



FLACSO – CHILE

MAGÍSTER EN GERENCIA PARA EL DESARROLLO

APORTES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN
SALUD DE MUTUAL DE SEGURIDAD C.CH.C A LA
DISMINUCIÓN DE LA VULNERABILIDAD DERIVADA DE
ACCIDENTES LABORALES CON RESULTADO DE
DISCAPACIDAD Y/O MUERTE Y SU APORTE A LA
COHESIÓN SOCIAL

ESTUDIO DE CASO PRESENTADO PARA OPTAR AL
GRADO DE MAGISTER EN GERENCIA PARA EL
DESARROLLO.

PROFESOR GUIA:

EDUARDO MENZ QUEIROLO

ALUMNA:

PAZ GARCIA FERNANDEZ

MARZO 2015

. RESUMEN EJECUTIVO

Los accidentes laborales con resultado de muerte o incapacidad, constituyen una problemática compleja y multidimensional, cuya resolución trasciende lo estrictamente señalado por la ley de accidentes laborales y enfermedades profesionales (Ley 16.744, del año 1968)

El impacto de esta problemática determina las oportunidades de vida de las personas afectadas, cuya consecuencia resulta en una condición de vulnerabilidad que no solo afecta a quienes lo viven, sino también a las instituciones involucradas y la sociedad en su conjunto.

La presente investigación indaga en qué medida, a través del rol social de una mutualidad, se puede aportar a la generación de valor social a los trabajadores protegidos por este seguro, de igual manera contribuir a la cohesión social del país y a la sustentabilidad de las empresas involucradas. Resolviendo el conflicto y/o tensión generado por los distintos intereses de los actores involucrados en la problemática de los accidentes laborales.

El caso de estudio abordará la experiencia de Mutual de Seguridad en relación al desarrollo de un Modelo de Atención Integral en Salud¹ (MAIS), que aborda la multidimensionalidad de la problemática y su impacto en la disminución de la vulnerabilidad y su aporte a la cohesión social del país, intentando mitigar el impacto de un accidente laboral a través de:

- Aumentar oportunidades de acceso al trabajo
- Desarrollar capacidades personales
- Brindar protección
- Generar instancias de inclusión y participación
- Desarrollar una cultura país inclusiva
-

Lo que permitiría una disminución de la vulnerabilidad, exclusión y brechas sociales, junto con el fortalecimiento de la confianza y la participación.

¹ www.mutual.cl

El caso de estudio se ubica en el contexto del Modelo de Atención Integral en Salud - MAIS, desarrollado en Mutual de Seguridad entre los años 2008 – 2013, el que en un inicio tuvo un alcance local (Región Metropolitana) y que a partir del año 2011 se instala a nivel nacional.

Objetivos:

Dentro del contexto anterior se propone la siguiente investigación cuyo objetivo es:

Analizar los aportes del Modelo de Atención Integral en Salud – MAIS en relación a la disminución de la vulnerabilidad de la población afectada y su aporte a la cohesión social del país.

Metodología:

Combina metodología de tipo cualitativa y cuantitativa.

Resultados:

Producto de esta investigación surgieron importantes resultados, tales como:

Los trabajadores que resultan con secuelas producto de accidentes laborales, presentan un perfil asociado a baja escolaridad, optan por trabajos de baja calificación y alto riesgo, percibiendo precarias remuneraciones muy por debajo del estándar básico de vida. Su bienestar psicológico está deteriorado con un alto riesgo de exclusión producto de una baja inserción laboral y más baja aun la participación comunitaria. Las barreras arquitectónicas son influidas por la variable territorial, siendo el sur del país menos accesible.

Lo anterior, se traduce en una población para quienes el accidente laboral y sus secuelas reviste condiciones de la vulnerabilidad, toda vez que pone en riesgo la fuente laboral, al no existir obligación de parte de los empleadores por reubicarlo, impactando de manera conjunta en las dimensiones sociales-económicas – laborales y emocionales.

La habilitación de esta población, junto con la articulación de los recursos disponibles en el Estado, mercado y la sociedad, ha resultado que el 80 % recupere la condición de trabajador activo y para aquella población cuyas secuelas discapacitantes no les es posible, cuenten con instancias que promueven su participación e inclusión de manera activa en la sociedad.

