



2020

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA INTERNACIONAL DE LA RIOJA

APORTES Y DESAFÍOS DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Tras la realidad de salud pública y social

Aportes y desafíos de la seguridad y salud en el trabajo

Tras la realidad de salud pública y social

© 2021 Universidad Internacional de La Rioja S.A. (UNIR)
Primera edición: febrero de 2021

Reservados todos los derechos de esta edición para
© Universidad Internacional de La Rioja S.A. (UNIR)
Gran Vía Rey Juan Carlos I, 41
26002 Logroño (La Rioja)

ISBN: 978-84-18367-31-1
Depósito legal: LR 53 - 2021

Editoras

Yuber Liliana Rodríguez Rojas
Diana Milena Carvajal Montealegre

Dirección: Calle 100 No. 19-61 Oficina 801| Bogotá | Colombia
PBX:(+57) 1 5169659

Preparación editorial

Yuber Liliana Rodríguez Rojas
Diana Milena Carvajal Montealegre
Jenny Milena Álvarez

Copyright © Fundación Universitaria Internacional de La Rioja 2020

La información y contenidos en este documento son responsabilidad de los autores y esta publicación no constituye un aval por parte la Fundación Universitaria Internacional de la Rioja sobre las opiniones expresadas en los capítulos presentados.

José Humberto Serna Gómez
Rector

Flor Nancy Díaz Piraquive
Vicerrector académico

Carlos Enrique Montenegro Marín
Vicerrector de investigación

Diana Milena Carvajal Montealegre
Coordinadora de programas
Especialización en gestión de la seguridad y salud en el trabajo
Administración en seguridad y salud en el trabajo
Administración en Salud

Contenido

COVID-19 Y SST: AVANCES EN LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	5
COVID-19 Y TICS: NUEVOS RETOS, NUEVOS RIESGOS	11
RETOS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES. EXPERIENCIAS DESDE BOGOTÁ	24
PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE PROGRAMAS DE POSGRADO EN SST FRENTE AL USO DE LAS TIC EN LA FORMACIÓN VIRTUAL	32
MODELO DE IMPLEMENTACIÓN DE DIEZ GRANDES PASOS DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN HSEQ.....	43
INTERVENCIÓN BASADA EN MINDFULNESS PARA ABORDAR LOS ESTADOS Y ERRORES QUE CONLLEVAN A INCIDENTES EN LAS ORGANIZACIONES	55
ESTADO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN COLOMBIA, 2016-2018.....	68
SISTEMAS DE SALUD EN ZONAS ALTAMENTE DISPERSAS EN COLOMBIA.....	84
PANDEMIA, EMOCIONES Y DIGITALIDAD	98
LA URGENTE TRANSFORMACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES POR LA PANDEMIA COVID-19, CON ENFOQUE EN INSTITUCIONES DE SALUD	109
PROFESORES UNIVERSITARIOS COMO AGENTES DE SALUD PÚBLICA EN PANDEMIA: EXPERIENCIAS DESDE LA VIRTUALIDAD.....	123
PAPEL DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN RETORNO LABORAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA.....	143

unir

FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA
INTERNACIONAL
DE LA RIOJA

COLOMBIA



COVID-19 Y SST: AVANCES EN LA GESTIÓN DE
LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Editorial

El bienestar y la calidad de vida de los trabajadores debe ser una preocupación constante de los líderes de las organizaciones, dado su aporte en la sostenibilidad de las empresas, más aún en la época actual en la que se vive una crisis social, económica y sanitaria producto de la pandemia generada por la COVID -19. La gestión de la seguridad y salud en el trabajo (GSST) se ha convertido en una estrategia fundamental para lograr integrar las acciones de SST en la gestión global. Cabe precisar que, aunque este concepto se ha ido permeando en los diferentes países de forma fuerte en las últimas tres décadas, tanto en la legislación como en las prácticas de gestión organizacional, en este momento histórico es esencial para la supervivencia de las empresas puesto que se requiere de la creación de conciencia, autocuidado y cultura preventiva de todos sus actores para lograr el control y la mitigación de este peligro emergente.

Los sistemas de GSST en el ámbito global han sido conceptualizados por organismos. La Organización Internacional del Trabajo (OIT), indica que la SST es responsabilidad y deber del empleador y, además, considera que un sistema de gestión en este campo debe contener cinco elementos principales: política, organización, planificación y aplicación, evaluación y acción en pro de mejoras (Organización Internacional del Trabajo, 2001). Con el ánimo de brindar lineamientos a diferentes países creó en el 2001 las *Directrices Relativas a los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo*.

Por otra parte, la Organización Internacional de Normalización (ISO), define este sistema como aquel que permite alcanzar la política de SST, de igual modo, indica que sus resultados previstos son prevenir lesiones y el deterioro de la salud a los trabajadores y proporcionar lugares de trabajo seguros y saludables (Icontec, 2018). Es de precisar que, la ISO creó en el 2018 la primera norma técnica en *Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo-requisitos con*

* Doctora en Administración. yuberliliana.rodriguez@unir.net. CVLAC: http://scienti.colciencias.gov.co:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000620327 ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3904-4938>

** Magíster en Salud y Seguridad en el Trabajo. diana.carvajal@unir.net. CVLAC: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001520814

orientación para su uso, la cual reemplaza a la OHSAS 18001: 2007- Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional. Se espera que a partir de marzo de 2021 todas las organizaciones certificadas en OHSAS 18001 migren a la ISO 45001.

En el ámbito nacional los sistemas de GSST se incorporaron a partir de la Ley 1562 de 2012, en la que se indica que consiste en “el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoría y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y salud en el trabajo” (Ley 1562, 2012, p. 1).

Bajo este contexto, es evidente el compromiso nacional e internacional frente al fortalecimiento de los sistemas de GSST con el fin de mejorar las condiciones de trabajo y de salud de los trabajadores y desde luego, proteger y promover la salud en el trabajo y fomentar entornos de trabajo seguros y saludables. Esta transformación de la GSST se da como resultado de los cambios que se han generado en las dinámicas de trabajo, en las relaciones laborales y, entre otros aspectos, por peligros y riesgos emergentes.

Antes de 2020 cuando se aludía a peligros y riesgos emergentes se hacía énfasis en los efectos generados por la tecnología en la vida laboral, la incorporación de nuevos procesos de trabajo, cambios en el mercado laboral, en las formas de empleo y en la organización del trabajo. Sin embargo, a partir del surgimiento del SARS COV-2 y la COVID-19 (Sohrabi et al., 2020; Wang et al., 2020) la atención se ha focalizado en este nuevo peligro de tipo biológico.

Para afrontar este nuevo peligro se ha requerido de la creación de diferentes normas, protocolos y legislación dirigida al control y la mitigación de la COVID-19. La *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA) del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos publicó en el marzo de 2020 la *Guía sobre la Preparación de los Lugares de Trabajo para el virus COVID-19*- OSHA 3992-03 2020. Esta guía provee recomendaciones para la implementación de controles de ingeniería y administrativos, prácticas de trabajo y uso de elementos de protección personal para el control de la enfermedad generada por el coronavirus. Además, presenta una clasificación de la exposición de los trabajadores al SARS COV-2 a través de una pirámide de riesgo laboral (Departamento del Trabajo de los Estados Unidos, 2020).

De igual modo, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo han generados recomendaciones para el abordaje de la COVID-19. Por su parte, cada país por medio de sus Ministerios de Salud y del Trabajo han generado legislación pertinente para el abordaje de este virus en los diferentes sectores económicos.

En Colombia se incorporó como una enfermedad laboral directa, a través del Decreto 676 de 2020, para trabajadores del sector de la salud, incluyendo al personal administrativo, de aseo, vigilancia y de apoyo que preste servicios en las actividades de prevención, diagnóstico y atención de la COVID-19.

Por otra parte, el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo colombiano junto con el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (Icontec) crean en el 2020 el Sello de operaciones Bioseguras o "Bioseguridad Check In", el cual consiste una evaluación para la verificación de la implementación y aplicación sistemática de protocolos de bioseguridad que minimicen riesgos para los trabajadores, clientes, visitantes y proveedores (Icontec, 2021).

Recientemente, la ISO genera nuevas pautas globales para un trabajo seguro durante COVID-19 - ISO / PAS 45005: 2020 como respuesta al cambio de las condiciones de vida de las personas y las lecciones aprendidas por las organizaciones durante la pandemia.

Esta norma brinda orientación para organizaciones de todos los tamaños y en todos los sectores, sobre la incorporación de las mejores prácticas y ayudará a gestionar los riesgos derivados de COVID-19 con referencia a la salud, la seguridad y el bienestar relacionados con el trabajo. Cabe precisar que, orienta a organizaciones que operado durante la pandemia; a aquellas que planean retomar operaciones después de un cierre y; desde luego, a aquellas que van a operar por primera vez (ISO, 2021).

Es de resaltar que, esta norma incluye como término el "bienestar" y define como el cumplimiento de las necesidades y expectativas físicas, mentales y cognitivas de un trabajador relacionadas con su trabajo. Además, precisa que este puede contribuir a la calidad de vida fuera del trabajo y se relaciona con todos los aspectos de la vida laboral, incluida la organización del trabajo, los factores sociales en trabajo, entorno de trabajo, equipos y tareas peligrosas.

Esta norma brinda diferentes beneficios a las organizaciones y a líderes de la GSST, algunos de ellos son:

- Proporciona buenas prácticas basadas en el conocimiento actual de la sst, de los sistemas de GSST, de la gestión del riesgo y del coronavirus.
- Favorece la evaluación integral de riesgos y brinda ejemplos para su gestión.
- Incluye requisitos asociados al trabajo desde casa
- Provee orientación para la gestión de casos sospechosos o confirmados de la enfermedad COVID-19
- Indica la necesidad de establecer procesos para gestionar el impacto de la pandemia en la salud psicológica y el bienestar de los trabajadores.
- Contempla elementos de inclusión en generación de acciones para la gestión de los riesgos que surgen de la COVID-19 teniendo en cuenta los impactos en los diferentes grupos de trabajadores y otras partes interesadas relevantes.
- Permite la planificación de las actividades laborales en diferentes lugares y para diferentes modalidades de vinculación laboral y demás partes interesadas pertinentes (visitantes, clientes, proveedores, entre otros).

En este sentido, los sistemas y la gestión misma de sst se están transformando y seguirán haciéndolo como respuesta a los nuevos desafíos que conllevan los peligros y riesgos emergentes. Si bien, inicialmente la covid-19 se consideró un problema de salud pública (García-Vidal et al., 2021; Pun et al., 2021), también es una problemática de sst, dada la afectación en las operaciones de las organizaciones y en la salud física y emocional de diferentes poblaciones de trabajadores (Choudhari, 2020; Salas-Nicás et al., 2021; Wong et al., 2021; Zhang et al., 2021). Por consiguiente, se requiere desarrollar investigación, espacios de socialización y divulgación de los desarrollos y avances en el abordaje de este virus que afecta tanto la vida de las personas como la sostenibilidad de las organizaciones.

Referencias

- Choudhari, R. (2020). COVID 19 pandemic: Mental health challenges of internal migrant workers of India. *Asian Journal of Psychiatry*, 54, 102254. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102254>
- Ley 1562, Pub. L. No. Ley 1562 de 2012, Diario oficial 47957 Por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional (2012). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley-1562-de-2012.pdf>
- Departamento del Trabajo de los Estados Unidos. (2020). Guía sobre la Preparación de los Lugares de Trabajo para el virus COVID-19. OSHA 3992-03 2020. <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3992.pdf>
- García-Vidal, C., Cózar-Llistó, A., Meira, F., Dueñas, G., Puerta-Alcalde, P., Cilloniz, C., García-Pouton, N., Chumbita, M., Cardozo, C., Hernández, M., Rico, V., Bodro, M., Morata, L., Castro, P., Almuedo-Riera, A., García, F., Mensa, J., Antonio Martínez, J., Sanjuan, G., ... Soriano, A. (2021). Trends in mortality of hospitalised COVID-19 patients: A single centre observational cohort study from Spain. *The Lancet Regional Health - Europe*, 100041. <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2021.100041>
- Icontec. (2018). NTC ISO 45001:2018. Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo-requisitos con orientación para su uso. Icontec.
- Icontec. (2021). Sello de Certificación. Operaciones Bioseguras. <https://www.icontec.org/sello-de-certificacion/>
- ISO. (2021). ISO/PAS 45005:2020. Occupational health and safety management — General guidelines for safe working during the COVID-19 pandemic. <https://www.iso.org/standard/64286.html>
- Organización Internacional del Trabajo. (2001). Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo, ILO-OSH 2001. https://www.ilo.org/safework/info/standards-and-instruments/WCMS_112582/lang--es/index.htm
- Pun, B. T., Badenes, R., Heras La Calle, G., Orun, O. M., Chen, W., Raman, R., Simpson, B.-G. K., Wilson-Linville, S., Hinojal Olmedillo, B., Vallejo de la Cueva, A., van der Jagt, M., Navarro Casado, R., Leal Sanz, P., Orhun, G., Ferrer Gómez, C., Núñez Vázquez, K., Piñeiro Otero, P., Taccone, F. S., Gallego Curto, E., ... Sarwal, A. (2021). Prevalence and risk factors for delirium in critically ill patients with COVID-19 (COVID-D): A multicentre cohort study. *The Lancet Respiratory Medicine*, S221326002030552X. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30552-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30552-X)
- Salas-Nicás, S., Moncada, S., Llorens, C., & Navarro, A. (2021). Working conditions and health in Spain during the COVID-19 pandemic: Minding the gap. *Safety Science*, 134, 105064. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.105064>
- Sohrabi, C., Alsafi, Z., O'Neill, N., Khan, M., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., & Agha, R. (2020). World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *International Journal of Surgery*, 76, 71-76. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.02.034>
- Wang, L., Wang, Y., Ye, D., & Liu, Q. (2020). A review of the 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) based on current evidence. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 105948. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105948>
- Wong, A. K. F., Kim, S. (Sam), Kim, J., & Han, H. (2021). How the COVID-19 pandemic affected hotel Employee stress: Employee perceptions of occupational stressors and their consequences. *International Journal of Hospitality Management*, 93, 102798. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2020.102798>
- Zhang, C.-Q., Zhang, R., Lu, Y., Liu, H., Kong, S., Baker, J. S., & Zhang, H. (2021). Occupational stressors, mental health, and sleep difficulty among nurses during the COVID-19 pandemic: The mediating roles of cognitive fusion and cognitive reappraisal. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 19, 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.12.004>

unir

FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA
INTERNACIONAL
DE LA RIOJA

COLOMBIA



COVID-19 Y TICS: NUEVOS RETOS, NUEVOS RIESGOS

COVID-19 and ICT's: new challenges, new

Resumen

Los cambios sociales y laborales han aumentado en las últimas décadas. La irrupción de las nuevas tecnologías ha provocado que las exigencias laborales y las relaciones sociales se hayan visto modificadas con la aparición de nuevos riesgos. La pandemia COVID-19 ha sido un catalizador que ha aumentado los efectos de estos cambios, en una situación sin precedentes recientes en nuestra sociedad. En este artículo se pretende realizar una revisión sistemática de la literatura científica existente en *Web Of Science* (WOS) y SCOPUS en relación con los riesgos emergentes en la sociedad de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TICs) y propiciar conocimiento en relación con la influencia del COVID-19 en esta situación. Se analizan variables relacionadas con el estrés y el síndrome de estar quemado (*burnout*) y su interacción con las nuevas tecnologías. Se valora la influencia de la pandemia en las actividades y exigencias laborales, así como el profundo cambio en los modelos productivos. Como objetivo principal se establecen estrategias para ser capaces de anticiparse a las nuevas exigencias laborales y sociales, así como a los riesgos emergentes, llevando a cabo las modificaciones oportunas para minimizar los efectos. Debemos anticiparnos y llevar a cabo prevención real, no únicamente corrección.

Palabras clave: burnout, tecnologías de la información y la comunicación (TICs), salud, COVID-19, competencias blandas.

Abstract

Social and labor changes have increased in recent decades. The irruption of new technologies has caused the labor demands and social relations to be modified with the appearance of new risks. The COVID-19 pandemic has been a catalyst that has increased the effects of these changes, in a recent unprecedented situation in our society. This article aims to make a systematic review of the existing scientific literature in Web of Science (WOS) and SCOPUS in relation to emerging risks in the Information and Communication Technologies (ICTs) society, and provide knowledge related with the influence of COVID-19 in this situation. Variables related to stress and burnout syndrome and their interaction with new technologies are analyzed. The influence of the pandemic in labor activities and demands is valued, as well as deep changes in productive models. The principal objective is to establish strategies that allow society to anticipate new labor and social demands, as well as the emerging risks, carrying out the opportune modifications to minimize the effects. We must anticipate and carry out real prevention, not just correction.

Keywords: burnout, Information and Communication Technologies (ICTs), health, COVID-19, softskills.

* Doctor en Prevención de Riesgos Laborales. ivan.fernandez@unir.net . ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4521-1218>

Introducción

Históricamente la sociedad ha sufrido cambios profundos en todos los niveles. Si bien, en este momento se dan circunstancias que provocan que estos cambios sean aún más vertiginosos. Las nuevas tecnologías (Van Loggerenberg, 2014) demandan una actualización constante y en las últimas décadas las transformaciones han sido profundas en todos los ámbitos, educativos (Fabelico & Afalla, 2020), sociales y laborales. El COVID-19 ha sido un catalizador que ha provocado que estas modificaciones se aceleren en mayor medida, lo que aumenta la aparición de nuevos riesgos o riesgos emergentes para los que no estamos preparados. Debemos ser capaces de prever qué está ocurriendo en el ámbito social y dar pasos que permitan reducir las consecuencias de las nuevas exigencias de nuestra vida. Tenemos numerosos antecedentes del efecto de las tecnologías de la información y de la comunicación en la salud de los trabajadores. Síndromes como el burnout (Ganeshan et al., 2020; Kawamata et al., 2020; Khuri, 2020; Roohani & Iravani, 2020) son cada vez más frecuentes en nuestra sociedad y no es de extrañar la aparición de nuevas patologías y daños sobre la salud asociados a riesgos emergentes, y nuevos conceptos como la desconexión digital; la dependencia digital o *workalcoholic* (Fulton, Marcus, & Merkey, 2011; García, Orviz Martínez, Carabel, & Suárez, 2017; Leveson, 2004; Romero Caraballo, 2019; Welford, 1978). En esta revisión se intenta identificar los estudios más recientes y los conceptos más habituales asociados a los riesgos emergentes, mientras se realiza una previsión sobre los futuros efectos que la pandemia puede presentar en el mundo laboral, sus modelos de contratación (Fernandez-Suarez, Botey, & Torrano, 2020) y en nuestro estado de salud.

Metodología

El presente estudio fue realizado mediante una revisión sistemática de bibliografía (Sáez, Martínez, Cuartero, & Valero, 2021). El principal objetivo se centró en la identificación de los principales conceptos asociados a los riesgos emergentes en la sociedad de la información y la comunicación. Realizando búsquedas en las bases científicas Web of Science y scopus de los términos "burnout", "riesgo emergente", "estrés" (Acosta-Fernández, Parra-Osorio, Molina, Aguilera-Velasco, & Pozos-Radillo, 2019; Guinot, Chiva, & Roca-Puig, 2014; Teles, Valle, Rodríguez, Piñeiro, & Regueiro, 2020; Vizoso & Gundín, 2016), "salud", "dependencia digital", "desconexión digital" y "adicción al trabajo", tanto en castellano como en inglés. Se estableció

un periodo de búsqueda de 10 años, englobando las producciones científicas desde 2010 hasta la actualidad, obteniendo en la identificación de estos conceptos un total de 274 artículos.

Para llevar a cabo la selección de artículos se siguieron dos fases, en una primera se excluyeron todos aquellos artículos que no versaban sobre riesgos emergentes o que no tenían una relación directa con las nuevas tecnologías, así como todos aquellos que no tuvieran una validez científica adecuada para la investigación y posterior análisis. De igual forma, se descartaron todos aquellos que no tuvieran relación con la actividad laboral y con la prevención de riesgos laborales. Una vez efectuada esta selección se descartaron un total de 126 artículos, quedando disponibles para la segunda fase un total de 123 documentos.

En la segunda fase, se identificaron sólo aquellos artículos que entregaran información adecuada para la construcción de las conclusiones. Se identificaron las variables a reforzar para lograr que los trabajadores expuestos a riesgos emergentes aumenten su resiliencia y garanticen el mantenimiento de su estado de salud. El total final de artículos analizados asciende a 27 documentos.

Durante la ejecución de la revisión sistemática se siguieron los criterios prima-p 2015 (Heredia, Rodríguez, & Rodríguez-García, 2021) recogidos en la tabla 1.

Título y resumen
1. Título.
Identificar la publicación como RS, MA o ambas. Si se especifica que se trata de una revisión sobre ensayos clínicos ayudará a priorizarla frente a otras revisiones.
Resumen
2. Resumen estructurado.
Que incluya: antecedentes; objetivos; fuente de los datos; criterios de elegibilidad de los estudios, participantes e intervenciones; evaluación de los estudios y métodos de síntesis; resultados; limitaciones; conclusiones e implicaciones de los hallazgos principales; número de registro de la RS.
Introducción
3. Justificación.
Implica describir lo que se conoce del tema y comentar la necesidad de la RS haciendo referencia a la importancia del problema y a la controversia existente sobre las intervenciones que se desea revisar.

4. Objetivos.

Plantear de forma explícita las preguntas que se desea contestar en relación con los participantes, las intervenciones, las comparaciones, los resultados y el diseño de los estudios (acrónimo PICOS).

Métodos

5. Protocolo y registro.

Indicar si existe un protocolo de revisión al que se pueda acceder (por ej., dirección web) y, si está disponible, la información sobre el registro, incluyendo su número de registro.

6. Criterios de elegibilidad.

Especificar las características de los estudios (por ej., cada uno de los elementos del acrónimo PICOS, duración del seguimiento) y de las características de la búsqueda (por ej., años abarcados, idiomas o estatus de publicación) utilizadas como criterios de elegibilidad y su justificación.

7. Fuentes de información.

Describir todas las fuentes de información (por ej., bases de datos y períodos de búsqueda, contacto con los autores para identificar estudios adicionales, etc.) y la fecha de la última búsqueda realizada.

8. Búsqueda.

Presentar la estrategia completa de búsqueda electrónica en, al menos, una base de datos, incluyendo los límites utilizados, de tal forma que pueda ser reproducible.

9. Selección de los estudios.

Especificar el proceso de selección de los estudios, con los criterios de inclusión y exclusión. Definir la elegibilidad de los estudios incluidos en la RS y, cuando sea pertinente, en el MA.

10. Proceso de extracción de datos.

Describir los métodos para la extracción de datos de las publicaciones (por ej., formularios pilotados, por duplicado y de forma independiente) y cualquier proceso para obtener y confirmar datos por parte de los investigadores.

11. Lista de datos.

Listar y definir todas las variables para las que se buscaron datos (por ej., PICOS, fuente de financiación) y cualquier asunción y simplificación que se hayan hecho.

12. Riesgo de sesgo en los estudios individuales.

Describir los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales (especificar si se realizó a nivel de los estudios o de los resultados) y cómo esta información se ha utilizado en la síntesis de datos.

13. Medidas de resumen.

Especificar las principales medidas de resumen (por ej., razón de riesgos o diferencia de medias).

14. Síntesis de resultados.

Describir los métodos para manejar los datos y combinar resultados de los estudios, cuando esto es posible, incluyendo medidas de consistencia para cada MA.

15. Riesgo de sesgo entre los estudios.

Especificar cualquier evaluación del riesgo de sesgo que pueda afectar la evidencia acumulativa (por ej., sesgo de publicación o comunicación selectiva).

16. Análisis adicionales.

Describir los métodos adicionales de análisis (por ej., análisis de sensibilidad o de subgrupos, metarregresión), en el caso de que se hiciera, indicar cuáles fueron preespecificados.

Resultados

17. Selección de estudios.

Facilitar el número de estudios cribados, evaluados para su elegibilidad e incluidos en la RS, y detallar las razones para su exclusión en cada etapa, idealmente mediante un diagrama de flujo. El diagrama de flujo se convierte en un elemento esencial en las RS, en donde se valora el número de registros en cada etapa: identificación, cribado, elegibilidad e inclusión (ver figura 1).

18. Características de los estudios.

Para cada estudio presentar las características para las que se extrajeron los datos (por ej., tamaño, PICOS y duración del seguimiento) y proporcionar las citas bibliográficas.

19. Riesgo de sesgo en los estudios.

Presentar datos sobre el riesgo de sesgo en cada estudio y, si está disponible, cualquier evaluación del sesgo en los resultados (ver ítem 12).

20. Resultados de los estudios individuales.

Para cada resultado considerado en cada estudio (beneficios o daños), presentar: a) el dato resumen para cada grupo de intervención y b) la estimación del efecto con su intervalo de confianza, idealmente de forma gráfica mediante un diagrama de bosque (forest plot).

21. Síntesis de los resultados.

Presentar los resultados de todos los MA realizados, incluyendo los intervalos de confianza y las medidas de consistencia.

22. Riesgo de sesgo entre los sujetos.

Presentar los resultados de cualquier evaluación del riesgo de sesgo entre los estudios (ver ítem 15).

23. Análisis adicionales.

Facilitar los resultados de cualquier análisis adicional, en el caso de que se hayan realizado (por ej., análisis de sensibilidad o de subgrupos, metarregresión (ver ítem 16).

Discusión

24. Resumen de la evidencia.

Resumir los hallazgos principales, incluyendo la fortaleza de las evidencias para cada resultado principal; considerar su relevancia para grupos clave (por ej., proveedores cuidados, usuarios y decisores en salud).

25. Limitaciones.

Discutir las limitaciones de los estudios y de los resultados (por ej., riesgo de sesgo) y de la revisión (por ej., obtención incompleta de los estudios identificados o comunicación selectiva.

26. Conclusiones.

Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias, así como las implicaciones para la futura investigación. En las RS/MA es esencial los apartados finales de "implicaciones para la práctica clínica" e "implicaciones para la investigación".

Financiación

27. Financiación.

Describir las fuentes de financiación de la RS y otro tipo de apoyos (por ej., aporte de los datos), así como el papel de los financiadores en la RS.

Tabla 1. Criterios Prisma-p 2015

Resultados y discusión

Tras el análisis de los 27 artículos, se extrajo un listado de competencias que favorecen la resistencia del trabajador a las agresiones producidas por los cambios en el ambiente laboral. Dentro de los estudios no existe una metodología homogénea, sino que de forma individual se alcanzan conclusiones que pretenden ser puestas en común en el presente documento. De igual forma debe destacarse como limitación, la falta de información sobre el tiempo de exposición al que el COVID-19 nos someterá y la permanencia de los cambios que ha supuesto su aparición.

Dentro de este contexto debemos ser conscientes, que la pandemia ha generado una aceleración de cambios que probablemente se habrían llevado a cabo de igual forma, pero con una transición más paulatina, por ejemplo, en el caso del teletrabajo. Muchas personas se han visto obligadas a cambiar su forma de producir, pasando de un esfuerzo presencial, en un lugar diseñado para trabajar, a la realización de un esfuerzo telemático, desde un lugar que está diseñado para vivir.

Dentro de los conceptos más innovadores identificados en esta revisión sistemática aparecen como riesgos emergentes el síndrome de estar quemado (*burnout*), la dependencia digital, la adicción al trabajo, con el término anglosajón acuñado como *workalcoholic*, el estrés, la ansiedad, los problemas de conciliación laboral y profesional.

En el apartado de propuestas para lograr minimizar este tipo de conflictos aparecen la desconexión digital, las variables psicosociales como la participación, la comunicación, la autonomía y la cultura de la organización (Arias-de la Torre, Artazcoz, Molina, Fernández-Villa, & Martín, 2016; Fugas, 2015; Johannessen, Gravseth, & Sterud, 2015; Pejtersen, Burr, Hannerz, Fishta, & Hurwitz Eller, 2015), así como variables de la personalidad (Aimaretti et al., 2019; Artıran, Er, & Mehmet Artıran, 2019; Beus, Dhanani, & McCord, 2015; Liu et al., 2015; Pu, Hou, Ma, & Sang, 2017; Tymbota et al., 2017) y de la percepción del estado de salud (Ilhan & Cetin, 2014; Lugo-Agudelo et al., 2015; Wilkie, Cifuentes, & Pransky, 2011).

Son muchos los autores que optan por proponer un análisis de las competencias del trabajador para proceder al diseño posterior de las tareas a ejecutar. Basándose en una de las premisas fundamentales de la ergonomía: el ser capaces de lograr una adaptación real del puesto de trabajo a las capacidades del trabajador y evitar que sea el trabajador el que realice los esfuerzos de adaptación. Esta situación debe entenderse en dos vertientes, tanto en buscar evitar las sobrecargas, el estrés, el síndrome de estar quemado, como en la orientación de aumentar la productividad. En muchas ocasiones un trabajador es infrautilizado, infravalorado y por lo tanto su satisfacción y salud se pueden ver afectadas. Es tan frecuente el *burnout*, como el *boreout* (los dos extremos, sobrecarga e infracarga).

Por tanto, hay una concordancia plena en la necesidad de conocer en profundidad al trabajador, de igual forma en que se conoce la maquinaria y se destina para aquello que es más productivo. Debemos conocer a las personas que forman parte de nuestra organización y lograr optimizar sus capacidades, tanto duras (*hardskills*) como blandas (*softskills*).

En este punto surgen los conceptos de *softskills* y *hardskills*. Las competencias duras son fácilmente asimilables, se pueden definir como aquellos elementos operativos necesarios para desarrollar un trabajo, como conocer un programa informático o tener una titulación. En el otro apartado están las competencias blandas, aquellas inherentes a las capacidades del trabajador, mucho más complicadas de modificar o de adquirir, como la empatía, la amabilidad, la capacidad de comunicación, etc. En esta segunda vertiente los departamentos de recursos humanos ya les otorgan más peso a las competencias blandas que a las duras, precisamente por la facilidad de las segundas en ser adquiridas y por la complejidad de modificar o actualizar las competencias blandas.

Este aspecto es muy importante que se incluya en la evaluación de riesgos, sin duda, haciendo que la evaluación sea individualizada y que el conocimiento de las personas sea un aspecto crítico, de la misma manera en que conocemos las características de las máquinas, evaluamos nuestra actividad.

Cabe destacar el absoluto desconocimiento que poseemos sobre la duración y sobre los efectos de la pandemia generada por el COVID-19 como limitación. Esto no hace más que generar incertidumbre en los posibles cambios y su temporalidad en el ámbito laboral. Podemos aventurar que la evolución de las formas de trabajar ha sido muy rápida en estos meses de pandemia, pero no podemos pronosticar si los cambios van a ser definitivos o temporales, y si son suficientes, o se demandarán nuevas acciones para afrontar la enfermedad que nos afecta mundialmente. A pesar de esta gran restricción y de la falta de estudios al respecto, nuestra profesión no nos permite quedarnos indiferentes. Estamos obligados a actuar, y llevar a cabo todo aquello que esté en nuestras manos para poder frenar los efectos de la pandemia en el trabajo y en los riesgos derivados del mismo.

Por todo ello, a pesar de la falta de evidencia científica actual, del desconocimiento en cuanto a tiempos, efectos, causas y consecuencias, es necesario valorar la situación y proponer cambios y adaptaciones a la situación actual.

Este artículo pretende lanzar propuestas abiertas y abrir un abanico de opciones que permita llevar a cabo las sugerencias necesarias para minimizar las consecuencias de los nuevos riesgos emergentes en la salud de las personas.

Conclusiones

Nuevos riesgos suponen nuevos retos. Por eso, debemos ser capaces de cambiar la forma en la que llevamos a cabo la prevención de riesgos laborales. Preparar a las empresas para los cambios, garantizar un diseño adecuado de las tareas y, sobre todo, fomentar la gestión de las competencias (*softskills* y *hardskills*) en nuestros trabajadores serán herramientas clave para luchar contra los nuevos riesgos.

En este nuevo contexto hemos de ser capaces de atender a la desconexión digital, la dependencia digital, las adicciones a las nuevas tecnologías, drogas (Ruisoto, Vaca, López-Goñi, Cacho, & Fernández-Suárez, 2017) y al trabajo (*workalcoholic*), a la demanda continua de aprendizaje y alfabetización digital y a todos aquellos nuevos riesgos y conceptos que aparezcan en nuestras organizaciones (Adil & Kamal, 2018; Eskic, Kuhlmann, Kreinbihl, & Hammerle, 2019; Roohani & Dayeri, 2019).

Fomentar la capacidad de adaptación y resiliencia de nuestros trabajadores es una herramienta muy valiosa que permitirá ganar en empatía, comunicación, autonomía, motivación y satisfacción laboral (Kroupis, Kouli, & Kourtessis, 2019; Puranitee et al., 2019). Hay un claro cambio de paradigma en nuestra especialidad, la seguridad y la salud en el trabajo debe dejar de centrarse en los riesgos, en las instalaciones y en los ambientes de trabajo y pasar a centrarse en las personas. Vivimos un paso del análisis y control de tareas al análisis y control de capacidades.

Por todo ello, especialidades como la psicología aplicada, históricamente demostradas, deben ser la bandera del futuro. La prevención de riesgos laborales debe girar hacia la persona, conocer al trabajador y ser capaz, en primer lugar de obtener toda la información posible y en segundo lugar, lograr diseñar acciones individualizadas; personales; ajustadas a cada individuo y que incluyan nuevas perspectivas como el *mindfulness* (Aimaretti et al., 2019; Brasfield, Lancaster, & Xu, 2019; Eskic et al., 2019; Hunter & Lardner, 2008; Liu et al., 2015), la meditación o el autoconocimiento personal como herramientas de desempeño futuro.

Los tiempos en los que la prevención de riesgos laborales era una tarea genérica, en la que se evaluaban puestos de trabajo se han quedado atrás. Los puestos son cada vez más volátiles, están deslocalizados y dependen del actor principal, en este caso, nuestro protagonista debe ser la persona.

Referencias

- Acosta-Fernández, M., Parra-Osorio, L., Molina, C. B., Aguilera-Velasco, M. Á., & Pozos-Radillo, B. E. (2019). Occupational stress, burnout, mental health and its relationship with workplace violence in university teachers. *Salud Uninorte*, *35*(3), 328-342.
- Adil, A., & Kamal, A. (2018). Impact of Perceived Authentic Leadership and Psychological Capital on Burnout: Mediating Role of Psychological Ownership. *Psychological Studies*, *63*(3), 243-252. doi:10.1007/s12646-018-0446-x
- Aimaretti, M. P., Calizaya, M. R., Fernandez, F., Rementeria, P., Cazon, J., & Velazquez, G. (2019). Promotion of active selfcare of university teachers at Universidad Catolica de Santiago del Estero - Departamento Academico de San Salvador along 2017. *Virtualidad Educacion Y Ciencia*, *10*(19), 88-102.
- Arias-de la Torre, J., Artazcoz, L., Molina, A. J., Fernández-Villa, T., & Martín, V. (2016). Inequalities in mental health in the working population of Spain: a National Health Survey-based study. *Gaceta Sanitaria*, *30*(5), 339-344.
- Artiran, M., Er, A. C., & Mehmet Artiran, H. (2019). The relationship between negative thoughts, burnout and work satisfaction in special education teachers. *Elementary Education Online*, *18*(4), 2027-2040. doi:10.17051/ilkonline.2019.639401
- Beus, J. M., Dhanani, L. Y., & McCord, M. A. (2015). A meta-analysis of personality and workplace safety: Addressing unanswered questions. *Journal of Applied Psychology*, *100*(2), 481-498.
- Brasfield, M. W., Lancaster, C., & Xu, Y. J. (2019). Wellness as a Mitigating Factor for Teacher Burnout. *Journal of Education*, *199*(3), 166-178. doi:10.1177/0022057419864525
- Eskic, J., Kuhlmann, S. M., Kreinbihl, K., & Hammerle, F. (2019). Mindfulness-based and cognitive-based stress prevention in student teachers (start klar): Study protocol of a randomised controlled trial. *BMJ Open*, *9*(2). doi:10.1136/bmjopen-2018-021941
- Fabelico, F. L., & Afalla, B. T. (2020). Perseverance and passion in the teaching profession: Teachers' grit, self-efficacy, burnout, and performance. *Journal of Critical Reviews*, *7*(11), 108-119. doi:10.31838/jcr.07.11.17
- Fernandez-Suarez, I., Botey, M., & Torrano, F. (2020). Influence of contracting conditions on absenteeism. *Anales De Psicologia*, *36*(3), 503-511. doi:10.6018/analesps.371201
- Fugas, C. S. (2015). *Psychosocial risks in underground systems*. Paper presented at the 25th European Safety and Reliability Conference, ESREL 2015.
- Fulton, J. J., Marcus, D. K., & Merkey, T. (2011). Irrational health beliefs and health anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, *67*(6), 527-538. doi:10.1002/jclp.20769
- Ganeshan, D., Rosenkrantz, A. B., Bassett, R. L., Jr., Williams, L., Lenchik, L., & Yang, W. (2020). Burnout in Academic Radiologists in the United States. *Academic Radiology*, *27*(9), 1274-1281. doi:10.1016/j.acra.2019.12.029
- García, S. A., Orviz Martínez, N., Carabel, T. C., & Suárez, I. F. (2017). Occupational accidents and their prevention in the Spanish digital press. *Revista Latina de Comunicacion Social*, *72*, 1608-1625. doi:10.4185/RLCS-2017-1237
- Guinot, J., Chiva, R., & Roca-Puig, V. (2014). Interpersonal trust, stress and satisfaction at work: An empirical study. *Personnel Review*, *43*(1), 96-115. doi:10.1108/PR-02-2012-0043
- Heredia, N. M., Rodríguez, E. S., & Rodríguez-García, A. M. (2021). Benefits of physical activity for the promotion of active aging in elderly. bibliographic review. *Retos*(39), 1-6. doi:10.47197/retos.v0i39.74537
- Hunter, J., & Lardner, R. (2008). *Unlocking safety culture excellence: Our behaviour is the key*. Paper presented at the Hazards XX - Process Safety and Environmental Protection Harnessing Knowledge - Challenging Complacency, Manchester.
- Ilhan, M., & Cetin, B. (2014). An Analysis of the Relationship between Academic Burnout and Classroom Assessment Environment. *Egitim Ve Bilim-Education and Science*, *39*(176), 51-68.

