores excluidos del mundo laboral por una enfermedad profesional o incapacidad.
- Compatibilizar las políticas de salud pública con las medidas en torno a la salud laboral.
- Promover una cultura de prevención en todos los niveles del ciclo educativo, incluyendo la formación técnica y universidades y no únicamente en la población laboralmente activa.
- Generar instancias de capacitación a nivel de las empresas, donde se adquieran conocimientos sobre los riesgos a que se enfrenta cada trabajador en su jornada diaria y la forma de prevenirlos.
- Identificar y analizar nuevos riesgos, especialmente aquellos relacionados con los factores psicosociales, riesgos reproductivos, la prevención de la violencia y el acoso laboral, los trastornos osteomusculares, las sustancias peligrosas, y los relacionados con las nanotecnologías, entre otros.

Anexo 2: CARACTERIZACIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO (Cox & Griffiths, 1996)

- a) **Contenido del trabajo:** La falta de variedad y la monotonía en el trabajo, los ciclos cortos de trabajo, el trabajo fragmentado y sin sentido, las ocupaciones que demandan un bajo uso de habilidades, y la alta incertidumbre en el trabajo.
- b) **Sobrecarga y ritmo de trabajo:** El exceso de trabajo, un ritmo de trabajo elevado, una alta presión respecto de los plazos para ejecutar una tarea.
- c) **Horarios:** Cambio de turnos, horario nocturno, horarios inflexibles, horario de trabajo imprevisible, jornadas largas o sin tiempo para la interacción.

- d) **Control:** Baja participación en la toma de decisiones, baja capacidad de control sobre la carga de trabajo y otros factores laborales.
- e) **Ambiente y equipos:** Condiciones malas de trabajo, equipos de trabajo inadecuados, ausencia de mantenimiento de los equipos, falta de espacio personal, escasa luz o excesivo ruido.
- f) **Cultura organizacional y funciones:** Mala comunicación interna, bajos niveles de apoyo, falta de definición de las propias tareas o de acuerdo en los objetivos organizacionales.
- g) **Relaciones interpersonales:** Aislamiento físico o social, escasas relaciones con los jefes, conflictos interpersonales, falta de apoyo social.
- h) **Rol en la organización:** Ambigüedad de rol, conflicto de rol y responsabilidad sobre personas.
- i) **Desarrollo de carreras:** Incertidumbre o paralización de la carrera profesional, baja o excesiva promoción, pobre remuneración, inseguridad contractual.
- j) **Relación Trabajo- Familia:** Demandas conflictivas entre el trabajo y la familia, bajo apoyo familiar.
- k) **Seguridad contractual:** Trabajo precario, trabajo temporal, incertidumbre de futuro laboral.

Anexo 3: DIMENSIONES RIESGO PSICOSOCIAL COPSOQ-ISTAS21

EXIGENCIAS PSICOLÓGICAS EN EL TRABAJO	APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE LIDERAZGO
Exigencias cuantitativas	Posibilidades de relación social
Exigencias de esconder emociones	Apoyo social compañeros
Exigencias emocionales	Apoyo social superiores
Exigencias cognitivas	Calidad de liderazgo
	Sentido de grupo

	<p>Previsibilidad</p> <p>Claridad de rol</p> <p>Conflicto de rol</p> <p>Sentimiento de grupo</p>
<p>CONTROL SOBRE EL TRABAJO</p> <p>Influencia</p> <p>Posibilidades de desarrollo</p> <p>Control sobre los tiempos a disposición</p> <p>Sentido del trabajo</p> <p>Compromiso</p>	<p>COMPENSACIONES EN EL TRABAJO</p> <p>Estima</p> <p>Inseguridad en el futuro</p>
	<p>DOBLE PRESENCIA</p>

Anexo 4: DESCRIPCIÓN DE LAS DIMENSIONES ABORDADAS POR EL ISTAS21

<p>EXIGENCIAS PSICOLÓGICAS EN EL TRABAJO</p>
<p>Exigencias cuantitativas: Se refieren a la relación entre la cantidad o volumen de trabajo y el tiempo disponible para realizarlo. Las altas exigencias cuantitativas suponen un riesgo para la salud.</p> <p>Exigencias de esconder emociones: Se refiere a las reacciones y opiniones negativas que el trabajador o trabajadora esconde a los clientes, superiores, compañeros, compradores o usuarios por motivos laborales. Altas exigencias de esconder emociones constituyen un riesgo para la salud.</p>