Por otra parte, las familias de trabajadores accidentados con resultado de muerte, están representadas en un 90% por personas de género femenino, cuyo perfil Psico-social, al igual que los accidentes con resultado de secuelas discapacitantes, está asociado a baja escolaridad e ingresos, con baja participación en el mercado laboral, el que en muchas ocasiones se da en la informalidad o precariedad laboral. En esta población, la pérdida del familiar se traduce en una condición de extrema vulnerabilidad, al enfrentar no solo la pérdida emocional que implica el fallecimiento, sino también la pérdida del principal sustento económico del grupo familiar, proporcionada en la mayoría de los casos por el trabajador fallecido. El brindar apoyo Psico-social temprano a estas familias, orientado a reconstruir un proyecto de vida, junto con lograr mitigar el impacto socio-económico del accidente con resultado de muerte, resulta en una disminución de la vulnerabilidad inicial en un 60%.

El aporte del modelo a la cohesión social está dado por la disminución de las brechas al acceso a empleo, ingresos y tecnologías de la información, así como al fortalecimiento de las confianzas entre las instituciones y la sociedad civil y al aumento de oportunidades de participación e inclusión.

Conclusiones:

El abordar integralmente el impacto de los accidentes laborales con resultado de discapacidad y/o muerte, resulta en una disminución de la vulnerabilidad en la población afectada, y en un fortalecimiento de la cohesión social del país.

En consecuencia, cabe considerar la pertinencia de que nuestra legislación la considere dentro de la ley de accidentes laborales, a modo de garantizar su universalidad para toda la población, evitando dejarlo a criterio de las empresas y mutualidades o, asociándolo a acciones de responsabilidad social, desnaturalizando el verdadero espíritu social que inspiró su nacimiento.

Contenido

Introducción: Estructura de la investigación	7
Capítulo I: Descripción y Fundamentación del tema	8
1.1. El espíritu del seguro social de accidentes laborales y enfermedades profesionales.	8
1.2. La desventaja social derivada de accidentes laborales con resultado de incapacidad laboral y muerte.....	11
1.3. La tensión entre los actores	12
1.4. Accidentes laborales y su impacto en la cohesión social.....	15
Capítulo II: Desarrollo Metodológico	17
Capítulo III: Marco Teórico del Estudio de Caso	20
1.1. El paradigma del Desarrollo Humano	20
1.1.1 Bienestar subjetivo y felicidad.	29
1.2. Enfoque cohesión social:.....	32
1.3. Enfoque Vulnerabilidad Social.	40
1.4. Enfoque social de la discapacidad: del modelo médico-rehabilitador al modelo social y de derechos humanos.....	49
1.4.1 El Modelo Social y su conexión con los Derechos Humanos.....	53
1.4.2 Aspectos legales	56
1.4.3 Efectos en las clasificaciones internacionales sobre discapacidad y la Organización Mundial de la Salud.....	58
Capítulo IV: Desarrollo del caso	62
1.1. El Modelo de Atención Integral en Salud - MAIS	62
1.2. Evidencia	64
1.3. De la legalidad a la legitimidad.....	68
1.4. Gestión del riesgo Psico-Social.....	68

1.5.	Accidentes laborales con resultado de Incapacidad Laboral permanente.....	73
1.6.	Accidentes laborales con resultado de muerte	92
Capítulo V: Análisis de datos		99
1.1.	Ámbito accidentes laborales con resultado de incapacidad laboral permanente. (ILP)..	99
1.1.1	Perfil de riesgo Psico-social trabajadores accidentados con resultado de incapacidad laboral permanente:	99
1.2.	Ámbito accidentes laborales con resultado de muerte:	111
1.2.1	Perfil de vulnerabilidad en familias de trabajadores fallecidos producto de accidentes laborales con resultado de muerte.	111
1.3.	Aportes en la disminución de la vulnerabilidad y fortalecimiento de la cohesión social.	120
1.3.1	Aportes a la disminución de la vulnerabilidad	120
1.3.2	Aportes al fortalecimiento de la cohesión social	122
Capítulo VI: Conclusiones y recomendaciones.		126
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		134
SITIOS WEB.....		135
ANEXOS		136

Introducción: Estructura de la investigación

La siguiente investigación está compuesta de seis capítulos, en el primero, se aborda la problemática de los accidentes laborales con resultado de discapacidad y muerte, la desventaja social asociada a esta problemática y su efecto o relación en la cohesión social del país.