- Johannessen, H. A., Gravseth, H. M., & Sterud, T. (2015). Psychosocial factors at work and occupational injuries: A prospective study of the general working population in Norway. *American Journal of Industrial Medicine*, 58(5), 561-567. doi:10.1002/ajim.22431
- Kawamata, M., Takeuchi, H., Kimura, N., Kawada, T., Milada, K., Taniwaki, N., & Harada, T. (2020). Relationship between burnout and circadian typology and sleep habits in Japanese nursery school and kindergarten teachers. *Biological Rhythm Research*, 51(1), 29-39. doi:10.1080/09291016.2018.1512300
- Khuri, Z. (2020). Burnout syndrome among Arab teachers in Israel in relation to selected organizational variables. *Studia Paedagogica*, 25(1), 179-200. doi:10.5817/SP2020-1-8
- Kroupis, I., Kouli, O., & Kourtessis, T. (2019). Physical education teacher's job satisfaction and burnout levels in relation to school's sport facilities. *International Journal of Instruction*, 12(4), 579-592. doi:10.29333/iji.2019.12437a
- Leveson, N. (2004). A new accident model for engineering safer systems. *Safety Science*, 42(4), 237-270. doi:10.1016/S0925-7535(03)00047-X
- Liu, Huang, G., Huang, H., Wang, S., Xiao, Y., & Chen, W. (2015). Safety climate, safety behavior, and worker injuries in the Chinese manufacturing industry. *Safety Science*, 78, 173-178. doi:10.1016/j.ssci.2015.04.023
- Lugo-Agudelo, L. H., Salinas-Durán, F., Cano-Restrepo, B. C., Cortés-García, D., Cortés-García, G., & García-García, H. I. (2015). Quality of life and reintegration to work in patients with moderate and severe trauma due to Traffic Accidents in Medellin (Colombia). *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 14(28), 88-96. doi:10.11144/Javeriana.rgyps18-28.cvrt
- Pejtersen, J. H., Burr, H., Hannerz, H., Fishta, A., & Hurwitz Eller, N. (2015). Update on work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. *Cardiology Review*, 23(2), 94-98. doi:10.1097/CRD.0000000000000033
- Pu, J., Hou, H., Ma, R., & Sang, J. (2017). The effect of psychological capital between work-family conflict and job burnout in Chinese university teachers: Testing for mediation and moderation. *Journal of Health Psychology*, 22(14), 1799-1807. doi:10.1177/1359105316636950
- Puranitee, P., Stevens, F. F. C. J., Pakakasama, S., Plitponkarnpim, A., Arj-Ongvallibhakara, S., Busari, J. O., . . . Van Mook, W. N. K. A. (2019). Exploring burnout and the association with the educational climate in pediatric residents in Thailand. *BMC Medical Education*, 19(1). doi:10.1186/s12909-019-1687-7
- Romero Caraballo, M. P. (2019). Working conditions and the meaning of the academic profession in Colombian university professors. *Acta Colombiana de Psicología*, 22(2), 280-291. doi:10.14718/acp.2019.22.2.13
- Roohani, A., & Dayeri, K. (2019). On the relationship between Iranian EFL teachers' burnout and motivation: A mixed methods study. *Iranian Journal of Language Teaching Research*, 7(1), 77-99.
- Roohani, A., & Iravani, M. (2020). The relationship between burnout and self-efficacy among Iranian Male and female EFL teachers. *Journal of Language and Education*, 6(1), 157-172. doi:10.17323/jle.2020.9793
- Ruisoto, P., Vaca, S. L., López-Goñi, J. J., Cacho, R., & Fernández-Suárez, I. (2017). Gender differences in problematic alcohol consumption in university professors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(9). doi:10.3390/ijerph14091069
- Sáez, P. O., Martínez, S. G., Cuartero, J. O., & Valero, A. F. (2021). Systematic review and proposal on the terminology used in the structure of physical education classes. *Retos*(39), 74-81. doi:10.47197/retos.v0i39.80118
- Teles, R., Valle, A., Rodríguez, S., Piñeiro, I., & Regueiro, B. (2020). Perceived stress and indicators of burnout in teachers at Portuguese higher education institutions (HEI). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9). doi:10.3390/ijerph17093248
- Tymbota, M. O., Zavgorodnii, I. V., Zavgorodnia, N. I., Kapustnik, W. A., Darius, S., & Boeckelmann, I. (2017). Socio-psychological aspects of forming emotional burnout among high school teachers. *New Armenian Medical Journal*, 11(2), 63-71.
- Van Loggerenberg, N. J. F. (2014). *Achieving a total safety culture through behavior based safety, establishing and maintaining an injury free culture*. Paper presented at the 12th International Probabilistic Safety Assessment and Management Conference, PSAM 2014.
- Vizoso, C., & Gundín, O. A. (2016). Academic stressors perceived by university students and their relationship with academic burnout, efficacy and performance. *Anuario de Psicología*, 46(2), 90-97. doi:10.1016/j.anpsic.2016.07.006

Welford, A. T. (1978). Mental work-load as a function of demand, capacity, strategy and skill. *Ergonomics*, 21(3), 151-167. doi:10.1080/00140137808931710

Wilkie, R., Cifuentes, M., & Pransky, G. (2011). Exploring extensions to working life: Job lock and predictors of decreasing work function in older workers. *Disability and Rehabilitation*, 33(19-20), 1719-1727. doi:10.3109/09638288.2010.544835

unir

FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA
INTERNACIONAL
DE LA RIOJA

COLOMBIA



RETOS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES. EXPERIENCIAS DESDE BOGOTÁ

Challenges in health promotion for the elderly.
Experiences from Bogotá

Resumen

Esta investigación parte de la necesidad de ver el proceso salud-enfermedad-atención más allá de una lógica positivista, en el que es necesario reconocer las realidades socioculturales del entorno para acercarse a la realidad del hombre y así entender las lógicas y estrategias que se utilizan para mejorar las condiciones de salud de la población. La promoción de la salud juega un papel fundamental para mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida de la población, cuyo eje central el ser humano que se educa. En ese sentido, el objetivo fue caracterizar los elementos pedagógicos y humanizantes que están en la base de las experiencias educativas en promoción de la salud en adultos mayores en Bogotá. La metodología propuesta fue de tipo cualitativa, en el paradigma crítico-hermenéutico y se soportó en un diseño multi-modal. Se adoptó como estructura metodológica el modelo PRECEDE-PROCEED, el cual permitió organizar la información para realizar su triangulación. Entre las conclusiones se destaca la presencia de programas de promoción en educación en salud que son resistencias humanizantes porque logran la construcción de conocimiento por parte de los adultos mayores en el marco de un proceso dialógico, entre él, sus pares y quien dirige los programas. Para esto el programa debe reconocer la realidad y el proceso histórico en que se desenvuelven los adultos mayores, y así generar o alinearse con el sentido de vida del individuo.

Palabras clave: Adultos mayores, Promoción de la Salud, Educación en salud, Modelo PRECEDE-PROCEED

Abstract

This research comes out of the need to observe the health-disease-care process beyond a positivist logic, in which it is necessary to recognize the sociocultural realities of the environment in order to approach the reality of each individual so as to understand the logics and strategies used to improve the health conditions of the population. Health promotion plays a fundamental role in improving health conditions and quality of life of the population, which has as central axis educated human beings. In this respect, the objective was to characterize the pedagogical and humanizing elements that are the base of the educational experiences in health promotion in the elderly in Bogotá. The methodology proposed was qualitative, developed in the critical-hermeneutical paradigm and supported in a multi-modal design. The PRECEDE-PROCEED model was adopted as a methodological structure, which allowed organizing the information to carry out its triangulation. As part of the conclusions, the presence of health education promotion programs stands out. These are humanizing resistances because they achieve knowledge construction by older adults within the framework of a dialogical process, between them, their peers and whoever directs the programs. For this, the program must recognize the reality and the historical process in which older adults develop, and thus generate or align with the individual's sense of life.

Keywords: The elderly, Health Promotion, Health education, PRECEDE-PROCEED Model

* Doctora en Humanidades, Humanismo y Persona. Laura.castro@uniagustiniana.edu.co.
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5166-8084> CVLAC:
http://scienti.colciencias.gov.co:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001368402

Introducción

La investigación toma como base el estudio y análisis de algunas experiencias de educación para la promoción de la salud del adulto mayor en la ciudad de Bogotá-Colombia, con el fin de establecer su sentido de resistencia en defensa del ser humano, sentido que se debe hacer evidente en los fundamentos conceptuales, la metodología de trabajo y los procedimientos de atención que se practican en cada experiencia. Es decir, se busca establecer la medida en que estas experiencias colocan al ser humano en el centro de la intervención y tienen como objetivo desarrollar procesos de empoderamiento y emancipación del adulto mayor. Para lograr este objetivo la investigación se enfoca en el proceso salud-enfermedad-atención como núcleo de estudio, con el fin de analizar y caracterizar los fundamentos conceptuales antropológicos y pedagógicos que desde dichas experiencias facilitan una estrategia de promoción de la salud, ubicándose en la etapa del adulto mayor dentro del ciclo vital.

Las intervenciones en los procesos de salud-enfermedad se han organizado en tres niveles: promoción de la salud (PS), prevención de la enfermedad e intervención (rehabilitación y habilitación). En esta investigación se trabajó específicamente la PS, entendiéndose que las acciones en promoción están encaminadas a propender por que las comunidades y los individuos estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud, manteniéndola o mejorándola (Eslava-Castañeda, 2006). Para cumplir este objetivo se propone a la educación como estrategia fundamental; esto es, las acciones en PS en las personas, deben darse como acciones formativas o educativas, de modo que se mejore de forma cualitativa la salud humana, centrándose no en conductas aisladas que estén enfocadas en una dimensión (salud, social, cultural) del ser humano, sino en el desarrollo integral que fomentan posturas positivas frente a la adopción de estilos de vida saludables, con las consecuentes adopciones de comportamientos que se enmarcan coherentemente dentro de estas posturas para favorecer el fomento del bienestar y de la calidad de vida. Desde una perspectiva de promoción, las acciones de educación para la salud no solo se focalizan sobre el cambio de los factores de riesgo del contexto, sino se hacen extensivas a la transformación del entorno a través de prácticas salubres que dignifiquen a las personas y reivindiquen su condición como personas autodeterminadas, y, en el caso del presente estudio, como seres humanos que transitan por condiciones desfavorables a su autodeterminación (Larrauri, 2005).

La educación juega un papel esencial en la PS, no sólo en la formación de los profesionales de la salud, sino también, en buscar mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de la población, que tiene como eje central al ser humano que se educa. En este escenario, se reconoce que el hombre está determinado por su historia, contexto social y cultura, por lo cual es importante reconocer las condiciones contextuales del individuo para hacer una lectura más clara sobre las acciones en educación dirigidas a la PS y que llevan a transformaciones en sus actitudes, prácticas y en especial a su plan de vida.

Las acciones en educación que se quieren reconocer deben partir del ser humano y no desde la lógica del sistema hegemónico. Algunos autores ven al ser humano como un engranaje más, transformándolos en clientes en los sistemas de salud, cuyas necesidades particulares son dejadas de lado y solo se tienen en cuenta los objetivos empresariales de las industrias dominantes que deshumanizan (Wagner et al., 2015; Hernández-Aguado, Cesteros, y Esteban, 2012). A esto hace referencia la categoría de "resistencias", las cuales deben poner de nuevo al hombre histórico y con contexto en el centro de las intervenciones en salud, para lograr procesos de empoderamiento y de emancipación social. Es decir, la educación en salud debe dar sentido de humanidad al hombre y la materialización de las virtudes propias en él, al mismo tiempo que deben denunciar los actuales sistemas que deshumanizan, como el trabajo y la productividad, que responden a una lógica económica y de mercado más que de las necesidades propias de las comunidades y de la naturaleza. Así, la educación debe buscar el logro de un humanismo ético en el individuo, empoderándolo para tener un mejor conocimiento de sí mismo, que le permita identificar sus potencialidades y falencias. En la búsqueda de este humanismo, cobra sentido la pregunta de cómo éste se construye desde el ámbito humano de la salud, propiamente y cómo la promoción de la salud puede mediar tal propósito.

Es así como surge el objetivo de caracterizar los elementos pedagógicos y humanizantes que están en la base de las experiencias educativas en promoción de la salud en adultos mayores en Bogotá.

Metodología

Este trabajo se sustenta sobre el paradigma crítico-hermenéutico y se soporta en un diseño multi-modal, que emplea la integración metodológica mediante la complementación y la triangulación de instrumentos, con el objetivo de obtener un conocimiento multidimensional y representativo del fenómeno a investigar (Blanco, y Pirela, 2016). Las estrategias que se plantearon fueron de acuerdo con cada uno de los objetivos específicos:

- Reconocer las experiencias en educación en promoción de la salud en adultos mayores en Bogotá como resistencias humanizantes.

Se realizó un análisis documental de tipo Hermenéutico, de información de fuente primaria y secundaria de fuente oficial. Teniendo como categorías de análisis:

- Educación: se identificó sobre qué teoría en educación en salud está diseñado el programa. La estructuración del programa (qué tan estructurado es). La pedagogía utilizada.
- Promoción de la salud: se identificó el fin del programa (emancipación, ciudadanía, concientización).
- Resistencias humanizantes: se clasificó entre las dos ramas encontradas (bioética y medicina basada en la persona).
- Sujeto-histórico: se reconoció la concepción de ser humano que se presenta en la intervención
- Contexto cultural: se describió el contexto, costumbres y prácticas de la población, y la triada salud-enfermedad-promoción de la salud, registrando la concepción de salud-enfermedad-atención.

Fue tomado como referencia para el análisis, el modelo de educación en salud PRECEDE-PROCEED, el cual permitió revisar el diagnóstico social, epidemiológico, ambiental, administrativo y educativo. De la información recopilada se identificó en Bogotá las características de los programas que pueden ser consideradas como resistencias humanizantes, las cuales deben tomarse en cuenta en el diseño de un programa humanista en el campo de la educación para la salud del adulto mayor.

- Resignificar con los actores de las experiencias de educación en promoción de la salud en adultos mayores en Bogotá la educación desde lo humano.

Se realizó análisis de discurso, recogiendo información a través de entrevistas semiestructuradas y grupos focales, que posteriormente se transcribió en el programa Atlas-ti.

- Plantear concepciones antropológicas y pedagógicas y acciones en educación para la promoción de la salud desde las resistencias humanizantes.
- Finalmente, se hizo un ejercicio de articulación de los hallazgos de los dos componentes estableciendo concepciones y acciones para la promoción de la salud desde las resistencias humanizantes.

Resultados y discusión

La estructura del modelo PRECEDE-PROCEED permitió la integración de métodos, así como generar integración de datos (Green y Kreuter, 1991). Esto posibilitó reconocer los elementos pedagógicos y humanizantes de las experiencias en educación en promoción de la salud en las que se encontró que la construcción de conocimientos por parte de los adultos mayores se da en el marco de un proceso dialógico, entre él, sus pares y quien dirige los programas (estos últimos con el objetivo de crear espacios y gestionar las condiciones que habiliten organizar las situaciones de aprendizaje). Cuando el programa de educación en salud logra reconocer la realidad y el proceso histórico en que se desenvuelven los adultos mayores, y permite alinearse con el sentido de vida del individuo se obtiene lo que menciona Paulo Freire: “el empoderamiento” que está unido al proceso de liberación-emancipación que es uno de los fines de la PS y en esta investigación se considera como resistencia humanizante (Freire, 2006).

Entre los elementos importantes de los programas de PS, está la generación de redes de apoyo, que ayuden a la integración de la población, lo cual mostró ser un factor protector que se requiere en esta etapa de la vida. En el análisis de categorías se encontró adicionalmente que para los adultos mayores el envejecimiento se concibe como parte de un proceso biológico y no como un constructo social, por el cual todos los seres humanos pasamos, pero que muchas veces se asocia a la presencia de enfermedades, dolor y otras consecuencias como la disminución del movimiento y la soledad, lo que guarda mayor relación con la pérdida. El envejecimiento se toma en términos negativos frente a la salud, por lo que acciones que lleven a mejores estilos de vida

como causa principal de la enfermedad se deben dar desde la infancia. No obstante, las acciones en educación en PS que llevan a que los adultos mayores orienten su “sentido de vida”, generan cambios de percepción frente a sí mismos, su salud y su calidad de vida, Es así como el sentido de la vida se relaciona con la percepción y vivencia de libertad; responsabilidad y autodeterminación que busca la PS.

Los programas en educación en PS que tengan como resultado el aumento de la autonomía y dejan de trabajar en términos de la mera rehabilitación o la prevención de la enfermedad, sino que generen procesos de empoderamiento, son los que logran transformación de vidas, siendo el fin último de la educación en salud. Algunas de estos cambios relacionados con la adopción de estilos de vida saludables que generaron los programas revisados, se enmarcaron en la teoría de cognición social. En este grupo, se pudieron encontrar diferentes modelos, por ejemplo, modelo de creencias en salud, locus de control y los factores de susceptibilidad y percepción de riesgo.

No es necesario generar espacios específicos para los programas de educación en ps, sino que desde el encuentro con el otro que se da en actividades como la utilización del cuerpo a través del ejercicio, el deporte y la recreación, logra procesos de aprendizaje, ya que permiten la recordación e interpretación de la información para lograr mantener actitudes positivas en su salud y cambios de conductas que les generaba factores de riesgo. Es así como estas acciones logran beneficios adicionales: mejora de la autoestima, refuerza la percepción de un buen estado de salud mental y espiritual y fomenta la mejoría en el estado de ánimo y la calidad de vida.

Por último, aquellos programas de educación en PS que se distinguen por partir del ser humano son consideradas “resistencias humanizantes”, debido a que parten de la persona como centro y no de la enfermedad, el programa, etc. Es por tal razón que, el sentido de vida se convierte en el elemento diferenciador de los programas ya que los elementos pedagógicos utilizados con los propósitos educativos de las acciones solo pueden lograr empoderamiento y cambios de estilo de vida si se alinean con el proyecto de vida del adulto mayor.

Conclusiones

De acuerdo con el objetivo propuesto para esta investigación sobre la caracterización de los elementos pedagógicos y humanizantes que están en la base de las experiencias educativas en promoción de la salud en adultos mayores, se encontraron varios elementos importantes entre ellos se mencionan la creación de redes, el encuentro con el otro, la presencia de un "envejecimiento activo" y la participación. Resulta evidente que aquellas experiencias que trascienden como resistencias humanizantes en los adultos mayores tienen como elemento principal "el sentido de vida", y esto quiere decir que, para que los elementos que se nombraron inicialmente se pudieran dar en las experiencias de educación en promoción de la salud, debe existir un componente central que enlace estos con los intereses, gustos y el proyecto de vida de los adultos mayores, y, como producto del análisis de los resultados se presentó como categoría emergente el "sentido de vida".

Referencias

- Blanco, N., & Pirela, J. (2016). La complementariedad metodológica: Estrategia de integración de enfoques en la investigación social. *Espacios Públicos*, 19(45).
- Eslava-Castañeda, J. C. (2006). Repensando la promoción de la salud en el sistema general de seguridad social en salud. *Revista de Salud Pública*, 8, 106-115
- Freire, P. (2006). *Pedagogía de la autonomía: saberes necesarios para la práctica educativa*. México: Siglo XXI.
- Hernández-Aguado, I., Cesteros, M. S., & Esteban, P. C. (2012). Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 6-13.
- Green, L. y Kreuter, M. (1991). *Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach* (2nd ed.). Toronto. Mayfield:Publishing Company.
- Larrauri, R. C. (2005). *Comunicación y educación para la promoción de la salud*. Lima. Recuperado de: [http://www. google. com. razonypalabra. org. mx/libros/libros/comyedusalud. pdf](http://www.google.com.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf).
- Wagner, P., Perales, A., Armas, R., Cudas, O., de los Santos, R., Elio-Calvo, D., ... & Saavedra, J. (2015). Latin American bases and perspectives on person centered medicine and health. *International Journal of Person Centered Medicine*, 4(4), 220-227.

unir

FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA
INTERNACIONAL
DE LA RIOJA

COLOMBIA



PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE PROGRAMAS DE POSGRADO EN SST FRENTE AL USO DE LAS TIC EN LA FORMACIÓN VIRTUAL

Student's perception about usage of ICT in virtual
OSH postgraduate programs

Resumen

Con el objetivo de fortalecer la innovación tecnológica en el proceso de enseñanza – aprendizaje en programas de posgrado de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) que se imparten en modalidad virtual en Colombia, es necesario analizar la percepción que tienen los diferentes actores de la comunidad educativa frente al uso que tienen las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en cada una de las asignaturas. En este documento se presenta el análisis de la información obtenida mediante la aplicación de una encuesta a 210 estudiantes, cuya sección de percepción contiene 20 preguntas cerradas, con una escala de valoración tipo Likert 5, que fueron adaptadas del trabajo de Sanabria & Hernández (2011). En dicho apartado, se indaga por el beneficio de la inclusión de las TIC en el proceso de formación; la relación con el empleo de diferentes utilidades y/o herramientas en la plataforma virtual como son los chats, foros, tareas, wikis, bases de datos, cuestionarios, etc., y finalmente, por el impacto de la inclusión de herramientas tecnológicas específicas en materia de SST. Como principal conclusión se obtiene que los estudiantes tienen un alto nivel de aceptabilidad frente al uso de las TIC en cada una de las asignaturas, sin embargo, los estudiantes esperan que se incluya un mayor número de ellas y que las que se implementen tengan más relación con las temáticas tratadas en cada asignatura.

Palabras clave: Riesgos Laborales, Educación a Distancia, Administración de las Tecnologías de la Información.

Abstract

Aiming to strengthening technological innovation in the teaching - learning process in Occupational Safety and Health (OSH) postgraduate programs that are taught online in Colombia, it is necessary to analyze the perception that the different actors of the educational community have regarding the use of Information and Communication Technologies (ICT) in each of the subjects. This document presents the analysis of the information obtained by applying a survey to 210 students. Its perception section contains 20 closed questions, with a Likert-5 rating scale, which were adapted from the work of Sanabria & Hernández (2011). In this section, the benefit of the inclusion of ICT in the training process is investigated; the relationship with the use of different utilities and/or tools in the virtual platform such as chats, forums, tasks, wikis, databases, questionnaires, etc., and finally, by the impact of the inclusion of specific technological tools in OSH matter. As the main conclusion, it is obtained that students have a high level of acceptance regarding the use of ICT in each of the subjects, however, they hope that a greater number of them will be included and that the ones that are implemented have more relation with the topics covered in each subject.

Keywords: Occupational Risks, Distance Education, Information Technology Management.

* Magíster en Prevención de Riesgos Laborales. jjbeltranm@unal.edu.co . ORCID ID: 0000-0001-9017-4562. CVLAC: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000770760

Introducción

En la actualidad, existe una alta demanda de formación posgradual en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) en Colombia. Lo anterior se debe principalmente, a que es requisito normativo para obtener la licencia que autoriza a los profesionales diseñar e implementar los Sistemas de Gestión en SST en las diferentes organizaciones públicas y privadas del país. Debido a las dinámicas de la sociedad globalizada, así como a las necesidades de las diferentes regiones, viene creciendo la oferta de programas de formación en modalidad virtual. Esto permite descentralizar el proceso de enseñanza aprendizaje, así como la optimización de tiempo y recursos para los aspirantes y las Instituciones Educativas (IES). Por ello, es necesario monitorear continuamente la relación que existe entre las diferentes herramientas tecnológicas y los estudiantes, para optimizar las estrategias de mejoramiento e innovación.

El presente documento forma parte de un proyecto macro que pretende mejorar gestión de la Innovación tecnológica en el proceso enseñanza – aprendizaje en programas de formación virtual en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) en Colombia. Dentro de sus objetivos se encuentra analizar la percepción que tienen los diferentes actores de la comunidad educativa frente a la incidencia de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en cada una de las asignaturas de los diferentes posgrados.

Metodología

La profundidad del estudio es de tipo descriptivo, debido a que, como lo define Hernández, Fernández y Baptista, en estos estudios se “busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población” (2014, pág. 92). Se optó por un diseño no experimental debido a que “las variables independientes carecen de manipulación intencional, y no poseen grupo de control, ni mucho menos experimental. Analizan y estudian los hechos y fenómenos de la realidad después de su ocurrencia.” (Carrasco, 2006, pág. 71). Por tanto, es de tipo transversal descriptivo, pues este diseño permite “analizar y conocer las características, rasgos, propiedades y cualidades de un hecho o fenómeno de la realidad en un momento determinado del tiempo” (Carrasco, 2006, pág. 72). El método de investigación que más se ajusta a este planteamiento es el Estudio de caso.

Finalmente, la técnica seleccionada para la recolección de la información es la encuesta, en ella el tipo de pregunta elegido esta en concordancia con el objetivo, las variables y la información que se espera recibir de la población objeto de estudio. La sección de percepción que contiene consta de 20 preguntas cerradas, con una escala de valoración tipo Likert 5, que fueron adaptadas del trabajo de Sanabria & Hernández (2011). En estas se indaga por la percepción en relación con el beneficio de la inclusión de las TIC en el proceso de formación; en relación con el empleo de diferentes utilidades y/o herramientas en la plataforma virtual como los chats, foros, tareas, wikis, bases de datos, cuestionarios, etc., y finalmente, en relación el impacto de la inclusión de herramientas tecnológicas específicas en materia de SST.

La población está formada por estudiantes activos de programas de posgrado en Seguridad y Salud en el Trabajo, donde su profesión de base es bastante heterogénea debido a las características del área de trabajo en SST. Así mismo, se evidencia variabilidad en la edad, el sexo y la ubicación geográfica debido al carácter virtual de formación. Por las características expuestas fue necesario realizar un muestro estratificado. Para el cálculo de la muestra, se tomó como base un programa de posgrado que tiene su sede central en Bogotá, que tenía 427 estudiantes activos en el segundo semestre del año 2020, por lo tanto, era necesario encuestar a 212 individuos, para obtener un nivel de confianza del 95% y un error esperado de $\pm 5\%$ para los datos que se obtendrían de la encuesta.

Para determinar la validez del instrumento diseñado se sometió, en primera instancia, al análisis de 5 expertos en el área de educación universitaria y externos al área de la Seguridad y Salud en el Trabajo, se realizaron los ajustes pertinentes en los instrumentos teniendo en cuenta las recomendaciones de estos para posteriormente, aplicar una prueba piloto a sujetos semejantes a los seleccionados en la muestra de aproximadamente el 10%, (20) de los estudiantes activos. A partir de la experiencia, comentarios, observaciones y retroalimentación se ajustó la encuesta a su versión definitiva.

Finalmente, para recolectar la información de la percepción de los estudiantes de posgrados en SST en modalidad virtual, se realizó la aplicación de la encuesta a una cantidad definitiva de 210 individuos.

Resultados y discusión

A continuación, se presentan los resultados obtenidos del análisis de la información recolectada en relación con la percepción general de la inclusión de las TIC en el proceso de formación; en relación con el empleo de diferentes utilidades y/o herramientas en la plataforma virtual como son los chats, foros, tareas, wikis, bases de datos, cuestionarios, etc., y, al impacto de la inclusión de herramientas tecnológicas específicas en materia de SST.

Como se observa en la Tabla 1, la mayor proporción los estudiantes están de acuerdo o muy de acuerdo en que desarrollar un posgrado virtual en SST genera más trabajo y esfuerzo para el estudiante (81%), sin embargo, tan solo un 69% cree que impartir un posgrado virtual en SST genera más trabajo y esfuerzo para el docente; así mismo, la mayor proporción están de acuerdo o muy de acuerdo en que una formación básica en el manejo de herramientas digitales es suficiente para el uso de la plataforma en la que se desarrolla el posgrado por parte del estudiante (74%), en contraste, tan solo el 60% de la población cree que una formación básica en el manejo de herramientas digitales es suficiente para el uso de la plataforma en la que se desarrolla el posgrado por parte del docente.

	5. Muy de acuerdo	4. De Acuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2. En Desacuerdo	1. Muy en Desacuerdo	Promedio
1. Desarrollar un posgrado virtual en SST genera más trabajo y esfuerzo para el ESTUDIANTE.	44%	37%	11%	2%	6%	4,10
2. Impartir un posgrado virtual en SST genera más trabajo y esfuerzo para el DOCENTE.	37%	32%	18%	6%	6%	3,87
3. Una formación básica en el manejo de herramientas digitales es suficiente para el uso de la plataforma en la que se desarrolla el posgrado por parte del ESTUDIANTE.	37%	37%	17%	8%	1%	4,00
4. Una formación básica en el manejo de herramientas digitales es suficiente para el uso de la plataforma en la que se desarrolla el posgrado por parte del DOCENTE.	27%	33%	20%	15%	5%	3,63

Tabla 1. Percepción general de la inclusión de las TIC en el proceso de formación. Fuente: elaboración propia.

Es interesante observar que el estudiante percibe un mayor esfuerzo y trabajo de su parte al desarrollar un posgrado de manera virtual frente al del docente cuando lo imparte, 12 puntos porcentuales de diferencia. En los comentarios de la encuesta se aprecia que las principales razones para que esto se presente se deben, en primera instancia, a que observan que hay una mayor carga en el tiempo de aprendizaje autónomo que en un programa presencial, en que ellos

deben consultar, indagar e investigar por sus propios medios y según sus intereses más que por orientación o lineamientos del docente. En segunda instancia perciben que no hay mayor esfuerzo del docente debido a que todas las asignaturas están bajo la misma plantilla en la plataforma y que la mayoría de estas, implementan generalmente los mismos recursos, por lo que no aprecian grandes diferencias de formato entre ellas.

Finalmente, es importante observar que los estudiantes perciben que el docente debe tener algo más que una formación básica en herramientas digitales para el uso de la plataforma en la que se imparte el posgrado, refieren que el diseñar las actividades de aprendizaje para ser implementadas en la plataforma requiere de habilidades específicas y diferentes a las necesarias para un programa presencial, adicionalmente gran parte de ellos se ven como individuos a los que se les facilita la inmersión en la plataforma por ser parte generaciones digitales.

En relación con el empleo de diferentes utilidades y/o herramientas de la plataforma como chat, foros, tareas, wikis, bases de datos, cuestionarios, etc., la mayor proporción de los estudiantes, entre el 67% y el 74% (Tabla 2), considera que estas aumentan el número de interacciones de los estudiantes entre sí y las interacciones entre el profesor y los estudiantes, fomentan el trabajo colaborativo entre los estudiantes, hacen que el proceso de enseñanza-aprendizaje sea más dinámico y, hacen más fácil plantear dudas/consultas. No obstante, el uso de estas herramientas en el desarrollo de las diferentes asignaturas genera más trabajo y esfuerzo tanto para el estudiante como para el docente.

	5. Muy de acuerdo	4. De Acuerdo	3. Ni de acuerdo ni en	2. En Desacuerdo	1. Muy en Desacuerdo	Promedio
5. Aumenta el número de interacciones de los ESTUDIANTES entre sí	30%	41%	17%	8%	4%	3,85
6. Aumenta el número de interacciones entre el PROFESOR y los ESTUDIANTES	31%	41%	18%	7%	3%	3,90
7. Fomenta el trabajo colaborativo entre los ESTUDIANTES	34%	40%	17%	6%	3%	3,95
18. El proceso de enseñanza-aprendizaje será más dinámico	28%	40%	21%	9%	2%	3,84
9. Es más fácil plantear dudas/consultas	34%	34%	18%	12%	3%	3,84
10. Genera más trabajo y esfuerzo para el ESTUDIANTES.	30%	37%	17%	9%	6%	3,75
11. Genera más trabajo y esfuerzo para el DOCENTE.	31%	38%	22%	4%	5%	3,88

Tabla 2. Percepción en relación con el empleo de diferentes utilidades y/o herramientas de la plataforma (Chat, Foros, Tareas, Wikis, Bases de Datos, Cuestionarios, etc.). Fuente: elaboración propia.

Es importante resaltar la importancia de incluir en las actividades de enseñanza, aprendizaje y evaluación, diversos recursos que facilitan las plataformas virtuales para dinamizar el proceso, aunque esto implique un mayor esfuerzo para los diferentes actores, los estudiantes valoran bastante su implementación.

En relación con la inclusión de herramientas tecnológicas específicas en materia de SST como aplicaciones, software o simuladores (Tabla 3), estos aportan al proceso de enseñanza (69%), mejora de manera sustancial la calidad de la enseñanza (75%), no suponen una pérdida de tiempo (64%), amplían de manera adicional el conocimiento sobre la Seguridad y Salud en el Trabajo (74%), facilitan la comprensión de los contenidos (78%) y facilitan un mayor y mejor acceso a los contenidos (82%); no es concluyente si el uso de estas herramientas tiene más un uso de tipo social o lúdico que académico. Finalmente, la mitad de la población cree que la inclusión de estas tecnologías específicas en materia de SST GENERA más trabajo y esfuerzo para el estudiante y para el docente, 51% y 48% respectivamente.

	5. Muy de acuerdo	4. De Acuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2. En Desacuerdo	1. Muy en Desacuerdo	Promedio
12. No aporta nada nuevo, la calidad de la enseñanza será la misma	8%	9%	19%	42%	21%	2,41
13. Mejora de manera sustancial la calidad de la enseñanza	30%	45%	19%	5%	2%	3,96
14. Supondrá una pérdida de tiempo	6%	8%	21%	33%	31%	2,27
15. Tiene más un uso de tipo social o lúdico que académico	10%	17%	28%	28%	17%	2,75
16. Amplia de manera adicional el conocimiento sobre la SST	34%	40%	20%	2%	4%	3,99
17. Facilita la comprensión de los contenidos	32%	46%	14%	4%	4%	4,00
18. Facilita un mayor y mejor acceso a los contenidos	35%	47%	16%	2%	1%	4,13
19. Genera más trabajo y esfuerzo para el ESTUDIANTES.	21%	30%	26%	13%	10%	3,39
20. Genera más trabajo y esfuerzo para el DOCENTE.	20%	28%	30%	17%	6%	3,40

Tabla 3. Percepción en relación con la inclusión de herramientas tecnológicas específicas en materia de SST: Aplicaciones, Software o Simuladores. Fuente: elaboración propia.

Debido a las características de las diferentes asignaturas de los posgrados en SST los estudiantes valoran cuando se incluyen aplicaciones, software o simuladores que los acerquen a contextos reales, por lo tanto, refieren en los comentarios de este apartado la necesidad de incluir más herramientas de este tipo, claro está, que estén en relación directa con los contenidos de la asignatura en la que se implemente.

Conclusiones

En los procesos de planificación de las actividades de enseñanza, aprendizaje y evaluación de las diferentes asignaturas de un posgrado en SST se debe tener en cuenta que, en primer lugar, los estudiantes perciben que implica un mayor esfuerzo y trabajo desarrollar el programa en modalidad virtual, debido a que requieren un tiempo mayor en el aprendizaje autónomo consultando, indagando e investigando por sus propios medios y según sus intereses, para lo que se recomienda proporcionar recursos de referencia donde ellos puedan encontrar documentación que cumpla sus propósitos y de esta manera optimizar el recurso tiempo.

En segundo lugar, continuar implementando diversos recursos en el diseño de la asignatura, recursos básicos que proporciona la plataforma. Estos permiten una mayor dinámica y flexibilización en el proceso enseñanza-aprendizaje, lo cual es muy valorado por el estudiante.

En tercer lugar, las características de las diferentes asignaturas de posgrados en Seguridad y Salud en el Trabajo requieren crear mecanismos que ubiquen al estudiante en contextos reales. Esta inmersión permite analizar la información para proponer medidas de intervención y de mejoramiento en pro de promover y proteger la salud de los trabajadores, es por esto por lo que, en proceso de formación virtual los estudiantes valoran bastante el uso de aplicaciones, software o simuladores que los acerquen a situaciones similares a las que se encontrarán en el ejercicio de su profesión.

Finalmente, los estudiantes tienen un alto nivel de aceptabilidad frente al uso de las TIC en cada una de las asignaturas, sin embargo, ellos esperan que se incluya un mayor número de herramientas específicas en materia de SST y que las que se implementen tengan más relación con las temáticas tratadas en cada asignatura.

Referencias

- Arce-Eslava, S., Parra-González, E., & Cruz-Libreros, A. (2015). Costos por dolor lumbar en una EPS de Cali, Colombia. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 3(2), 22-25.
- Arévalo, N., & Molano, J. (2013). De la salud ocupacional a la gestión de la seguridad y salud en el trabajo: más que semántica, una transformación del sistema general de riesgos laborales. *Innovar*, 23(48), 21-32.
- Arias, J., Franco, C., & Mañas, I. (2010). Efectos de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness) en el estado emocional de estudiantes universitarios. *Estudios sobre educación*, 31-52.
- Arrieta Burgos, E., Fernández Londoño, C., & Sepúlveda Zea, C. (2019). *Tercer informe de seguimiento sobre ausentismo laboral e incapacidades médicas*. Retrieved from ANDI: <http://www.andi.com.co/Uploads/Tercer%20informe%20de%20seguimiento%20sobre%20salud%20y%20estabilidad%20en%20el%20empleo%20CESLA%20ANDI.pdf>
- Bakker, A., Rodriguez, A., & Derks, D. (2012). La emergencia de la psicología de la salud ocupacional positiva. *Pscotheme*, 66-72.
- Benavides, F., Tora, I., Martínez, J., Jardí, J., Manzanera, R., Contanca, A., & Delclós, J. (2010). Evaluación de la gestión de los casos de incapacidad temporal por contingencia común de más de 15 días en Cataluña. *Gac Sanit*, 24(3), 215-219.
- Benson, H., & Klipper, M. (1975). *The Relaxation Responde*. Nueva York: Avon.
- Carrasco, S. (2006). *Metodología de la investigación científica*. Lima: San Marcos.
- Chacate, J., Linares, Y., Ruiz, K., & Suarez, G. (2017). *Beneficios de la aplicación de la técnica mindfunless en un grupo de empresas privadas*. Lima.
- Dekkers-Sánchez, P., Hoving, J., & Sluiter, J. (2008). Factors associated with long-term sick leave in sick-listed employees: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 65, 153-57. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/oem.2007.034983>
- Delaune, J., & Everett, W. (2008). Waste and Inefficiency in the U.S. care health System. In *Clinical Care: A comprehensive analysis in support in system wide improvements*. Cambridge, MA: New England Healthcare Institute.
- Deming, E., & Medina, J. N. (1989). Calidad; Productividad y Competitividad: la salida de la crisis. *Díaz de Santos*, 1(1), 94-128.
- Etkin, J. (2003). Gestión de la complejidad en las organizaciones. *Oxford University Press*, 323-383.
- García de la Torre, C. (2001). Una aproximación a los estudios interculturales en la Administración. *Administración y Organizaciones*, 35-58.
- García, F., Ibáñez, J., & Francisco, A. (2000). El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación. *Alianza*, 64.
- González González, A., & Fernández, E. M. (2000). La cultura de la organización en la gestión total de la calidad. *Ensaïos e Ciencia: Ciencias Biológicas, Agrarias e da Saúde*, IV(3), 99-114.
- Goodenough, W. H. (1957). The Componential Analysis of Kinship. *Language*, 132-167.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGRAW-HILL.
- Hernandez, S., Hernandez, R., Collado, C., & Baptista, L. (2018). Metodología de la investigación.
- Ibáñez, J. (2000). Perspectivas de la investigación social: el diseño en las tres perspectivas. In F. M. García, J. Ibáñez, & F. Alvira, *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación* (3 edición ed.). Madrid: Alianza.
- Jimenez, R. (1998). *Metodología de la Investigación, Elementos Basicos Para la Investigacion Clínica*. La Habana, La Habana, La Habana, Cuba: ciencias medicas del centro nacional de informacion de ciencias medicas. Retrieved from http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bioestadistica/metodologia_de_la_investigacion_1998.pdf
- Kabat, J. (2003). Mindfulness for beginners. In *Mindfulness for beginners* (p. 35). Barcelona: Kairos.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain ans illness*. Washington: Bantam Dell.
- Kausto, J., Verbeek, J. H., & Routsalainen, J. (2018). Self-certification versus physician certification of sick leave for reducing sickness absence and associated costs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, 1465-1858. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013098>

- Kuznik, A., Hurtado Albir, A., & Espinel Berenguer, A. (2010). El uso de la encuesta de tipo social en Traductología. Características metodológicas. *Redalyc*, (2), 6.
- López Barragán, C., & Valero Pacheco, I. (2020). La incapacidad temporal y variables relacionadas: Revisión bibliográfica. *Cienc Tecnol Salud Vis Ocul*, 17, 21-31. doi:<https://doi.org/10.19052/sv.vol17.iss2.3>
- López-Guillén García, A., & Vicente Pardo, J. M. (2015). El mapa de la incapacidad en España una necesidad urgente. *Med Segur Trab*, 378-92. doi:<http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2015000300007>.
- Manent Bistué, I., Ramada Rodilla, J., & Serra Pujadas, C. (2016). Duración y características de los episodios de incapacidad temporal por trastornos músculo-esqueléticos en Cataluña, 2007-2010. *Arch Prev Riesgos Labor*(19), 222-230. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.12961/aprl.2016.19.04.3>.
- Mañas, I. (2015). Mindfulness, la meditación en psicología clínica. *Gaceta de Psicología*, 13-29.
- Mayer, R. (2002). Cognitive Theory and the Design of Multimedia Instruction: An Example of the Two-Way Street Between Cognition and Instruction. *New directions for teaching and learning*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016, 10 3). Resolución 4622 de 2016. *Por medio de la cual se establece el reporte de los datos de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a planes voluntarios, Regímenes especiales y de Excepción y de las personas privadas de la libertad bajo custodia y vigilancia del INP*. Bogotá DC, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019, 06 28). Resolución 1740 de 2019. *Por medio de la cual se modifican los anexos técnicos 2, 3 y 5 de la Resolución 2388 de 2016, relacionados con la Planilla Integral de Liquidación de Aportes*. Bogotá DC, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Centro de comunicaciones Minsalud*. Retrieved 08 31, 2020, from <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>
- Ministerio del Trabajo. (2017, 12 30). Resolución 2269 de 2017. *Por medio de la cual se fija el Salario mínimo legal*. Bogotá, Colombia.
- Misas Arango, G. (2004). *La educación superior en Colombia. Análisis y estrategias para su desarrollo*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Morales Vallejo, P. (2012, Diciembre 13). *Universidad Pontificia Comillas*. Retrieved Octubre 07, 2013, from [upcomillas: http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1Muestra.pdf](http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1Muestra.pdf)
- Moreno, L., & Barrera, K. (2013). Equilibrio entre trabajo y vida laboral en las empresas contratistas del sector petrolero. *CICAG*, 5-12.
- Munduate, L. (1997). *Psicología social de la organización. Las personas organizando*. Madrid: Pirámide.
- Omar, A., & Florencia Urteaga, A. (2010, Enero-abril). El impacto de la cultura nacional sobre la cultura organizacional. *Universitas Psychologica*, IX(1), 79-92.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Retrieved 08 31, 2020, from <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>;
- Palencia-Sánchez, F., García, O., & Riaño-Casallas, M. (2013). Carga de Enfermedad atribuible al síndrome de túnel del carpo en la población trabajadora colombiana: una aproximación a los costos indirectos de la enfermedad. *Value in Health Regional Issues*, 2(3), 381-386.
- Paramo Morales, D. (2001, Junio). Hacia la construcción de un modelo de cultura organizacional orientada al mercado. *Revista Colombiana de Marketing*, II(6), 1-26.
- Pardo, V., & Manuel, J. (2016). Hacia un nuevo marco que regule la valoración médica de la capacidad / incapacidad laboral: propuestas de mejora y áreas de cambio. *Med Segur Trab*, 44-60. doi:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2016000400005
- Reyes, R., Ibáñez, J., & Álvarez Uría, F. (1992). *Las ciencias sociales en España. Historia inmediata, críticas y perspectivas*. Complutense.
- Riaño, M. (2009). *Gestión de la seguridad y salud en el trabajo en hospitales públicos bogotanos de alta complejidad: Una perspectiva estratégica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Rodríguez Garay, R. (2009). La Cultura Organizacional, un potencial estratégico desde la perspectiva de la administración. *Invenio*, XII(22), 67-92.