Exigencias emocionales: Se refiere a las exigencias o situaciones que pueden afectar los sentimientos del trabajador, por comprometerlo o involucrarlo sentimentalmente, o porque pueden producir un desgaste emocional. **Altas exigencias emocionales constituyen un riesgo para la salud.**

Exigencias cognitivas: Se refiere a los requerimientos de pensamiento en el trabajo, tales como la toma de decisiones, tener ideas nuevas, memorizar, manejar conocimientos y controlar muchas cosas a la vez. **Unas altas exigencias cognitivas en conjunto con altas exigencias cuantitativas suponen un riesgo para la salud.**

CONTROL SOBRE EL TRABAJO

Influencia: Es el margen de decisión y autonomía respecto al contenido del trabajo (orden, métodos a utilizar, tareas a realizar, calidad de trabajo, cantidad de trabajo, etc.) y a las condiciones de trabajo (horario, ritmo, compañeros, ubicación, etc.) **La baja influencia constituye una situación de riesgo para la salud.**

Posibilidades de desarrollo: Se refiere a la medida en que el trabajo es fuente de oportunidades de desarrollo de las habilidades y conocimientos de cada persona: si se pueden aplicar habilidades y conocimientos, aprender cosas nuevas o si el trabajo es variado. **La falta de posibilidades de desarrollo en el trabajo supone una situación de riesgo para la salud**

Control sobre los tiempos a disposición: Se refiere al margen de autonomía para definir los tiempos de trabajo y descanso; pausas, permisos, vacaciones, etc. **La falta de control sobre estos aspectos supone una situación de riesgo para la salud.**

Sentido del trabajo: Se refiere a los valores o fines que se asocian con el trabajo, que van más allá de la obtención de una ocupación y salario. Es un factor de protección frente a otras exposiciones estresantes, pero **un bajo sentido del trabajo es un riesgo para la salud.**

Compromiso: Se identifica la implicación de los trabajadores con la empresa. **Un bajo integración supone una situación de riesgo para la salud.**

APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE LIDERAZGO

Previsibilidad: Se refiere a la disposición de información adecuada, suficiente y oportuna para adaptarse a los cambios que pueden afectar nuestra vida o nuestro empleo. **Una baja previsibilidad supone una situación de riesgo para la salud.**

Claridad de rol: Se refiere a la definición del pueblo de trabajo y las tareas a realizar, los objetivos y el margen de decisión propios del cargo. **La falta de claridad de rol supone una situación de riesgo para la salud.**

Conflicto de rol: Se refiere a la presencia de exigencias contradictorias que se presentan en el trabajo y de los conflictos de carácter profesional o ético. **Un alto conflicto de rol supone una situación de riesgo para la salud.**

Calidad de liderazgo: Se refiere al rol que asume la dirección para; gestionar equipos, asignar tareas, planificar, resolver conflictos, comunicarse con los trabajadores y asegurar la salud y el bienestar de los trabajadores. **Una baja calidad de liderazgo supone una situación de riesgo para la salud.**

Apoyo social de los compañeros: Se refiere al apoyo recibido por parte de los compañeros de trabajo para realizar una tarea. **Su ausencia supone un riesgo para la salud.**

Apoyo Social de los superiores: Se refiere al apoyo que entregan los superiores. **La falta o pobreza de apoyo social supone una situación de riesgo para la salud.**

Posibilidades de relación social: Se refiere a las relaciones y lazos que podemos establecer en nuestro entorno laboral. **El trabajo aislado o con pocas posibilidades de relación social suponen una situación de riesgo para la salud**

Sentimiento de grupo: Este factor está presente si existe un buen ambiente de trabajo entre compañeros. **Un bajo sentimiento de grupo supone una situación de riesgo para la salud.**

COMPENSACIONES EN EL TRABAJO

Estima: Se refiere al respeto y al reconocimiento, al trato justo y el apoyo adecuado. **Su ausencia supone un riesgo para la salud.**

Inseguridad en el futuro: Se refiere a la inseguridad contractual y de otras condiciones de trabajo: cambios de jornada y horario de trabajo, salario y forma de pago, movilidad funcional o de departamento contra la voluntad de los trabajadores y trabajadoras. **La inseguridad laboral constituye una situación de riesgo para la salud.**

DOBLE PRESENCIA

Se refiere a las exigencias domésticas, la inexistencia de cantidad de tiempo a disposición y de margen de autonomía sobre la ordenación del tiempo. Implica graves problemas de conciliación entre las necesidades doméstico-familiares y las del ámbito laboral. **Una alta doble presencia constituye un riesgo para la salud.**