En el capítulo segundo, se explica el desarrollo metodológico contenido en la investigación, abarcando sus alcances, objetivos, definición del problema y pregunta de investigación.

El tercer capítulo se adentra en el marco teórico, el cual considera los enfoques proporcionados por el paradigma de desarrollo humano, bienestar subjetivo y felicidad; los enfoques de cohesión social y vulnerabilidad social y finalmente consideran los aportes del modelo social de la discapacidad.

El cuarto capítulo, aborda el desarrollo del caso, donde se analiza en qué consiste el Modelo de Atención Integral en Salud - MAIS, como surge y a que problemática intenta dar respuesta. El modelo contiene la evidencia que le da sustento, el contexto estratégico en que se ubica dentro de la institución, y la metodología a través de la cual aborda la gestión del riesgo social asociada a accidentes laborales con resultados de discapacidad y muerte.

El capítulo quinto, analiza los antecedentes disponibles que permiten obtener un perfil y caracterización de la población en estudio, así como medir el impacto que las intervenciones contenidas en el modelo producen en cuanto a disminuir la vulnerabilidad social de la población afectada y los efectos en la cohesión social del país.

El último capítulo, aborda las reflexiones finales y conclusiones obtenidas del estudio, junto con las propuestas y sugerencias a considerar.

Capítulo I: Descripción y Fundamentación del tema

1.1. El espíritu del seguro social de accidentes laborales y enfermedades profesionales.

El impacto que reviste un accidente laboral con resultado de discapacidad laboral permanente o muerte, determina la vida de las personas afectadas, impacta en la cohesión social del país y en la sustentabilidad de las empresas que tienen a su cargo la administración del seguro de accidentes laborales y enfermedades profesionales.

En consecuencia, es una problemática que se constituye en un factor clave dentro de los enfoques de vulnerabilidad y cohesión social², perspectivas que inspiran la investigación a desarrollar. Dado que, en concordancia con estos enfoques, el impacto de un accidente laboral con resultado de incapacidad o muerte, pudiese resultar en una **acentuación de las brechas sociales de la población afectada**.

Dentro de las condiciones que deben darse para que exista cohesión social, se señalan la necesidad de conjugar crecimiento con equidad y bienestar, abarcando ámbitos como: el mundo del trabajo, los activos materiales y simbólicos, la diversidad y la discriminación, los cambios culturales, la complejidad de los actores sociales, los poderes fácticos y corrupción y legitimidad de las instituciones públicas.

Para efectos de esta investigación, cobran especial relevancia la necesidad de conjugar crecimiento con equidad y bienestar; el mundo del trabajo; la diversidad y la discriminación, ya que un accidente laboral con resultado de discapacidad laboral permanente o muerte, incrementa la vulnerabilidad de los afectados especialmente en relación a la inestabilidad del ingreso económico de los hogares, sus oportunidades laborales y el riesgo de discriminación y exclusión.

Un segundo elemento a considerar, es el negocio de las Mutualidades y su permanente tensión con el mandato social otorgado por el Estado, en cuanto deben de manera conjunta,

² A desarrollar en detalle en capítulo sobre Marco Teórico.

administrar la ley de accidentes laborales y enfermedades profesionales y velar por su propia sustentabilidad.

Este mandato, se enmarca dentro del ámbito de la Seguridad Social, entendida como “la protección de la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionaría la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez³, vejez y muerte”⁴.

De acuerdo a lo establecido en la Constitución Política de la República de Chile, en su artículo 19 n°9 “El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y *recuperación de la salud* y de rehabilitación del individuo”.

En consecuencia y para efecto de dar cumplimiento al mandato constitucional, el Estado implementa un seguro para cubrir las contingencias sobrevinientes por enfermedad común, administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES).