- Rodríguez-Páez, F., Jiménez-Barbosa, W., & Palencia-Sánchez, F. (2018). Uso de los servicios de urgencias en Bogotá, Colombia: Un análisis desde el Triage. *Universidad y Salud*, 20(3), 215-226.
- Rosales Ortiz, R. (1997). Estilos de dirección y clima organizacional. *Ciencias Sociales*, 141-154.
- Sanabria, A., & Hernández, M. (2011). Percepción de los estudiantes y profesores sobre el uso de las TIC en los procesos de cambio e innovación en la enseñanza superior. *Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Espor. Aloma*(29), 273-290.
- Sánchez Manchola, I. D. (2008). Los estilos de dirección y liderazgo, propuesta de un modelo de caracterización y análisis. *Pensamiento y Gestión*(25), 1-39.
- Shapiro, S., Kirk, B., & Biegel, G. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and education in professional psychology*, 105-115.
- Soria Romo, R. (2008). Comunicación organizacional: un modelo aplicable a la microempresa. *TEACS*, 9-17.
- Souto Souza, N. S., & Sousa Santana, V. (2012). Fatores associados à duração dos benefícios por incapacidade: um estudo de coorte / Factors associated with duration of disability benefits: a cohort study. *Rev Saude Publica*, 3, 425-434.
- Souto Souza, N., Sousa Santana, V., Albuquerque-Oliveira, P., & Barbosa-Branco, A. (2008). Work-related diseases and health-related compensation claims. Northeastern Brazil, 2000. *Rev Saude Publica*, 4, 1-8.
- Sum, G., Ishida, M., & Coh, G.-H. (2020). Implicaciones of multiborbidity on healthcare utilisation and work productivity by socioeconomic groups: Corss-sectional analyses of Australia and Japan. *Plos One*, e0232281. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232281>
- Toro Alvarez, F. (2001). *El clima organizacional. Perfil de empresas colombianas*. Medellín, Colombia: Cincel.
- Vaquero-Álvarez, M., Álvarez-Theurer, E., & Saldaña, M. R. (2018). influencia de las condiciones de trabajo sobre la incapacidad temporal por contingencias comunes. *Atención Primaria*, 238-246. doi:<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.011>
- Villaplana García, M., Sánchez Navarro, C., & Meseguer de Pedro, M. (2015). Effect of the sociodemographic, occupational, organisational and environmental variables on de duration of temporaty sick leave in Spain. *Aten Primaria*, 47, 90-98. doi:<https://doi.org//10.1016/j.aprim.2014.03.010>
- Sanabria, A., & Hernández, M. (2011). Percepción de los estudiantes y profesores sobre el uso de las TIC en los procesos de cambio e innovación en la enseñanza superior. *Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Espor. Aloma*(29), 273-290.

unir

FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA
INTERNACIONAL
DE LA RIOJA

COLOMBIA



MODELO DE IMPLEMENTACIÓN DE DIEZ GRANDES PASOS DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN HSEQ

Ten great steps implementation model for HSEQ
Management Systems

Resumen

En el contexto de la globalización de mercados y de la homogeneización creciente de los productos y servicios, las empresas buscan establecer relaciones privilegiadas con sus partes interesadas con el fin de valorizar su capital humano, social, económico y ambiental, y cumplir con los requisitos legales impuestos a las empresas en Colombia. No existen guías claras y básicas de implementación de los sistemas de gestión (HSEQ) que permitan a las organizaciones saber cómo empezar a estructurar sus procesos de manera que cumplan con los requisitos mínimos que a cada una le atañen. Este artículo pretende diseñar una guía metodológica para la implementación de los sistemas integrados de gestión HSEQ en las organizaciones. A partir de los diez pasos en la implementación práctica de los sistemas HSEQ bajo las normas ISO 9001 2015, ISO 45001 2018 – Decreto 1072 de 2015 e ISO 14001 2015, sobre cómo y a través de que medios se deben basar los equipos de trabajo para tener éxito en el proceso de certificación de cada una de las normas. Se propone una guía práctica novedosa, en la medida en que no existía hasta ahora un único modelo estándar que simplifique de forma práctica la implementación de estos sistemas.

Palabras clave: modelo, implementación, estandarización, eficiencia, guía, práctica. (Descriptores en Ciencias de la Salud – DeCS)

Resumen

Abstract

In the market's globalization context and the increasing homogenization of products and services, companies seek to establish privileged relationships with their stakeholders in order to value their human, social, economic and environmental capital, and comply with the legal requirements imposed on companies in Colombia. There are no clear and basic guidelines for the implementation of management systems (HSEQ) that allow organizations to know how to start structuring their processes so that they achieve the minimum requirements that each one is concerned with. This article aims to design a methodological guide for the implementation of integrated HSEQ management systems in organizations, applying the ten steps in the practical implementation of HSEQ systems structured under the standards ISO 9001 2015, ISO 45001 2018 - Decree 1072 of 2015 and ISO 14001 2015 about how and through what means work teams should be based as to be successful in the certification process of each standard. This practical guide is new, insofar as until now there was no standard model that simplifies in a practical way these systems.

Keywords: model, implementation, standardization, efficiency, guide, practice. (descriptors in Health Sciences – DeCS)

Abstract

In the market's globalization context and the increasing homogenization of products and services,

* Especialista Administración en Salud y Seguridad en el Trabajo. Medicolaboral@unimeta.edu.co. CVLAC: (79844885)

** Master en Logistique externe et transporte. Mastere spécialisée en Management QHSE. Jefferson.herrera@unimeta.edu.co. CVLAC: (1032423859)

*** Maestría en Diseño, Gestión y Dirección de Proyectos. Luis.maz@unimeta.edu.co CVLAC: (79288319)

Introducción

Este proyecto de investigación plantea una guía práctica de implementación del sistema de gestión de calidad ISO 9001 2015, del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo ISO 45001 2018 – decreto 1072 de 2015 y del sistema de gestión ambiental ISO 14001 2015 en empresas con actividad productiva y de servicios del sector público y privado. Pretende proponer un modelo común de implementación de cada uno de los sistemas de gestión a través de diez (10) pasos. De forma sencilla, clara, precisa y práctica, este proyecto de investigación procura a través de la experiencia de los autores, proporcionar una estructura operativa de implementación de los sistemas de gestión que permita planificar y organizar los grupos de trabajo necesarios para tal fin. Ninguna norma por si sola tiene una explicación de cómo o por dónde empezar a implementar los sistemas de gestión, ni tampoco un ejemplo de la información documentada necesaria para responder a los requisitos especificados, razón por la cual se hace indispensable definir un hilo conductor para que cualquier empresa sin importar su tamaño y sector en Colombia, vea la implementación de estas normas de gestión de procesos como una oportunidad de crecimiento y de aumento sostenido de su nivel de madurez.

Así pues, este proyecto de investigación tiene el objetivo de proveer una interpretación sobre cómo poder certificarse en un sistema de gestión de calidad, seguridad y salud en el trabajo, y/o medioambiental. Se plantea de forma práctica en qué se traducen los elementos más mínimos de los sistemas de gestión para garantizar el cumplimiento de los requisitos de cada una de las normas de cara a una acertada implementación y aval por los organismos certificadores.

De acuerdo con la norma NTC ISO 9001 2015, “la adopción de un sistema de gestión de la calidad es una decisión estratégica para una organización que le puede ayudar a mejorar su desempeño global y proporcionar una base sólida para las iniciativas de desarrollo sostenible”. Esto en razón a que permite mejorar la capacidad para proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables, facilita oportunidades de aumentar la satisfacción del cliente, aborda los riesgos y oportunidades asociadas con su contexto y objetivos y, por último, pero no menos importante, la capacidad de demostrar la conformidad con requisitos del sistema de gestión de la calidad especificados. Es indispensable anotar que una organización que proporciona bienes o servicios que está orientada a la calidad, promueve necesariamente una cultura con comportamientos, actitudes, actividades y procesos cuyos resultados proporcionan valor agregado de sus procesos, a través

del cumplimiento de las necesidades y expectativas de las partes interesadas. En ese orden de ideas, la implementación de las normas NTC ISO 14001 2015 y NTC ISO 45001 2018 van a ser más permeables para las partes interesadas pues ya existe una cultura organizacional orientada a los procesos y al cumplimiento de objetivos, que son aspectos fundamentales para un sistema integrado de gestión.

Esta guía de implementación de los sistemas de gestión bajo el modelo simplificado de diez pasos pretende ser un documento de consulta indispensable para cualquier empresa en Colombia, visualmente atractivo, útil y sencillo, para qué, quienes gestionan los procesos se animen a implementar tales sistemas desde una reflexión profunda sobre la dirección de la organización y cuanto están dispuestos a aportar para cumplir esos objetivos. Evidentemente, esta no es la única interpretación para la implementación de los sistemas de gestión, pero es novedosa en cuanto a su desarrollo basado en un modelo estándar de implementación regido por la lógica de pasos, que son transversales a las tres normas y complementarios entre sí, para al final, tener un sistema integrado de gestión. Esta dinámica no existe en las demás propuestas encontradas en la revisión bibliográfica que solo desarrollan modelos simples sin una lógica de proceso, y, donde los autores explican una norma puntual en el proceso de implementación con la interpretación que ello conlleva sin definir un modelo transversal para las demás normas de gestión, ni tampoco el efecto económico que significaría no tenerlo implementado. En ellos, no se abordan aspectos reglamentarios en Colombia como la ley 1480 de 2011 – estatuto del consumidor, entre otras.

En la búsqueda bibliográfica realizada, se encontraron diversas guías de implementación orientadas a ayudar a las organizaciones en una norma específica como: la “guía práctica de implantación de un sistema de gestión de prevención de riesgos laborales certificables para medianas empresas con procesos de mejora continua” de Virginia Pérez Valencia; la “Estrategia y desarrollo de una guía de implantación de la norma ISO 9001 2015, aplicación para Pymes de la comunidad Valenciana” de Victor Burckhardt; “La guía para la implementación de sistemas de gestión de la energía desarrollada por la agencia chilena de eficiencia energética”; “La guía para la implantación de la norma de gestión de la calidad para las ONG”; “La guía práctica para la implantación de un sistema de gestión de calidad en pymes” de Julián Roberto Acevedo, o incluso el artículo “Modelo para la implementación de un sistema de gestión basado en la norma ISO 9001” de Rafael David Rincón. Toda esta información documentada es de gran valor en la búsqueda de diferentes interpretaciones en los procesos de implantación de modelos de

gestión, pero ninguno de los autores define un único modelo para las tres normas, cosa que con resiliencia se propone aquí.

Es así como este proyecto pretende mostrar que la implementación de estos sistemas de gestión, correctamente planteada desde el principio y con el suficiente apoyo de la alta dirección, ayuda a las organizaciones alcanzar los objetivos que se han trazado, ajustarse a las necesidades y expectativas de las partes interesadas y, fundamentalmente reducir costos de la “no calidad” de los procesos productivos, vistos desde el enfoque del cumplimiento de los requisitos del cliente, de la seguridad y salud en el trabajo de quienes participan en esos procesos, y de la gestión medio ambiental necesaria para producir equitativa y adecuadamente los objetivos de desarrollo sostenible 2030. Las organizaciones que pueden implementar estos sistemas bajo el modelo propuesto no deberían planteárselo cuando las cosas han empezado a salir mal en las organizaciones, sino debería verse como una oportunidad desde la gestión de riesgos para lograr maximizar los resultados minimizando los costos. Lo anterior, sin que esto se acoja con urgencia manifiesta, sino más bien, parta de la motivación y reflexión de optimizar los sistemas de gestión en la organización.

Ahora bien, teniendo en cuenta que el objetivo principal de esta investigación es diseñar una guía metodológica para la implementación de los sistemas integrados de gestión HSEQ en las organizaciones, en la discusión de los resultados pretendemos demostrar a partir de la revisión exhaustiva de los modelos de implementación de sistemas de gestión HSEQ diseñados por otros autores, que el modelo de diez (10) pasos es de actualidad, pertinente, que se ajusta a los requerimientos estándar de las normas HSEQ y es novedosa por cuanto se presenta en una sola guía práctica a través de tres capítulos y con un cuarto capítulo enfocado a las potenciales sanciones de su no cumplimiento.

Metodología

Para el desarrollo del proyecto, realizado en la ciudad de Villavicencio con enfoque a las pymes de Colombia, se tendrá en cuenta el tipo de investigación proyectiva que consiste en encontrar solución a problemas prácticos. Esta se ocupa de organizar y estructurar procesos para alcanzar los fines propuestos y funcionar adecuadamente, a partir de la elaboración de una propuesta o modelo, que solucione problemas o necesidades de tipo práctico, ya sea de un grupo social, una institución o un área en particular del conocimiento. En ese orden, se comienza por realizar un diagnóstico preciso de las necesidades del momento, los procesos explicativos o generadores involucrados y las tendencias futuras (Hurtado, 2007).

- Características de la investigación proyectiva
- Visión holística: estudia los elementos en su contexto
- Relaciones dinámicas: se interesa en los procesos evolutivos y las relaciones dinámicas entre los eventos
- Creatividad y participación: toma todos los actores del proceso
- Actitud hacia el futuro y libertad: para transformar los sucesos a partir de acciones voluntarias y dirigidas hacia ciertos fines.

Figura 1. Esquema para una Investigación Proyectiva. Fuente: Hurtado, J. 2007

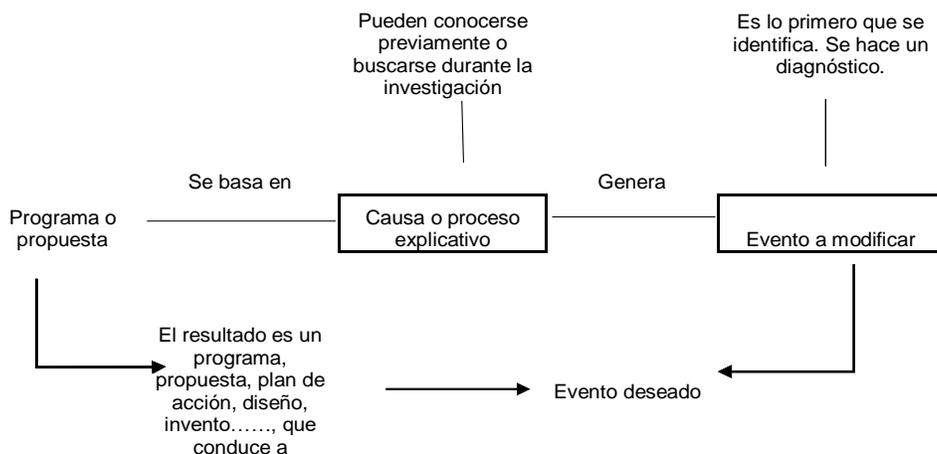


Figura 1. Esquema para una Investigación Proyectiva. Fuente: Hurtado, J. 2007

La metodología de investigación utilizada es particularmente importante porque el tipo de investigación debe estar adaptada a los objetivos y a la pregunta de investigación. Esta elección debe ser efectuada según el tipo de investigación, de acuerdo con el tipo de datos necesarios y evidentemente según el género de análisis. En nuestro caso, la investigación cualitativa permitió poner en aplicación las hipótesis de forma inductiva, notable por las observaciones, lo que implica un carácter concreto y empírico de la investigación, que recopila la experiencia de cada investigador en áreas específicas del saber.

Se tiene por objetivo proponer una metodología básica y estándar de implementación de cada una de las tres normas antes mencionadas, lo que supone realizar una revisión de los requisitos propios de cada una de ellas, y en general, de las dificultades presentadas por las organizaciones durante los procesos de implementación de tales normas. Ahora bien, esta investigación también significó observar un fenómeno: analizar procesos puestos en marcha por cada uno de los investigadores como experiencia propia en su sector de actividad, en búsqueda de metodologías optimizadoras y a su vez sencillas de comprender para poner en marcha cada una de las normas sin tener en cuenta el sector ni el tipo de actividad de las organizaciones en cuestión. Es así como este proyecto se apoyó sobre la experiencia teórica y práctica de sus investigadores en aras de proveer una versión simplificada de los modelos de implementación de las normas, pudiendo ser utilizadas por organizaciones público-privadas de carácter productivo o educativo.

La innovación organizacional fue abordada en esta investigación como un proceso en el cual intervienen los aportes de las personas para dar solución a los problemas específicos de la organización permeando el ámbito cultural, lo que facilita la adaptación al cambio y conlleva a aportar soluciones, beneficiando a la organización y su entorno (Bernardo, 2014).

Resultados y discusión

El objetivo general planteado “diseñar una guía metodológica para la implementación de los sistemas integrados de gestión HSEQ en las organizaciones”, se cumplió de manera estricta, por cuanto se logró unificar en diez grandes pasos cada una de las normas a saber: ISO 9001 2015, ISO 45001 2018 – Decreto 1072 de 2015 e ISO 14001 2015.

Se observó que cada participante de la investigación efectuó y adecuó bajo una estructura los aspectos de implementación de su norma y se ajustó a cada uno de los diez grandes pasos para implementar cada norma Primer gran resultado: ISO 9001; 2015

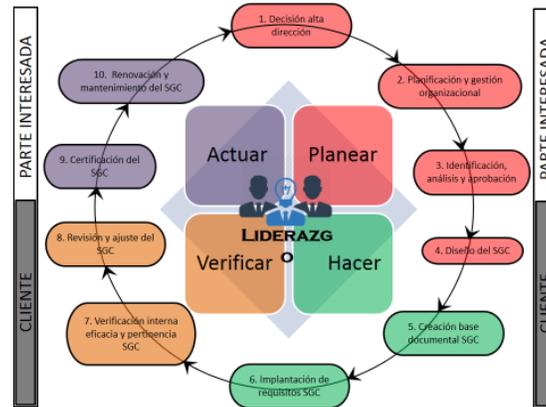


Figura 2. Metodología de implementación y certificación en ISO 9001 2015

Se efectuó de manera ordenada y sistemática los pasos para la implementación de la misma de cualquier tipo de organización de manera clara y sencilla.

Segundo gran logro: Implementación y certificación del Decreto 1072 de 2015

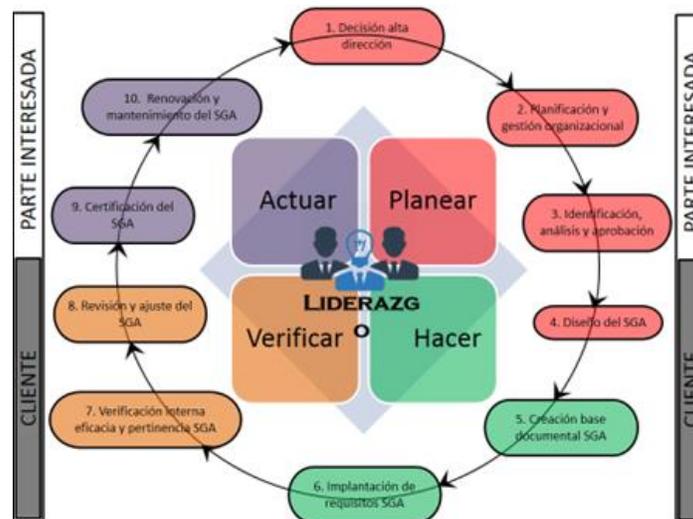


Figura 3. Metodología de implementación y certificación en el Decreto 1072 de 2015

El segundo investigador, logra igualmente ajustar los procedimientos y características específicas para el cumplimiento obligatorio de dicho decreto ajustándolo igualmente a diez grandes pasos,

que estaría alineados a las demás normas, sin embargo, se muestra de forma gráfica la manera de ajustarse a la guía propuesta.

Tercer gran logro: ISO 14001: 2015

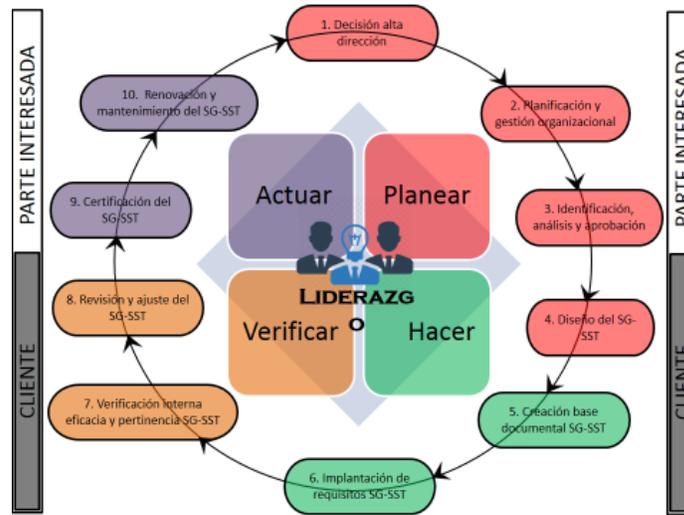


Figura 4. Metodología de implementación y certificación en ISO 14001- 2015

Cuarto gran logro: guía metodológica para la implementación de los sistemas integrados de gestión HSEQ en las organizaciones

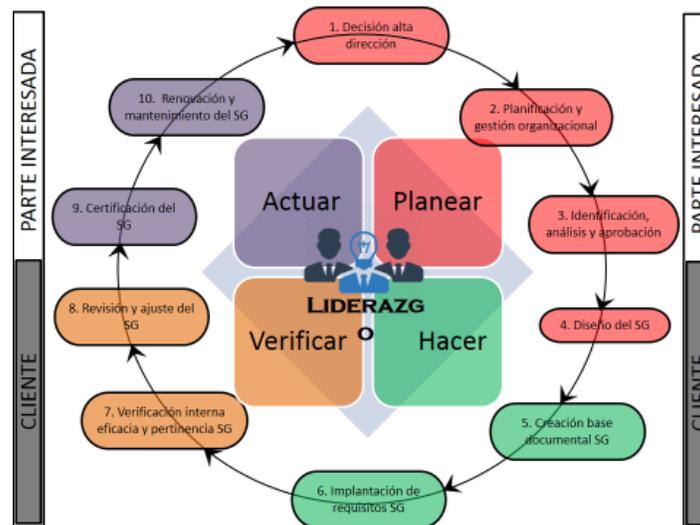


Figura 5. Metodología de implementación y certificación consolidada

De forma gráfica se explican los diez pasos para implementar metodológicamente y de manera clara, sistemática y didáctica los tres (3) principales sistemas.

Por otro lado, se realizó un cuadro comparativo con las diferentes propuestas nacionales e internacionales, buscando contrastar los resultados obtenidos con otros modelos propuestos: el Modelo de V. Burckhart, V Gisbert y A Perez, "estrategia y desarrollo de una guía de implementación de la norma ISO 9001 2015; Aplicación pymes de la comunidad Valenciana", dicho libro solo aplica a la ISO 9001: 2015, y está basado en cuatro etapas (no se efectuó mención de implantación en otras normas de gestión diferentes a calidad); la "Guía para la implementación de la norma de gestión de la calidad para las ONG" del instituto para la calidad de las ONG, ICONG. Esta guía está basada en cuatro grandes pasos con subdivisiones, y no se menciona la implantación de otras normas, no es claro el orden propuesto y no se ilustra al lector.

Se consultó también la "Guía práctica para la implementación de un sistema de gestión de calidad en pymes" de J. Acevedo, L. Erazo, L. Guzmán y A. Rodríguez. Es unas tesis de grado de especialización basada en 17 pasos que incorporan la perspectiva de planificar antes de implementar. No hace referencia a la implantación en otras normas de gestión diferente a calidad. La tesis de grado de pregrado "Guía para aplicación de sistemas de gestión energética orientado a la energía eléctrica, basado en la norma ISO 50001 de J. Cisneros. Es un modelo basado en reglamentación ecuatoriana en 4 etapas. Está bien estructurada, en un lenguaje técnico, con preguntas orientadoras, con guía de conceptos estadísticos, que guían al lector en cómo aplicar herramientas. No hace mención de la implantación de otras normas diferentes a la propuesta, no tiene forma visual de un gráfico estándar.

Se analizó el "Modelo para la implementación de un sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001 de R. Rincón. Dicho modelo ha sido validado por algunos sectores, como el informático y, está basado en 9 pasos que integran el ciclo PHVA. No se hace mención a la implementación en otras normas de gestión, no es muy explícito. El "Modelo para la implementación de un sistema de gestión integral alineado a la estrategia empresarial de la organización de D. Rojas. Ensayo de diplomado que incorpora 4 fases y trata de abordar las normas ISO 9001: 200, ISO 14001: 2004 y OSHAS 18001: 2007, sin embargo, es muy técnico y poco didáctico. No indica al lector ejemplos prácticos de implementación e incluye un gráfico estándar del modelo de implementación que no es claro para un lector sin conocimientos previos.

El "Modelo de implementación del sistema de gestión de la prevención de riesgos laborales en una industria láctea de Riobamba – Ecuador, por Villacres E., Baño D., Garcia T., artículo de revista,

Modelo de implementación de diez grandes pasos de los sistemas de gestión HSEQ

realiza un análisis estadístico aplicado con lenguaje técnico, que se valida mediante indicadores estadísticos. El lenguaje es demasiado técnico y, no hace implantación a otras normas. Finalmente, se consultó el “Modelo para la implementación de un Sistema Integrado de Gestión de Calidad, Seguridad y Salud Ocupacional basado en las normas ISO 9001:2008 y OSHAS 18001:2007 en la división de pilotaje de una empresa constructora”. Tesis de Maestría, es modelo basado en 7 pasos de una empresa de Ecuador, que presenta un modelo estándar, con conceptos técnicos y, no hace mención a la norma medio ambiental. Gráficamente es orientador. Se anexa cuadro resumen de contrastación de las propuestas encontradas y analizadas:

Modelo	Norma aplicada	Tipo documento	Objetivo	Puntos en comun	Singularidad	Puntos fuertes	Puntos por mejorar
Estrategia y desarrollo de una guía de implantación de la norma ISO 9001:2015. Aplicación pymes de la comunidad Valenciana. V. Burckhardt, V. Giebert, A. Perez.	ISO 9001:2015	Libro	Determinar una metodología (de fases determinadas y recomendaciones sistematizadas) para la implantación de la nueva norma ISO 9001:2015, que sirva como modelo de adaptación para aquellas empresas que tengan implementada la norma ISO 9001:2008 y para aquellas empresas que recién comienzan a plantearse la implantación de un sistema de gestión de calidad.		1. Modelo basado en 4 etapas: 1. etapa - Planificación del proyecto, 2. etapa - Gestión por procesos y aplicación de requisitos, 3. etapa - Desarrollo de la implantación, 4. etapa - Revisión. 2. Desarrollo de la guía en 86 páginas. 3. Historia y evolución de la norma ISO 9001	1. Uso de gráficos y tablas de ejemplo para orientar al lector en el proceso. 2. Comparación de ISO 9001:2008 vs ISO 9001:2015. 3. Lenguaje claro, práctico y con consejos para el lector. 4. Se analiza una por una cada capítulo de la norma. 5. Al final de cada capítulo se generan unas preguntas orientadoras al lector. 6. Se hace comparación con otras guías de implantación de sistemas de gestión.	1. No se hace mención a la implantación en otras normas de gestión diferentes a calidad. 2. No tiene un gráfico estándar del modelo de implantación.
Guía para la implantación de la norma de gestión de la calidad para las ONG. Instituto para la calidad de las ONG. ICONG	ISO 9001:2008 / ONG calidad - ICONG 2010	Manual	Dar una estructura operativa y temporal a los requisitos de la norma para que, de manera organizada y útil y ahorrando tiempos perdidos a las organizaciones, profundizar e adaptar sus sistemas de gestión existentes a la norma ONG calidad.		1. Modelo basado en 4 grandes pasos con subdivisiones: 1. paso - Planeamiento inicial, 2. paso - Planificación, 3. paso - Diseño del sistema, 4. paso - Despliegue y revisión. 2. Aplicable a una norma específica de calidad para ONG. 3. Desarrollo de la guía en 198 páginas.	1. Guía muy bien estructurada con lenguaje práctico, claro, conciso y que pretende orientar al lector a lo largo de la lectura. 2. Análisis profundo y orientador que invita al lector a plantearse etapas previas a la implantación. 3. Se hace especial mención a la importancia del compromiso de la alta dirección en el proceso de implantación. 4. Se explica una a una los pasos del modelo propuesto de 4 grandes pasos. 5. Se analiza una por una cada capítulo de la norma ONG Calidad y se hace comparativos con norma ISO 9001:2008. 6. Proporciona ejemplos teóricos de implantación de la norma. 7. Incluye resumen de la documentación mínima del sistema. 8. Se dedica un capítulo a explicar el proceso de auditoría y la respectiva certificación.	1. No se hace mención a la implantación en otras normas de gestión diferentes a calidad. 2. Sintetizar o hacer más comprensible el gráfico del modelo propuesto para no ser claro cuantos pasos son ni el orden propuesto. 3. Hay muy pocas grafías y tablas orientadoras del proceso de implantación.
Guía práctica para la implantación de un sistema de gestión de calidad en pymes. Una guía práctica y sencilla. J. Acevedo, I. Erazo, I. Guzman, A. Rodríguez.	ISO 9001:2008	Tesis de grado especialización / Artículo de investigación	Presentar una metodología para una implementación de manera práctica, sencilla y ordenada, dirigida de manera especial a la pequeña y mediana empresa pyme colombiana, quienes se han visto enfrentados a los requerimientos del mercado nacional e internacional, cada vez más exigente en la elaboración de sus productos o servicios, para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes y obtener ventajas que les permitan diferenciarse de la competencia.		1. Modelo basado en 17 pasos numerados. 2. Integra los primeros pasos desde la perspectiva de planificar antes de implementar. 3. Al finalizar cada paso, se hace mención a los capítulos de la norma que tuvieron que ser tenidos en cuenta para su desarrollo. Igualmente presenta una autoevaluación para revisar el avance que ha tenido el lector en el proceso de implementación. 4. Desarrollo de la guía en 134 páginas.	1. Guía bien estructurada, con un lenguaje práctico y sencillo de comprender dirigido a población en general. 2. Tiene varias grafías y tablas, que aun siendo sencillas, explican con facilidad al lector los diferentes pasos de la implementación de la norma. 3. Se indican ejemplos prácticos que guían al lector en el proceso de implementación. 4. Tiene información muy útil y pertinente que de manera lógica e intuitiva, va guiando al lector en el proceso de implementación. 5. Hay muchos tips o consejos al lector para una correcta implementación de la norma. 6. Se indican los documentos requeridos por la norma. 7. Se dedica un paso a explicar el proceso de auditoría y la respectiva certificación.	1. No se hace mención a la implantación en otras normas de gestión diferentes a calidad. 2. No tiene un gráfico estándar del modelo de implantación.
Guía para la aplicación de sistemas de gestión energética orientado a la energía eléctrica, basado en la norma ISO 50001. I. Cárdenas.	ISO 50001:2011	Tesis de grado pregrado	Guiar y orientar a las empresas en la implementación de los sistemas de gestión de la energía, basados en la norma internacional ISO 50001:2011, para lo cual se proponen estrategias para la gestión de la energía, a fin de reducir los costos de la energía eléctrica sin comprometer las actividades normales de las empresas y mejorar la eficiencia energética de los procesos.	1. Buscan orientar de manera práctica y ordenada en el proceso de implantación.	1. Modelo desarrollado bajo reglamentación de Ecuador en 4 etapas: 1. etapa - revisión inicial, 2. etapa - planificación, 3. etapa - implantación y operación, 4. etapa - verificación. 2. Documento con lenguaje técnico aplicado a cualquier organización bajo el concepto de eficiencia energética según norma ISO 50001:2011. 3. Integra el modelo desde una revisión inicial de la organización. 4. Para cada etapa, se indican recomendaciones y resultados previstos. 5. Desarrollo de la guía en 220 páginas.	1. Guía bien estructurada, con un lenguaje práctico, claro, veraz pero técnico. 2. Se indican varias tablas de ejemplos prácticos de aplicación de la norma en las organizaciones. 3. Se indican al lector preguntas orientadoras para seguir un hilo conductor en el proceso de implementación, además de recomendaciones, resultados y material de apoyo según la experiencia de la autora. 4. Guía con conceptos estadísticos muy bien elaborados que permiten al lector tener una idea de como aplicar las herramientas de apoyo a la implementación de la norma.	1. No se hace mención a la implantación en otras normas de gestión diferentes a la energética. 2. No tiene un gráfico estándar del modelo de implantación.
Modelo para la implementación de un sistema de gestión de la calidad basado en la Norma ISO 9001. R. Rincon.	ISO 9001:2000	Artículo revista	Se presenta una guía para que las organizaciones, independientemente del tamaño o sector al que pertenecen, dispongan de una metodología que les permita implementar un sistema de gestión de la calidad tomando como referencia el estándar ISO 9001:2000.	2. Presenta una metodología que se divide en pasos. 3. Se describen conceptos de sistemas de gestión.	1. Ha sido utilizada y validada en algunas empresas del sector informático. 2. Modelo basado en 9 pasos. 3. Desarrollo del modelo en 10 páginas. 4. Define directrices para una implementación exitosa.	1. Tiene un modelo gráfico que integra perfectamente los pasos propuestos con el ciclo PDCA. La explicación de cada paso es coherente, clara, precisa y en pocas páginas le indica al lector un hilo conductor en el proceso de implementación. 2. Define las reglas de oro del sistema documental.	1. No se hace mención a la implantación en otras normas de gestión diferentes a calidad. 2. Aun cuando esta muy corto y pudo haber sido más desarrollado cada paso con grafías y tablas que guiaran al lector en el proceso de implementación.
Modelo para la implementación de un sistema de gestión integral alineado a la estrategia empresarial de la organización. D. Rojas.	ISO 9001:2008 / ISO 14001:2004 / OSHAS 18001:2007	Ensayo diplomado	Realizar un modelo para la implementación de un sistema de gestión integrado, en el que bajo una única dirección se integren los elementos de los sistemas de gestión de calidad, medio ambiente, seguridad y salud en el trabajo, implementados independientemente en la mayoría de las organizaciones.		1. Explicación de los modelos integradores de un SG HSEQ presentando la correlación entre el SG con la Cultura Institucional. 2. Modelo basado en 4 fases: 1. Diseño y desarrollo, 2. Implantación, 3. Operatividad, 4. Mejora continua. 3. Desarrollo del modelo en 31 páginas.	1. Se hace comparación entre las características principales de las normas y los elementos transversales de las normas ISO 9001:2008 / ISO 14001:2004 / OSHAS 18001:2007. 2. Maneja un lenguaje sencillo, pero claro y veraz. 3. Se hace una revisión bibliográfica pertinente y a lo largo del documento el lector toma confianza de lo explicado porque esta contextualizado.	1. Tiene un gráfico estándar del modelo de implantación pero es difícil de comprender y no es sintético para un lector sin conocimientos previos en SG. 2. No se indican al lector ejemplos prácticos de como implementar las normas HSEQ.
Modelo de implementación del Sistema de Gestión de la Prevención de Riesgos Laborales en una industria láctea de Riobamba - Ecuador. VILLACRES E., BAÑO D., GARCÍA T.	Sistema de gestión de riesgos laborales Ecuatoriano	Artículo revista	Caracterizar la situación de la gestión de la seguridad laboral en función de los requisitos establecidos por las normas correspondientes y los resultados de su gestión.		1. Desarrollo del modelo con resultados estadísticamente significativos bajo concepto de correlación de las variables. 2. Modelo basado en 4 fases: 1. Fase - Determinación de la línea base, 2. Fase - Planificación y programación del sistema de gestión de prevención de riesgos laborales, 3. fase - implantación del sistema de gestión, 4. fase - Seguimiento y control. 3. Desarrollo del modelo en 9 páginas.	1. Análisis estadístico aplicado a la aplicación del modelo en empresa láctea en Ecuador. 2. Maneja un lenguaje técnico, pero claro y veraz. 3. Presenta una propuesta de modelo desde la lógica del proceso de implementación de un SG SST y la validación mediante indicadores estadísticos.	1. Tiene un gráfico estándar del modelo de implantación pero es difícil de comprender y no es sintético para un lector sin conocimientos previos en SG SST. 2. No se hace mención a la implantación en otras normas de gestión diferentes a seguridad y salud en el trabajo en Ecuador.
Modelo para la implementación de un Sistema Integrado de Gestión en Calidad, Seguridad y Salud Ocupacional basado en las Normas ISO 9001:2008 y OSHAS 18001:2007 en la división de pilotaje de una empresa constructora. HUAYANAVE L.	ISO 9001:2008 / OSHAS 18001:2007	Tesis de maestría	Elaborar las propuestas de un modelo para la implementación de un sistema integrado en calidad, seguridad y salud ocupacional basado en las normas ISO 9001:2008 y OSHAS 18001:2007.		1. Modelo basado en 7 pasos: 1. paso - Requisitos generales, 2. paso - Política del sistema de gestión, 3. paso - Planificación, 4. paso - Aplicación y operación, 5. paso - Evaluación del desempeño, 6. paso - Mejora, 7. paso - Revisión por la dirección. 3. Se hace aplicación a empresa constructora en Ecuador. 4. Desarrollo del modelo en 284 páginas.	1. Se presentan las características de las normas ISO 9001:2008 y OSHAS 18001:2007, además de la importancia de un SG. 2. Guía escrita en un lenguaje técnico, pero claro y veraz. 3. Se presenta al lector un análisis inicial de diagnóstico del estado de la organización caso de estudio. 4. Se presenta un gran volumen de anexos con información valiosa.	1. Tiene un gráfico estándar del modelo de implantación pero es difícil de comprender y no es sintético para un lector sin conocimientos previos en SG. 2. No se hace mención a la implantación en la norma medio ambiental. 3. Presenta gráficos orientadores durante el desarrollo de los pasos pero son muy sencillos y poco útiles para el lector. En anexos muestra la información que es de utilidad.
Guía para la implementación del SSC ISO 9001:2015, del SG SST - decreto 1072 de 2015, ISO 45001:2018 y del SGA ISO 14001:2015 en empresas con actividad productiva y servicios del sector público y privado. HERRERA J., MOJICA F., MAZ L., OSORIO O., HERRERA C.	ISO 9001:2015, del SG SST - decreto 1072 de 2015, ISO 45001:2018 y del SGA ISO 14001:2015	Cartilla	Prenderse ser un documento de consulta indispensable para cualquier empresa en Colombia, visualmente atractivo, útil y sencillo, para que quienes gestionan los procesos, se animen a implementar tales sistemas desde una reflexión profunda de hacia donde quiere llegar la organización y cuanto están dispuestos en aportar para cumplir esos objetivos.		1. Modelo basado en 10 grandes pasos: 1. decisión alta dirección, 2. Planificación y gestión organizacional, 3. Identificación, análisis y aprobación, 4. Diseño del SG, 5. Creación base documental SG, 6. Implantación de requisitos SG, 7. Verificación interna de eficacia y pertinencia SG, 8. Revisión y ajuste del SG, 9. Certificación del SG, 10. Renovación y mantenimiento del SG. 2. Desarrollo del modelo en 115 páginas. 3. Aplicable a cualquier tipo de empresa de cualquier sector en cualquier parte del mundo. 4. Presenta capítulo de potenciales multas en caso de no implementación de las normas.	1. De forma sencilla, clara, precisa y práctica, los autores procuran a través de su experiencia proporcionar al lector una estructura operativa de implementación que permita planificar y organizar los grupos de trabajo necesarios para implementar las normas. 2. Se presentan gran cantidad de grafías y de tablas para orientar al lector a implementar las normas HSEQ. 3. Se presentan conceptos claves introductorios a cada capítulo para dar claridad al lector en su comprensión. 4. Tiene información muy útil y pertinente que de manera lógica e intuitiva, va guiando al lector en el proceso de implementación. 5. Hay muchos tips o consejos al lector para una correcta implementación de la norma. 6. Se indican los documentos requeridos por la norma.	1. Realizar aplicación práctica en empresas. 2. Realizar encuesta de pertinencia en la implementación de las normas HSEQ en las organizaciones.

Conclusiones

El objetivo propuesto "Diseñar una guía metodológica para la implementación de los sistemas integrados de gestión HSEQ en las organizaciones", se logró satisfactoriamente, pues no existen modelos con igual énfasis, de lenguaje claro y universal, didáctico y con cuadros orientadores que ayudan al lector a comprender de manera clara el qué, cómo y para qué de la implementación.

No hay literatura comparativa que proponga de esta manera la integración de los distintos sistemas de gestión, y los diez grandes pasos para su implementación. Se evidenció y propuso una forma práctica y sencilla de ser aplicada a cualquier tipo de organización, que funciona para ampliaciones e implementaciones posteriores de diversas normas bajo la misma metodología. La presente investigación despertará la inquietud sobre la implementación de estas normas, de manera sencilla, con un lenguaje muy básico empresarial y, que le permite a cualquier lector comprender y aplicar lo leído a través de cuadros y guías "paso a paso" sobre cómo hacerlo.