Asimismo, cuando ocurre un accidente o enfermedad de origen laboral, existe un *Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales*, cuyas prestaciones son otorgadas por los organismos administradores de la ley 16.744 a la que se encuentra afiliada o adherida la empresa.

El Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales que opera en Chile, se caracteriza por: ser obligatorio, de manera que la afiliación de un trabajador a una entidad previsional le otorga, la calidad de beneficiario de la cobertura de la Ley N° 16.744, entendiéndose por esa razón incorporado a un organismo administrador,

(Existen tres Mutualidades privadas y una pública); se rige por el principio de la automaticidad de las prestaciones, esto es, el trabajador está cubierto por el seguro desde el

³ Para efectos de este estudio, el termino invalidez, que hace referencia a “no válido”, será reemplazado por el de discapacidad

⁴ http://www.previsionsocial.gob.cl/subprev/?page_id=7506

mismo momento en que comienza a trabajar, incluso cuando se dirige desde su casa a su trabajo por primera vez; contempla prestaciones preventivas, médicas y económicas.

Las Mutualidades de empleadores de la Ley N° 16.744 son corporaciones de derecho privado sin fines de lucro que administran el Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Su labor fundamental es la prevención de riesgos profesionales.

Dentro de las prestaciones que contempla el Seguro Social de Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, se encuentran las siguientes prestaciones:

- Prestaciones preventivas; para evitar la ocurrencia de accidentes y enfermedades en el ámbito laboral.
- Prestaciones médicas; destinando recursos para la asistencia de salud del trabajador que así lo requiera.
- Prestaciones económicas; a través de subsidios, indemnizaciones o pensiones de invalidez y sobrevivencia.

Su marco Regulatorio, está contenido en la Ley N° 16.744 y sus reglamentos y en el D.S. N° 285, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.⁵

⁵ <http://www.suseso.cl>

1.2. La desventaja social derivada de accidentes laborales con resultado de incapacidad laboral y muerte.

Si bien la ley estipula que las mutualidades deben otorgar prestaciones médicas y económicas, es bien sabido que el impacto de un accidente de gran magnitud afecta no solo a la persona en su ámbito físico o mental, sino al entorno familiar y a su medio social, en especial se ven afectadas al ámbito laboral y económico, junto con el familiar y el de ciudadano activo y participativo para quienes resultan con secuelas discapacitantes. Esta situación genera una condición de vulnerabilidad asociada a pobreza, falta de oportunidades laborales, exclusión y discriminación derivada de la discapacidad. En el caso de accidentes con resultado de muerte, el 97,8% de los fallecidos son hombres y de estos, el 53,9% son menores de 45 años⁶, por lo que la vulnerabilidad afecta a familias, constituidas por mujeres supervivientes, de edad promedio bajo los 45 años, con hijos menores de edad en etapa escolar. Si bien el seguro contempla pensiones de supervivencia, estas en general son significativamente inferiores del ingreso con él que contaba el grupo familiar antes del accidente fatal, provocando un detrimento económico, acceso a trabajo precario y con desvinculación de las redes sociales de apoyo, junto con el impacto emocional y psicológico que genera la pérdida en la familia.⁷

En este sentido, la condición resultante es de vulnerabilidad⁸, expresada en incertidumbre, indefensión e inseguridad frente a un proyecto de vida truncado. Y un nuevo escenario que depara interrogantes en términos de acceso a empleo, ingresos, consumo, como también redefiniciones de vida, oportunidades de acceso y la inevitable desventaja social asociada a la vulnerabilidad.

Para efectos de este estudio entenderemos vulnerabilidad como “un proceso multidimensional que confluye en el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencia de situaciones externas y/o internas”⁹.

⁶ www.suseso.cl

⁷ Mutual de Seguridad. Año 2013. Área Psico-Social, Estadísticas internas.

⁸ <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/3/14503/lcl2080e.pdf>

⁹ Busso, Gustavo. CEPAL. Año 2001. “Vulnerabilidad social: Nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI.”