Referencias

- Acevedo, J. R., Erazo, L. A., Guzmán, L. G., Rodríguez, A. P. (2009). Guía práctica para la implementación de un sistema de gestión de calidad en pymes. una guía práctica y sencilla. Especialización administración y gerencia de los sistemas de gestión de calidad, convenio ICONTEC. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/diegotorres/gua-prctica-para-la-implementacin-de-un-sistema-de-gestin-de-calidad-en-pymes-58484289>.
- Burckhardt, V. (2015). Realización de una guía de implantación de la norma iso 9001:2015. Aplicación pyme Comunidad Valenciana. Trabajo fin de master. Master Universitario en Ingeniería de Organización y Logística. Escuela Politécnica Superior de Alcoy Universitat Politècnica de Valencia. Recuperado de: <https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/72927/BURCKHARDT%20-%20Realizaci3n%20de%20una%20gu%C3%ADa%20de%20implantaci3n%20de%20la%20norma%20ISO%209001:2015.%20Aplicaci3n%20pyme%20C....pdf?sequence=1>
- David, R. (2012). Modelo para la implementación de un sistema de gestión de la calidad basado en la Norma ISO 9001. *Revista Universidad EAFIT*, 38(126), 47-55. Recuperado de: <https://publicaciones.eafit.edu.co/index.php/revista-universidad-eafit/article/view/947>
- Erazo, L., Acevedo, J., Guzmán, L., y Rodríguez, A. (2010). Guía para la implementación de un sistema de gestión de calidad en pymes. *SIGNOS - Investigación En Sistemas De gestión*, 2(1), 107-117. <https://doi.org/10.15332/s2145-1389.2010.0001.07>
- Pérez, V. (2012). Guía didáctica de Implantación de un Sistema de gestión de Prevención de riesgos Laborales Certificable para Medianas empresas Con procesos de Mejora continua. Universitat Politècnica de Valencia. Escuela Técnica Superior de Ingeniería del Diseño. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10251/18147>
- Rojas, D. (2015). Modelo para la implementación de un sistema de gestión integral alineado a la estrategia empresarial de la organización. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10654/13842>

unir

FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA
INTERNACIONAL
DE LA RIOJA

COLOMBIA



INTERVENCIÓN BASADA EN MINDFULNESS PARA ABORDAR LOS ESTADOS Y ERRORES QUE CONLLEVAN A INCIDENTES EN LAS ORGANIZACIONES

Mindfulness-Based Intervention to address states and
errors that lead to incidents in organizations

Carlos Fabian Acevedo Salcedo*

Jorge Luis Montes Paredes**

Helio Simón Pacheco Baños***

Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia

Resumen

El presente tiene por objeto describir cómo el mindfulness (atención plena), integrado con la aplicación de técnicas de autodiagnóstico, implementadas a través de pre-test y post-test e identificación de estados conductuales (Tomate un respiro), pueden cambiar los modos de actuar de los colaboradores al interior de organizaciones del sector siderúrgico y de hidrocarburos. Esto a su vez, incide en el aumento de la toma de conciencia hacia la salud y seguridad en el trabajo y la percepción del riesgo dentro de las actividades de estas organizaciones, como derivado del aumento del estado de conciencia y mente en el presente influenciado a través de la aplicación del mindfulness. Lo anterior resulta en un correcto reconocimiento de errores en las conductas de cada colaborador y la identificación de errores en los grupos de trabajo. Entendiendo los cambios individuales como la estrategia más efectiva en el mejoramiento del sistema de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo (SG-SST), se propicia la construcción de mecanismos de mejora como resultado de la identificación temprana de riesgos y amenazas, basados en el mejoramiento de las condiciones propias de cada colaborador y las de su entorno (Bakker, Rodriguez, & Derks, 2012).

Palabras clave: Mindfulness (atención plena), toma de conciencia, percepción del riesgo, (tomarse un respiro), (MAAS).

Abstract

This article's purpose is to describe how mindfulness, integrated with the application of self-diagnosis techniques, applied through pre-test and post-test and identification of behavioral states (Take a breath), can change the ways of acting of collaborators within organizations in steel and hydrocarbon industries. The previous influences the increase of awareness of occupational safety and health, and the perception of risk within the activities of these organizations, as derivate from the increased state of awareness through the application of mindfulness. The asserted recognition of errors in each collaborator's behaviour and the identification of errors in work groups is a result of this process. Individual changes are the most effective strategy for improving the occupational health and safety management system (OH-SMS), and so, the construction of mechanisms of improvement are a result of the early identification of risks and threats, based on the improvement of each employee's condition and those in their environment.

Keywords: Mindfulness, awareness, risk perception, identification of states and errors, technique (taking a breather), Test MAAS (Mindfulness Attention Awareness Scale)

ESTADO DE LA

* Magister en Calidad y Gestión Integral, convenio USTA – Icontec, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: carlos.acevedo@usantotomas.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9413-5173>, CVLAC: <https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/jsp/report-index.jsp>

** Magister en Calidad y Gestión Integral, convenio USTA – Icontec, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: heliopacheco@usantotomas.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4770-0843>, CVLAC: <https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/jsp/report-index.jsp>

*** Magister en Calidad y Gestión Integral; Especialista en Gerencia de Calidad e Ingeniero Industrial, convenio USTA - Icontec, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: jorgemontes@usantotomas.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6748-4471>, CVLAC: <https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/jsp/report-index.jsp>

Introducción

La actualidad del mundo globalizado, evidenciado por la alta competitividad laboral, los elevados índices de desempleo, la dificultad de lograr una estabilidad económica, la inequidad social y la actual situación que enfrenta el colectivo social a consecuencia del COVID-19, conlleva dificultades en el ámbito familiar que pueden ser trasladados al ámbito laboral. Estas situaciones, son traslapadas en eventos de tensión con los compañeros y omisiones en el cumplimiento de procedimientos (Kabat, 2003), que resultan en gran proporción, en incidentes menores que ante la ausencia de control resultarán en accidentes o daños a las locaciones, producto del no abordaje de las situaciones.

El control emocional y la eficiencia de los colaboradores, se presenta como uno de los grandes desafíos en las organizaciones (Moreno & Barrera, 2013). El interrogante entonces es: ¿cómo influir en las personas, para que sean parte de la estrategia y no atavíos de metas y objetivos organizacionales?

Para comenzar, las organizaciones deben centrarse en el ser, en la persona, en ser agentes motivadores de cambio hacia un estado de atención que les permita mantenerse en el ahora (Mañas, 2015), en el desarrollo de prácticas seguras, en la identificación de estados emocionales y cómo estos, son el resultado de errores y causantes de altas tasas de accidentalidad en las organizaciones.

Las organizaciones, objeto de estudio por parte de esta investigación, no son ajenas a esta realidad. A través del análisis de la accidentalidad en los últimos periodos, es constante la ocurrencia de incidentes y accidentes, producto de errores por falta de atención o pérdida de la conciencia del riesgo en los colaboradores. Para ello y como apoyo a su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, las organizaciones incluirán en sus programas la aplicación de una propuesta metodológica enfocada al mejoramiento de la atención plena de los colaboradores.

La aplicación de esta metodología, enfocada en la identificación de estados de errores, permitirá que sean los mismos colaboradores quienes identifiquen situaciones de riesgo o comportamientos inseguros por parte de sus compañeros. Esto, sumado a la motivación de encontrar armonía entre la mente y el ser, generará un valor adicional en las organizaciones a

través del mejoramiento de las condiciones de vida de las personas, permitiéndoles encontrar un equilibrio entre su vida laboral y su vida familiar (Chacate, Linares, Ruiz, & Suarez, 2017).

El desarrollo de prácticas enfocadas al mejoramiento de las condiciones mentales y emocionales de los colaboradores a través del mindfulness es un campo que se presenta como relativamente novedoso, salvo en empresas multinacionales como Google, que aplican este tipo de estrategias en pro del mejoramiento continuo de las condiciones de sus colaboradores hace tiempo. En Colombia, las investigaciones en este respecto son limitadas, exceptuando algunas aplicaciones en estrategias de recuperación de pacientes con enfermedades terminales o como método de reducción de los estados de ansiedad asociados a la crisis del COVID-19, aplicado por algunas Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL). Por ello, resulta importante que empresas de orden nacional abran este tipo de espacios, con el objetivo de brindar acompañamiento a sus colaboradores dentro y fuera de la empresa, consiguiendo que estos se consideren parte de la estrategia, y contribuyan activamente al mejoramiento de los sistemas de gestión.

A partir de esto, la investigación busca que, dentro de las organizaciones objeto de estudio, se logre influir en los estados mentales y conductuales de los colaboradores, con el objetivo de convertirlos en agentes generadores de cambio, a través de pequeñas acciones representadas en el auto-reporte de condiciones de riesgo, producto de conductas inseguras o del incumplimiento de procedimientos seguros. En este escenario, se entiende estos productos no como un error, sino como condiciones que permiten el crecimiento personal y laboral de los colaboradores, que permiten su contribución al mejoramiento y cumplimiento de los objetivos organizacionales.

Metodología

La investigación desarrollada está basada en la intervención de dos organizaciones del sector manufactura (una de ellas de gran tamaño y otra perteneciente al sector pymes) donde se manejaron dos grupos focales comprendidos por cinco y siete personas respectivamente. Estas están ubicadas en distintos puntos geográficos del país, y en ellas, se pudo identificar sus principales dificultades, además de, las diferencias culturales en los modos de trabajo de cada una. Las organizaciones mencionadas corresponden al sector siderúrgico y de hidrocarburos; en una de las empresas se pudo identificar tasas altas de accidentalidad y en el otro alto estrés laboral producto de la inestabilidad del sector.

Con el objetivo de reducir las condiciones identificadas en cada una de las organizaciones, se planteó una propuesta de intervención a los estados de estrés y atención de los colaboradores, representada en un programa de prácticas formales e informales de concentración (mindfulness o atención plena), priorizando la aceptación de errores propios, y de los demás. Lo anterior se logra mediante la aplicación de la técnica de identificación y aceptación de errores (tomate un respiro), esto como algo inherente a la condición humana, y que debe, por tanto, ser objeto de mejora para evitar su recurrencia en el tiempo.

El programa brinda alternativas que resultan diferentes e innovadoras para que sean implementadas dentro de todos los procesos organizacionales. El diseño de la investigación se enmarca en el enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo), de tal forma que la información que se recopila forme creencias propias del fenómeno estudiado. Este enfoque permite describir, comprender e interpretar los fenómenos, a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias de los participantes (Hernandez, Hernandez, Collado, & Baptista, 2018). Es decir, identificar los efectos comportamentales de los participantes, posteriores a la intervención del programa de atención plena, direccionado al autocuidado y a la contribución a las estrategias organizacionales, promovida intrínsecamente por cada colaborador independiente de la madurez del SG-SST.

Se empezó con la identificación del estado preliminar de los colaboradores que participaron en el programa, mediante la aplicación del test de percepción de la seguridad y salud en el trabajo dentro de las organizaciones (NOSACQ-50), test de estrés percibido y la escala de atención (MAAS). Una vez implementado el programa (compuesto por ocho semanas), se aplicaron los mismos tests para determinar si este influyó en los estados comportamentales de los participantes. Los tests aplicados cuentan con validez y confiabilidad reconocida en distintos estudios realizados en el mundo, otorgando fiabilidad a los resultados obtenidos en la investigación.

Dentro de la estructura del programa se aplican técnicas que permiten identificar con mayor facilidad errores de las conductas humanas que conllevan a equivocaciones en el actuar representadas en incidentes, daños y/o accidentes, y, que motiva a los participantes a encontrar en el autodiagnóstico e identificación de falencias en el entorno, un mecanismo de mejora de sus propias condiciones e inherentemente de las condiciones de la organización. Con esto, se deja de lado los preconceptos humanos representados en la descalificación e indicación como algo negativo al reporte de incidencias, para a través de ello, consolidar mecanismos de mejora

en las organizaciones, aumento de la conciencia del riesgo y de la toma de conciencia por parte de los colaboradores participantes del programa.

Resultados y discusión

A través de la aplicación del test de percepción de la seguridad en el trabajo (NOSACQ-50) se logró identificar que, dentro de las dimensiones de la encuesta, las organizaciones estudiadas tienen como común denominador la baja percepción del riesgo (tabla 1).

DIMENSIONES	OPER	ADMIN
Prioridad de la seguridad	3.08	3.25
Promoción del empoderamiento	3.06	3.32
Justicia en la investigación de AT	2.83	3.25
Compromiso colectivo	3.22	3.12
Conciencia del riesgo	2.90	2.78
Aprendizaje colaborativo	3.24	3.14

Tabla 5. Resultados encuesta NOSACQ-50, para la percepción de la seguridad en el trabajo, análisis segmentado por niveles operativos y estratégicos de las organizaciones objeto de estudio.

En contraste con los resultados obtenidos en la aplicación de la encuesta a una población de doce personas (que adicionalmente participan en el programa de atención plena), se observa al analizar la accidentalidad del periodo anterior (2019) en una de las organizaciones la misma constante: aparición de accidentes por actos inseguros y una baja percepción del riesgo (lo anterior sustentado en el análisis de los eventos sucedidos durante este periodo).

De igual forma, para poder determinar las posibles razones de este fenómeno, la investigación se propuso analizar los niveles de estrés y atención plena percibidos por parte de los participantes. Esto, a modo de definir posibles estrategias individuales que permitan potencializar los resultados o simplemente identificar falencias en el grupo de colaboradores participantes del programa dentro de las organizaciones. Se obtuvo como resultado, que el total de la población, objeto de muestra, mantiene niveles de estrés por encima de la media aceptable y, los estados de atención por debajo de lo esperado (tabla 2).

DIMENSIÓN	MED ESP	RESULT
Promedio estrés percibido de los participantes	20	27,11
Promedio de atención de los participantes	65	47,05

Tabla 6. Resultados obtenidos a través de la aplicación de test, para conocer los niveles de estrés percibido y de atención plena (MAAS) por parte de los participantes.

Los anteriores se identifican como componentes que denotan las situaciones actuales de las organizaciones objeto de estudio y la aparición constante de eventos a lo largo del tiempo. Adicionalmente, representan una oportunidad de mejorar el SG-SST, soportado en el mejoramiento de las condiciones de vida de los colaboradores y de sus entornos familiares y de trabajo.

Aplicación del programa de reducción de estrés y atención plena (Mindfulness), con énfasis en la aplicación de técnicas de identificación de errores.

Soportados en los datos obtenidos en la aplicación del test de identificación de la percepción de la seguridad en el trabajo (NOSACQ-50) de los participantes que fueron seleccionados por las organizaciones, se formuló un programa de reducción de estrés y aumento de la atención plena de ocho semanas de duración, el cual contempla el conocimiento de la naturaleza de la mente humana y cómo se comporta el cerebro y la mente ante situaciones de alto estrés. Por otro lado, en el ecuador del programa se integra un mecanismo de identificación y aceptación de errores que desembocan en los errores mencionados a lo largo del documento.

El programa mindfulness (atención plena, tabla 3) se compone de: tres sesiones enfocadas a la toma de conciencia elemental (atención y manejo de los pensamientos), una sesión dirigida a la auto regulación y reducción de errores críticos, dos sesiones direccionadas a la comunicación y la amabilidad y, por último, dos sesiones, relacionadas con la compasión y desarrollo propio, las cuales se distribuyen durante ocho semanas de la siguiente manera.

SESIÓN	NOMBRE	PRT FORMAL	PRT INFORMAL
Intro	Primeros pasos, visión general e investigación en MBSR	NA	NA
Semana 1	Toma de conciencia elemental e introducción al escaneo personal	Escaneo corporal	Conciencia de lo simple
Semana 2	Atención y el cerebro, introducción a la práctica sentada	Practica sentada	Eventos placenteros
Semana 3	Manejo de los pensamientos, introducción al yoga	Yoga consciente	Eventos desagradables
Semana 4	Estrés, STOP: tomate un respiro	Yoga consciente 2	STOP Tomate un respiro
Semana 5	Manejo de las emociones difíciles	Meditación, suavizar y calmar	Suavizar y calmar
Semana 6	Mindfulness y comunicación	Practica sentada	Comunicación no violenta
Semana 7	Mindfulness y bondad amorosa	Compasión y bondad amorosa	Conciencia de las cosas simples
Semana 8	Desarrolla tu practica	NA	NA

Tabla 7. Estructura del programa mindfulness por semanas, temáticas observadas durante las sesiones.

Siguiendo esta estructura, se consigue que, durante las tres primeras semanas de la intervención, los participantes conozcan su cuerpo y el funcionamiento de este en relación con el manejo de sus pensamientos y emociones y, cómo estas influyen en sus órganos, sensaciones y el estado de la mente. Esto permite alcanzar el control de su sistema nervioso, para así evitar que se originen respuestas automáticas, por ejemplo, ante un estímulo (agravio o recuerdo desagradable) o resolver conflictos con una ofensa o evitándolos (eliminándolos), lo que posibilita una ejecución con errores. El permitir que no exista espacio entre el estímulo y la respuesta genera estados de inconciencia, en donde el cerebro no es capaz de discernir entre el pensar, sentir y hacer (Mañas, 2015). Lo anterior resulta en el primer paso del programa: evitar que los participantes sean esclavos de sus emociones incapaces de discernir entre que está bien y que está mal.

En el desarrollo de la cuarta semana los participantes se encuentran con la oportunidad de aprender a controlar y mantener en equilibrio sus emociones, respecto a las presiones del entorno y de su propio ser, lo que prepara el cuerpo para afrontar los conflictos (Benson & Klipper, 1975). En la medida en que los participantes logran interpretar sus sensaciones y determinar las consecuencias cognitivas y emocionales de estas, reducen los síntomas de

agotamiento y cansancio emocional producto de sus quehaceres diarios dentro y fuera de las organizaciones (Arias, Franco, & Mañas, 2010).

Este proceso es fundamental en la aplicación de la técnica *tomate un respiro*, ya que es un eje para que los participantes adquieran la capacidad de identificar los 8 estados conductuales que propician los 8 errores causantes de incidentes y accidentes. Asimismo, llegan a ser capaces de identificar los pequeños errores generadores de incidentes menores y, los compartimientos de riesgo propios y del entorno, lo que los prepara para mejorar sus hábitos a partir de un adecuado análisis situacional.

Las semanas cinco y seis contemplan en su desarrollo, que los participantes direccionen su cuerpo a un estado de inteligencia emocional, donde atiendan sus emociones acertadamente, (asimilación, comprensión), de tal manera que sean capaces de regular sus estados de ánimo e influir en los de los demás (Mayer, 2002). La técnica mindfulness se asocia a la capacidad de centrarse en el aquí y en el ahora, lo que permite que los participantes aumenten significativamente sus niveles de concentración, lo que se resume en una nueva comprensión de la realidad, libre de prejuicios, que vicien sus pensamientos, y que les permita vivir el momento y dejarlo ir (Kabat-Zinn, 2005).

Esto se entiende como la capacidad de eliminar del entorno negativismos y malos pensamientos, generadores de preocupaciones y estrés que afectan al individuo, lo que en consecuencia, le impide una buena relación con su entorno y escuchar y comprender a los demás. Por ende, se convierten en seres destructores de sí mismos y de los demás. El resultado de los procesos de aprendizaje de estas semanas se resume en aprender a entender a los demás como seres pensantes, con intenciones, objetivos y deseos distintos, mirar el mundo desde diferentes perspectivas, y, eliminar la existencia de espacios de burla o crítica que no resulte constructiva.

Para finalizar, las dos últimas semanas permiten que los participantes alcancen un estado de atención plena, basada en la compasión hacia los demás y la autocompasión de sí mismos. Solo así, es posible considerar que la mente se encuentra serena y en calma: comprendiendo plenamente el entorno propio y el de los demás y, afrontando y aceptando los sentimientos de culpa, lo que evita el desarrollo de deseos que los eliminen o se identifiquen con estos (Shapiro, Kirk, & Biegel, 2007). De no alcanzarse ese estado, se considera que existe un estilo de vida distante y sin compromiso hacia la realidad y el entorno.

Se busca con el programa que los participantes puedan aceptar su realidad, reconocerse como seres frágiles y que cometen errores, que aprendan a identificarlos y sean capaces de mejorarlos. Este proceso, desencadena en la mejora continua de las condiciones seguras y el autocuidado, lo que genera un crecimiento de los procesos de las organizaciones, siendo este el fin último del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo. La importancia de la toma de conciencia sobre el riesgo por parte de los colaboradores, (reflejado en los participantes), y su relevancia para la toma de decisiones de acuerdo al nivel directivo de cada empleado, resaltan que es crucial para las organizaciones que la estrategia sea entendida por el total de los participantes.

La efectividad del programa resulta en el mejoramiento de la percepción de la seguridad, la reducción de los niveles de estrés y el mejoramiento de la atención por parte de los participantes (tabla 4).

DIMENSIÓN	OPER	ADMIN
Conciencia del riesgo	3.20	3.80
Promedio estrés percibido de los participantes	20	18,41
Promedio de atención de los participantes	65	75,05

Tabla 8. Resultados obtenidos tras la aplicación del programa de reducción de estrés y de atención plena al grupo muestral de las organizaciones objeto de estudio.

Del mismo modo, al evidenciar un aumento en la percepción del riesgo por parte de los participantes del programa, se espera que estos resultados sean irradiados a sus centros de trabajo, en aras de lograr mejoras en las organizaciones. Por otra parte, la reducción del estrés y el vivir en atención plena les permite a los participantes ser conscientes de sus acciones, de su desempeño dentro de los procesos, del entendimiento de la importancia que tienen como individuos en el escenario laboral y social y de cómo sus acciones son determinantes en la consecución de las estrategias y objetivos organizacionales.

Adicionalmente, la investigación al tener en cuenta cómo a través del mejoramiento de estas condiciones en los participantes, propiciando el ambiente para la aplicación de un método de autodiagnóstico de condiciones que se alejan de los estándares utilizados normalmente dentro del SG-SST, considera esta aproximación como un método novedoso que no solo se basa en la identificación de una condición insegura, sino que además tiene en cuenta los estados

conductuales (tabla 5) que adicionados a las condiciones de los procesos, degeneran en la aparición de accidentes e incidentes laborales.

ESTADO	ERROR
Prisa	Mente no en la actividad
Exceso de confianza	Ojo no en la actividad
Suponer	Baja percepción del riesgo
Fatiga	Procrastinar
Frustración	En el radio de acción
Tomarse las cosas personalmente	Desviarse de estándares
No hacer lo mejor posible	Perdida del equilibrio
Culpabilidad y vergüenza	Ataque, bloqueo y huida

Tabla 9, Estados y errores que llevan a la aparición de incidentes y accidentes, bajo la metodología tomate un respiro.

Por medio de la capacitación, los participantes comprenden los estados propios del cuerpo humano a través de la exposición al estrés y las condiciones de elevada presión propias de las organizaciones en la actualidad. Lo anterior, sumado a las condiciones sociales del entorno de las organizaciones. La aplicación efectiva de la técnica tómate un respiro, será factor diferenciador en el mejoramiento del SG-SST.

LUGAR	# EVENTOS
En la vía	10
Hogar	20
Trabajo	4
CONSECUENCIA	# EVENTOS
Sin lesión personal	30
Con lesión personal	4

Tabla 10. Lugares y consecuencias identificadas a través de la aplicación de la técnica tomate un respiro.

La consolidación de resultados durante la aplicación del programa reafirma los resultados obtenidos en la aplicación de los test. Se obtuvo un alto número de incidentes sin lesión personal, producto de los errores contemplados dentro del método como se puede observar en la tabla 7.

ESTADO	RES	ERROR	RES
Prisa	35 %	Mente no en la actividad	35 %
Exceso de confianza	28 %	Ojo no en la actividad	28 %
Suponer	12 %	Baja percepción del riesgo	12 %
Fatiga	12 %	Procrastinar	9 %
Frustración	7 %	En el radio de acción	9 %
Tomarse las cosas personalmente	5 %	Desviarse de estándares	5 %
No hacer lo mejor posible	2 %	Perdida del equilibrio	2 %

Tabla 11. Estados y Errores más frecuentes identificados en la aparición de incidentes y accidentes por parte de los participantes del programa.

La implementación de esta técnica, la muestra como un mecanismo de alto impacto e influencia dentro de las organizaciones objeto de estudio, esto a partir de que se identifica y concluye que los análisis de investigaciones y resultados de los test son el reflejo de las omisiones y errores conductuales de los colaboradores de las organizaciones, siendo la causa principal de incidentes y accidentes: la prisa, el exceso de confianza y suponer que la manera de hacer las actividades es la indicada, aunando en errores típicos como no estar presentes de mente en la actividad y la baja percepción del riesgo.

Conclusiones

Según los resultados obtenidos se pudo identificar que, si bien la intervención a condiciones de riesgo es un objetivo principal en gran parte de las organizaciones, por sí solo no se considera como factor determinante y que elimine el riesgo en su totalidad. Las organizaciones deberían atender una fuente de riesgo que pasa desapercibida: las predisposiciones humanas para cometer errores. La aplicación del test y la retroalimentación con los colaboradores denota una acentuada percepción a que la ocurrencia de accidentes se debe en un 60% a omisiones o errores propios de los colaboradores. La no atención a estos estados mentales resultará en la prevalencia de incidentes o eventos que reluzcan en una mayor gravedad.

Implementar la técnica tómate un respiro junto con su énfasis en la identificación de estados que conllevan a errores, les permitió a los participantes expandir su radio de reconocimiento y mejora, no solo al interior de sus actividades laborales, sino además, en las actividades de transporte y de familia. Lo anterior se considera valioso ya que el programa se concibe como un mecanismo de responsabilidad social para las organizaciones en procura del mejoramiento de la calidad de vida de todos sus colaboradores. Además, se considera como factor de ganancia, debido a que los colaboradores se mantienen en permanente atención a circunstancias de riesgo, lo que puede resultar en una importante reducción en la aparición de incidentes menores. La correcta identificación de eventos menores que no sean de gravedad, es decir, que no impliquen lesiones físicas o daños materiales, y su oportuno reporte, les permitirá a las organizaciones establecer mecanismos de registro y seguimiento a estos eventos, convirtiendo su SG-SST en un sistema preventivo e incluso predictivo. Adicionalmente, apoyarse en sus colaboradores volviéndolos parte de la estrategia e incluyéndolos en los planes de mejora, logrará que estos entiendan los beneficios del sistema de gestión y cómo son el eje fundamental de su correcto funcionamiento.

Referencias

- Arias J, Clemente J & Mañas I. (2010). Efectos de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness) en el estado emocional de estudiantes universitarios. *Estudios sobre educación*, 19, 31-52.
- Bakker A Rodriguez A & Derks D. (2012). La emergencia de la psicología de la salud ocupacional positiva, *Psicothema*, 24, 66-72.
- Chacate D, Elena J, Sabrera L, Aylin Y, López R & Chávez S (2017). Beneficios en la Aplicación de la Técnica Mindfulness en un grupo de empresas privadas de la ciudad de Lima. *Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC)*.
- Kabat Z (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156, <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kabat Z (2005). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Bantam Dell.
- Mayer R. (2002). Cognitive theory and the design of multimedia instruction: An example of the two-way Street between cognition and instruction. *New directions for teaching and learning*, 89, 55-71, <https://doi.org/10.1002/tl.47>
- Mañas I. (2015). Mindfulness (Atención plena): La meditación en la psicología clínica. *Gaceta de Psicología*, 50, 13-29.
- Moreno L & Useche M. (2013) Equilibrio entre trabajo y vida personal en empresas contratistas que prestan servicio al sector petrolero en el municipio de Maracaibo. *Universidad Rafael Belloso Chacín*.
- Shapiro S, Brown K & Biegel G. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapist in training. *Training and education in professional Psychology*, 2, 105-115. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.1.2.105>

unir

FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA
INTERNACIONAL
DE LA RIOJA

COLOMBIA



ESTADO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN COLOMBIA, 2016-2018

Temporary disabilities's estate in Colombia,
2016 - 2018

Fredy G Rodríguez-Páez*
Universidad Jorge Tadeo Lozano, Bogotá, Colombia.
Ivonne Constanza Valero-Pacheco**
Universidad Jorge Tadeo Lozano, Bogotá, Colombia.
Martha I Riaño-Casallas***
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
Olmer García-Bedoya****
Universidad Jorge Tadeo Lozano, Bogotá, Colombia.
Fabián Cardona*****
Asociación de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), Colombia, Bogotá, Colombia.
Eliana Téllez-Ávila*****
Instituto Nacional de Salud, Bogotá, Colombia
Ruth M Palma*****
Instituto Nacional de Salud, Bogotá, Colombia

* Magíster en Salud Pública. fredyg.rodriguezp@utadeo.edu.co. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5067-1353>
CVLAC: http://scienti.colciencias.gov.co:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001408463

** Magíster en Educación. ivonne.valero@utadeo.edu.co. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3217-0800>. CVLAC:
http://scienti.colciencias.gov.co:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000867519

*** Doctora en Economía. mirianoc@unal.edu.co. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9384-1428> CVLAC:
http://scienti.colciencias.gov.co:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000841056

**** Doctor Ingeniería Mecánica. olmer.garciab@utadeo.edu.co. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6964-3034>
CVLAC: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000807699

***** Magíster en Administración en Salud. fcardona@acemi.org.co.

***** Especialista en Gerencia de Proyectos. etellez@ins.gov.co. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0417-0018>.
CVLAC: http://scienti.colciencias.gov.co:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001376466

***** Maestría en ciencias con énfasis en genética humana. rpalma@ins.gov.co CVLAC:
https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000039314

Resumen

Como parte del proyecto "Las incapacidades temporales como factor de ineficiencia y desperdicio en el Sistema de Salud Colombiano", se analizó en la primera fase el comportamiento de la Incapacidad Temporal (IT) en Colombia para el período 2016-2018, adelantando un estudio observacional de corte transversal y retrospectivo. Se analizaron la totalidad de registros de IT reportados por las entidades aseguradoras de salud (EPS) al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), según variables sociodemográficas: las relacionadas con el trabajo y las asociadas con incapacidad. Se encontró que la tasa de incapacidades fue mayor en mujeres, en los cotizantes dependientes, en los ciclos de vida de jóvenes y adultos y, en cotizantes con un ingreso base de cotización (IBC) de entre 2 a 5 SMMLV. Las enfermedades del sistema músculo esquelético, traumas e infecciones se encuentran en los primeros diagnósticos, al igual que problemas de salud relacionados con el embarazo. Como conclusión, la mayor tasa de IT en las mujeres y en Jóvenes y adultos tiene implicaciones en la productividad laboral.

Palabras clave: Ausencia por Enfermedad, Licencia por Enfermedad, Sistemas de Salud, Salud Pública.

Abstract

As part of the research project "Temporary disabilities as a factor of inefficiency and waste in the Colombian Health System", in its first phase, we analyzed the dynamics of the temporary disability (TD) in Colombia in the years 2016-2018, conducting an observational study of a transverse retrospective nature. The research analyzed all registered cases of TD reported by the insurance companies (EPS) to the Ministry of Health and Social Protection, organized according to demographic, related to job and related with the disability variables. It was found that the disability rate was higher in women, in dependent contributors, in the life cycles of young people and adults, and in contributors with IBC between 2 to 5 SMMLV. Diseases of the musculoskeletal system, trauma and infections are the principal diagnoses, as well as health problems related to pregnancy. In conclusion, the higher rate of IT in women, in youth, and adults has implications for labor productivity.

Keywords: Sick leave, Disability insurance, Delivery of Health care, Public health surveillance.

Introducción

La incapacidad temporal (IT) es un indicador de la salud laboral del país y está determinada por el ambiente laboral, aspectos ergonómicos, psicosociales y la organización del trabajo (Vaquero-Álvarez, Álvarez-Theurer, & Saldaña, 2018). Para fortalecer políticas y gestión en la prestación de los servicios de salud y para realizar modificaciones al sistema de salud, es fundamental conocer la situación de la IT y analizar las causas y efectos de la pérdida temporal de la capacidad para trabajar (Sum, Ishida, & Coh, 2020) (Pardo & Manuel, 2016).

Pocos estudios plantean propuestas para establecer políticas públicas en materia de IT, en general, por falta de evidencia empírica que permita generalizar los resultados al total de la población (López-Guillén García & Vicente Pardo, 2015) (Dekkers-Sánchez, Hoving, & Sluiter, 2008). Según el Informe de Seguimiento sobre Salud e Inestabilidad en el Empleo en Colombia 2016, entre 2012 y 2016 se concedieron 8.355.019 incapacidades para un total de 76.848.449 días de incapacidad, sin especificar dentro de este informe la duración de estas, sino más bien el conjunto de datos de los días concedidos. El ausentismo laboral por enfermedad es una problemática global por cuanto genera costos importantes a nivel socio-económico (Villaplana García, Sánchez Navarro, & Meseguer de Pedro, 2015) (Souto Souza & Sousa Santana, 2012). El costo promedio por esta clase de ausentismo laboral en un país es del 2.5% del PIB (Kausto, Verbeek, & Routsalainen, 2018).

Incapacidad Temporal (IT) es la ausencia al trabajo, justificada por la presencia de una enfermedad y se asume como una condición aceptada legal y socialmente. Es expedida mediante un acto médico, que implica la generación de una certificación en que se estipula que, por la alteración en la salud, el trabajador presenta disminución en su capacidad laboral y por ello requiere de **“un tiempo”** para su recuperación o rehabilitación. De esta forma se excluyen otras formas como el absentismo fraudulento, evitable y fingido (Villaplana García, Sánchez Navarro, & Meseguer de Pedro, 2015).

El costo se ve reflejado entre otros aspectos en el derecho a un subsidio o beneficio económico originario de una condición adversa a la salud que implica el derecho a la incapacidad temporal, directamente asociado a la duración y particularmente con enfermedades crónicas (Souto Souza & Sousa Santana, 2012).

Por tratarse de una afectación de la condición humana, se encuentra protegida por los sistemas de seguridad social, al tiempo que brinda tratamiento de contingencia a la enfermedad y de forma correlativa la incapacidad temporal no solo como el tiempo para la recuperación o rehabilitación del estado de salud y capacidad laboral, sino como prestación económica que reemplaza el salario del trabajador (Villaplana García, Sánchez Navarro, & Meseguer de Pedro, 2015) (Souto Souza N. , Sousa Santana, Albuquerque-Oliveira, & Barbosa-Branco, 2008) (Benavides, y otros, 2010).

El análisis del comportamiento de la IT se puede adelantar a partir de ciertas variables consideradas como condiciones que conllevan a que la IT se comporte de una u otra forma, y que pueden ser clasificadas en tres grupos: a) sociodemográficas; b) laborales y c) condiciones de salud (López Barragán & Valero Pacheco, 2020).

En la legislación laboral colombiana existen dos tipos de incapacidades, la incapacidad por enfermedad general y la incapacidad por enfermedad profesional. La primera está a cargo de EPS a la que esté afiliado el trabajador y está regulada por el Código Sustantivo del Trabajo, artículo 277, mientras que la incapacidad por enfermedad profesional es asumida por las ARLs y es regulada por la Ley 776 del 2002, artículos segundo y tercero. En materia de riesgos laborales, el artículo segundo de esta ley define la incapacidad temporal como aquella que, según el cuadro agudo de la enfermedad o lesión que presente el afiliado, le impida desempeñar su capacidad laboral por un tiempo determinado. Por su parte, el auxilio por incapacidad es el reconocimiento de una prestación de tipo económico que hacen las EPS a sus afiliados cotizantes no pensionados, por el tiempo en el que se encuentren inhabilitados física o mentalmente para desempeñar en forma temporal su profesión u oficio.

Para afrontar estos desafíos no sólo se requiere incrementar y consolidar recursos financieros y partidas presupuestales, sino aún más importante, se resalta la necesidad de optimizar la prestación de servicios a través de medidas de eficiencia. Para ello se considera crítico examinar áreas de mejora que contribuyan a un mejor desempeño en múltiples etapas de la producción de salud, evitando desperdicios y desarrollando medidas de mejora continua en la coordinación de los diferentes agentes del sistema. Cuando se habla de desperdicio en salud, se debe considerar el concepto desarrollado por el New England Health care Institute que lo define como todo aquello que pueda suprimirse sin afectar la calidad en la prestación de servicios al paciente (Delaune & Everett, 2008).

En el contexto anterior, la generación de incapacidades temporales por enfermedad común puede ser un factor que contribuya al costo en salud, por ello el tema de la eficiencia como herramienta para medir el rendimiento del sistema de salud cobra importancia, en la medida que este indicador permite establecer la relación entre los recursos usados y los resultados obtenidos. Como derivación del concepto de eficiencia se desprende la noción de desperdicio en salud.

La incapacidad temporal por enfermedad común se puede considerar un indicador, no solo de la gestión en salud, sino de tipo económico y social. Por ende, la estimación de su impacto para el sector salud, evalúa directamente la política pública en salud de Colombia en materia de prevención de la enfermedad, por cuanto la incapacidad temporal se ve afectada por diversas variables como el origen, ubicación geográfica, diagnóstico, duración, variabilidad, sexo y edad, entre otras. En este sentido el efecto de la no prevención de la enfermedad trae como consecuencia mayores tasas de enfermedad, discapacidad y mortalidad para el país.

Por esta razón, el presente estudio plantea como propósito determinar el estado de la incapacidad temporal por enfermedad común en Colombia; con el fin de aportar elementos para evaluar las diversas implicaciones (operativas, económicas y legales) que tienen las incapacidades temporales como factor de ineficiencia y desperdicio en el Sistema de Salud Colombiano. Por lo tanto, y con respecto al sistema de salud, se espera generar aportes al sistema de gestión integral del riesgo de incapacidades. De igual manera, contribuir con los resultados como insumo de futuros procesos de regulación legal en materia de incapacidad temporal, así como en la evaluación de la política en salud.

En Colombia y en el mundo en general, no se encuentra mucha información respecto de la duración de Incapacidad Temporal (IT) referido a unificación del concepto de esta. Sin embargo, la relación entre las IT y la productividad laboral hace necesario conocer a profundidad las características detalladas de su comportamiento, con el fin de realizar propuestas encaminadas a formular políticas públicas para gestionar sus causas origen.

Metodología

Se analizó el comportamiento de la (IT) en Colombia para el período 2016-2018, mediante un estudio observacional de corte transversal y retrospectivo. Se analizaron la totalidad de registros de IT reportados por las entidades aseguradoras de salud (EPS) al Ministerio de Salud y Protección Social, según variables sociodemográficas: las relacionadas con el trabajo y las asociadas con incapacidad (López Barragán & Valero Pacheco, 2020).

Se estudiaron los registros IT originadas por trabajadores cotizantes afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y que presentaron al menos una IT en cada uno de los años de estudio. Una vez descartados del análisis los registros de cotizantes menores de 18 y mayores de 70 años, se analizaron 12.410.837 registros de trabajadores formales.

Variables

De acuerdo con la información disponible, se clasificaron las variables en tres categorías: 1) sociodemográficas; 2) relacionadas con el trabajo y 3) relacionadas con la incapacidad (López Barragán & Valero Pacheco, 2020).

En la primera, se incluyeron sexo y edad en años cumplidos al momento de iniciar la incapacidad, calculados con base en la fecha de nacimiento; y la fecha de incapacidad. Además, se construyó una nueva variable de grupos etarios clasificados según ciclo de vida: adolescencia (18 años), juventud (19-26 años), adultez (27 a 59 años) y persona mayor (60 – 70 años) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

La segunda categoría contiene tipo de cotizante, (trabajador dependiente, independiente y otros) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019) y el ingreso base de cotización (IBC). El IBC es el salario reportado al SGSSS para determinar el monto de la cotización y, se analizó con referencia al salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV) para cada año (Ministerio del Trabajo, 2017). Esta variable se organizó por rangos de SMMLV: menor a 2 SMMLV, entre 2 y 5 SMMLV y mayor a 5 SMMLV.

La tercera categoría estuvo constituida por el diagnóstico acorde con los capítulos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Decima revisión (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 2003).

Análisis de los datos

Se realizó un análisis estadístico descriptivo univariado y bivariado, en donde se estimaron porcentajes para cada una de las variables del estudio, utilizando el software R Project for Statistical Computing versión 3.6.2. Este estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Jorge Tadeo Lozano y del Instituto Nacional de Salud. Los datos fueron anonimizados por parte del MSPS para garantizar la confidencialidad de la información. Adicionalmente, se siguieron los protocolos de seguridad de la información y protección de datos de la Universidad Jorge Tadeo Lozano.

Resultados y discusión

El número total de incapacidades presentó un incremento anual sostenido, al igual que el número de cotizantes incapacidades, el número de días pagados por el empleador. Sin embargo, el número de días totales, los días pagos por el empleador y el valor de las incapacidades, presentaron una disminución en el año 2017, con un posterior incremento para 2018. Los días pago EPS representaron 3.7 veces los días pagados por los empleadores. (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de número de incapacidades, días totales, días pago EPS, días pago Empleador y valor total incapacidades, 2016-2018 (valores de 2018).

AÑO	NÚMERO DE INCAPACIDADES	COTIZANTES	DIAS_TOTALES	DIAS_PAGO EPS	DIAS_PAGO EMPLEADOR	VALOR_ INCAPACIDAD (VALORES 2018)
2016	3.092.588	1.522.993	29.639.142	22.607.108	4.654.155	\$ 705.691.816.642
2017	3.786.343	1.680.801	28.547.346	20.049.486	5.929.696	\$ 662.532.945.505
2018	5.531.907	2.330.989	36.085.927	25.858.243	8.036.233	\$ 905.450.228.427
TOTAL	12.410.838	5.534.783	94.272.415	68.514.837	18.620.084	\$2.273.674.990.574

Al analizar por sexo, el gráfico 1 muestra que la tasa anual de incapacidades por 10,000 cotizantes fue mayor en el sexo femenino que en el sexo masculino.

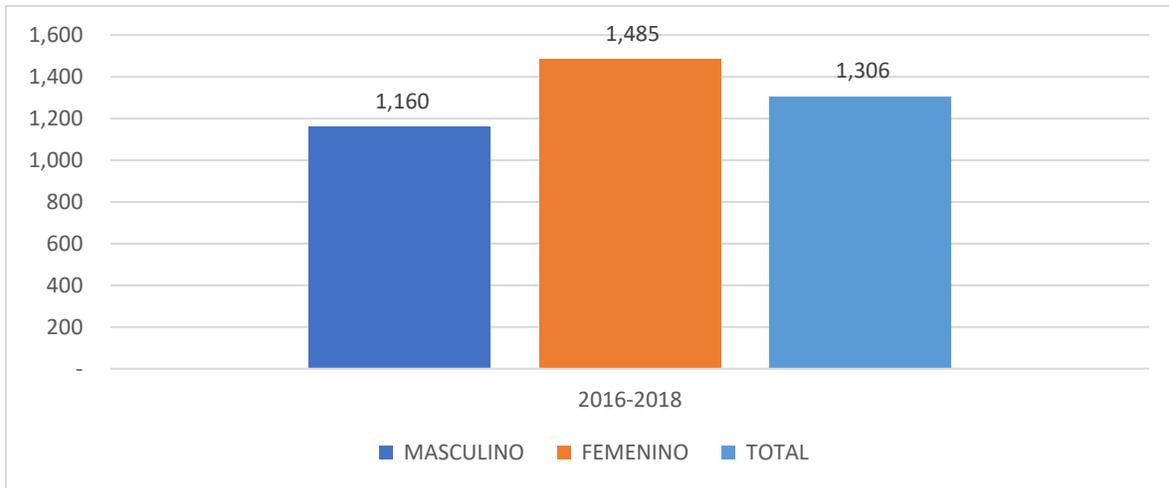


Gráfico 1. Tasa de incapacidades x 10,000 cotizantes según sexo, 2016-2018

En el gráfico 2 se aprecia que los ciclos de vida de juventud y adultez presentaron las mayores tasas de incapacidad, mientras que las personas mayores presentaron la menor tasa. En la misma gráfica se aprecia que el comportamiento según tipo de cotizante sigue igual patrón en los ciclos de juventud, adultez y persona mayor, en donde fue inferior la tasa en trabajadores independientes que en los dependientes. Caso contrario se presenta en los adolescentes, en donde los independientes presentaron mayor tasa que los dependientes, superando incluso los otros ciclos de vida.

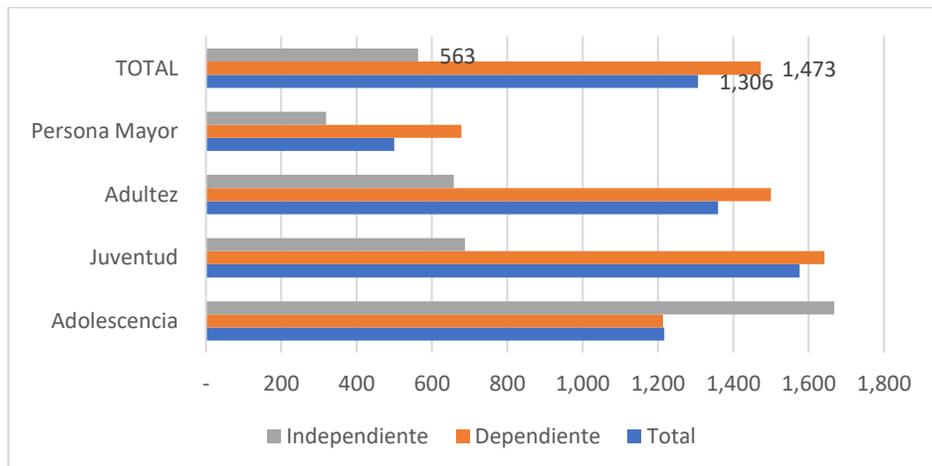


Gráfico 2. Incapacidades x 10,000 cotizantes según ciclo de vida, 2016-2018

Al analizar el comportamiento de la tasa por 10.000 cotizantes, se apreció en el gráfico 3 que, en los trabajadores dependientes, es menor en el grupo de 5 y más SMMLV, mientras que en los independientes este grupo de ingreso presentó la mayor tasa. En todos los grupos de ingreso, la tasa fue superior en dependientes.

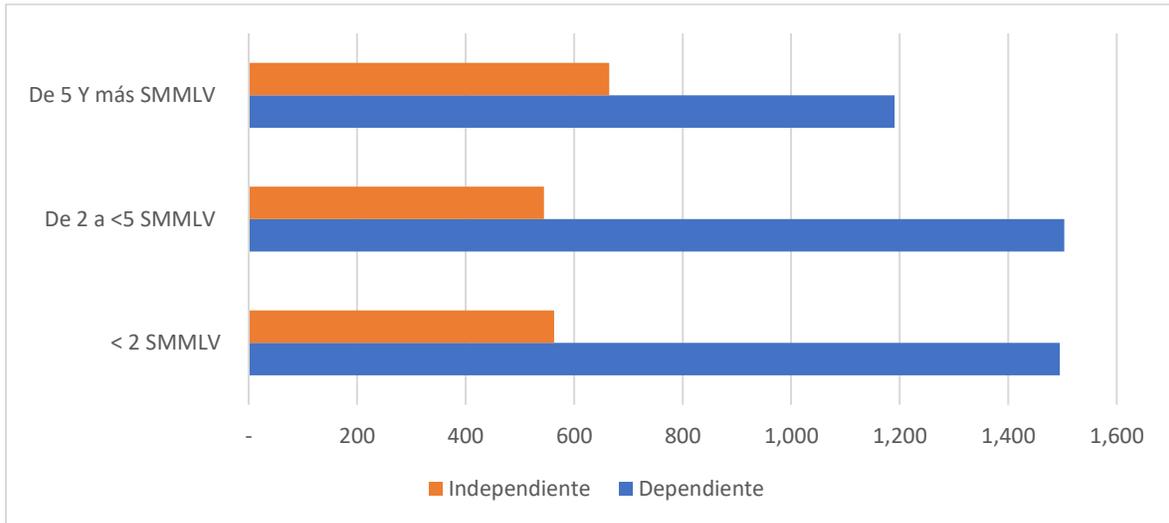


Gráfico 3. Incapacidades x 10,000 según IBC y tipo de cotizante, 2016-2018

En cuanto a la distribución de la tasa según IBC, la mayor tasa correspondió al grupo de 2 a 5 SMMLV, seguida por el grupo de hasta 2 SMMLV y siendo la menor el grupo de 5 y más SMMLV. En todos los grupos de IBC la tasa de incapacidades fue superior en los dependientes (ver gráfico 4).

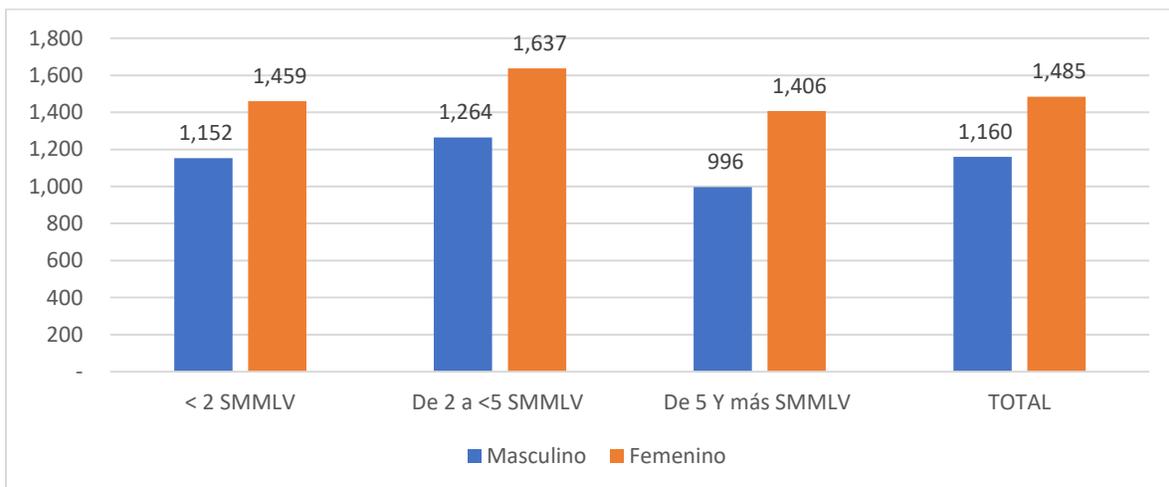


Gráfico 4. Tasa Incapacidades x 10.000 cotizantes según sexo e IBC, 2016-2018

Al analizar la distribución de primeros diagnósticos, en la tabla 2, se muestra que tres diagnósticos relacionados con Enfermedades del sistema musculo esquelético y el tejido conectivo, como son la Dorsalgia, las lesiones del hombro y otros trastornos de los discos intervertebrales afectaron al 7,6% de las personas incapacitadas, participaron con el 9,6% de los valores de IT y con el 8,7% de las incapacidades. Por otra parte, dentro de los primeros diagnósticos se tuvieron luxaciones y fracturas, que afectaron el 3,4% de las personas, participaron con el 9,1% de los valores y con el 3,7% de las incapacidades. Estos dos grupos de diagnósticos, que afectan el sistema osteomuscular, bien sea por problemas de dolor o por trauma, afectaron al 11,0% de personas incapacitadas, participaron con el 18,7% de valores y con el 12,4% de incapacidades.

Tabla 2. Primeros diagnósticos, personas, valor y número de incapacidades, 2016-2018.

D3	NOMBRE DX	Personas	Valor	Incapacidades
M54	DORSALGIA	304.160	73.842.975.882	699.921
A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	314.199	10.004.294.283	622.117
J00	RINOFARINGITIS AGUDA	177.866	5.036.951.124	310.348
R10	DOLOR ABDOMINAL Y PELVICO	131.092	21.177.137.585	284.223
J20	BRONQUITIS AGUDA	77.823	8.084.263.217	209.496
N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	102.487	15.778.292.212	204.562
M75	LESIONES DEL HOMBRO	62.528	71.846.218.935	199.376
B34	INFECCIÓN VIRAL DE SITIO NO ESPECIFICADO	121.414	5.870.648.313	199.128
S90	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL TOBILLO Y DEL PIE	48.367	11.713.955.822	197.959
M51	OTROS TRASTORNOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES	40.329	80.163.057.298	174.909
G43	MIGRAÑA	75.570	4.694.463.273	174.513
J03	AMIGDALITIS AGUDA	103.732	3.644.248.211	169.128
S93	LUXACIÓN, ESGUINCE Y TORCEDURA DE ARTICULACIONES Y LIGAMENTOS DEL TOBILLO Y DEL PIE	84.209	29.816.312.281	168.908
S83	LUXACIÓN, ESGUINCE Y TORCEDURA DE ARTICULACIONES Y LIGAMENTOS DE LA RODILLA	56.498	81.323.771.804	150.386
O47	FALSO TRABAJO DE PARTO	40.801	29.855.383.154	144.619

D3	NOMBRE DX	Personas	Valor	Incapacidades
S82	FRACTURA PIERNA, INCLUSIVE EL TOBILLO	44.477	102.824.671.657	139.904
	OTROS DIAGNÓSTICOS	5.193.352	2.144.110.432.217	11.951.640
	TOTAL	5.378.536	2.358.075.187.959	12.410.838

Entre 2008 y 2011 en pacientes con diagnósticos de lumbalgia con ciática, lumbalgia no específica y radiculopatía se identificaron costos asociados a tratamiento e incapacidad. Se encontró que los costos generados por estas patologías entre 2008 y 2011 fueron en promedio de \$14.800.000 millones de pesos colombianos por año. Esto evidenció que cada año, aumenta el número de personas afectadas, así como sus incapacidades y por ende los tratamientos asociados, generando un incremento en los costos que van aumentando cada vez más (Arce-Eslava, Parra-González, & Cruz-Libreros, 2015).

También se ha referido el Síndrome del Túnel del Carpo como la primera causa generadora de incapacidades temporales en el país con el 30% de los casos para el 200. De igual manera, se evidencian los costos directos que implica su atención ocupando el segundo lugar en relación con el nivel del gasto con un costo total en pesos colombianos de \$38.549.402 para 169 casos encontrados. En cuanto al reporte de días de ausentismo que origina ésta patología, son menores en comparación con otras patologías de origen laboral y relacionadas con el promedio de días reportado en otros países (Palencia-Sánchez, García, & Riaño-Casallas, 2013).

La presencia de tres diagnósticos relacionados con problemas de diarrea o de infecciones de vías respiratorias superiores y amigdalitis, evidencia el impacto que las condiciones de salud pública pueden tener sobre la productividad laboral. Esta situación es consistente con los hallazgos de consultas de urgencias (Rodríguez-Páez, Jiménez-Barbosa, & Palencia-Sánchez, 2018).

Llama la atención la presencia de problemas asociados al parto dentro de los primeros diagnósticos, que afectaron a más de cuarenta mil mujeres durante el período 2016-2018 y que representaron costos de 2,856 millones de pesos (COP) a valores de 2018. Esta situación puede evidenciar un aspecto positivo, como es la cobertura del sistema de protección social a las mujeres gestantes, pero, de otra parte, podría asociarse a problemas de salud que se relacionen con las condiciones laborales de las mujeres trabajadoras y que las afecte de manera tal que además de requerir atención de salud, son sujetas de una incapacidad para recuperar su estado de salud.

En Colombia, el predominio de la IT en el sexo femenino concuerda con lo expuesto por Vaquero et al. (2018), en donde el 52,4% de las incapacidades fue en mujeres, con una mediana de 3 días en ambos sexos.

La mayor tasa de IT en los ciclos de jóvenes y adultos en edad productiva, puede estar asociada con condiciones laborales posiblemente adversas, que causan ausentismo por enfermedad, fenómeno que tiene implicaciones en la productividad laboral (Pardo & Manuel , 2016) (Arrieta Burgos, Fernández Londoño, & Sepúlveda Zea, 2019).

Los diagnósticos por trastornos músculo esquelético están presentes en los primeros diagnósticos de las personas que presentaron IT, principalmente por lumbalgia y cervicalgia, como lo indican otros estudios (Pardo & Manuel , 2016) (Souto Souza N. , Sousa Santana, Albuquerque-Oliveira, & Barbosa-Branco, 2008) (Manent Bistué, Ramada Rodilla, & Serra Pujadas, 2016).

Una primera limitación del estudio es no poder tener acceso a los datos de ocupación o actividad económica, para poder realizar el análisis de la incapacidad y su relación con posibles factores de riesgo ocupacional. Una segunda, es que, al ser información suministrada por diferentes instituciones al MSPS se pueden tener datos con problemas de calidad en los registros.

Esta investigación, al ser la primera sobre el universo de los registros, permite contar con una línea base para analizar el fenómeno de la IT en Colombia, de tal forma que sirva para el diseño de políticas públicas para intervenir en grupos de edad, regiones y patologías específicas.

Conclusiones

La tasa de incapacidades fue mayor en el Sexo Femenino, Jóvenes y Adultos, Cotizantes dependientes con IBC < 5 SMMLV y en Cotizantes independientes > 5 SMMLV.

Los problemas osteomusculares y traumatismos afectan un gran porcentaje de la población trabajadora y originan un importante costo al sistema. Estos, además pueden evidenciar deficiencias en las condiciones de trabajo de la población trabajadora o la existencia de otros problemas de salud que se manifiesten en problemas del sistema osteomuscular.

Se requiere continuar en el proceso de mejora de la recopilación de información relacionada con las variables asociadas a la IT como son el sector económico y tamaño de las empresas donde se encuentran vinculados los cotizantes, para poder realizar diagnósticos más precisos y proponer políticas públicas más efectivas en materia de la salud de los trabajadores y la gestión de las IT.

Referencias

- Arce-Eslava, S., Parra-González, E., & Cruz-Libreros, A. (2015). Costos por dolor lumbar en una EPS de Cali, Colombia. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 3(2), 22-25.
- Arévalo, N., & Molano, J. (2013). De la salud ocupacional a la gestión de la seguridad y salud en el trabajo: más que semántica, una transformación del sistema general de riesgos laborales. *Innovar*, 23(48), 21-32.
- Arias, J., Franco, C., & Mañas, I. (2010). Efectos de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness) en el estado emocional de estudiantes universitarios. *Estudios sobre educación*, 31-52.
- Arrieta Burgos, E., Fernández Londoño, C., & Sepúlveda Zea, C. (2019). *Tercer informe de seguimiento sobre ausentismo laboral e incapacidades médicas*. Obtenido de ANDI: <http://www.andi.com.co/Uploads/Tercer%20informe%20de%20seguimiento%20sobre%20salud%20y%20estabilidad%20en%20el%20empleo%20CESLA%20ANDI.pdf>
- Bakker, A., Rodriguez, A., & Derks, D. (2012). La emergencia de la psicología de la salud ocupacional positiva. *Pscotheme*, 66-72.
- Benavides, F., Tora, I., Martínez, J., Jardí, J., Manzanera, R., Contanca, A., & Delclós, J. (2010). Evaluación de la gestión de los casos de incapacidad temporal por contingencia común de más de 15 días en Cataluña. *Gac Sanit*, 24(3), 215-219.
- Benson, H., & Klipper, M. (1975). *The Relaxation Responde*. Nueva York: Avon.
- Carrasco, S. (2006). *Metodología de la investigación científica*. Lima: San Marcos.
- Chacate, J., Linares, Y., Ruiz, K., & Suarez, G. (2017). *Beneficios de la aplicación de la técnica mindfunless en un grupo de empresas privadas*. Lima.
- Dekkers-Sánchez, P., Hoving, J., & Sluiter, J. (2008). Factors associated with long-term sick leave in sick-listed employees: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 65, 153-57. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/oem.2007.034983>
- Delaune, J., & Everett, W. (2008). Waste and Inefficiency in the U.S. care health System. En *Clinical Care: A comprehensive analysis in support in system wide improvements*. Cambridge, MA: New England Healthcare Institute.
- Deming, E., & Medina, J. N. (1989). Calidad; Productividad y Competitividad: la salida de la crisis. *Díaz de Santos*, 1(1), 94-128.
- Etkin, J. (2003). Gestión de la complejidad en las organizaciones. *Oxford University Press*, 323-383.
- García de la Torre, C. (2001). Una aproximación a los estudios interculturales en la Administración. *Administración y Organizaciones*, 35-58.
- García, F., Ibáñez, J., & Francisco, A. (2000). El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación. *Alianza*, 64.
- González González, A., & Fernández, E. M. (2000). La cultura de la organización en la gestión total de la calidad. *Ensaio e Ciencia: Ciencias Biológicas, Agrarias e da Saúde*, IV(3), 99-114.
- Goodenough, W. H. (1957). The Componential Analysis of Kinship. *Language*, 132-167.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGRAW-HILL.
- Hernandez, S., Hernandez, R., Collado, C., & Baptista, L. (2018). Metodología de la investigación.

- Ibañez, J. (2000). Perspectivas de la investigación social: el diseño en las tres perspectivas. En F. M. García, J. Ibañez, & F. Alvira, *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación* (3 edición ed.). Madrid: Alianza.
- Jimenez. R. (1998). *Metodología de la Investigación, Elementos Básicos Para la Investigación Clínica*. La Habana, La Habana, La Habana, Cuba: ciencias medicas del centro nacional de informacion de ciencias medicas. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bioestadistica/metodologia_de_la_investigacion_1998.pdf
- Kabat, J. (2003). Mindfulness for beginners. En *Mindfulness for beginners* (pág. 35). Barcelona: Kairos.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Washington: Bantam Dell.
- Kausto, J., Verbeek, J. H., & Routsalainen, J. (2018). Self-certification versus physician certification of sick leave for reducing sickness absence and associated costs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, 1465-1858. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013098>
- Kuznik, A., Hurtado Albir, A., & Espinel Berenguer, A. (2010). El uso de la encuesta de tipo social en Traductología. Características metodológicas. *Redalyc*(2), 6.
- López Barragán, C., & Valero Pacheco, I. (2020). La incapacidad temporal y variables relacionadas: Revisión bibliográfica. *Cienc Tecnol Salud Vis Ocul*, 17, 21-31. doi:<https://doi.org/10.19052/sv.vol17.iss2.3>
- López-Guillén García, A., & Vicente Pardo, J. M. (2015). El mapa de la incapacidad en España una necesidad urgente. *Med Segur Trab*, 378-92. doi:<http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2015000300007>.
- Manent Bistué, I., Ramada Rodilla, J., & Serra Pujadas, C. (2016). Duración y características de los episodios de incapacidad temporal por trastornos músculo-esqueléticos en Cataluña, 2007-2010. *Arch Prev Riesgos Labor*(19), 222-230. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.12961/apr.2016.19.04.3>.
- Mañas, I. (2015). Mindfulness, la meditación en psicología clínica. *Gaceta de Psicología*, 13-29.
- Mayer, R. (2002). Cognitive Theory and the Design of Multimedia Instruction: An Example of the Two-Way Street Between Cognition and Instruction. *New directions for teaching and learning*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (3 de 10 de 2016). Resolución 4622 de 2016. *Por medio de la cual se establece el reporte de los datos de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a planes voluntarios, Regímenes especiales y de Excepción y de las personas privadas de la libertad bajo custodia y vigilancia del INP*. Bogotá DC, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de 06 de 2019). Resolución 1740 de 2019. *Por medio de la cual se modifican los anexos técnicos 2, 3 y 5 de la Resolución 2388 de 2016, relacionados con la Planilla Integral de Liquidación de Aportes*. Bogotá DC, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Centro de comunicaciones Minsalud*. Recuperado el 31 de 08 de 2020, de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>
- Ministerio del Trabajo. (30 de 12 de 2017). Resolución 2269 de 2017. *Por medio de la cual se fija el Salario mínimo legal*. Bogotá, Colombia.
- Misas Arango, G. (2004). *La educación superior en Colombia. Análisis y estrategias para su desarrollo*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Morales Vallejo, P. (13 de Diciembre de 2012). *Universidad Pontificia Comillas*. Recuperado el 07 de Octubre de 2013, de upcomillas: <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1Muestra.pdf>
- Moreno, L., & Barrera, K. (2013). Equilibrio entre trabajo y vida laboral en las empresas contratistas del sector petrolero. *CICAG*, 5-12.
- Munduate, L. (1997). *Psicología social de la organización. Las personas organizando*. Madrid: Pirámide.
- Omar, A., & Florencia Urteaga, A. (Enero-abril de 2010). El impacto de la cultura nacional sobre la cultura organizacional. *Universitas Psychologica*, IX(1), 79-92.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Recuperado el 31 de 08 de 2020, de <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>;
- Palencia-Sánchez, F., García, O., & Riaño-Casallas, M. (2013). Carga de Enfermedad atribuible al síndrome de túnel del carpo en la población trabajadora colombiana: una aproximación a los costos indirectos de la enfermedad. *Value in Health Regional Issues*, 2(3), 381-386.

- Paramo Morales, D. (Junio de 2001). Hacia la construcción de un modelo de cultura organizacional orientada al mercado. *Revista Colombiana de Marketing*, II(6), 1-26.
- Pardo, V., & Manuel, J. (2016). Hacia un nuevo marco que regule la valoración médica de la capacidad / incapacidad laboral: propuestas de mejora y áreas de cambio. *Med Segur Trab*, 44-60. doi:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2016000400005
- Reyes, R., Ibáñez, J., & Álvarez Uría, F. (1992). *Las ciencias sociales en España. Historia inmediata, críticas y perspectivas*. Complutense.
- Riaño, M. (2009). *Gestión de la seguridad y salud en el trabajo en hospitales públicos bogotanos de alta complejidad: Una perspectiva estratégica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Rodríguez Garay, R. (2009). La Cultura Organizacional, un potencial estratégico desde la perspectiva de la administración. *Invenio*, XII(22), 67-92.
- Rodríguez-Páez, F., Jiménez-Barbosa, W., & Palencia-Sánchez, F. (2018). Uso de los servicios de urgencias en Bogotá, Colombia: Un análisis desde el Triage. *Universidad y Salud*, 20(3), 215-226.
- Rosales Ortiz, R. (1997). Estilos de dirección y clima organizacional. *Ciencias Sociales*, 141-154.
- Sanabria, A., & Hernández, M. (2011). Percepción de los estudiantes y profesores sobre el uso de las tic en los procesos de cambio e innovación en la enseñanza superior. *Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Espor. Aloma*(29), 273-290.
- Sánchez Manchola, I. D. (2008). Los estilos de dirección y liderazgo, propuesta de un modelo de caracterización y análisis. *Pensamiento y Gestión*(25), 1-39.
- Shapiro, S., Kirk, B., & Biegel, G. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and education in professional psychology*, 105-115.
- Soria Romo, R. (2008). Comunicación organizacional: un modelo aplicable a la microempresa. *TEACS*, 9-17.
- Souto Souza, N. S., & Sousa Santana, V. (2012). Fatores associados à duração dos benefícios por incapacidade: um estudo de coorte / Factors associated with duration of disability benefits: a cohort study. *Rev Saude Publica*, 3, 425-434.
- Souto Souza, N., Sousa Santana, V., Albuquerque-Oliveira, P., & Barbosa-Branco, A. (2008). Work-related diseases and health-related compensation claims. Northeastern Brazil, 2000. *Rev Saude Publica*, 4, 1-8.
- Sum, G., Ishida, M., & Coh, G.-H. (2020). Implicaciones of multiborbidity on healthcare utilisation and work productivity by socioeconomic groups: Corss-sectional analyses of Australia and Japan. *Plos One*, e0232281. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232281>
- Toro Alvarez, F. (2001). *El clima organizacional. Perfil de empresas colombianas*. Medellín, Colombia: Cincel.
- Vaquero-Álvarez, M., Álvarez-Theurer, E., & Saldaña, M. R. (2018). influencia de las condiciones de trabajo sobre la incapacidad temporal por contingencias comunes. *Atención Primaria*, 238-246. doi:<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.011>
- Villaplana García, M., Sánchez Navarro, C., & Meseguer de Pedro, M. (2015). Effect of the sociodemographic, occupational, organisational and environmental variables on de duration of temporaty sick leave in Spain. *Aten Primaria*, 47, 90-98. doi:<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.010>

unir

FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA
INTERNACIONAL
DE LA RIOJA

COLOMBIA



SISTEMAS DE SALUD EN ZONAS ALTAMENTE DISPERSAS EN COLOMBIA

Health Systems in highly dispersed areas in
Colombia

Resumen

Este artículo pretende correlacionar cómo influye la dispersión en el acceso a los servicios de salud en una localidad o una región. De acuerdo a un proceso investigativo, en la región del Vichado, única en el país, al oriente de la llanura colombiana y, en zona limítrofe con Venezuela; posee dentro de su división político-administrativa al municipio con mayor extensión de tierra en Colombia. Esto genera limitantes para los habitantes de la zona, a quienes se les dificulta acceder a los servicios de salud de primera línea. Áreas de 65.000 km² como la del municipio de Cumaribo, junto con la población altamente rural del departamento, en crecimiento exponencial y distribuida en toda su extensión territorial, hacen que en Vichada sea compleja la planificación y acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud. Por esto, es necesario generar estrategias para mejorar la precaria situación, donde sea vital la vinculación con el estado colombiano para aumentar el acceso desde la gobernanza a los sistemas de salud locales.

Palabras clave: redes integrales, dispersión, acceso, calidad, percepción de los servicios.

Resumen

Este artículo pretende correlacionar cómo influye la

Abstract

This article intends to correlate how dispersion influences access to health services in a locality or region. According to the research in Vichada, the eastern of the Colombian plain, in the border with Venezuela, the region holds within its political-administrative division, the municipality with the largest land area in the country, thus generating limitations for the inhabitants to access front-line healthcare services. Large areas, as to mention, the municipality of Cumaribo with more than 65,000 km², along with a highly rural and exponentially growing population, difficult the planning and quality access to health services in the department of Vichada, especially in the highly dispersed areas, turning them into a complex challenge. Therefore, there is a need to design strategies that improve the precarious situation, which include the support of the Colombian government as to increase access from the governance to the local health systems.

Keywords: comprehensive Networks, dispersion, Access, quality, perception of services.

¹ Magister en Calidad en Servicios de Salud. fernando.duarte@unimeta.edu.co

Introducción

La humanidad está en un crecimiento globalizado y, por ende, los servicios de salud no pueden quedarse atrás. Es de vital importancia que los sistemas sanitarios en Latinoamérica evalúen sus estrategias de atención y alcance para pacientes en los rincones más inhóspitos de nuestras regiones. En el presente artículo se referencia una investigación realizada en Colombia en una zona de alta dispersión, de las mayores que existen en Latinoamérica e inclusive en el mundo. Siendo los modelos de atención integrales de salud una necesidad, se relacionan con un conjunto de estrategias enfocadas en brindar atención comunitaria y familiar en zonas aisladas para brindar mejor acceso a los servicios. Es importante resaltar que, los atributos de la calidad en salud se ven afectados cuando un usuario por su ruralidad no accede a los servicios del sistema sanitario, dónde se pierde la posibilidad de mejorar la vida de un habitante de región alejada.

Se pudieron identificar diferentes factores que dificultan el acceso al sistema de salud local, lo que aumenta las enfermedades en los habitantes de la región del Vichada. Estos factores son influyentes al momento de ir a consultar el centro de salud más cercano, desde las finanzas hasta la falta de vías que condujeran de manera oportuna a los pacientes a los centros de atención. La dispersión en países en vía de desarrollo y sus condiciones socioeconómicas generan inaccesibilidad lo que puede implicar la pérdida de vidas que dejaron de ser recuperables para un Estado al momento de no brindar garantías para que se accediera a los sistemas de salud (Molina et. al, 1991).

En ese sentido, es claro que el crecimiento de cada región implica un crecimiento en los servicios de salud locales que permitan una gestión adecuada de la enfermedad en sus pobladores o habitantes. Para tal fin, se deben cambiar las estrategias estáticas en que se atiende en zonas altamente dispersas. El cambio drástico de la economía mundial viene ejerciendo presión en las zonas rurales, de esta manera, no solo son importantes las cabeceras municipales o centros poblados de un departamento o región, si no también, la adecuada atención médica y brindar acceso en las regiones lejanas de cualquier territorio. En la investigación realizada en la zona de la Orinoquia Colombiana, se tiene municipios que alcanzan más de 80.000 km², como lo es el municipio de Cumaribo, esto complica el proceso de atención en salud en la región, dónde se conjugan factores sociodemográficos que terminan alejando a los pacientes de la institucionalidad sanitaria (De Geyntd, 1984).

Los países latinoamericanos o en vía desarrollo padecen situaciones muy parecidas en sus territorios. Las composiciones geográficas de sus regiones están llenas de terrenos de difícil acceso e inclusive han sido poco explorados, como la Amazonía, la cordillera de los Andes americanos, las selvas centroamericanas y cualquier región donde se presentan mayor dificultad que ingresar a cualquier centro poblado. Dentro del desarrollo de los sistemas de salud en Latinoamérica, en especial en Colombia, se vienen estructurando modelos centrados en la atención del usuario en su lugar de origen evitando cualquier tipo de movilización o desplazamiento. Para estos, es importante conocer las características de cada territorio y los factores que generan tensión sobre los determinantes en salud que puedan afectar la calidad en la prestación de los servicios de salud. En ese sentido, los sistemas de salud o modelos de atención se centran en comunidades específicas y en el caso de tener entidades territoriales que realicen gestión sanitaria en los espacios donde los indicadores de salud son más muestran una realidad más precaria en los conjuntos de individuos. Para Colombia es de vital importancia establecer modelos de atención integral en salud en regiones donde las condiciones de vida sean extremas y se vea limitada la institucionalidad en salud. Desde esta premisa, es importante la caracterización de la población, definir componentes primarios que requiera la población en la inmediatez para la solución de los problemas básicos en salud y la definición de los componentes complementarios que le permitan en mediano plazo tener planes de manejos cercanos y pertinentes a sus lugares de residencia, donde las condiciones mínimas vitales se le puedan garantizar a la población, aún si se encuentra fuera de su lugar de origen (Ministerio de Salud y Protección social de Colombia, 2016).

Con base en lo anterior, se tuvieron en cuenta aspectos de gran importancia, desde las distancias que deben recorrer los habitantes para recibir servicios de salud, hasta las condiciones socioeconómicas que presentan en lugares lejanos en la Orinoquia-Colombia, tal como lo establecen algunos documentos de revisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde se ve el crecimiento exponencial de la población en América Latina. Adicionalmente, se observa como el promedio de vida de los individuos tanto masculinos como femeninos, viene aumentando y ha generado, cambios en las pirámides poblaciones y crecimiento absoluto en edades centrales que en algún momento llegará a los 60 años o más. En consecuencia, los sistemas de salud deberán lidiar con problemas conocidos como el paludismo, dengue, mortalidad materno infantil, entre otras, y además con problemas de salud relacionados con enfermedades degenerativas o crónicas que se presentan por tener una sociedad con mayor probabilidad de vida y con pocas asistencias por parte de los servicios de salud. Por ello, es un

reto desde la investigación recolectar información que permita establecer estrategias eficaces y eficientes al momento de abordar los temas de salud en zonas con alta dispersión (Naciones Unidas, 2005).

La situación amerita realizar procesamiento de información, con un enfoque comunitario y que tenga como eje central las necesidades de los habitantes de los territorios ancestrales que existen en la geografía nacional, a través de un mapeo exhaustivo de las necesidades de las comunidades analizadas, que permita acercarnos con la realidad de cada zona de la región (Gofin & Gofin, 2007). Asimismo, se evalúa las estrategias que se han aplicado dentro del actual modelo de atención en el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) colombiano, que resulta en la confrontación de datos que permite identificar nuevos retos que, durante el presente artículo se disciernen y referencian.

Metodología

La investigación realizada es de tipo mixto (Jimenez, 1998), Se evidencia la visión cualitativa al momento de recolectar datos tipo encuesta y cuantitativa al momento de comparar el acceso a los servicios de salud que se tenían en zonas que no eran tan dispersas como la región del Vichada que rompía cualquier tipo de estereotipo.

Para el diseño metodológico de la investigación se estableció qué tipo de servicios dentro del Plan de Beneficios (PBS) en el sistema de salud colombiano se iban a tomar como elementos trazadores para cuantificar el acceso a los servicios por parte de los pobladores en la región de la Orinoquia. Cabe resaltar que hablar del Vichada es referirnos a un departamento con alta dispersión y con una densidad poblacional 0.73 habitantes por kilómetro cuadrado.

Después de definir claramente el problema: la falta de acceso al servicio de salud en zonas altamente dispersas se decidió establecer que variables serían importantes y funcionarían como marcadores para identificar la falta de acceso a los servicios de salud. La información pertinente fue recogida a través de diversas fuentes, las primarias:

1. encuestas que nos permitieron recolectar información del terreno que darían la capacidad de analizar los determinantes que afectan que la población del vichada no acceda a los servicios de salud.

2. Los RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud) procesados para visualizar que cantidad de servicios se consumen en el Vichada en un periodo de tiempo establecido, esto permitiendo hacer análisis de acceso.
3. La información que se recolectó de la página del ministerio de salud REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud) que nos permitió analizar y cuantificar la red de servicios de los municipios y del departamento específicamente.

Las fuentes secundarias incluyen referencias bibliográficas que permitieron visualizar como se debería construir un modelo de atención en salud que basara su red en las necesidades puntuales de la población. Se tomó de referencia diferentes artículos, guías del ministerio de salud, además de referentes internacionales en Centro América (Guatemala) y también la OMS.

Con base en el número de habitantes que se tiene en la proyección del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE 2020, se identificó que el estudio estadístico para selección de la población es probabilístico de muestreo aleatorio simple, de donde se buscó obtener una población definida que permita realizar la intervención estadística al ser encuestada por una parte de la investigación.

Se tuvo también entrevistas directas por parte de personal de apoyo al equipo investigador; personal indígena mayoritariamente, para tener un rendimiento óptimo en la recolección de los datos.

Teniendo presente el tipo de investigación optado por el equipo de trabajo, se definieron herramientas tipo encuesta para plasmar y evaluar aspectos tales como: accesibilidad, solicitudes que se realizan, producto final de la atención, asesoramiento por parte del equipo médico, aspectos económicos, entre otros. Se realizó una selección aleatoria de la población a intervenir, donde el nivel de confianza fuese del 95% para disminuir sesgos dentro de la investigación. A nivel departamental, se distribuyeron 383 encuestas. El número de habitantes por municipio fue factor clave para la distribución de las encuestas, siendo Cumaribo el municipio con mayor número de estas (60%) aplicadas por ser el de mayor extensión y número poblacional del Vichada.

También fue empleada la observación directa con conteo aritmético de los RIPS para algunas variables previamente definidas de acuerdo con la morbilidad del departamento y que se contrastaron con el ASIS (Análisis de Situación de Salud) 2015. Toda la información que se

procesó fue radicada por los prestadores. En los RIPS trabajados, se agrupa al 100% de la población consultante a servicios de salud en el Vichada como los son Hospital San Juan de Dios- Red pública y Mavesalud IPS-I- Red indígena-privado. Por parte de la red pública, la Secretaria de Salud del Vichada facilitó la información desde su área de sistemas de Información, mientras que, por la red indígena, la dirección general se encargó de proporcionar los datos. Todo esto se consolidó en instrumentos de conteo diseñados por el equipo investigador. Las variables definidas para la cuantificación del problema fueron:

- **Variable Independiente:**

Número de atenciones en salud que se procesaran de la fuente RIPS.

- **Variable Dependiente:**

Centros de salud que se tienen habilitados para atenciones en el vichada.

Traductores indígenas que se tienen por parte de las IPS habilitadas en la red de servicios.

Al evaluar la posibilidad de realizar un estudio descriptivo se deben tomar variables relacionadas con la construcción de una idea con los objetivos tanto generales como específicos del trabajo: *determinar el acceso a los servicios de salud en zonas altamente dispersas*, que se desarrolla en las siguientes fases:

1. La primera etapa trata la identificación del problema. Para este caso, se tuvo en cuenta el análisis de situación en salud ASIS del departamento del Vichada 2016, la red de prestación de servicios de salud habilitada (REPS) por municipios, y la información más reciente respecto a redes integradas o prestación de servicios efectivos, esto para aplicar todos los documentos que se pudieran relacionar en la organización de la red de prestación de servicio o la capacidad instalada del departamento por zonas geográficamente definidas y observar posibles escenarios que afecten las variables y presenten incidencia en los resultados.
2. Se procede a realizar una demarcación geográfica de la red prestadora de servicios de salud por cada municipio del departamento (Santa Rosalía, Primavera, Puerto Carreño y Cumaribo) de acuerdo a sus características particulares, prestando especial atención a Cumaribo por sus implicaciones de territorio (extensión, mayor ruralidad) y cantidad de población (50% de la distribuida en el departamento).

Se proyecta en esta segunda fase, diseñar un marco geográfico de la red en el departamento para medir atributos como (oportunidad, accesibilidad y calidad en la prestación de servicios), que permitan orientar la red de prestación de servicios de salud existente y rediseñar la que se encuentra ofertada a la población consultante del Vichada,

si fuera necesario. En este punto, se plantea un mapeo geográfico-estructural de las unidades de servicios que prestarían atención en salud (intramural y extramural) y que permitirán tener mayor presencia de servicios de salud en los conglomerados poblacionales del departamento.

También, se requiere visualizar la construcción de un equipo básico de atención extramural que permitiría mejorar el acceso a los servicios de salud en las zonas dispersas del Vichada especialmente para el municipio de Cumaribo, cuya dispersión afecta negativamente la atención en salud de los Vichadenses.

3. La tercera fase, contiene la aplicación de la encuesta que permitió cuantificar algunas variables que se deben tener en cuenta para proponer el diseño de la red de servicios tanto intramural como extramural. Esta se aplicó a la población vichadense tanto del régimen subsidiado en salud, como régimen contributivo, régimen de excepción y población pobre no asegurada lo que le proporcionó al estudio más información relacionada con la red que se consulta por el ciudadano del común.

La voz del cliente y de toda la población consultante a los servicios de salud de la red prestadora del Vichada, fue crucial para identificar puntos críticos e importantes para la descripción del estudio (características sociodemográficas, características de movilidad, características familiares y Etnocultural de la población). La recopilación de la información se realizó por el personal social del departamento que colaboró con la aplicación del instrumento, cuyos resultados proporcionan información vital para la toma de decisiones.

4. La cuarta fase corresponde al análisis de la información recaudada mediante la herramienta diseñada (encuesta). Se plantea aportar a los diferentes actores una sugerencia tangible de lo que podría ser el diseño de la red del departamento del Vichada tanto intramural como extramural para mejorar las condiciones de salud de los vichadenses, teniendo en cuenta factores de altísima relevancia que se puntualizarán en los resultados y conclusiones.

Resultados y discusión

Atendiendo el desarrollo de la investigación, se preguntó (figura 1) qué porcentaje de la población que consulta los servicios de salud en el Vichada procede del área rural.

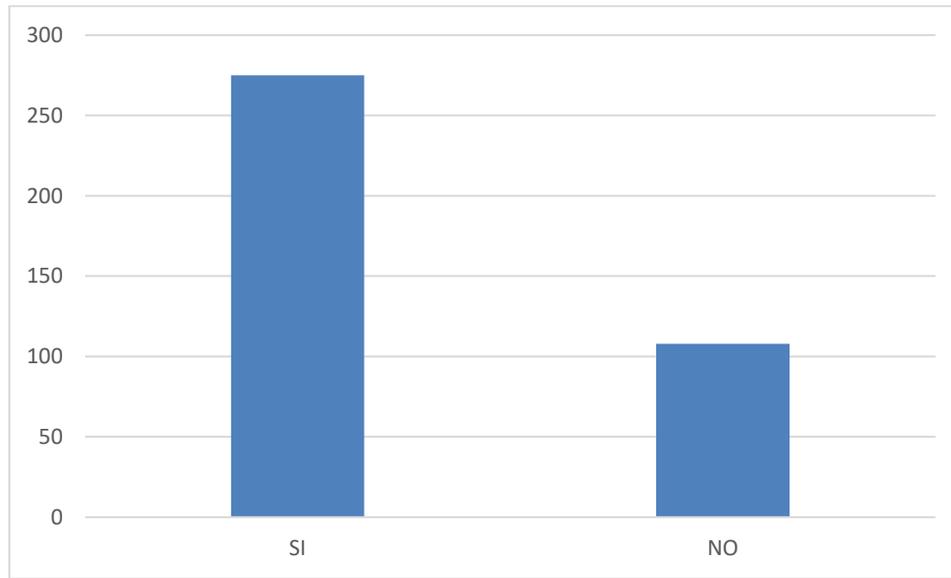


Figura 1. Ruralidad de los consultantes

Se determinó que el 72% de los consultantes a los servicios de salud en algún municipio del departamento vive en área rural, esto siendo un factor determinante para la alta probabilidad de presentar una disminución de consulta a los servicios de salud en momento que se requiera.