La experiencia desarrollada por Mutual de Seguridad, surge en respuesta a las condición de indefensión, fragilidad y desamparo que implica un accidente laboral junto con el desarrollo de respuestas traducidas en oportunidades orientadas a fortalecer al individuo, hogar o comunidad que ha sufrido un deterioro en su bienestar producto de estar expuesto a determinado tipo de riesgo, en este caso un accidente laboral con resultado de discapacidad laboral permanente o muerte. Lo anterior, con el fin de evitar la generación de grupos de personas que aumenten la exclusión y las brechas sociales del país, aspectos críticos en el logro de la cohesión social.

1.3. La tensión entre los actores

En el escenario de los accidentes laborales con resultado de discapacidad laboral y muerte interactúan tres actores principales, cada uno de ellos con intereses distintos, que convergen en una misma situación.

Un primer actor es el **Estado** que busca el bienestar de todos sus miembros y sentido de pertenencia, tan bien explicado desde el enfoque de cohesión social. Dentro de sus objetivos está el dar protección, para lo cual, cuenta con un sistema de protección social, representado por el modelo de seguridad social chileno, con el que busca lograr la cohesión suficiente, evitando generar grupos de excluidos, discriminados, etc. En el contexto de este estudio el Estado está representado por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, a través de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO).

Un segundo actor es la **sociedad civil**, representada por la masa laboral protegida, más de 5 millones de trabajadores; de los cuales el 4,9% son víctimas de algún tipo de accidente laboral, representan unas 276.000 personas al año. Esto tiene un efecto multiplicador, en promedio se trata de familia de 4 integrantes por lo bajo, lo que habla de la tremenda incidencia social producto de esta accidentabilidad que genera discapacidad y muerte. Para el año 2012, la tasa de accidentes laborales fue de 4.9% a nivel país, mientras 6 de cada cien mil trabajadores, fallecieron por causas laborales. (Tasa mortalidad año 2012). El total de días perdidos por causas laborales fue de 3.359.312 para el año 2012.¹⁰

¹⁰ Ídem anterior.

Un tercer actor es la **empresa privada**, representada por una parte, por las empresas que deben contratar este seguro, que para el año 2012 fueron 464.062 empresas¹¹; y por la otra, por las instituciones que administran este seguro social, en este caso las mutualidades, empresas privadas sin fines de lucro, que nacen para administrar el seguro social de accidentes laborales. Y, cuya misión es entregar protección ante riesgos laborales, calidad de vida a las personas y fomentar una cultura de seguridad y vida sana en la comunidad.¹²

Cabe considerar, como primer elemento de tensión, dado por la necesidad de las empresas por alcanzar una mayor sustentabilidad. Por un lado las empresas que contratan el seguro y para quienes un accidente no solo genera días perdidos, y en consecuencia un detrimento en su fuerza laboral, sino también una posible alza en su tasa de cotización¹³, lo que impacta en las posibilidades de adjudicarse licitaciones y proyectos; y por otro lado, la sustentabilidad de las instituciones que cubren un seguro social cada vez mas caro, dado en parte por los avances en la tecnología disponible en salud, y quienes deben pagar los subsidios por discapacidad laboral asociado a días perdidos. Instituciones que adicionalmente, deben enfrentarse a la “paradoja del éxito”, esto es, en la medida que disminuyen las tasas de accidentabilidad, disminuyen también las tasas de cotización de las empresas, generando menores ingresos para las mutualidades administradoras del seguro.

Un segundo elemento de tensión se debe, en parte, a que el origen de la ley fue gestada en medio de un modelo político-social y económico de las décadas 60´- 70´, con marcado sello social y de inspiración ideológica basado en el modelo de Estado de Bienestar europeo. No obstante, el desarrollo y la implementación de esta política pública se produce en la década de cambio de modelo económico social, donde la sociedad chilena transita hacia uno de fuerte connotación neo-liberal. Lo anterior, sumado a la situación de dictadura vivida en el país entre los años 1973 y 1989, debilita a la sociedad civil en cuanto a participación y empoderamiento de sus derechos ciudadanos; propicia que las empresas se centren en la rentabilidad económica, por sobre el rol social y finalmente con un Estado

¹¹ Ídem anterior

¹² Mutua de Seguridad C.Ch.C, año 2012. Memoria anual.

¹³ Una mayor accidentabilidad, incide en la tasa de cotización que las empresas deben pagar a las mutualidades.

debilitado, deja poco espacio para políticas públicas que fortalezcan el sentido social que originalmente tuvo el seguro social de accidentes laborales.