Por otro lado, las vías de acceso desde el área dispersa hacia el casco urbano más cercano constituyen un factor importante para poder cuantificar la magnitud de la falta de acceso por ubicación geográfica, para ello se construyó mediante la experiencia en campo la tabla 1.

Municipio	Destino	Formas de Acceso	Medios de Comunicación
Puerto Carreño	La Primavera	Terrestre o Fluvial	Telefonías de Celular Claro, existe Internet.
La Primavera	Cumaribo	Aérea o Fluvial.	Hay cobertura de Claro, funciona Compartel y Cuentan con internet.
Cumaribo	La Primavera	Terrestre	Hay cobertura de Claro, funciona Compartel, Cuentan con internet aunque su señal no es muy buena.
Santa Rosalía	Puerto Carreño o puerto Gaitán Meta	Terrestre o Fluvial	Telefonías de Celular Claro, existe Internet.

Tabla 1. Comunicación y acceso entre municipios.

La comunicación en el departamento no es tan fluida como en el resto del territorio nacional, lo que es una barrera en el acceso, entre otros, a las telecomunicaciones, de tal forma que entre servicios médicos de referencia muchas veces no hay comunicación al momento de ocurrir los eventos en salud, sino que se utilizan emisarios para la comunicación. Viendo el resumen de las comunicaciones internas en el Vichada, es de gran importancia que la red de servicios posibilite y tenga en cuenta en su conformación y fortalecimiento.

En Cumaribo, solo se puede viajar en verano por vía terrestre, es decir, entre mediados de diciembre hasta finales de marzo. Las vías de acceso son desde Bogotá por la vía a Villavicencio, pasando por el municipio de Puerto Gaitán, y las veredas de: Puente Arimena y el Viento, El Progreso, Tres Matas, La Catorce y Cabecera municipal de Cumaribo.

De acuerdo con el acceso que se tiene y los recursos de ingreso neto de cada habitante del departamento del Vichada, se cuantifica el ingreso a los servicios de salud en la red de prestación de servicios que mayor influencia tiene en todo el territorio y que tiene asegurada o con afiliación al 95% de la población. En el siguiente cuadro (tabla 2) se muestra a nivel de consulta externa el consumo de servicios.

Tabla 2. Atención por Consulta Externa realizadas en el Vichada en el 2017.

ATENCIONES POR CONSULTA EXTERNA REALIZADAS EN EL VICHADA-2017		
PROGRAMA	# TOTAL ANUAL	
CONSULTA EXTERNA	RURAL	URBANO
MAVESALUD IPS-I	29407	1228
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	4815	37881
TOTAL	34222	39109

Si se toma como referencia la población total del Vichada, que según cifras DANE es el equivalente a 73000 habitantes promedio, y sabiendo que deberían tener cada uno mínimo 2 consultas al año (sin tener en cuenta el grupo etario que aumentaría la proporción), se tiene que se prestaría al alrededor de 1'460.000 mil atenciones en los diferentes servicios de salud, permitiendo así tener una gestión de la salud para los pueblos del departamento.

A partir de las cifras plasmadas en la tabla que se tabulo de los RIPS de la vigencia, es posible afirmar que:

- En el periodo de medición (12 meses), los servicios de salud del Vichada atendieron 73331 habitantes del departamento, lo que indica que el 50% de la población tuvo acceso a los servicios de salud. También se puntualiza que el 50% de los habitantes no tienen acceso a los servicios de salud por cualquiera de los determinantes antes tocados en el documento.
- Dentro de las atenciones el 47% se realiza en área rural y el 53% restante en área urbana.

Haciendo una revisión exhaustiva de la forma de acceso a cada uno de los puntos de cabeceras municipales o centros poblados donde se ubica la red de servicios, se puede identificar que la falta de acceso al servicio tiene una marcada relación con el diseño de la red de servicios de salud que tiene el departamento. Por ende, es claro que el departamento necesita urgentemente un rediseño de la red de prestación de servicios o generar estrategias diferentes a los servicios de salud de forma estacionaria o de infraestructura estática, con esto se brindaría acceso más oportuno, pertinente y frecuente a los servicios. En respuesta a la situación, se plantea el siguiente esquema (figura 2) de rediseño de la red de servicios.



Figura 2. Rediseño de la red de servicios de salud en el departamento de Vichada

Conclusiones

Pensamos que la prestación de servicios de salud no puede estar sujeta exclusivamente a la oferta brindada en los hospitales locales o centros de salud; desde este punto de vista, se deberían organizar varios equipos extramurales cuya función es estar directamente en las comunidades y centros poblados frente a cada uno de los municipios (Santa Rosalía, La Primavera, Puerto Carreño y Cumaribo). Los equipos estarían conformados por un médico, un odontólogo, un profesional en enfermería, un técnico en salud pública y un agente comunitario. Se debe intentar que en los equipos se desplacen organizada y continuamente por las cuencas diseñadas por la investigación.

Es necesario revisar e incentivar la participación comunitaria al interior de las poblaciones, puesto que un punto fundamental del modelo de salud se basa en la concertación real de las acciones de salud. Para consolidar esta nueva forma de asumir la salud en el departamento del Vichada, se proponen las siguientes estrategias:

1. Culminar el proceso de descentralización de la salud en el departamento, no solo a nivel municipal sino también departamental, incluyendo a la población indígena, y apoyando

y solidificando las acciones de autogestión que ya se han iniciado en algunas comunidades. El proceso necesariamente inicia con el autodiagnóstico de salud en cada comunidad, el plan local de salud elaborado por la secretaria de salud departamental con asesoría del personal del ministerio de salud y protección social comprometidas con el mismo trabajo, y la firma de los convenios para el manejo de lo que probablemente sería denominado el "nivel comunitario del primer nivel de atención".

2. Desarrollar un modelo eficiente, eficaz, oportuno y con calidad, de prestación de servicios de salud en las acciones contenidas dentro del Plan de Beneficios en salud (PBS). Este PBS debe ser necesariamente concertado con las diversas comunidades del departamento, buscando los mecanismos de articulación entre la medicina tradicional y la medicina occidental. Como parte de la prestación de servicios de salud "occidentales", se encontraría en la implementación de los equipos extramurales de salud.
3. Realizar la implementación de un paquete de estrategias, actividades, intervenciones y procedimientos en promoción en la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia de la salud pública y control de factores de riesgo teniendo en cuenta las características propias del departamento del Vichada dirigido a la colectividad y al individuo. Este paquete debe ser elaborado conjuntamente con las comunidades, teniendo en cuenta los problemas identificados como prioritarios. Es fundamental el reconocimiento de otros "sabedores" de la medicina al interior de las mismas y continuar con el diálogo intercultural de la curación, y de las acciones de prevención y promoción tradicionales existentes en las comunidades. El concluir los calendarios ecológicos, así como la planeación de las acciones basados en el conocimiento de la "epidemiología del saber comunitario" es la base para que se logren los objetivos formulados.
4. Reformular completamente la labor del promotor de salud, que debe tener un nuevo perfil, con responsabilidades claras y bien definidas. Se debe iniciar un proceso de capacitación de estos promotores desarrollando nuevas metodologías educativas y consultar ampliamente con las comunidades el quehacer del nuevo promotor.
5. Implementar mecanismos de comunicación y logística eficientes para la referencia y contra referencia de pacientes, suministros de insumos y funcionamiento óptimo del sistema de salud.
6. Concebir y poner en marcha, un sistema de información que involucre a los diferentes actores de la sociedad y del sistema general de seguridad social en salud que ayude a sustentar los diagnósticos, toma de decisiones y definición de políticas claras, definidas y transparentes dentro del sector.

7. Buscar mecanismos para asegurar que el 99% de la población sea efectivamente cubierta por el sistema de salud. Es necesario iniciar una discusión con los diferentes actores del sistema, para repensar si la ley, tal y como está formulada hoy, puede efectivamente ser aplicada a las comunidades indígenas en territorios tan dispersos como Cumaribo.
8. Conformar de equipos extramurales de salud, que permanezcan en las comunidades más alejadas, para mejorar la cobertura de las acciones en salud.

El departamento del Vichada es una región con un sinnúmero de condiciones diferentes a cualquier lugar del país. Las condiciones de movilización son complejas, haciendo casi imposible transitar libremente entre municipios en algunas épocas del año. Culturalmente sus 4 municipios se diferencian, la prestación de servicios allí es altamente costosa y, por ende, el acceso a los servicios no es tan común con en el resto del país. Por esto y mucho más, esta investigación enfocó sus esfuerzos en ir a volcar la oferta de servicios a cada lugar del departamento, evitando al máximo la movilización de los pacientes en grandes distancias y adicional a esto, brindando opciones culturales para un entorno de salud que lo requiere.

Referencias

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016) Política de atención integral en salud. Bogotá, Colombia
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Molina, R., Romero J., Trejo, J. (1991). Desarrollo económico y salud. En Salud Publica México. 33(3). 227-34.
<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5393>

unir

FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA
INTERNACIONAL
DE LA RIOJA

COLOMBIA



PANDEMIA, EMOCIONES Y DIGITALIDAD

Pandemic, emotions and digitality

Martha Liliana Useche Morillo*
Diana Constanza Mejía Sabogal**
Merceditas del Pilar Beltrán Fletscher***
Fundación Universitaria del Área Andina, Bogotá, Colombia

Resumen

Este estudio surge de la necesidad de comprender el mundo emocional de los estudiantes en el marco del confinamiento por la COVID-19. Esta situación ha generado unos cambios disruptivos y ha originado la búsqueda de procesos de reconfiguración en la percepción del otro, condición que afecta la vida social, emocional y familiar de los estudiantes universitarios. Con un enfoque hermenéutico, a partir de un análisis crítico de narrativas visuales y escritas, se logró una aproximación a la comprensión de cómo los estudiantes han percibido las nociones de sí mismos y de los otros con el aislamiento. Para esto se trabajó principalmente con las categorías de confinamiento, emociones y resiliencia, entendiendo estas desde un contexto de pandemia. Lo anterior aportó a concebir, cómo el evento COVID-19 logró una reconfiguración multidimensional en los estudiantes, cuya manera de discernir sobre ellos mismos y el otro, se vio sujeta a una transformación profunda sobre las nuevas formas que se deben asumir en las interacciones humanas, como la inmersión a una vida atravesada por lo digital, al uso dependiente de un elemento de protección que va a permitir el apaciguamiento de la percepción del otro como una amenaza al cuerpo, las nuevas producciones sociales que hacen pensar a muchos, incluso, en la posibilidad de una revolución biopolítica y en la necesidad de una mutación como seres humanos que ayude a la migración de un pensamiento ensimismado, a la apertura de una conciencia colectiva.

Palabras clave: Reconfiguración, percepción, pandemia, emociones, digitalidad, vínculos.

Abstract

This study arises from the need to understand the emotional world of students in the framework of confinement due to COVID-19. This situation has generated disruptive changes and has led to the search for reconfiguration processes in the perception of the other, a condition that affects the social, emotional, and family life of university students. For this was selected a hermeneutical approach, that included critical analysis of visual and written narratives, so as to understand how students have perceived notions of themselves and of others in isolation. In this scenario, we worked mainly with confinement, emotions, and resilience categories, observed from a pandemic context. The above contributed to conceive how the COVID-19 event led a multidimensional reconfiguration in students, whose way of discerning about themselves and others, was subject to a profound transformation on the new forms that must be assumed in human interactions, such as the immersion in a life crossed by the digital world, the dependent use of a protection element that implies the appeasement of the perception of the other as a threat to the body, the new social productions that suggest the possibility of a biopolitical revolution, and the need for a mutation as human beings that helps the migration of self-absorbed thought, to collective consciousness.

Keywords: Reconfiguration, perception, pandemic, emotions, digitality, ties.

LA URGENTE

* Candidata a Magister en Gerencia de Proyectos. museche@areandina.edu.co . ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2235-7700> CVLAC:

http://scienti.colciencias.gov.co:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001452980

** Magíster en Filosofía. dmejia39@areandina.edu.co . ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0846-8041>

CVLAC: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001641585

*** Magíster en Estudios Sociales. mbeltran56@areandina.edu.co. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9549-7958>

CVLAC: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001250663

Introducción

El presente artículo se ha construido a partir de la experiencia en aula con estudiantes de mercadeo y enfermería de la Fundación Universitaria del Área Andina en quienes se ha identificado como problema de análisis la manera como estos han transformado las percepciones propias, del otro y lo otro a partir del confinamiento asociado a la Pandemia por COVID 19, situación no normativa que ha marcado la vida social de las personas como hito histórico que merece ser analizado desde el Escenario de los Estudios Sociales por la multiplicidad de variables de tipo político, económico, social, cultural, personal, entre otros, que ha intervenido y lo convierten en un hilo conductor que acompaña el ejercicio analítico que presentamos.

Como antecedentes, ponemos sobre la mesa el cambio abrupto de las dinámicas presenciales a actividades remotas en distintos ámbitos de la vida, que han afectado diversas esferas de la comunidad en general y en especial a nuestros estudiantes. En ellos, es posible visualizar los impactos performativos en relación con procesos de socialización físico-presencial y socializaciones a través de las TICs, que ponen a prueba distintas concepciones del establecimiento de relaciones, la comunicación y los vínculos, entre otras prácticas de la vida cotidiana que de manera fugaz pasaron de un escenario a otro, lo que ocasionó la reconfiguración de funcionalidades de la vida en nuevas formas de percepción, relación y acción.

En ese sentido, nos hemos aproximado a las narrativas verbales y visuales acerca de esas transformaciones en su entorno familiar y social que han sido marcadas por la presencia de la contingencia de salud pública enunciada, a partir de la mediación de las TICs como una estrategia para mantener sus vínculos durante este periodo, y cómo sus emociones se ven atravesadas por estas nuevas formas de relación mediática, que a manera de contribución a los procesos de formación remota que se adelantan, nos permiten comprender y explicar el mundo, circunstancias y avatares que se presentan en la vida cotidiana de los estudiantes, para desde esas comprensiones, poder realizar ajustes en las formas de relación que se establecen con ellos y ellas, lo que resulte en formar interlocutores cercanos, respetuosos, éticos y conscientes de sus mundos, vivencias y experiencias. Lo anterior en aras de permitir que la educación remota, a pesar de las distancias, pueda establecer lenguajes otros, comprensiones otras y relaciones otras

desde el mundo distante. En este marco, las categorías teóricas encontradas son Confinamiento, Emociones y resiliencia, que se describirán en el desarrollo del documento.

Asimismo, es importante anotar que la emocionalidad muta entre situaciones comunes mediadas por la alegría y la euforia hacia sentimientos de soledad, tristeza y abatimiento, manifestadas en muchas ocasiones por el repudio entre los miembros de un mismo grupo familiar. En ocasiones, se llega a los límites de la violencia, dados los cambios abruptos a los que nos hemos visto abocados y para los que no estábamos preparados. En ese caso, esta nueva situación y, teniendo en cuenta nuestra tendencia a la asociatividad, se ha visto interpelada por estas emociones y ha marcado un giro en la concepción del sí mismo en nuestros estudiantes en dos vías; una de ellas es la identificación de conductas resilientes que permiten pasar a través de las situaciones críticas y llevarlos a la identificación de capacidades para el afrontamiento y resolución de distintas circunstancias que representan un riesgo real o un problema. Por otro lado, hemos identificado en algunos de ellos una ética del cuidado propio y del cuidado común que en otros momentos de su historia no fue contemplado como vital para sus proyecciones futuras. Como consecuencia, encuentran en el arte, por ejemplo, una manera no solo de representar sus pensamientos y sentimientos sino también una forma de transformarlos.

Sin embargo, en otros casos vemos cómo el confinamiento incrementa niveles de ansiedad, frustración, incertidumbre y agotamiento, que los estudiantes y sus familias no han aprendido a manejar y/o contener, lo que aumenta el miedo y la desconfianza frente a sí mismo y a los demás. En ciertos casos, incluso son representados como 'fobia', que constituyen una dificultad para su vida social y familiar e interpelan por supuesto, el equilibrio de vida de los estudiantes. Esto nos lleva a identificar en el escenario formativo académico-profesional, la necesidad de acompañamiento en ese manejo emocional ante las situaciones críticas que han tenido que afrontar en su historia de vida, en especial en tiempos de pandemia.

Así, hemos encontrado en la resiliencia, considerada como la capacidad de afrontar las diferentes adversidades que la vida a diario nos presenta, una categoría relevante a analizar, vista la importancia de cómo los participantes han encontrado formas de trascender las situaciones críticas en clave de otros aprendizajes que trascienden de sus formas habituales de relación y redimensionan la construcción de su identidad, los valores rectores de sus relaciones familiares y el reconocimiento de la formación de vínculos sociales significativos transversalizados por las TICs. A su vez, autores como Scheier y Carver, 1992 en Uriarte 2005, consideran que la resiliencia "es relativa a la capacidad de ajuste personal y social a pesar de vivir en un contexto desfavorable

y de haber tenido experiencias traumáticas es lo que define a la personalidad resiliente. Ese ajuste psicológico implica la capacidad de resistir a las adversidades, el control sobre el curso de la propia vida, el optimismo y una visión positiva de la existencia”.

Es, en efecto, dicho proceso de ajuste el que ha tenido diversos significados y contenidos en nuestros estudiantes; coloca en evidencia que, para algunos, el trascender de situaciones adversas es una condición agradable, que ha fluido incluso con cierta naturalidad y para otros, se convierte en una variable compleja, e inesperada que resiente sus capacidades de ajuste emocional. En este caso, se convierte en incertidumbre y de no ser abordada, puede ser representada en contenidos mentales de tipo ansioso y/o depresivo que requieren otros niveles de acompañamiento y contención incluso a veces fuera del ámbito familiar y social.

Así, estamos llamados a pensar críticamente el manejo de las emociones en el marco de la educación remota y las afectaciones individuales, familiares y sociales que esta conlleva, ya que, tal como se evidencian aprendizajes y redireccionamientos de la concepción de la vida cotidiana, también se evidencia desesperanza y visión centrada en lo negativo que de no ser acompañada y orientada podría representar implicaciones más complejas en la salud mental de nuestros estudiantes. Tenemos que implementar la empatía y el altruismo que según Cyrulnick (2001, 2002, 2004a, 2004b) en varias de sus publicaciones ha señalado como herramientas para luchar contra situaciones de dolor, frustración e incertidumbre como las que hemos tenido que vivir en el periodo de confinamiento.

Metodología

El proyecto es de corte cualitativo de tipo hermenéutico, definido como interpretación del sentido, de las metáforas, de los símbolos y sus abstracciones, en el que utilizando las narraciones como datos y siendo la interpretación del círculo hermenéutico el proceso para conocer la vida psíquica de los estudiantes, las narraciones de sus experiencias se configuran como la herramienta que produce y da sentido a la experiencia del confinamiento (Ricoeur, 1975; Dilthey, 1990 Citado Por Martínez, 2004 y Moratalla, 2007); es así como a las veintitrés imágenes y treinta relatos que fueron objetos de investigación, se les dio significado comprendiéndolos desde la intencionalidad y las vivencias de los y las estudiantes, lo cual nos acerca a la interpretación de toda la experiencia, se objetifican y se llenan de significado.

Se estudió la población universitaria joven diurna de los programas profesionales Enfermería y Mercadeo y publicidad, con rangos de edades entre los 18 y 28 años. La muestra obtenida fue no probabilística, de tipo teórico por conveniencia, siendo el muestreo teórico el proceso en que la investigadora decide qué, cuándo y dónde recoger los datos que le permitan codificarlos y analizarlos de manera conjunta para poder generar una teoría interpretativa. Esta, puede centrarse en personas específicas o grupos concretos, con la elección de criterios específicos para su inclusión (Glaser y Strauss, 1967 citado por Flick, 2012, pp. 76-84), los cuales para este estudio fueron: filiación institucional, jornada, edad y carrera profesional. Estos aseguraban que los sujetos de estudio tuvieran la posibilidad de guardar la cuarentena estricta, por un lado y por el otro, que por su trabajo en el sector salud, tuvieran otras experiencias durante la pandemia.

Las categorías emergentes en el contexto de la pandemia se dan en el orden de: confinamiento, emociones y resiliencia. Se obtuvieron con el proceso de categorización análoga, pues estas surgen de la información recogida y parten de un razonamiento compartido respecto a la pandemia, el cual surge de manera inconsciente: no es explícita y se manifiesta en diferentes aspectos de su vida. Lo anterior permite que en los grupos estudiados las narraciones obtenidas, codificadas, categorizadas y contrastadas nos acercara a la comprensión de las reconfiguraciones en la pandemia.

Resultados y discusión

A partir de la indagación realizada con esta investigación, se encontró la manifestación de emociones como la ira, el miedo y la angustia, como ejes conductores de la percepción del mundo en el estado de confinamiento. Los estudiantes más jóvenes en edades que oscilan entre los 17 a 25 años, manifestaron sentir culpa por su juventud ya que el riesgo de contagiar a su familia es alto. Aquello implicó que sus dinámicas de relacionamiento social fueran más rigurosas, restringidas y controladas por sus vínculos parentales, situación que desencadenó estados de ansiedad, tristeza e impotencia. A su vez, en los estudiantes mayores de 25 años, se evidenció que existe una percepción diferente de la situación, centrando su atención en temas laborales, económicos, de alimentación, entre otros.

Ahora bien, dentro de los grupos elegidos se contó con algunos estudiantes de enfermería que se encuentran vinculados actualmente a las instituciones de salud. Esta mirada permitió poner en evidencia el otro lado del confinamiento, dando lugar a la comprensión de las dimensiones

de una pandemia y sus implicaciones desde diferentes contextos. Los estudiantes manifestaron, sentir impotencia frente a la falta de comprensión de la situación por parte de algunos grupos sociales, expresando sentir miedo y angustia por la posibilidad de ser agredidos por desempeñar su rol o por el aumento de las cifras de contagio, situación que intensifica el riesgo de transmisión.

Es importante señalar que, la preocupación por aspectos laborales en este grupo de estudiantes no fue un factor influyente. El contar con la seguridad laboral generó que sus angustias y sus miedos se vieran centrados en el bienestar de sus familias y el cuidado riguroso de sus estados de salud para evitar el contagio. Este cambio en las dinámicas sociales y laborales, específicamente en roles como el del enfermero, generó una versatilidad en las formas de relacionarse con sus vínculos más estrechos, cuyas manifestaciones giran en torno a reflexiones existencialistas y cuestionamientos profundos acerca de los sentidos que encuentran en este momento de sus vidas:

“Nos damos cuenta de que hemos pasado años corriendo por la vida, presionándonos para conseguir los trabajos correctos, sería bueno construir intencionalmente un espacio en la vida para respirar, reflexionar y concentrarnos en los aspectos más importantes de nuestras vidas”.
(Estudiante 1. Enfermería)

Precisamente este giro en sus percepciones de vida, dieron paso a retomar o engendrar dispositivos que potencian las dinámicas de relación con sus familias y el disfrute de sus compañías. Las estudiantes que tienen hijos, manifestaron sentirse alegres por tener la oportunidad de compartir con ellos más tiempo, no obstante, el rigor que lleva el confinamiento con el pasar de los días, ocasiona que el compartir un solo espacio y tareas similares diarias, sature las dinámicas familiares y tenga un efecto colateral de tensión y estrés, cuyas estrategias de afrontamiento no se tienen, por ser una situación totalmente nueva para el mundo.

La percepción de los estudiantes abordados que pasaron por el contagio cambia radicalmente en cuanto al miedo profundo por la gran probabilidad de contagiar a sus seres queridos. El pasar por el aislamiento extremo, produce desequilibrios emocionales que lleva a los sujetos a tener estados de ansiedad, depresión e irritabilidad. Sin embargo, este espacio de aislamiento permite que el sujeto tenga momentos de introspección que llevan a hacer pausas para repensar y configurar nuevas oportunidades en la vida.

Por otra parte, se hizo recurrente la manifestación de los cambios en la percepción de las relaciones de amistad. Este espacio de confinamiento permitió el replantearse las formas en las que se solía vincularse con el otro, algunas relaciones que se sostenían y se percibían como vínculos fuertes se desconfiguraron, esto generó centrar la atención en los vínculos de mayor duración en el tiempo – amistades de la infancia: primaria, secundaria- y en una búsqueda constante de fortalecimiento de sus lazos familiares. El miedo como emoción que direcciona estas situaciones de desequilibrio e incertidumbre obliga a tomar conciencia de la muerte como parte de la vida, situación que permite ahondar en los vínculos más cercanos con el fin de obtener un acercamiento más auténtico donde se busca resguardar la vida con prioridad.



Estudiante 4. Mercadeo y publicidad. Pieza publicitaria sobre la percepción del confinamiento.

Es importante señalar que el distanciamiento se logró hacer más tenue con la mediación digital. Las redes sociales cumplieron un rol de enlace en el confinamiento: las video llamadas, los mensajes de whatsapp, las fotos de instagram y las pequeñas historias contadas en facebook, hicieron que los niveles de ansiedad y angustia se mantuvieran controlados. Sin embargo, en los inicios del confinamiento se presentó una saturación de información respecto a la covid-19 que, según manifiestan los estudiantes al poco tiempo fue disminuyendo, y se dio un giro llamativo e interesante respecto a las noticias y datos publicados, porque la información que recibían se transformó en memes, imágenes con una referencias graciosas acerca del confinamiento, que lograron contener desde cierto lugar, esas emociones de miedo y angustia, situación no ocasionada con los medios audiovisuales masivos de comunicación como los noticieros.

Se encontró que, por parte del grupo de estudiantes de mercadeo y publicidad, hay una percepción generalizada que se centra en la posibilidad del virus como una invención social que

hace parte de un plan macro con políticas de sometimiento y autoritarismo, argumentando que, al no conocer casos de contagio dentro de sus vínculos más cercanos, existe la posibilidad de la no existencia del virus. Postura que devela una negación y falta de credibilidad en la gestión política y social que permite considerar en palabras de Paul Preciado (2020):

“El virus actúa a nuestra imagen y semejanza, no hace más que replicar, materializar, intensificar y extender a toda la población, las formas dominantes de gestión biopolítica y necropolítica que ya estaban trabajando sobre el territorio nacional y sus límites. De ahí que cada sociedad pueda definirse por la epidemia que la amenaza y por el modo de organizarse frente a ella”. (pág 6)

Es así, como socialmente este tipo de situaciones desbordantes dan muestra de lo insondable que son las penurias a nivel político y social en Colombia.

Al profundizar sobre, si la percepción del otro se vio alterada, se encontró que de manera generalizada los dos grupos manifestaron un cambio contundente en una nueva mirada de lo que concierne al otro, manifestando sensación de inseguridad y una constante zozobra por la presencia de ese otro desconocido que se acerca a sus espacios vitales, al respecto manifestaron:

“Se debe tener claro que ha cambiado drásticamente la percepción de los demás, ya la manera de relacionarnos con los otros es diferente tomamos distancia y solo vemos la expresión de los ojos, tener distancia es la manera de sobrevivir a esta situación que nos ataca, el tener a alguien desconocido cerca para muchos es una incertidumbre ya que puede tener el virus y nos puede contagiar”. (Estudiante 2. Enfermería)

“La percepción del otro ha cambiado notoriamente en mí y considero que al igual que otras personas sienten terror al acercarse a otra persona que no sea de su familia, de hecho, hasta dentro de la misma familia se encuentra una cierta desconfianza”. (Estudiante 3. enfermería).

El otro, inicia a transgredir los límites de seguridad y confianza, cuya percepción de protección va a depender del uso de tapabocas, elemento de protección que va a permitir el apaciguamiento de la percepción del otro como una amenaza al cuerpo, no obstante, es innegable que ya se cuenta con una re-configuración de lo que es el otro, el otro como amenaza, como dispositivo de alerta y distanciamiento para resguardar la vida.

Conclusiones

Las emociones fueron un punto de partida importante para poner en evidencia las transformaciones y nuevas configuraciones de los sujetos. Si bien, los estudiantes muestran actitudes resilientes como la ética de cuidado, el conocimiento de sí mismo y el autocuidado. Las redes sociales les permitieron asumir el confinamiento de una mejor manera, de tal forma que el tránsito por esta situación se hizo más tenue. No obstante, los impactos psicológicos y sociales fueron determinantes, cuyas nuevas dinámicas de socialización cambiaron. La distancia social se implantó, como manera de resguardar la vida aflorando un efecto que va cambiar de manera radical la manera de relacionarse. Es así, como el acontecimiento de la pandemia y el confinamiento, mutó la manera de percibir al otro-otros, donde la desconfianza, el miedo y la zozobra, siguen acompañando la cotidianidad, es decir que sí hay una advertencia que señala que se reconfiguró la mirada hacia lo externo.

De otro lado para otros participantes, el confinamiento se convirtió en una manera de reconocer su entorno, sus relaciones, sus vínculos y a partir de dicho reconocimiento empezar a comprender otras lógicas y dinámicas que la vida "normal" antes de la pandemia no habían sido visibles y que las nuevas condiciones empiezan a desvelar en relación con sus planteamientos de vida, sueños y metas en diálogo con los de los demás, en especial sus grupos familiares con quienes en algunos casos se trasciende de relaciones instrumentales y distantes a relaciones cercanas, comprensivas y colaborativas.

Para otros, esta circunstancia pone a prueba la contención y control de sus emociones, que en ocasiones sobrepasan la capacidad que tienen de reconocimiento y afrontamiento de las mismas, factor que nos invita a pensar y a actuar en cómo se deben fortalecer los procesos de acompañamiento en contextos educativos, donde se implementen acciones preventivas que permitan aportar al equilibrio y salud mental de la comunidad educativa en general, dado que no solo las afectaciones inciden en los estudiantes sino también, en los docentes y acompañantes de sus procesos de formación integral.

En otros asuntos, el uso de las Tics como forma de relación, interacción e incluso mecanismo de control para el abatimiento y situaciones críticas puede ser contemplado como un elemento preventivo en la medida que el uso de las mismas permite acercamientos, construcción de vínculos, utilización de aplicaciones orientadas al manejo del tiempo, establecimiento de

aprendizajes y fortalecimiento de relaciones interpersonales, como nuevos caminos posibles en nuevas condiciones de vida.

Referencias

- Cyrlunick, B. (2001). Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa
- Cyrlunick, B. (2002). El murmullo de los fantasmas. Volver a la vida después del trauma. Barcelona: Gedisa.
- Cyrlunick, B. (2004). La construcción de la resiliencia en el transcurso de las relaciones precoces. En B. Cyrlunick et al. (2004). El realismo de la esperanza. 17-31. Barcelona: Gedisa. Cyrlunick, B., Tomkiewicz, S., Guénard, T. Vanistendael, S., Manciaux, M. et al. (2004). El realismo de la esperanza. Barcelona: Gedisa.
- Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa* (Vol. 303). Ediciones Morata, SL.
- Moratalla, T. D. (2007). Bioética y hermenéutica. La aportación de Paul Ricoeur a la bioética. *Veritas. Revista de Filosofía y Teología*, 2(17), 281-312.
- Palmer, R. E., & Parra, B. D. (2002). *¿Qué es la hermenéutica?: Teoría de la interpretación en Schleiermacher, Dilthey, Heidegger y Gadamer*. Madrid: Arco/Libros.
- Preciado, P. (2020). Aprendiendo del virus. Publicado en El País, 1 – 23.
- Uriarte, J. La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, vol. 10, núm. 2, 2005, pp. 61-79 Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea.

unir

FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA
INTERNACIONAL
DE LA RIOJA

COLOMBIA



LA URGENTE TRANSFORMACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES POR LA PANDEMIA COVID-19, CON ENFOQUE EN INSTITUCIONES DE SALUD

The urgent transformation of organizations due to COVID-19 pandemic, focusing on health institutions

Resumen

La pandemia por COVID-19 cambio la forma de vivir, trabajar, vender y consumir. Las medidas de aislamiento han llevado a las organizaciones a cierres temporales y hasta definitivos, y se estima para Colombia alrededor de 140.000 empresas cerraron sus puertas por la pandemia. Las instituciones de salud fueron de las organizaciones que en el menor tiempo posible debieron replantear sus servicios. En Colombia se presentó una rápida expansión de la capacidad instalada, con un aumento cercano al 100% de Unidades de cuidado intensivo – UCI- (pasando de 5.300 a 10.225), la implementación de medidas de ingeniería con la adecuación de infraestructura para establecer áreas de aislamiento, medidas organizativas como la redistribución de lugares de trabajo, cambios de horarios, y medidas administrativas con la implementación de estrictos protocolos de limpieza, desinfección, y protección del personal con el amplio uso de elementos de protección personal. Entre las medidas más importantes contempladas en el plan de contingencia nacional, está la promoción de la telesalud. Para el mes de febrero las atenciones reportadas fueron de 19.341 mientras que para el mes de mayo fue de 1'447.248, un aumento del 7.482%, servicio que con el paso de los días se afianza y favorece la atención en salud de las comunidades. Es por ello que, las organizaciones deben replantearse a partir de una nueva realidad, con el apalancamiento del uso de tecnología y la telemedicina se convierte en la estrategia para que las instituciones estén a la vanguardia y a nivel competitivo en el sector salud.

Palabras clave: COVID-19, capacidad instalada, telemedicina, UCI.

Abstract

The COVID-19 pandemic changed the way of living, working, selling and consuming. The isolation measures have led organizations to temporary and even definitive closures, In Colombia, it is estimated that around 140,000 companies closed their doors due to the pandemic. Health institutions were one of the organizations that had to re-plan their services in the shortest time. In order to face the situation, the country had a rapid expansion of installed capacity with an increase close to the 100% of Intensive Care Units – ICU (from 5,300 to 10,225), the implementation of engineering measures with the adaptation of infrastructure to establish isolation areas, organizational measures such as the redistribution of workplaces, schedule changes and administrative measures with the implementation of strict cleaning and disinfection protocols, and protection of personnel with the extensive use of personal protective equipment. Moreover, one of the most important measures contemplated in the national contingency plan was the promotion of telehealth. For February, the appointments reported were 19,341 while for May it was 1'447,248, having an increase of 7,482%. This service, as time goes by, strengthens and favors the health care of the communities. As a result, organizations must rethink themselves for facing this new reality, applying the leverage of the usage of technology. Telemedicine becomes the strategy for institutions to be at the forefront and at a competitive level in the health sector.

Keywords: COVID-19, installed capacity, telemedicine, intensive care unit

* Magister en Calidad y Gestión Integral. Ruth.gonzalez1308@gmail.com

Introducción

“La normalidad es la antítesis de la evolución”

Siddhartha Mukherjee

La pandemia por COVID-19, se deriva de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), ocasionada por el virus SARS-CoV-2 (Coronavirus de síndrome respiratorio agudo grave tipo 2) (BBC News, 2020). Se identificó por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, capital de la provincia de Hubei, en la República Popular China, desde entonces, el contagio ha progresado por todo el mundo sin contención por frontera, raza o condición social. Se ha visto como rápidamente a llegado a todos los rincones del planeta con olas de contagio en Europa y América entre las regiones más afectadas.

La llegada del COVID-19 ha transformado muchos aspectos de la vida cotidiana; cambio la forma de actuar, de relacionarnos, de trabajar, de consumir, entre otras. Las fuertes medidas de aislamiento se han convertido en la principal estrategia para la contención de la propagación del virus, con los cambios sociales que ello implica. Ahora permanecemos más tiempo en casa, se impone el teletrabajo y se evidencia del fuerte impacto en la economía por la disminución de ingresos, pérdidas de trabajo, etc. Las organizaciones no han sido ajenas a estos cambios, al contrario, se han visto gravemente afectadas y han tenido que mostrar su capacidad de adaptarse y satisfacer a un nuevo cliente y nuevas necesidades del mercado.

De acuerdo al informe especial COVID-19 de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), para el mes de Julio de 2020, respecto a sectores y empresas: emergencia reactivación: “La gran mayoría de las empresas de la región han registrado importantes caídas de sus ingresos y presentan dificultades para mantener sus actividades: tienen serios problemas para cumplir con sus obligaciones salariales y financieras, y dificultades para acceder a financiamiento para capital de trabajo. Hasta la primera semana de junio de 2020, de acuerdo con información recopilada por las cámaras empresariales, se resaltaba que: En Colombia, el 96% de las empresas tuvieron una caída en sus ventas (el 75% registró una disminución superior al 50%); el 82% de las empresas formales podrían subsistir solo entre uno y dos meses con sus propios recursos (Confederación Colombiana de Cámaras de Comercio, 2020)” (CEPAL, 2020). Aunque la crisis afecta a todas las empresas, el impacto será mucho mayor en el caso de las microempresas y las pymes, por su peso en la estructura empresarial de la región lo que se

traduce en grandes cierres de empresas y pérdidas de puestos de trabajo. Sobre la base de los diagnósticos de las cámaras empresariales en relación con la situación de las pymes y de las características de la crisis, la CEPAL estima que cerrarían más de 2,7 millones de empresas formales en la región, con una pérdida de 8,5 millones de puestos de trabajo, sin incluir las reducciones de empleos que realicen las empresas que seguirán operando. Se estima para Colombia, que alrededor de 140.000 empresas cerraron sus puertas por la pandemia.

En el sector salud, las organizaciones fueron de las primeras que rápidamente tuvieron que adaptarse a nuevas necesidades y exigencias, como la saturación de solicitudes de servicios, además de prepararse para la atención de un virus desconocido. Entre las principales debilidades del sistema de salud, estaba la cadena de suministros de insumos clave, que se demandarían en mayor volumen: gel antimaterial, mascarillas, equipos de protección, respiradores y pruebas diagnósticas. Sin embargo, también quedó descubierta la capacidad de adaptación de algunas empresas para suplir las debilidades de los sistemas productivos. Iniciativas de instituciones públicas y centros académicos permitieron adaptar la producción y proveer equipos, insumos y servicios esenciales al sistema de salud para enfrentar a la crisis sanitaria.

A continuación se enuncian algunas de las iniciativas del sector productivo para apoyar al sistema sanitario y la salud de la población:

Producto	Industria	País	Ejemplo
Alcohol en gel	Fabricación de bebidas alcohólicas, ingenios azucareros y alcoholeros, fabricación de cosméticos, fabricación de pinturas, fabricación de productos de limpieza, industria frigorífica, laboratorios universitarios, Fuerzas Armadas de la Argentina y el Brasil	Argentina, Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, Guatemala, México	Grupos cerveceros nacionales e internacionales utilizan el alcohol que se obtiene como subproducto del proceso productivo de las cervezas sin alcohol. - Grupos cosméticos: L'Oreal en la Argentina, Natura en el Brasil.
Mascarillas	Textil y de fabricación de papel y cartón	Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Guatemala, Haití, República Dominicana	En Chile, Caffarena y Monarch, fabricantes de calcetines, medias y camisetas, producen mascarillas con componente de cobre
Equipos de protección para profesionales de la	Automotriz, fabricación de electrodomésticos, industria del plástico,	Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Uruguay	- En la Argentina, Ford, Volkswagen, Mercedes-Benz y Fiat Chrysler fabricaron protectores faciales. - En Chile, Comberplast, empresa de

Producto	Industria	País	Ejemplo
salud (como máscaras y escudos)	impresión 3D en centros tecnológicos y universidades, fabricantes de maquinaria y equipo		productos plásticos, produce máscaras y protectores faciales con plástico reciclado
Logística, distribución y transporte	Aerolíneas, empresas de autobuses, tabacaleras, industria automotriz, cervecera	Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Panamá	En Colombia, la cervecera Bavaria puso a disposición del Gobierno su flota de camiones y su experiencia logística para transportar alimentos y otros productos de primera necesidad.
Estructuras e infraestructura hospitalaria	Construcción, metalmecánica, metalúrgica, hotelera, automotriz	Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, República Dominicana, Uruguay	En Argentina, Fiat produjo camas, y en el sector siderúrgico, Ternium Argentina despachó a fines de marzo más de 270 toneladas de acero para la fabricación de hospitales modulares. - En la República Dominicana, la Asociación de Hoteles y Turismo de República Dominicana (ASONAHORES) ofreció 1.500 habitaciones como cuartos de aislamiento para personas infectadas con coronavirus.
Ventilador mecánico	Automotriz, universidades, alianza con empresas del sector de equipamiento médico	Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, México, Uruguay	- En la Argentina, Toyota con la autopartista Mirgor y el Instituto Tecnológico de Buenos Aires (ITBA) producen un dispositivo de soporte respiratorio mecánico. - En la Argentina, Mirgor tiene un contrato con Leistung, productora de ventiladores de Córdoba, para fabricar grandes cantidades de estos aparatos en las plantas de Mirgor en Tierra del Fuego. - En el Brasil, el Servicio Nacional de Aprendizaje Industrial (SENAI) implementó un programa con empresas del sector automotriz y metalúrgico para la recuperación de respiradores en desuso. - En Colombia, existe una iniciativa colectiva de instituciones públicas y privadas, #InnspiraMED, creada con el fin de aportar una solución para la producción de ventiladores mecánicos con recursos locales y de bajo costo. Los ventiladores están todavía en fase de prueba. - En Chile, alrededor de 14 equipos están trabajando para lograr prototipos viables de ventiladores que se puedan replicar industrialmente. - En Costa Rica, el proyecto "Respira UCR", liderado por la Universidad de Costa Rica (UCR) y la Caja Costarricense

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL- (2020).

En Colombia el primer caso de COVID-19 se registró el 06 de marzo del año 2020 y con los antecedentes de alta morbilidad y mortalidad en Europa y Norte América, Colombia se preparó para la atención de la pandemia a partir del plan de contingencia para responder por la emergencia por Covid. Este plan consta de tres fases: preparación, contención y mitigación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020a).

Dentro de este, una de las estrategias fue la expansión de la capacidad instalada con una situación inicial de 5.300 camas UCI en Colombia para el mes de marzo de 2020 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020b), con un aumento cercano al 100% de Unidades de cuidado intensivo – UCI-, pasando de 5.300 a 10.225, al mes de septiembre (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020c).

Desde la jerarquía de los controles, fueron necesarias controles de ingeniería, controles admirativos, prácticas de trabajo y Equipos de Protección Personal (EPP):

Las implementación de controles de ingeniera con la adecuación de infraestructura para establecer áreas de aislamiento fue urgente en las instituciones desde las de mayor complejidad hasta las Unidades básicas de menor complejidad, medidas que incluyeron adecuación de áreas, asignación de zonas de aislamiento, expansión de áreas, implementación de barreras duras y blandas, traslado de servicios, teniendo en cuenta los requerimientos de zonas exclusivas para atención de pacientes sospechosos y confirmados de Covid.

Dentro de los controles administrativos, la creación e implementación de estrictos protocolos de limpieza y desinfección: el Ministerio de salud y protección social, emitió la guía para la limpieza y desinfección de servicios de salud ante el Covid; conscientes de que el proceso de desinfección para la atención de los casos confirmados o sospechosos del nuevo coronavirus es una parte fundamental en la bioseguridad y contención del virus.

Dentro de las medidas organizativas y prácticas de trabajo, se tomaron controles como la redistribución de lugares de trabajo, de áreas administrativas, la promoción del teletrabajo, cambio y rotación de horarios, ampliación de la jornada laboral diaria para evitar mayores desplazamientos del personal y reducir el número de veces de entrada y salida del personal a la Institución, establecimiento de rutas, opciones de hospedaje para el personal sanitario, entre otras.

El uso de elementos de protección personal como mecanismo de barrera sin que sea el principal control, si se ha convertido en estrategia clave para la protección del personal de salud. Desde la Organización mundial de la Salud (OMS) se han establecido los protocolos que definen los tipos de kit necesarios para el personal de salud asistencial y administrativo de instituciones de salud de acuerdo con el nivel de riesgo, a partir de la exposición o no de aerosoles. Cabe anotar que en Colombia, en el mes de Octubre se superó el millón de casos de COVID-19, de los cuales 17.009 se presentaron en el personal de salud, que representan el 1.6% del total, con reporte de 93 mortalidades en el sector, situación que afecta la fuerza laboral en el sistema en medio de las cifras más altas de Covid en el país (Instituto Nacional de Salud, 2020).

En el panorama descrito de las medidas más importantes contempladas en el plan de contingencia nacional, la promoción de la telesalud fue una de la más relevantes; comprendida como conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, llevados a cabo a distancia con la ayuda de las TIC. Incluye, entre otras, la Telemedicina y la Teleeducación en salud. Para el mes de febrero de 2020 las atenciones reportadas fueron de 19.341 mientras que para el mes de mayo fue de 1'447.248, un aumento del 7.482%, servicio que con el paso de los días se afianza y favorece la atención en salud de las comunidades.

La telesalud se reglamentó en Colombia la Ley 1410 de 2010, sin embargo, esta ley ha pasado desapercibida en la ejecución de los servicios de salud, dadas las altas exigencias para la habilitación del servicio, las dificultades de conectividad en las diferentes regiones del país y la poca experticia de conectividad de la comunidad en general. Tras la emergencia por la pandemia Covid, los servicios de telesalud se han convertido en una importante estrategia.

De acuerdo con el Centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC), en la atención de la pandemia, es necesario ajustar la forma de brindar atención médica a fin de reducir la exposición del personal a personas enfermas, preservar el equipo de protección personal (EPP) y reducir a un mínimo el impacto del aumento repentino del número de pacientes en los establecimientos. Los sistemas de atención médica han tenido que efectuar un ajuste a la forma de realizar el triaje, la evaluación y la atención de los pacientes, y recurrir a métodos que no dependen de los servicios en persona. Los servicios de telesalud ayudan a prestar la atención necesaria a los pacientes y al mismo tiempo reducir al mínimo el riesgo de transmisión del SARS-CoV-2 (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

Después de 10 años de expedida la norma en Colombia fue la pandemia Covid que promovió políticas que han reducido las barreras al acceso a la telesalud y han promovido su utilización

como una manera de prestar atención primaria, para enfermos agudos y crónicos, atención con especialistas y como mecanismo para acercar el servicio de salud a comunidades de regiones apartadas.

De acuerdo con el informe nacional de competitividad para Colombia 2019 – 2020, relaciona “la calidad del sistema de salud como un determinante de la competitividad de un país debido a su impacto directo sobre la calidad de vida de la población y la productividad laboral. La evidencia empírica muestra que individuos más sanos incrementan la productividad laboral y generan mayores ingresos, lo cual influye directamente sobre el crecimiento económico de un país” (Consejo Privado de Competitividad, 2020).

Una de las tres propuestas del informe es extender los servicios de telesalud, teniendo en cuenta que, aunque Colombia ha avanzado en la mayoría de los resultados en salud en la última década, existe una heterogeneidad importante entre los resultados observados en las diferentes regiones del país, lo que pone de manifiesto la necesidad de avanzar en la provisión de servicios a zonas con limitada oferta. De manera que una alternativa costo-eficiente para extender la provisión de servicios a zonas alejadas o de difícil acceso es la telesalud. La provisión de servicios de salud a distancia a través del uso de tecnologías conllevará tres beneficios importantes: (1) para el paciente, al evitar desplazamientos y garantizar un diagnóstico y un tratamiento oportunos; (2) para el médico, ya que la utilización de tecnologías de la información mejora la toma de decisiones y disminuye la variabilidad en el diagnóstico, y (3) para las instituciones, pues se favorece una mayor cobertura y oportunidad en el servicio y se reducen los costos (Consejo Privado de Competitividad, 2020). De manera que acercar la atención en salud a diferentes alternativas con el uso de la tecnología será el reto principal de todos los presentes en el sistema de salud en Colombia.

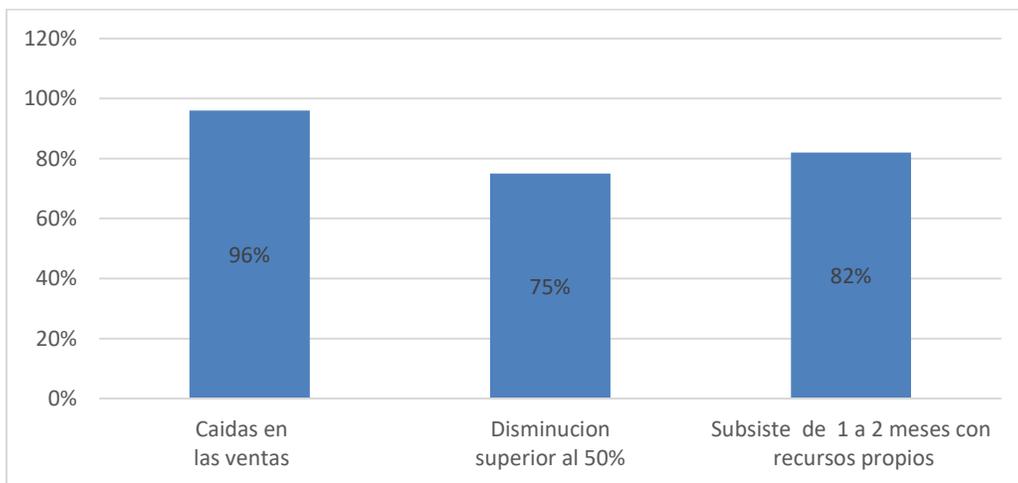
El objetivo de esta presentación es analizar la necesidad de transformación de las organizaciones desde una nueva realidad por la pandemia COVID-19, con énfasis en instituciones de salud, donde se debe apalancar el acceso a los servicios y beneficiar la relación costo – efectividad.

Metodología

La metodología es descriptiva cualitativa; parte de la revisión documental y de estadísticas nacionales oficiales como el Ministerio de salud y protección social, el Instituto Nacional de Salud, el Concejo privado de competitividad y organismos internacionales como La Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL, la Organización mundial de salud OMS y la Organización panamericana de la salud -OPS- con datos para Colombia y la región de Latinoamérica.

Resultados y discusión

1. Situación de las empresas en Colombia tras la pandemia por COVID-19



Grafica 1. Situación de las organizaciones en Colombia. Fuente: CEPAL. Sectores y empresas frente al Covid-19: emergencia y reactivación. Julio 2020

De acuerdo con el informe de la CEPAL en Julio de 2020, posterior al análisis de indicadores de CONFECÁMARAS 2020, la gran mayoría de las empresas presenta importantes caídas en ventas y dificultades económicas. En Colombia, el 96% de las empresas tuvieron una caída en sus ventas (el 75% registró una disminución superior al 50%); el 82% de las empresas formales podrían subsistir solo entre uno y dos meses con sus propios recursos, con mayor impacto en las microempresas y las pymes, la CEPAL estima que cerrarían más de 2,7 millones de empresas

formales en la región, con una pérdida de 8,5 millones de puestos de trabajo, sin incluir las reducciones de empleos que realicen las empresas que seguirán operando, con grave afectación en la economía nacional y reflejo en los hogares.

2. Estrategias para y desde el sector salud en la preparación y atención de la pandemia por COVID-19.

La llegada de la pandemia Covid requirió aunar esfuerzos desde los diferentes sectores productivos, en busca de alternativas que contribuyeran en la prevención y atención en el marco de la pandemia Covid, como apoyo al sistema de salud insuficiente ante una contingencia de esta magnitud.

2.1 Iniciativas del sector productivo para apoyar al sistema sanitario y la salud de la población: Al proveerse el desabastecimiento mundial de insumos básicos para la atención como gel antibacterial, mascarillas, equipos de protección, respiradores y pruebas diagnósticas, se desarrollaron iniciativas de instituciones públicas y centros académicos que permitieron adaptar la producción y proveer equipos, insumos y servicios esenciales al sistema de salud para enfrentar a la crisis sanitaria, para Colombia tenemos los siguientes ejemplos (tabla 1).

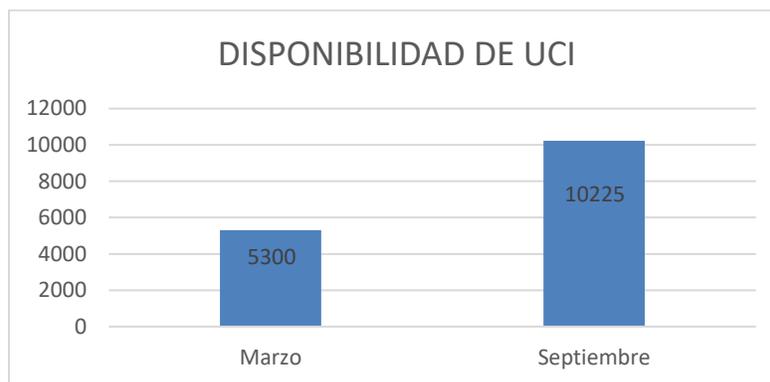
Producto	Industria
Alcohol en gel	Grupos cerveceros nacionales e internacionales utilizan el alcohol que se obtiene como subproducto del proceso productivo de las cervezas sin alcohol.
Mascarillas	Empresas de textiles, confección y fabricación de papel y cartón
Equipos de protección para profesionales de la salud (como máscaras y escudos)	Empresas de fabricación de electrodomésticos, industria del plástico, impresión 3D en centros tecnológicos y universidades, fabricantes de maquinaria.
Logística, distribución y transporte	En Colombia, la cervecera Bavaria puso a disposición del Gobierno su flota de camiones y su experiencia logística para transportar alimentos y otros productos de primera necesidad.
Estructuras e infraestructura hospitalaria	Participaron empresas de construcción, industria metalmecánica, metalúrgica, industria hotelera, minería, automotriz
Ventilador mecánico	En Colombia se desarrolló una iniciativa colectiva de instituciones públicas y privadas, con el fin de aportar una solución para la producción de ventiladores mecánicos con recursos locales y de bajo costo.

Tabla 1. Iniciativas del sector productivo en apoyo al sector salud. Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).²

² https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45734/4/S2000438_es.pdf

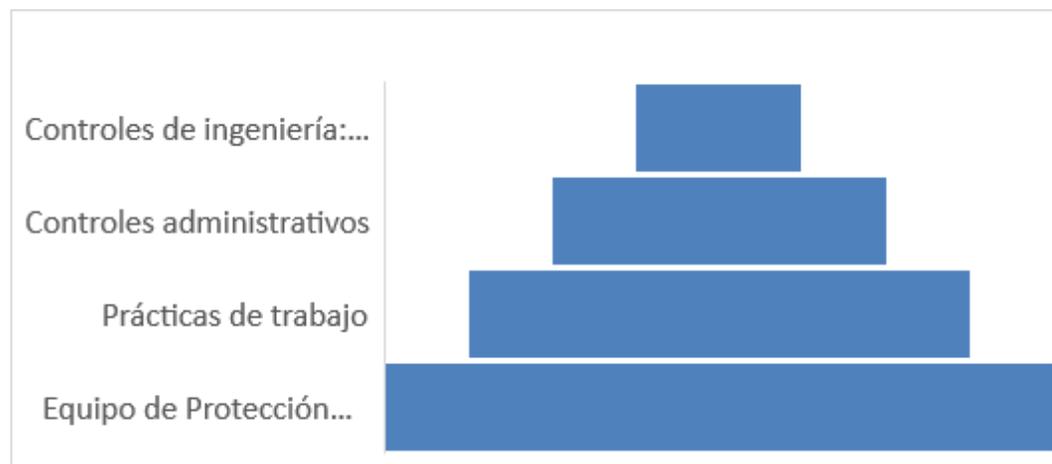
2.2. Ampliación de la red Hospitalaria

La expansión de la capacidad instalada en Colombia fue de alrededor del 100% (gráfica 2), con una situación inicial de 5.300 camas UCI en el mes de marzo de 2020.³, a 10.225, en el mes de septiembre de 2020.



Gráfica 2. Ampliación de la red hospitalaria. Fuente: Instituto Nacional de salud. Octubre de 2020.

2.3. Jerarquía de los controles



Gráfica 3. Jerarquía de controles en instituciones del sector salud.

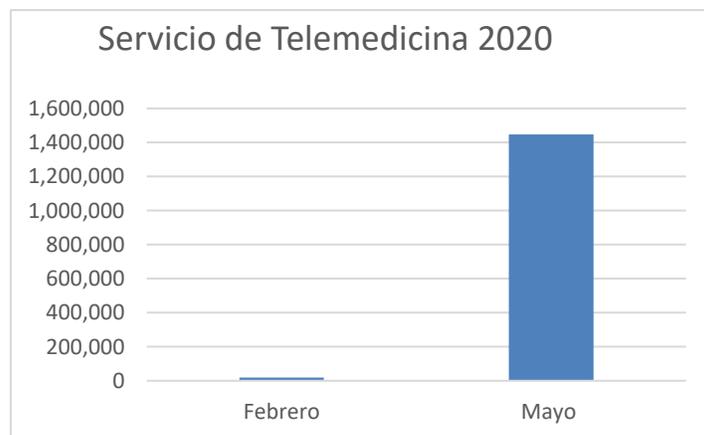
La implementación de controles de ingeniería con la adecuación de infraestructura para establecer áreas de aislamiento, medidas que incluyeron adecuación de áreas, implementación de barreras duras y blandas, traslado de servicios, teniendo en cuenta los requerimientos de zonas exclusivas para atención de pacientes sospechosos y confirmados de Covid.

³ <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Expansion-hospitalaria-una-estrategia-para-atencion-de-la-covid-19-.aspx>

Dentro de los controles administrativos, predomina la creación e implementación de estrictos protocolos de limpieza y desinfección, esto sabiendo que este proceso para la atención de los casos confirmados o sospechosos del nuevo coronavirus es una parte fundamental en la bioseguridad y contención del virus.

Dentro de las medidas organizativas y prácticas de trabajo, se tomaron controles como la redistribución de lugares de trabajo de áreas administrativas, la promoción del teletrabajo, cambio y rotación de horarios, ampliación de la jornada laboral diaria para evitar mayores desplazamientos del personal. El uso de elementos de protección personal como mecanismo de mediante protocolos de acuerdo con el nivel del riesgo y exposición.

Estrategia de Telesalud



Gráfica 4. Avances en Telesalud

Al comparar los meses de febrero de 2020 con el mes de mayo del mismo año, los servicios de telesalud tuvieron un aumento del 7.482%, pasando de 19.341 a 1'447.248 atenciones.

Conclusiones

La pandemia por Covid ha traído grandes cambios en el contexto social, con grandes afectaciones de los sectores económicos, y perjuicio a las pequeñas y medianas empresas que se enfrentan a las disminuciones de ingresos, reducción de ventas, despidos de personal e incluso cierres temporales y definitivos. El sector salud necesita con urgencia adaptarse a las nuevas exigencias para la prestación de sus servicios, con ampliación de la capacidad instalada, estrictos controles e implementación de estrategias tecnológicas.

Los servicios mediante telesalud se abren paso y se convierten en una importante estrategia para mejorar el acceso, la oportunidad y la relación costo-beneficio dentro del sistema de salud. Permite llegar a las regiones más apartadas del país y así mejorar la condición de salud de los habitantes de estas zonas, siendo su difusión un gran reto en el sistema de salud colombiano.

Referencias

- Bárcera, A. (2020). Los Efectos Económicos y Sociales del COVID-19 en América Latina y el Caribe. Legislando para la recuperación económica frente al COVID-19 Diálogo cooperativo entre las y los presidentes de los poderes legislativos de América Latina – ParIAmerica. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). https://www.cepal.org/sites/default/files/presentation/files/200605_final_presentacion_parlAmericasv_alicia_barcelona.pdf
- BBC News. (2020, 11 febrero). Coronavirus disease named Covid-19. *BBC News*. <https://www.bbc.com/news/world-asia-china-51466362>
- Consultor salud. (2020). Gobierno emitió guía para la limpieza y desinfección de servicios de salud ante el covid 19. <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2020/04/Telesalud-Guia-rapida-para-evaluacion-de-pacientes-COVID-19.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL-. (2020, julio). *Sectores y empresas frente al COVID-19: emergencia y reactivación* (N.º 4). https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45734/4/S2000438_es.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020, 11 febrero). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/telehealth-sp.html>
- Consejo Privado de Competitividad. (2020). Informe nacional de competitividad 2019-2020. https://compite.com.co/wp-content/uploads/2019/11/CPC_INC_2019-2020_salud.pdf
- Figuroa, L. (2020). Telesalud en Colombia, retos asociados con el COVID-19. *Biomédica*, 40(Supl. 2), 77-79. <https://doi.org/10.7705/biomedica.5594>
- Instituto Nacional de Salud. (2020). Covid 19 en personal de salud en Colombia. Boletín N°. 53. Fecha 29/10/2020. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronaviruss.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020a). Plan de contingencia para responder ante la emergencia por covid 19. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Documents/PLAN%20DE%20CONTINGENCIA%20PARA%20RESPONDER%20ANTE%20LA%20EMERGENCIA%20POR%20COVID-19.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020b). Expansión hospitalaria, una estrategia para la atención Covid 19. Boletín de prensa N° 123 de 2020. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Expansion-hospitalaria-una-estrategia-para-atencion-de-la-covid-19-.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020c). Total de camas UCI en el País para la atención de Covid 19 incremento en 91%. Boletín de prensa N° 684 de 2020. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Total-de-camas-UCI-en-el-pais-para-la-atencion-de-covid-19-incremento-91.aspx#:~:text=%E2%80%8BActualmente%20hay%2010.225%20camas,las%20cuales%204.879%20son%20nuevas.&text=Bogot%C3%A1%2C%207%20de%20septiembre%20de%202020>

unir

FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA
INTERNACIONAL
DE LA RIOJA

COLOMBIA



PROFESORES UNIVERSITARIOS COMO AGENTES DE SALUD PÚBLICA EN PANDEMIA: EXPERIENCIAS DESDE LA VIRTUALIDAD

University Professors as Public Health agents in the pandemic:
Experiences from Virtuality

Mónica Dávila Valencia*
Merly Karina Moran Cuan**
Universidad Cooperativa de Colombia, Bogotá, Colombia.

*Maestría en Educación. monica.davila@campusucc.edu.co. ORCID ID: 0000-0002-0793-5592. CVLAC: http://scienti.colciencias.gov.co:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001337338)

** Candidato a Doctor en Psicología. merly.moran@campusucc.edu.co. ORCID ID: 0000-0003-3635-6095
CVLAC: (http://scienti.colciencias.gov.co:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000494100)

Resumen

Impactar en la vida de los estudiantes desde la docencia, es una tarea formativa cotidiana, desde un saber disciplinar, en los espacios de aula y cátedra. Se convierte en una necesidad imperiosa en estos tiempos de pandemia debido al COVID-19 (SARS-CoV-2), donde el espacio físico se convirtió en virtual, y a los conocimientos que deben impartirse desde la profesión, se suman la educación en aspectos de otros dominios científicos consecuentes a la situación actual, que ajustan la tarea docente, en acciones intervencionistas conexos a la salud pública que no son de su injerencia. El confinamiento ha ocasionado que todas las actividades habituales, laborales, académicas y sociofamiliares, se realicen desde los lugares de residencia. Esta "nueva realidad" de realizar lo que no se "solía hacer", a través de otros medios y recursos, ha exigido hacer uso de estrategias reactivas, más no proactivas de afrontamiento, en la mayoría de las ocasiones, debido a los múltiples factores, sociales, ambientales, intrapersonales e intercontextuales que derivan del mismo a fin de lograr una adecuada adaptación a las circunstancias. Aunque la vida es un proceso de cambio constante, se mantiene la resistencia a este, pues es mejor quedarse en un "status quo", donde los hábitos, la adaptación, la controlabilidad y la previsibilidad son aspectos a conservar, pues la modificación de estos implica un proceso de desaprendizaje y aprehendizaje. Dicha reticencia, también se explica desde lo biológico, psicológico, social, cultural entre otros, a través de la neofobia, como elemento arquetípicamente subyacente emergente ante dichas situaciones. Pero los aspectos antes mencionados, pueden actuar como una posibilidad de análisis de espacios comunes compartidos por los individuos, donde la promoción de la salud y de adaptación al cambio, permita incrementar factores protectores para la salud mental, reduciendo efectos negativos, vista de una forma holística y desde el componente educativo, donde el docente puede convertirse en un agente de salud pública

Palabras clave: Educación Superior, Salud Pública, Salud Mental, Psicología, Promoción de la Salud, Calidad de Vida, Pandemia Covid, Profesores.

Abstract

To impact on the lives of students from teaching, is a daily formative task, from a disciplinary knowledge, in the classroom and lecture spaces. It becomes an urgent need during the pandemic due to covid-19 (SARS-CoV-2), where the physical space became virtual, and the knowledge that must be imparted from the profession must be complemented by education in other scientific domains consequent to the current situation. This turns the teaching task into intervention actions related to public health that are not their direct specialty. The confinement has meant that all usual activities, academic and socio-family work, are carried out from our residences. This "new reality" of doing what was not "used to be done", through other means and resources, has required the use of reactive, rather than proactive strategies, in most cases, due to the multiple factors: social, environmental, intrapersonal and intercontextual that derive from it in order to achieve an adequate adaptation to the circumstances. Although life is a process of constant change, resistance to it is maintained, as it is better to stay in a "status quo", where habits, adaptation, controllability and predictability are aspects to be conserved. Modifying these, it implies a process of unlearning and apprehending. This reluctance is also explained from the biological, psychological, social, cultural and several other points of view, through neophobia, as an archetypally underlying element emerging in such situations. The aforementioned aspects can act as a possible common space of analysis shared by individuals, where health promotion and adaptation to change, allow increasing protective factors for mental health, reducing negative effects, seen in a way holistic and from the educational component, where the teacher can become a public health agent.

Keywords: Higher Education, Public Health, Mental Health, Psychology, Health Promotion, Quality of Life, Covid Pandemic.

Abstract

Introducción

La presente investigación pretende generar una reflexión sobre las necesidades de salud pública que son inherentes a toda la población y pueden presentarse en cualquier contexto o situación social, pero son los docentes quienes se ven abocados a atender estas situaciones en lo académico, dentro o posterior al espacio de clase, donde el estudiante les expresa contrariedades relativas a otros contextos no académicos, pero que son preocupantes y terminan por afectar su rendimiento. Como consecuencia, en algunos casos se presenta ausentismo o abandono de sus estudios, a fin de atender estas otras necesidades. Varios de estos docentes, no cuentan con los recursos, formación y herramientas necesarias, para la orientación eficaz de estas situaciones, por lo cual, terminan derivándose a otros docentes, dependencias u especialidades, donde una pequeña fracción de estos casos son realmente orientados, recibiendo la ayuda correspondiente a través de planes de intervención y seguimiento efectivos, los demás casos, continúan en un riesgo latente, que pueden, en el peor de los escenarios, transformarse en pérdida de la salud y la vida, al perder la esperanza de solución posible.

Como docentes y pertenecientes a una comunidad, se genera compromiso de asistencia al estudiante desde la responsabilidad educadora, donde tácitamente, se espera que, desde la formación en espacios conjuntos, se favorezca el equilibrio entre lo profesional, lo pedagógico, lo intelectual, lo espiritual y lo mental. Al respecto Gavidia (2009), expresa que “el profesorado posee una serie de características que le confieren un papel muy importante para mejorar la salud en el contexto educativo” (p. 2). Por ende, lo habilita para ser agente de salud pública en dicho contexto. Además de su función educadora, tiene una social orientada tanto al aprendizaje como a la transmisión de cultura, valores, ciudadanía, entre otras, que aumentan la probabilidad de que el estudiante pueda tomar decisiones de manera apropiada, informada, crítica y razonada sobre sus aspectos existenciales, entre ellos la salud y condiciones de vida, tanto propias como colectivas.

Desde este contexto, es inevitable que un profesor no genere algún tipo de vínculo con sus estudiantes derivado de la relación académica. Dicho vínculo, genera una predilección por parte de estos últimos, hacia los primeros, de poner en conocimiento y consideración sus dificultades personales. Por lo general, los docentes profesionales del área de la salud mental podrían tener mayores herramientas a la hora de abordar alguna situación particular, mientras que profesores

disímiles a esta profesión, se ven en ocasiones en apuros y terminan remitiendo con prontitud casos que podrían ser abordados con algunos elementos desarrollados a través de un entrenamiento previo basado en capacitaciones relacionadas con cátedras para salud en aula. Habría que mencionar igualmente, que, del grupo de profesores mencionados en líneas ulteriores, en algunos pocos, debido al vacío o poco conocimiento para el abordaje o por requerimientos propios de las instituciones universitarias para el desarrollo de cátedras institucionales, deben remitir a estudiantes de manera infructuosa debido - podría decirse- a la poca capacidad de espacios atención o de seguimiento permanente a cada caso.

Por esto, se hace tanto necesario como pertinente la identificación de estas situaciones (no académicas) que aquejan a los estudiantes, indagando el proceso que se surte por parte de los docentes para su abordaje y seguimiento, y con esto, poder crear un programa guía de profesores sin distinción de carrera o profesión para el acompañamiento de estudiantes, en esos primeros momentos donde el estudiante reconoce y socializa los problemas percibidos.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, surge el objetivo y el alcance investigativo, el cual se orienta a identificar situaciones de índole diferente a lo académico presentadas y manifestadas por estudiantes a profesores universitarios, al impartir sus clases en tiempos de pandemia debido al COVID-19 (SARS-CoV-2), con el fin de crear conciencia social en temas de salud mental en profesores como agentes de salud pública. El alcance pretendido, posterior a la caracterización de los resultados, es diseñar un programa o cátedra de salud pública en el aula, para formar a profesores como agentes de salud pública.

Este trabajo pretende efectuar una contribución teórica desde un fenómeno generado tras pandemia, específicamente los efectos del confinamiento, y que no estaba contemplado entre las tantas actividades que un profesor debe desempeñar o estaba destinado a desarrollar desde su función académica. Adicionalmente, es una oportunidad para generar una serie de elementos que permitan acompañar a los estudiantes de la mejor manera posible a través de herramientas traducidas en competencias profesoras holísticas e integrales, siendo a la vez, agentes en salud pública que en la actualidad se requieren, dentro del desempeño de la labor educadora y docente.

Conceptos Fundamentales y Bases Teóricas

La Promoción de la Salud Educativa

Según la declaración de Ottawa (1986), "La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud y mejorarla" (Mejías; p. 11), lo cual implica la modificación de las condiciones ambientales, sociales y económicas, que tienen impacto sobre la salud desde el desarrollo de habilidades y capacidades por parte de las personas, que les permitan determinar las acciones concernientes a la prevención, intervención y rehabilitación. La mejora y el mantenimiento de la salud, no es propia y exclusiva de los profesionales de esta área, como ciudadanos somos responsables de contribuir a las acciones de bienestar, así como, a su defensa, tanto propia como colectiva.

Una oportunidad para lograr dicha contribución se relaciona con la generación de oportunidades de aprendizaje, efectuada de forma consiente, desde y hacia el entrenamiento sanitario, a fin de que se pueda constituir en un proceso transversal no solo en profesionales de la salud, sino también en profesionales sociales y de la educación. De esta forma, podrán responder a las diferentes necesidades de intervención, relacionadas con los problemas de salud, transiciones vitales, estilos vida y estrategias multisectoriales (Vargas, 2013).

Desde el inicio del presente milenio, los objetivos de salud han estado orientados hacia el establecimiento de garantías que permitan prevenir y controlar las enfermedades, a través de la mejora de las condiciones en los cambios esenciales en cada etapa de la vida, teniendo en cuenta la transición por diferentes contextos y situaciones. Tanto lo social como lo sanitario, se ha encaminado a desarrollar desde los entes de salud públicos y privados, estrategias para el establecimiento de políticas y mecanismos de gestión del cambio, orientado intersectorialmente, hacia el cambio de comportamientos saludables. (ver Figura 1)

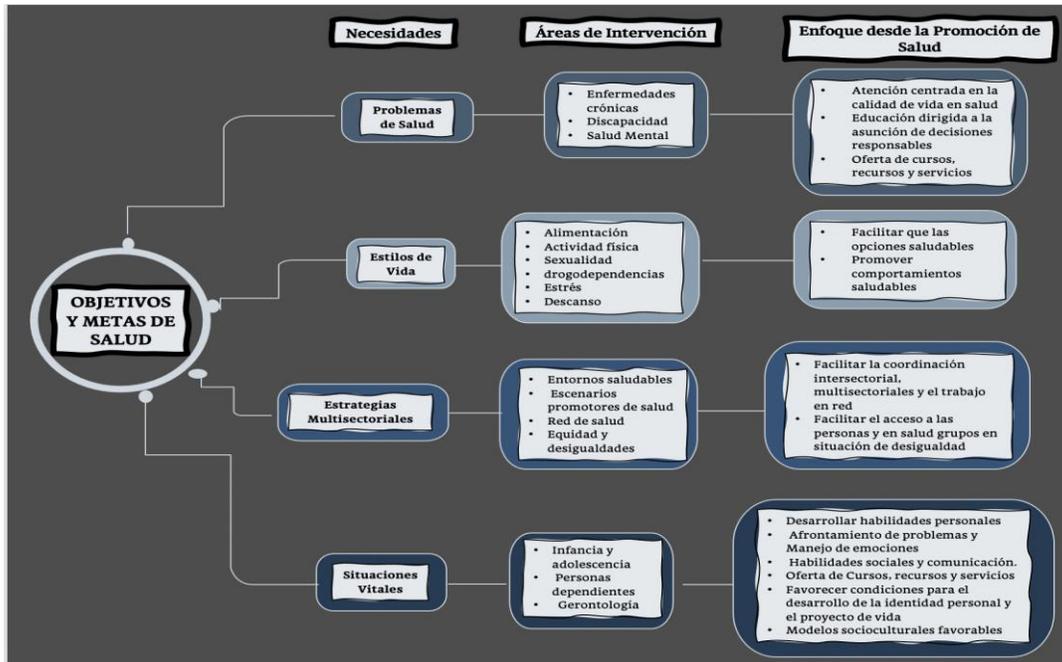


Figura 1. Necesidades/ áreas de Intervención y su enfoque desde la promoción de la salud (Atención Integral) en el entorno educativo. Fuente: Experiencia Investigadores; Formación en Promoción y Educación para la Salud (2003). España. Ministerio de Sanidad y Consumo

<p>Consejo y asesoramiento : Dirigido a estudiantes identificados, para apoyar las situaciones identificadas y buscar la solución. Es una intervención breve realizada, fuera de las horas de clase coordinando horarios entre profesor y estudiante.</p>
<p>Educación para la salud individual : Secuencia de diversas consultas educativas programadas, que se coordinan entre el profesional y estudiante; como fuente principal de seguimiento.</p>
<p>Educación para la salud grupal y colectiva : Intervenciones dirigidas a un grupo homogéneo de estudiantes con el objetivo de mejorar su competencia para abordar problemas o aspecto de salud que se presenten. También se contemplan las intervenciones dirigidas a grupos de estudiantes; donde se podrán desarrollar actividades, talleres, cursos o sesiones para incrementar y desarrollar la conciencia en aspectos de promoción y prevención, sociales, académicas, educativos, habilidades sociales y ambientales entre otras; que influyen sobre la salud.</p>
<p>Información y comunicación : Se requiere acudir a medios alternativos, donde se incluya el diseño y elaboración de diversas formas de información (flyers, infografías, videos, podcast entre otros) y apoyarse con los medios de comunicación universitarios (youtube, twitter, instagram, etc)</p>
<p>Acción y dinamización social : Para el desarrollo grupal/comunitario, se requiere de un trabajo grupal-cooperativo-en red, a través de alianzas con otras sedes, universidades y plataformas de trabajo</p>
<p>Medidas de abogacía por la salud en la promoción de la salud : Diseñar e implementar estrategias intersectoriales, interuniversitarias, multidisciplinarias y de política pública educativa y en salud, para desarrollar este tipo de estrategias de manera nacional.</p>

Figura 2. Propuestas de intervención en promoción y educación para desarrollar con los estudiantes identificados.
Fuente: elaboración propia.

Así mismo, se han generado estrategias de promoción de la salud en diferentes contextos, siendo uno de ellos el educativo. Las cuales se relacionan en la figura 2:

Docencia y Educación para la Salud

Según el Ministerio de Educación Nacional, la educación superior se imparte en dos niveles: pregrado y posgrado y el nivel de pregrado tiene, a su vez, tres niveles de formación, el primero nivel Técnico Profesional (relativo a programas Técnicos Profesionales), el segundo nivel Tecnológico (relativo a programas tecnológicos) y por último nivel Profesional (relativo a programas profesionales universitarios), siendo este último el abordado para la investigación. A su vez, algunos tienen un origen público y privado. De igual manera, desde la Educación Superior se ha concebido otras posibilidades de desarrollo educativo, para quienes no tienen opciones por tiempo y distancias lejanas a través del desarrollo de las TICs denominada educación virtual o educación en línea, lo que supera obstáculos que impiden aprender y enseñar. Aspecto que, a la fecha hace parte de la forma de impartir las clases debido a situación de pandemia y que, para este caso, evidencia ciertas situaciones identificados a través de los docentes.

Es importante establecer desde este punto, que la docencia no consiste únicamente en la transmisión de conocimientos, también implica la formación de conciencia de su existencia, de estar en el mundo que le rodea y de las capacidades subyacentes que tiene o puede desarrollar para actuar a favor de la trascendencia humana. Al respecto, Morán (2004), afirma que “La verdadera docencia es aquella que propicia que el alumno se forje la necesidad de aprender por su cuenta y que encuentre en el profesor un guía, un acompañante de travesía para llegar al conocimiento y en el grupo un espacio de encuentro, de intercambio, discusión y confrontación de ideas” (p. 43).

Al respecto Davó (2009) manifiesta que el docente es un observador privilegiado, modelo para los escolares, transmisor de mensajes de salud, promotor de programas, agente crucial para el cambio y mejora de la salud escolar, tema que no es ajeno al ámbito universitario, donde el profesor en repetidas ocasiones está asumiendo acciones similares para la población específica. En estos tiempos de confinamiento por pandemia, es clave educar para la salud y para ello, es necesario que cualquier profesor esté capacitado, entrenado e informado en favorecer espacios

para la comunicación asertiva y desde un punto de vista sensible. De igual forma, que tenga conciencia social y su labor no sea solo transmitir conocimientos; sino que se posibiliten escenarios para el acompañamiento individual y colectivo, teniendo en cuenta cada subjetividad humana, dado que estamos llamados a contribuir como profesionales sanitarios.

A fin de dar mayor claridad entre la relación docencia – Salud, a continuación, se exponen a forma de glosario algunos conceptos básicos:

1. **Educación para la Salud:** Son las oportunidades de aprendizaje sobre la alfabetización sanitaria y el desarrollo de habilidades personales que promuevan la salud individual y colectiva.
2. **Universidad Saludable:** Espacio que posee un ambiente sano donde se aprende de una manera solidaria y sano.
3. **Promoción de la Salud:** Proceso por medio del cual las personas incrementan el control sobre su salud y la mejora.
4. **Promoción de la Salud Universitaria:** Programas de promoción en salud que se desarrollan a través de diversas acciones entre capacitaciones, talleres, cátedras, entre otros, buscando el beneficio de toda la comunidad académica.
5. **Universidad Promotora de Salud:** Universidades que incorporan programas de promoción de la salud desde el componente académico
6. **Conciencia Social:** Es un concepto psicológico, que permite entender que la finalidad de la educación para la salud no es solo cuestión de transmisión de conocimientos, sino la capacidad de razonar e interpretar cómo se abordan.
7. **Inteligencia Profesional Docente:** Es saber utilizar el conocimiento de la propia profesión para la orientación de situaciones de salud en la labor educadora, en el en caso de no contar con ellos, buscar espacios de formación en temas concernientes para la salud.

En Suma y desde lo propuesto hasta el momento, el presente artículo tiene como finalidad presentar una caracterización sobre las situaciones que se identifican o experimentan sus estudiantes, de forma concomitante de índole educativa, que manifiestan a sus profesores dentro del espacio de clase, o fuera de estas, que son de gran preocupación y pueden llevar al estudiante a afectar su situación de rendimiento académico tanto en lo que respecta a salud física como psicológica. Para ello, se diseñó un cuestionario para el diligenciamiento de los profesores, con el fin de evidenciar estos aspectos. Los datos resultantes se encuentran organizados en categorías teniendo en cuenta: la situación de confinamiento y situaciones

conexas, la modalidad docente y las afectaciones en estudiantes universitarios y la forma de abordaje del docente.

Metodología

El estudio adopta una metodología cuantitativa no experimental, de corte transversal tipo exploratorio-descriptivo. Este tipo de metodología desde su caracterización exploratoria permite centrar las ideas y percepciones sobre un fenómeno objeto de estudio, a la vez que, posibilita la profundización de problemas relacionados, en este caso, los docentes como agentes de salud pública. Por otro lado, por su carácter descriptivo, precisa las opiniones, actitudes y/o comportamientos explorados sobre el tema en cuestión, logrando establecer la importancia de los datos de forma tanto individual como colectiva, en referencia a las problemáticas y objetivos propuestos.

Esta investigación se realizó en Colombia con profesores en ejercicio docente activo, en modalidad de clases remotas, derivado del confinamiento por COVID-19 (SARS-CoV-2). Teniendo en cuenta, que, aunque se lograron rastrear datos de docentes de varias ciudades y universidades connacionales, no se obtuvieron la totalidad de datos concernientes a la población universitaria profesoral del país, se efectuó un muestreo no probabilístico a conveniencia del investigador y bola de nieve.

El instrumento utilizado para la recolección de datos para la investigación fue un cuestionario de 16 preguntas de opción múltiple, diseñado y validado por las investigadoras. La aplicación fue virtual, a través del envío de enlaces del aplicativo Microsoft Forms a través de correo electrónico y redes sociales, con un tiempo promedio de respuesta de 13 minutos aproximadamente. El cuestionario consta de un consentimiento informado, ítem de comprensión de instrucciones del cuestionario y datos sociodemográficos relacionados con el género, edad, universidad y modalidad en que labora (Variables Nominales). Las preguntas siguientes permiten identificar las percepciones, opiniones y experiencias relacionadas con la temática investigativa (variable discretas y continuas). Las preguntas finales se relacionan con aspectos de interés en resultados y participación en futuros desarrollos de la propuesta.

El análisis de la información, se efectuó tabulación de resultados por tendencia a partir de la frecuencia de cada respuesta y comparación sistemática de datos por dimensiones de análisis:

Situaciones de preocupación índole no académico en estudiantes vs. estrategia de intervención docente como agente de salud pública. (Ver Tabla 1):

CATEGORÍAS	DIMENSIONES
Situaciones de preocupación índole no académico en estudiantes	Preocupaciones Situacionales Preocupaciones Índole Psicológico
Estrategia de intervención docente como agente de salud pública.	Espacio de Atención Orientación y consejería Recomendaciones e Intervención en Salud

Tabla 1. Variables y Dimensiones de Evaluación Nota: La tabla relaciona las variables de estudio con su respectiva dimensión de análisis

Los criterios de inclusión para el estudio se propusieron teniendo en cuenta, el objetivo del cuestionario y sus condiciones de diseño, para lo cual, se establecieron los siguientes: la población objetiva; profesores universitarios colombianos, en ejercicio docente activo en periodo de confinamiento, sin distinción de carrera o profesión ejercida, sin restricciones en edad, género o cátedra impartida, Se permite que a su vez, cada profesor generara la réplica a sus contactos y colegas (Muestreo Bola de Nieve).