Hoy, estamos ante un nuevo escenario, a más de dos décadas de recuperada la democracia, contamos con una ciudadanía empoderada y participativa, bien asentada sobre una posición de derechos. Por otra parte el Estado ha recuperado espacios que acogen su preocupación por la desigualdad y cohesión social del país. Y finalmente las empresas en su evolución han adoptado puntos de vista más equilibrados que incluyen ámbitos de desarrollo no solo económicos, sino también sociales y ambientales, perspectiva que hoy se conoce como sustentabilidad, y al que el enfoque de Responsabilidad Social Empresarial, aportó significativamente en este cambio de conciencia en los líderes de empresas.

Otro elemento a considerar, es el permiso o licencia social requerida para funcionar, por parte de las empresas tanto públicas como privadas, entendido como la autorización otorgada por la sociedad para que las empresas hagan sus esfuerzos por **generar valor social** y no solo busquen un beneficio restringido a la propia empresa, sino a la comunidad en general. Lo anterior deviene en el anhelado logro de la legitimización por parte de la sociedad respecto del valor social que aportamos o no a la sociedad.

Del mismo modo, el actual paradigma de desarrollo hace impresentable que hoy nuestro país, siendo parte de las grandes ligas del mundo desarrollado, (Chile es invitado a ser parte integrante del exclusivo grupo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico - OCDE en el año 2007, cuyo ingreso fue ratificado en el año 2010, organismo que reúne a los países con economías más estables del planeta), viva la disonante realidad de presentar la tasa de crecimiento económico más alta de Latino América, junto con el índice de desigualdad también más alto y niveles de bienestar subjetivo y felicidad que no guardan correlación con los niveles de prosperidad económica.¹⁴

En consecuencia a lo anteriormente planteado, el impacto de los accidentes laborales en la población laboral, la sustentabilidad de las mutualidades y la cohesión social del país,

¹⁴ PNUD, año 2012. Desarrollo Humano en Chile. www.desarrollohumano.cl

constituye una problemática con fuertes componentes sociales, políticos y económicos que impacta directamente en la cohesión social del país.

En este contexto, las mutualidades están llamadas a ser un aporte en relación a contribuir a generar capacidades y oportunidades orientadas al bienestar de la fuerza laboral que sufre accidentes laborales con resultado de discapacidad o muerte, junto con aportar a la cohesión social del país y velar por la sustentabilidad de su negocio.

Resulta relevante, entonces, el aporte que puede generar este estudio en términos de dar cuenta del rol social de las empresas privadas sin fines de lucro y su contribución a la cohesión social del país, como una oportunidad de plantearse un cambio de paradigma en relación a la responsabilidad social frente a los usuarios de este servicio, y en consecuencia, generar valor social.

1.4. Accidentes laborales y su impacto en la cohesión social.

En consecuencia a lo anteriormente planteado, el impacto de los accidentes laborales en las personas, empresas y mutualidades, constituye una problemática con fuertes consecuencias sociales, políticas y económicas que impacta directamente en la cohesión social del país.

A este punto, cabe preguntarse, ¿En que medida los accidentes laborales con resultado de discapacidad laboral y muerte impactan negativamente en la cohesión social del país?

Algunas respuestas apuntan a los siguientes elementos:

- Efectos en el empleo, traducido en una precarización del trabajo expresada en desempleo, brecha salarial, informalidad, etc. Aspectos que acentúan la pobreza y vulnerabilidad asociada con la inestabilidad del ingreso de los hogares afectados, aumentando las brechas sociales en desmedro de la cohesión social.
- Las dificultades de la inclusión social para personas con discapacidad dada por barreras sociales, físicas y actitudinales, generando pobreza, exclusión, marginalidad y dependencia.

- La asimetría en las oportunidades de acceso al trabajo e ingreso, que determinan las posibilidades de desarrollo de las familias, dejándolas en una situación de desventaja social, lo que impacta en la cohesión social del país.
- El crecimiento y acceso a los medios de comunicación e información, que crea expectativas de mayor bienestar que chocan con la concentración de la riqueza, creando sensación de injusticia social. Lo anterior reflejado en el incremento de las causas judicializadas en contra de las empresas tanto de empleadores como administradoras del seguro social, deteriorando la confianza y exacerbando los conflictos.