Resultados y discusión

Para el análisis de datos del cuestionario, se efectuó un procesamiento estadístico elemental, calculando frecuencia de respuestas y sus correspondientes porcentajes. La finalidad de los cuestionarios de tipo descriptivo-exploratorio es organizar los datos teniendo en cuenta la relación entre variable, dimensión y respuesta de los participantes, evaluando el fenómeno de estudio (Profesores como agentes de Salud Pública) desde la realidad evitando la emisión de juicios, y analizar las respuestas de los participantes en el estudio con mayor acierto.

Tomando como referencias las variables sociodemográficas, el cuestionario fue diligenciado por sus profesores en mayor porcentaje femenino 53% y masculino 43%; varios de los cuestionarios que fueron allegados a los profesores, no fueron diligenciados, por una parte, porque no estaban de acuerdo (sin consentimiento informado) y por otra no cumplían las condiciones de inclusión para el estudio. Las edades se ubicaron en un intervalo de 29 a 66 años, donde el mayor

porcentaje de respuesta se ubicó en edades entre 40 – 49 años (41,4%), seguido del grupo de 30 a 39 años (27,6%), y 50 a 59 años (19%).

Las universidades en las cuales se encuentran laborando los participantes del estudio, se relacionan en la tabla 2. Las universidades se encuentran ordenadas por cantidad de respuestas de participantes pertenecientes a las *mismas*.

UNIVERSIDAD	SIGLA
Universidad Cooperativa de Colombia– Varias Sedes y Seccionales	UCC
Corporación Universitaria Empresarial Alexander Von Humboldt	CUE
Universidad de Cundinamarca	UCUNDINAMARCA
Fundación Universitaria de Popayán	FUP
Pontificia Universidad Javeriana	PUJ
Servicio Nacional de Aprendizaje	SENA
Universidad Santo Tomás – Varias Sedes	USTA
Universidad Manuela Beltrán – Varias Sedes	UMB
Unisangil – Alianza Estratégica Universidad Autónoma de Bucaramanga	UINISANGIL
Universidad Autónoma de Bucaramanga	UNAB
Universidad de Córdoba	UNICORDOBA
Universidad Pontificia Bolivariana – Varias Sedes	UPB
Universidad San Buenaventura - Varias Sedes y programas en extensión	USB
Universidad de Investigación y Desarrollo	UDI
Universidad de Manizales	UMANIZALES
Universidad de Santander – Varias Sedes	UDES
Universidad del Quindío	UNIQUINDIO
Universidad la Gran Colombia	UGC
Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano -	UTADEO
Universidad del Magdalena -	UNIMAGDALENA
Universidad Simón Bolívar — Varias Sedes	UNISIMON

Tabla 2. Universidades donde laboran los Profesores participantes del estudio

En lo que se refiere a la modalidad de estudio de los programas a los que pertenecen los profesores participantes en el estudio, antes de la pandemia, el 91,4% pertenece a la modalidad presencial, el 8,6% a la modalidad virtual y el 1,7% a una modalidad mixta.

Frente a las situaciones personales no académicas, dentro del marco de la clase, el solo el 81% de los docentes se encuentra siempre atento a estas situaciones, mientras el 8,6% de forma ocasional. Dentro de este mismo contexto, el 91,4% manifiestan que son abordados por sus estudiantes para manifestarles sus preocupaciones en el espacio de clase 5,2%, fuera del espacio de clase el 77,6%. Las atenciones, orientaciones y recomendaciones realizadas por los docentes

frente a estos aspectos, el 58,6% remite a otra dependencia, entre ellas bienestar universitario, coordinación académica, consultorios universitarios (jurídico, médico, psicológico) o un profesor orientador (Psicólogo, Trabajador Social, Médico, Psiquiatra, Abogado), el resto correspondiente al 41,4%, atiende el caso en primera instancia (en su mayoría donde su profesión o carrera se relaciona con la psicología o el docente tiene especialidad o experticia en el área), pero el 27,1% de este porcentaje, deriva el caso a otra dependencia o especialista en segunda instancia.

Los casos que son atendidos por los docentes (91,4%), la estrategia más utilizada para su orientación o generación de recomendaciones es la escucha atenta (43,1%), seguida de la consejería (37,9%). Otras estrategias utilizadas son la intervención en crisis (22,4%), capacitación y talleres (12,1%) y otros (13,8%).

En las figuras 3 y 4, se relaciona los resultados de las situaciones personales no académicas y de índole psicológico, que los docentes participantes en el estudio han tenido que atender/manejar durante el tiempo de confinamiento debido a la pandemia de COVID-19 (SARS-CoV-2), solicitados por sus propios estudiantes y los ajenos a su clase.

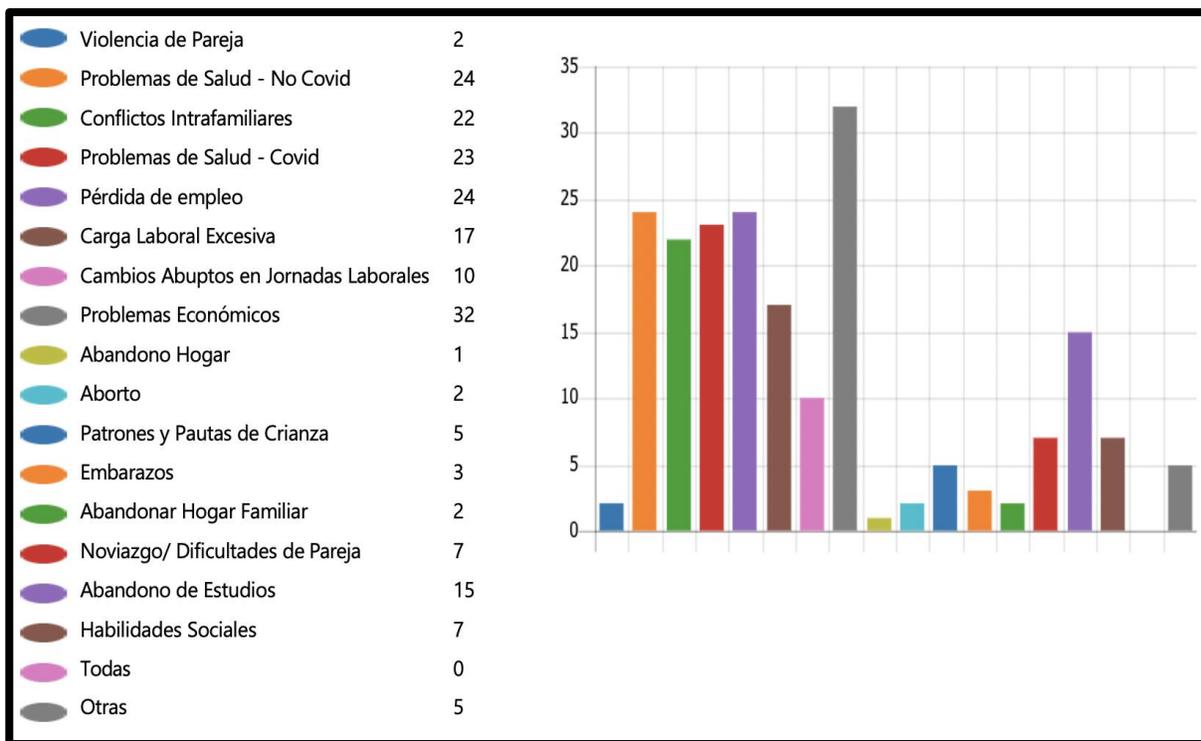


Figura 3: Situaciones no Académicas que preocupan a los estudiantes y han tenido que ser asumidas o manejadas por profesores universitarios. Fuente: Elaboración Investigadoras

Uno de los problemas predominantes son los problemas económicos (55,2%), seguido de pérdida de empleo y problemas de salud No COVID (41,4%), Conflictos familiares, y Problemas de Salud COVID (37,9%), una tercera fuente de preocupación se relaciona con la carga laboral excesiva y abandono de estudios (27,6%).

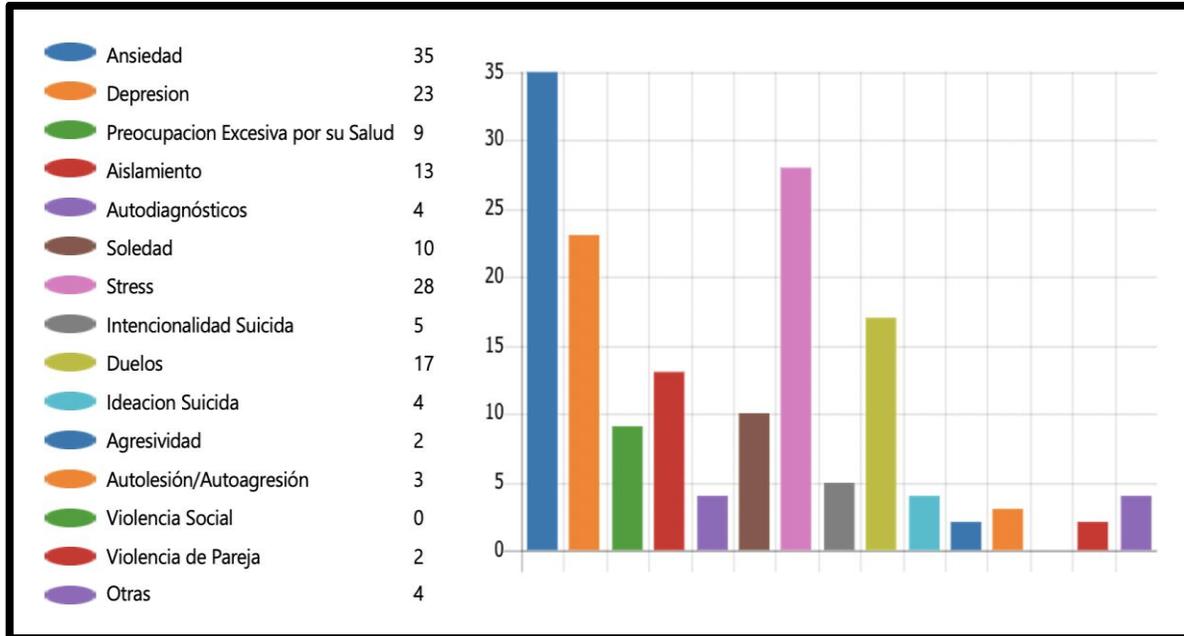


Figura 4. Situaciones no Académicas de Índole Psicológico que preocupan a los estudiantes y han tenido que ser asumidas o manejadas por profesores universitarios. Fuente: Elaboración Investigadoras

La figura 4, presenta las preocupaciones personales no académicas de índole psicológica que son motivo que el estudiante busque o solicite ayuda de sus profesores. La ansiedad (22,7%) es el problema de índices psicológico más consultado. Otros síntomas por la cual los estudiantes buscan ayuda y orientación son, estrés (18, 2%), depresión (14,9%), duelos, preocupación por enfermedad de un familiar cercano y muerte (11%), aislamiento, soledad y preocupación por su salud (7.1%).

Con base en los resultados, se puede entrever que existe una tendencia a generarse un vínculo entre profesor y estudiante, en el cual siente confianza para manifestarle situaciones que le preocupan fuera del ámbito académico, esperando tanto su ayuda como alternativas de solución, que le permitan superar su situación actual. Muchos de los docentes en su tarea formadora tienen la intención, de buscar la mejor forma de orientar, pero no cuentan, en la mayoría de los casos, con los recursos profesionales o pedagógicos que respondan de forma eficaz a las necesidades de salud física y psicológica de sus estudiantes, razón por la cual, dichas

problemáticas son derivadas a otras dependencias dentro del entorno universitario. Otros, son remitidos por los docentes de forma directa a especialistas de la rama de la salud.

Es importante mencionar en este punto, que la mayoría de los casos, aun hayan sido orientados por docentes o atendidos en dependencias universitarias destinadas para ello, siempre terminan en consulta especializada de médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, entre otros.

De lo anterior se deriva que, aun cuando los docentes pueden velar por la salud de la comunidad universitaria, como parte de la formación integral del estudiantado, no cuenta con la preparación suficiente e idónea para ser agente de salud pública. Los profesores reconocen que hacen falta estrategias dentro de las instituciones universitarias, que promuevan la conciencia social de la salud en estudiantes, las cuales se encuentran especificados en la figura 5.

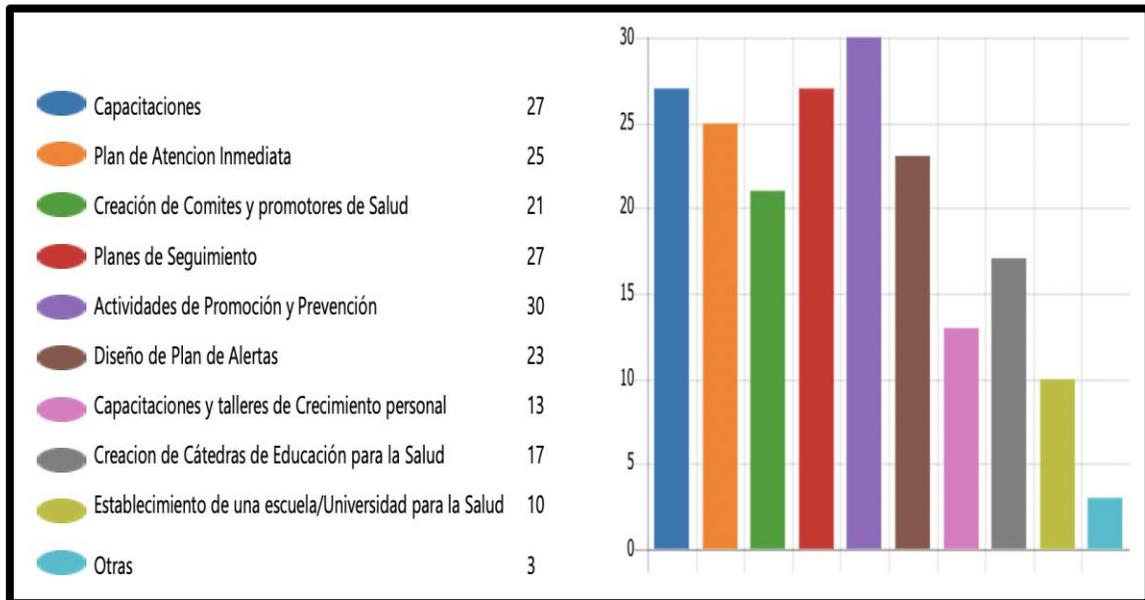


Figura 5. Acciones recomendadas por los profesores a las instituciones universitarias, para manejo de situaciones personales no académicas en pro de la promoción de la salud y la conciencia social. Fuente: Elaboración Investigadoras

Como puede observarse, según los profesores, para que pueda formarse la conciencia social universitaria en torno a la salud pública deben diseñarse de cátedras y/o establecimiento de escuelas para la salud dentro del entorno universitario (18,9%), efectuar un incremento de las actividades de promoción y prevención (15,3%), capacitaciones tanto a docentes como estudiantes en lo que se refiere a la educación en salud (13,8%), planes de seguimiento efectivos en estrecha relación con la situación presentada (13,8%), planes de alerta y acción e intervención

inmediata dentro del campus (11,2%). Cabe mencionar, que los presentes datos se han incrementado en el tiempo de confinamiento, haciéndose más clara la necesidad de fortalecer los procesos interventivos por parte del personal de salud, consolidar el ejercicio docente integral a través de las cátedras para la salud, para la formación de agentes de salud pública, y cimentar en las universidades la conciencia social a través de la conformación de escuelas para la salud, a fin de promover la inteligencia profesional docente.

Conclusiones

Un primer elemento para considerar es el vínculo existente entre profesores y estudiantes que trasciende de lo meramente académico. Por lo cual, es muy plausible que el docente sea conocedor de alguna situación personal no académica, que genera preocupación en alguno de sus estudiantes y este proceda a atenderla en el espacio de clase o fuera de este, según la situación evidenciada. A través de un encuentro individual se escucha al estudiante de manera atenta para poder hacerse una idea de su situación y apoyar la situación inicial, para luego tomar la decisión de la remisión respectiva o a qué tipo de programas que facilita la institución puede soportar el proceso.

Existen circunstancias en las cuales el docente no cuenta con las herramientas y recursos necesarios para orientar de forma idónea al estudiante, debido a lo cual, suele remitir a otro docente que tenga una profesión relacionada con su problemática, u otra dependencia de la universidad organizada para dicho fin (Bienestar universitario, Consultorios Psicológico y Jurídicos, coordinaciones académicas). En esta instancia, se acude a la consejería como una estrategia de acompañamiento y apoyo para asumir las exigencias que demandan la vida universitaria y las diversas situaciones que cada estudiante presenta, máxime con la situación actual. Aquí se pueden abordar aspectos familiares, personales, emocionales, sentimentales, laborales, resolución de conflictos y como mantener su estabilidad emocional, personal, socio-familiar y cómo irse enfrentando día a día a las dificultades. Es importante precisar que, si bien se cuenta con esta estrategia, muchos de los casos, cuando no han podido resolverse con los docentes o dependencias, son remitidos a entidades de salud (EPS, IPS, Clínicas, Hospitales, centros de Salud Especializados).

Un segundo elemento, se relaciona con las situaciones personales no académicas que preocupan a los estudiantes a partir del confinamiento por pandemia (COVID--19; SARS-CoV-2), y que han

tenido que asumir/ manejar desde la labor docente donde se identifican en mayor proporción, por problemas económicos, los cuales son debidos a la pérdida de empleo (otro factor de preocupación) o desempleo, en diversidad sectores, han sido fuertemente golpeados por la crisis económicas, representada en cierres, suspensión total o parcial de actividades productivas, quiebras de negocios, trabajo informal a menor coste y menor ingreso económico, donde jóvenes y personas con empleos informales han sufrido la mayor parte y han quedado a la intemperie sin un sustento laboral, causando una crisis laboral familiar y personal.

Junto a lo anterior, existe desasosiego por problemas de salud – No COVID preexistentes frente al nuevo virus, sus consecuencias y efectos, conflictos familiares que se derivan de un mayor tiempo de convivencia en casa y problemas a la hora de adaptarse a las consecuencias del confinamiento, problemas de salud – COVID, por incremento en la tasa de contagios y muertes tanto a nivel nacional como internacional. Por último, la carga laboral excesiva, debido a la reducción de empleos y puestos de trabajo, junto con la implementación del teletrabajo como estrategia, terminaron por repercutir y afectar su proceso académico, en situaciones derivaron en el abandono de sus estudios.

Sumado a ello, también se presentan situaciones personales no académicas de índole psicológica, que mantienen o agravan muchas de las situaciones antecedentes, entre las cuales se encuentran en orden manifestación/riesgo, sintomatologías asociadas con la ansiedad, el estrés, la depresión y el duelo. Con respecto a la ansiedad, pareciera que podría ser natural sentirla en las diversas crisis por las que se atraviesa como humano, pero en particular y debido a la pandemia se ha venido acrecentando, se han ido incrementando diversos síntomas como la inseguridad la incertidumbre y el no poder tener control sobre lo que pasará. Es claro que la ansiedad es una emoción normal, que permite alertar al individuo y a la larga protegerlo; pero por estos tiempos esta emoción está generando que tanto estudiantes como profesores puedan sentirse agobiados, bloqueados y no sentirse capaz de afrontar las situaciones que la pandemia está generando.

Con respecto al estrés, la pandemia misma está resultando estresante para los estudiantes. Muchos evidencian temores y miedos, no solo por la misma pandemia, sino por lo que puede suceder; generando cambios emocionales tanto en jóvenes como en adultos. Es así, como es necesario tomar medidas para poder asistir a los estudiantes y a la vez a los profesores. El distanciamiento en hogares con posibles dificultades relacionales entre las familias, espacios reducidos, dificultades económicas, pocas habilidades sociales y relaciones resquebrajadas son

detonantes para que todo esto se esté presentando. Aprender a lidiar de manera asertiva las situaciones de estrés podrá fortalecer a cada estudiante, en su núcleo familiar, sus relaciones en diversos entornos como el educativo y mejorar su desempeño académico.

La pandemia, es un momento donde la humanidad se ha visto forzada a estar inactiva en sus hogares y viviendo cada día con incertidumbre constante, es inevitable no padecer cuadros depresivos. Éste se caracteriza por ser un trastorno que afecta mental y físicamente las formas de pensar y sentir, que puede iniciar en alguna etapa del ciclo vital, corriendo riesgos abismales y viviendo momentos estresantes y en algunos casos perturbadores, como querer alejarse de la familia, amigos, universidad, trabajo entre otras. Con la sobrecarga de responsabilidades y los diversos pensamientos que van llegando, estudiantes y profesores se van afectando en sus actividades cotidianas.

Otra afectación a la que se le debe prestar atención es el duelo. Es un evento considerado atípico, pero relevante debido a las diversas pérdidas que se pueden presentar en estos momentos y a las diversas formas de afrontarlos. Cada individuo dinamiza sus respectivas pérdidas y va asumiendo las cargas emocionales que esta trae. Hay duelos por pérdidas de seres queridos que no pueden tener una despedida como se espera, hay otras por pérdidas laborales, emocionales, de pareja, económicas y, dependiendo de cómo se afronte, se elabore, se reciba acompañamiento y apoyo social, su prolongación podrá incrementarse o disminuirse y evitar que sea vivido con profundo dolor.

Como tercer elemento, las preocupaciones de los estudiantes se derivan en afecciones tanto físicas como mentales. El confinamiento deja como consecuencia crisis emocionales, de pareja, toxicómanos, síndromes de abstinencia, estados delirantes, violencias (de pareja-intrafamiliar), abuso sexual, problemas de convivencia en espacios reducidos y por hacinamiento en la vivienda, problemas de conexión a internet y afectaciones relacionadas con aspectos laborales como cansancio excesivo por las largas horas laborales asociadas al confinamiento en un mismo lugar. Se acrecientan por las dificultades familiares que se generan, al tener que asilarse, por el temor a contagiar a los familiares, máxime si la convivencia es con población de riesgo como adultos mayores, con alguna enfermedad crónica no transmisible o personas en condición de discapacidad donde, las implicaciones de recuperación se suman a la imposibilidad de continuar trabajando por la obligatoriedad del aislamiento.

Como elemento final y en relación con el tipo de orientación/recomendación que fue suministrada al estudiante en relación con la situación presentada, las que puntuaron más altas fueron actividades de promoción y prevención, planes de seguimiento, capacitaciones y plan de atención inmediata. Estas orientaciones permitirán un acercamiento más contundente al abordaje a tener con los estudiantes que podrán hacer parte del programa o cátedra de salud pública en el aula, para formar a profesores como agentes de salud pública y enfrentar estas situaciones que se pudieron evidenciar y que terminaron siendo comunes en una amplia población de profesores universitarios con sus estudiantes a causa de la pandemia.

Como resultado, se evidencia la importancia de la creación de una cátedra en salud pública que responda a las necesidades generadas a partir del confinamiento por pandemia (COVID-19; SARS-CoV-2) en los temas aquí identificados; y, sobre todo, en profesores universitarios sin distinción de carrera o profesión para el acompañamiento de estudiantes. Se espera que esta cuente con diversas actividades a modo de entrenamiento y conocimiento en elementos con respecto a situaciones no académicas de índole psicológica. Así mismo, sería una línea futura, ya que el desafío de abordar estos temas con profesores de otras profesiones, implican unas líneas pedagógicas, metodológicas, técnicas, educativas y académicas muy puntuales para un buen proceso. Aunado a lo anterior, se requiere de un gran compromiso profesional por parte de los docentes involucrados en dicho entrenamiento.

En consecuencia, también es necesario poner en evidencia como los profesores se han convertido nuevamente en estudiantes, desde la reorganización de sus tiempos, su trabajo cotidiano, tener a punto plataformas, herramientas virtuales, estudiar nuevas maneras de dictar sus clases, sobrellevar su salud mental y situaciones no académicas de índole personal con sus estudiantes como lo evidencia esta investigación. Igualmente, es de resaltar, la necesidad imperiosa de generar programas de formación profesoral en el uso de nuevas tecnologías en una nueva forma de concebirse como constructores de conocimiento, mentores, facilitadores de aprendizaje y educadores de emociones, para que puedan desarrollarse de la mejor manera en estos tiempos de confinamiento en sus procesos de enseñanza.

Referencias

- Davó, M. (2009) La Cultura de la Salud en las Aulas de Educación Primaria y la incorporación de la Escuela Promotora de la Salud a la Salud Escolar en España. Tesis doctoral. Universidad de Alicante.
- Gavidia, V. (2009). El profesorado ante la educación y promoción de la salud en la escuela. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 23, pp.171-180. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3082143>
- Ministerio de Educación Nacional de Colombia. (s.f). Instituciones de Educación Superior. Mineducación. <https://www.mineducacion.gov.co/portal/Educacion-superior/Sistema-de-Educacion-Superior/231240:Instituciones-de-Educacion-Superior>
- Morán, P. (2004). La docencia como recreación y construcción del conocimiento Sentido pedagógico de la investigación en el aula. *Perfiles educativos*, 26(105-106), 41-72. Recuperado en 30 de octubre de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982004000100003&lng=es&tlng=es.
- Vargas, Y. (2013). Proyecto de educación afectivo sexual en los ciclos formativos de grado superior del IES Emilio Ferrari. Trabajo de Grado no Publicado. <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/4385/TFG-G474.pdf;jsessionid=85439A073B9ADD42F3EB9AD4D35C82F5?sequence=1>

unir

FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA
INTERNACIONAL
DE LA RIOJA

COLOMBIA



PAPEL DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN RETORNO LABORAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Occupational health and safety's role
in pandemic times

Yohanna Milena Rueda Mahecha*

Cesar Augusto Silva Giraldo**

David Andrés Suárez Suárez^{4***}

Universidad Internacional de La Rioja en Colombia, Bogotá, Colombia

Resumen

El COVID 19 ha generado afectaciones a todos los sectores económicos y sociales en el mundo sin importar su naturaleza, ya que ha suscitado una disminución apresurada de empleos, reducción en los gastos, cambio en los hábitos de consumo y una transformación en las rutinas de todos los seres humanos alrededor del planeta. Es claro que la pandemia ha representado una situación difícil para la economía a nivel global. Indudablemente, quedará en la historia, así como las otras pandemias que han ocurrido a lo largo del tiempo y definitivamente a las comunidades les quedará el reto de salir adelante. Es por esto, que en tiempos de pandemia las empresas deben comenzar a reestructurar sus formas de trabajo y determinar cómo será su actuar y articulación con los trabajadores, además de reinventar su gestión con la nueva realidad, entre muchas otras situaciones que puedan surgir. Un reto clave recae en los profesionales que ejercen la seguridad y salud en el trabajo en las empresas, ya que de ellos depende que la reapertura económica por medio del retorno al trabajo seguro sea una realidad. Por lo cual, es importante revisar y coordinar los procesos para la adecuada gestión del riesgo en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), incluyendo el riesgo biológico por contagio del virus.

Palabras clave: COVID – 19, Seguridad y Salud en el Trabajo, Pandemia.

Abstract

COVID – 19 has affected all economic and social sectors in the world regardless of their nature. It has led to a hasty decrease in jobs, reduction in expenses, change in consumption habits and a deep transformation in all human being's routines around the globe. It is clear that the pandemic has represented a difficult situation for the global economy, undoubtedly, it will remain in history, as well as the other pandemics that have occurred over time, and communities will definitely be challenged to move forward. For this reason, in times of pandemic, companies must begin to restructure their ways of working and determine how they will act and articulate with employees, in addition to reinventing their management with the new reality, among many other situations that may arise. A key challenge falls on professionals who manage occupational health and safety areas in companies, since it depends on them that the economic reopening through safe return to work is a reality. Therefore, it is important to review and coordinate the processes for adequate risk management in the Occupational Health and Safety Management System (OHS-MS), such as including biological risk due to virus contagion.

Keywords: COVID-19, Occupational Safety and Health, Pandemic

* Magíster en Educación con énfasis en Lectura, Escritura y Matemáticas. yruedamahec@uniminuto.edu.co

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0722-6593> CVLAC:

https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001533647

** Doctorando en Ciencias Económicas y Administrativas. cesar.silva@unir.net ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8023-8531> CVLAC:

http://scienti.colciencias.gov.co:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001547833

*** ⁴ Máster en Dirección y Administración de empresas MBA. davidsuarezsuarez@unir.net ORCID ID:

<https://orcid.org/0000-0001-9508-3029>

CVLAC:

https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001575233

Introducción

La pandemia presentada por el COVID-19 ha generado que se frene de manera repentina y por completo el funcionamiento de las sociedades a nivel mundial. Esto se puede evidenciar en el informe que genera el Banco Mundial (2020) donde menciona que la economía mundial se reducirá en un 5.2 % este año por la pandemia, ya que llevó a muchos países a tomar como medida de prevención la cuarentena de carácter obligatorio debido a la forma de transmisión del virus. Este se puede presentar en un período de incubación que oscila entre 1 a 14 días aproximadamente. Esta estrategia de prevención llevó a que muchas empresas cerraran definitivamente, por tal motivo, los gobiernos a nivel mundial empezaron a estudiar cómo realizar la reactivación de la economía. Al llegar a la conclusión que se debía hacer un retorno al trabajo de forma segura, se reforzaron las medidas de prevención generadas a nivel mundial, más las propias de las empresas generadas de acuerdo con la actividad económica a la que pertenecen. Y, sobre todo velando por qué no se genere un aumento de contagios y fatalidades en este retorno para hacer reapertura económica (Sanahuja, 2020).

Este artículo busca ofrecer un marco general para la inclusión del COVID-19 en la gestión del riesgo y en la administración de la seguridad y salud de los trabajadores. Este proceso debe ser liderado por los gerentes de las empresas de la mano de su líder de seguridad y salud en el trabajo y acompañado por las entidades gubernamentales encargadas de dictar los lineamientos generales para el retorno de trabajo seguro.

Es claro que la salud va primero, sin embargo, las economías de los países necesitan de la reapertura de las industrias para evitar, que se sigan generando indicadores negativos en sus sistemas económicos. De igual forma, las personas que trabajan en la informalidad y viven de lo que producen a diario requieren volver a las calles para generar ingresos a sus familias y así contribuir con esta reactivación. (Alfaro, Becerra, y Eslava, 2020).

En corto tiempo la pandemia ha generado muchos registros del desastre económico a nivel mundial. Un ejemplo de ello lo reporta el Fondo Monetario Internacional el cual proyecta que el Producto Interno Bruto (PIB) por habitante en 170 países va a decrecer, lo que llevará a que la economía mundial se contraiga en un 3 por ciento. (Baldwin and Di Mauro, 2020).

Como resultado, se genera incertidumbre en todos los países del mundo, porque nadie puede predecir cómo la pandemia continuará comportándose mientras llegan los medicamentos o la

vacuna para poder tratarla. Dado que, si se presentaran nuevos brotes o más confinamientos, es posible generar más efectos adversos en la economía para 2020. Por lo tanto, surge la importancia de fomentar un liderazgo desde el área de seguridad y salud en el trabajo para el apoyo de la apertura económica con un retorno seguro al trabajo, bajo procesos muy rigurosos para la seguridad de los trabajadores en la ejecución de sus actividades y con el objetivo de no producir más casos de contagio que conduzcan a retroceder en esta estrategia.

Metodología

Este proyecto se desarrolló a partir de una investigación descriptiva, determinando como la unidad de análisis, los cambios generados en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) por la pandemia, donde se analizó el papel del sistema en el retorno de trabajo seguro.

Se abordó desde un enfoque cualitativo, al caracterizar los aspectos relevantes de los protocolos de bioseguridad generados por los gobiernos para hacer la reapertura económica y cómo esto repercutió en el SG-SST; esto con el fin, de observar y analizar la importancia que tiene la seguridad y salud en el trabajo para las empresas en tiempos de pandemia. Es importante mencionar que se trabajó desde las directrices dadas por los gobiernos en especial el de Colombia y los artículos publicados en este campo para ser utilizados como base con el fin de identificar la relevancia de la Seguridad y Salud en el Trabajo en un proceso de pandemia.

La investigación se llevó a cabo mediante tres fases. La primera fue una etapa diagnóstica. En esta, se realizó la revisión registrada en el estado del arte para identificar los lineamientos en común dados por los gobiernos en diferentes países. En la segunda fase se hizo un proceso de comparación de estos lineamientos más los aspectos relevantes en cada artículo publicado con relación al tema y la tercera, fue determinar la importancia de la Seguridad y salud en el Trabajo durante periodos de crisis como este.

Resultados y discusión

La mayoría de la población mundial pasa gran parte de su día en el trabajo, y se hace durante casi toda la vida. Esto significa que, el entorno laboral y el lugar de trabajo tienen un fuerte impacto en las condiciones de vida y el bienestar del trabajador y sus familias. Por lo tanto, la seguridad y salud en el trabajo es un eje principal que debe estar presente en cualquier relación laboral y, por ello, se debe garantizar un adecuado engranaje entre estos aspectos. A razón de ello, todos los que trabajan deben sentirse seguros en el desarrollo de sus actividades laborales, sin sentirse expuestos a riesgos indebidos.

Por lo anterior, los lugares de trabajo son espacios importantes en los que empleadores y trabajadores difunden información y ayudan a crear conciencia sobre la Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), en este caso en particular apoyando medidas de prevención y protección para mitigar el riesgo de contagio. En consecuencia, se debe exigir a los empleadores, en la medida en que sea razonable y factible, que garanticen que los lugares de trabajo, la maquinaria, el equipo y las operaciones y procesos bajo su control sean seguros y no creen ningún riesgo para el bienestar de los trabajadores. En cuanto a los empleados, se debe exigir el cumplimiento de las directrices determinadas por la empresa para disminuir el proceso de contagio en el ejercicio de sus labores.

En tiempos de pandemia, puede ocurrir que el proceso de contagio no ocurra necesariamente en el lugar de trabajo. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que las enfermedades infecciosas pueden generar un pico más alto de contagio en los entornos de trabajo, porque es allí donde más tiempo permanece una persona y, porque generalmente son espacios cerrados.

Las pandemias que han ocurrido a lo largo de la historia, como la gripe de Hong Kong, la gripe porcina H1N1, la gripe aviar, el SARS, entre otras, mostraron que las estrategias más utilizadas para reducir los riesgos de contagio se centraron en lavarse las manos constantemente, en cubrirse cuando hay estornudos o tos, con el uso de mascarillas, con la desinfección de superficies y aislamiento. Sin embargo, estas estrategias se centraron en poblaciones pequeñas, ya que, por ejemplo, en la gripe aviar se generaron y aplicaron solo a la población que trabajaba en la actividad avícola y en el resto de las pandemias, el foco estaba localizado en la protección a los trabajadores de la salud que estaban en contacto directo con los enfermos (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Además, todo el trabajo en cuanto a procesos de seguridad en el trabajo en las anteriores pandemias se enfocó principalmente en los trabajadores de la salud, ya que ellos son los que estaban en contacto directo con las personas contagiadas. Principalmente, las estrategias laborales para esta actividad económica estuvieron orientadas a reforzar sus protocolos de bioseguridad y al uso de más elementos de protección, para evitar el contagio o la muerte del personal de la salud por enfrentar los virus. También en las anteriores crisis sanitarias, se registran bajos números de contagiados o fallecidos del personal asistencial, sin embargo, se puede observar que con el COVID-19 se han presentado altos porcentajes de muertes y contagios en ellos. Por ejemplo, en China donde nació el virus se han presentado 1.716 contagios en el sistema de salud. Lo cual representa un 3,8 % de todos los casos confirmados en el mundo con fecha del 14 de febrero en cuál se presentaban 64.460 contagiados y, para esta misma fecha iban seis salubristas muertos.

Para esta pandemia se han aplicado las mismas estrategias, pero para toda la población, y se han reforzado para la población activamente laboral con pautas, guías, directivas o, para el caso en Colombia, con protocolos de bioseguridad creados por el Ministerio de Salud y Protección Social, lo cuales deben ser implementados por las empresas para disminuir el proceso de contagio. De igual forma, varios países de Latinoamérica como Ecuador, Perú, Argentina entre otros han generado guías técnicas para garantizar la protección de los trabajadores frente al COVID – 19.

De igual forma, en países como España, México o Australia, entre otros, también han generado documentos con lineamientos relacionados con las estrategias ya mencionadas (lavado de manos, etiqueta respiratoria, distanciamiento social y trabajo remoto), y que deben ser aplicadas en cada centro de trabajo. Por ejemplo, Australia generó los principios nacionales del lugar de trabajo seguro COVID – 19 donde además de las estrategias generales, hace énfasis en la preparación que las empresas deben hacer a los trabajadores en el caso que exista un caso positivo para dar una respuesta inmediata, adecuada, efectiva y eficiente, siempre siguiendo las recomendaciones de las autoridades sanitarias.

Por último, hay que tener en cuenta que, en este proceso de pandemia, la seguridad y salud en el trabajo solo podrá ser eficiente y cumplir un papel de liderazgo si todos actuamos de una forma responsable buscando la protección de nuestras vidas y de los que nos rodean. Haciendo

énfasis en la prevención conjunta ya que esta será la forma más eficiente de proteger la salud y seguridad de los trabajadores en un retorno al trabajo seguro.

Conclusiones

La Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) a partir de esta experiencia de pandemia y de las que se han presentado a lo largo de la historia, debe incluir dentro de sus programas o sistemas de gestión (esto de acuerdo con la normatividad de cada país) planes enfocados a la preparación y respuesta contra enfermedades infecciosas, dando lineamientos desde el tratamiento de una gripe común hasta la preparación respuesta ante una enfermedad infecciosa como lo es el COVID – 19.

A parte del plan de preparación y respuesta contra enfermedades infecciosas es importante incluir en el proceso de identificación de riesgos, específicamente en el biológico, enfermedades virales, con el fin de generar todas las estrategias necesarias para la disminución de su impacto en la salud de los trabajadores. Este proceso para el caso de Colombia, se hace por medio de una matriz de identificación de peligros y riesgos. De igual forma, es importante sustentarlo desde la parte normativa, lo que lleva a incluir los estamentos nacionales para el fortalecimiento de las estrategias al interior de las empresas en estos casos.

Por otro lado, también se deben actualizar los planes de emergencia, garantizando la capacitación al equipo de brigadistas para realizar la intervención en caso de ser necesario. Unido a lo anterior, debe actualizarse o crearse la matriz de Elementos de Protección Personal (EPP) ya que algunas actividades económicas no hacen uso de EPP para la ejecución de sus actividades. Y, en una pandemia todos deben usar como mínimo el tapabocas como EPP.

Finalmente, es importante tener en cuenta que las medidas que se están generando en este momento para la mitigación de contagio del virus en los centros de trabajo con acciones, deberían convertirse en una cultura. Algunos de estos hábitos que se deben mantener en el tiempo son: en primer lugar, el lavado de manos, ya que permite ahora disminuir el proceso de contagio, pero en el tiempo disminuye enfermedades gastrointestinales, entre otros. Este ejercicio se puede convertir en un hábito en los trabajadores con la ayuda de señalización ya sea sonora o visual que informe al trabajador que debe lavarse las manos.

En segundo lugar, después de esta pandemia siempre debería utilizarse el tapabocas cada vez que un trabajador presente algún síntoma viral que involucre vías respiratorias, para evitar el contagio y los ausentismos laborales por esta causa.

Y, en tercer lugar, impulsar el uso de herramientas tecnológicas, los procesos de capacitación y el teletrabajo. Esto para apoyar a las empresas en mejorar sus fases productivas, pero en especial para aportar a los procesos de prevención en la seguridad y salud de los trabajadores.

Referencias

- Alfaro, L., Becerra, O., & Eslava, M. (2020). EMEs and COVID-19 Shutting Down in a World of Informal and Tiny Firms. Documento CEDE, (19).
- Baldwin, R., and Di Mauro, W., (2020), Mitigating the COVID economic crisis: Act fast and do whatever it takes. CEPR press, London 2020
- Benavides, F. G. (2020). La salud de los trabajadores y la COVID-19. Archivos de Prevención de Riesgos Laborales, 23(2), 154-158.
- Granados, P. (2013). Calidad de vida laboral: historia, dimensiones y beneficios.
- Organización Internacional del Trabajo. El COVID-19 y el mundo del trabajo. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_740981.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2019). La OMS lanza una nueva estrategia mundial contra la gripe. Disponible en <https://www.who.int/es/news/item/11-03-2019-who-launches-new-global-influenza-strategy>
- Sanahuja, J. A. (2020). COVID-19: riesgo, pandemia y crisis de gobernanza global. Anuario CEIPAZ 2019-2020. Riesgos globales y multilateralismo: el impacto de la COVID-19, 27-54.
- Sim, M. R. (2020). The COVID-19 pandemic: major risks to healthcare and other workers on the front line.
- World Health Organization. Novel Coronavirus (2020-NCov): Situation Report -93. 2020. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200422-sitrep-93-covid-19.pdf?sfvrsn=35cf80d7_4

ISBN: 978-84-18367-31-1

Fundación Universitaria Internacional de La Rioja
Calle 100 # 19 – 61
Edificio Centro Empresarial 100. Oficina 801
Código postal: 11001
Bogotá, Colombia
PBX:(+57) 1 5169659

unir FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
COLOMBIA INTERNACIONAL DE LA RIOJA