Para efectos de este estudio resulta relevante considerar el espíritu social que inspira la política pública que dio origen a la ley de accidentes laborales y enfermedades profesionales y que cuya implementación vino a darse en un escenario de profundo cambio de modelo político-económico y social en el país. Lo que en alguna manera tensionó a los actores involucrados, quienes representan, en el actual modelo, intereses disímiles presentes en el sector privado, público y la sociedad civil.

Se trata entonces de un modelo único de inspiración social, con implementación por parte de empresas privadas sin fines de lucro y fuertemente orientadas por los principios del libre mercado. Es en este escenario donde convergen distintos actores con motivaciones e interés disímiles que generan como resultado una constante tensión entre los objetivos de cohesión social, bienestar y sustentabilidad, fenómeno que hace de este estudio, un caso desafiante de buenas prácticas en gerencia social.

Capítulo II: Desarrollo Metodológico

La investigación se centrará en el análisis del aporte, del Modelo de Atención Integral en Salud – MAIS, el que gestiona el riesgo Psico-social asociado a accidentes laborales con resultado de incapacidad laboral permanente y/o muerte, a disminuir la vulnerabilidad de la población afectada, y aportar a la cohesión social del país.

Respecto del aporte del modelo al **bienestar de las personas y familias**, se analizará en que medida, el modelo, previene y evita riesgos, así como repara y compensa los efectos producidos por cambios en el entorno.

Así como, en que medida, fortalece la capacidad de respuesta de las personas y familias, ante cambios en el entorno, dado por los accidentes laborales, al trabajar con los activos de las personas, potenciando factores protectores.

Tipo de estudio: Descriptivo, exploratorio.

Objetivo general: “Analizar los aportes del Modelo de Atención Integral en Salud – MAIS, desarrollado por la Mutual de Seguridad, en la disminución de la vulnerabilidad social de los trabajadores accidentados y familias, que han vivido un accidente laboral con resultado de discapacidad o muerte y su aporte al fortalecimiento de la cohesión social del país, del año 2008 a la fecha.”

Objetivos específicos:

- Identificar como las prácticas de inclusión contenidas en el MAIS disminuye la vulnerabilidad, potenciando el desarrollo de capacidades y la generación de oportunidades en los trabajadores y familias.
- Identificar como aporta el modelo a la cohesión social del país, evitando la generación de grupos de pobreza, marginación y exclusión.
- Realizar un análisis de vulnerabilidad de la población afectada.
- Realizar propuestas que aporten al enriquecimiento del modelo.

Población objetivo.

Metodológicamente para este estudio la población objetivo, será definida de acuerdo a dos criterios:

- Trabajadores accidentados con resultado de incapacidad laboral permanente (ILP)
- Familias de trabajadores accidentados con resultado de muerte.

Unidad de análisis: La institución Mutual de Seguridad, entendida como una de las tres empresas privadas que administran la ley de accidentes laborales, la que cuenta con 55.000 empresas adherentes, alcanzando una cobertura de 1.697.054 trabajadores promedio afiliados en al año 2012, un 33% de la población laboralmente activa del país (cubierta por el seguro). La tasa de accidentabilidad de las empresas adherentes a Mutual de Seguridad C.Ch.C, para el año 2012 fue de 4,96% y la tasa de mortalidad de 5,5. ¹⁵.

Organizacionalmente, cuenta con dos Áreas de negocios diferenciadas entre si: la unidad de Salud y la unidad Comercial (ex Seguro), apoyados por las unidades de Gestión de personas, asuntos legales, desarrollo y productividad, administración y finanzas, entre otras. El número de colaboradores que trabajan en la institución es de 3.789 personas al año 2012.¹⁶

Desde el año 2010, se incorpora en las buenas prácticas de gobierno corporativo adhiriéndose a la tendencia mundial de establecer estructuras de funcionamiento y códigos de conducta empresarial que garanticen un trato justo y equitativo para todas las personas que forman parte de la institución o que tienen relación con ella. El gobierno corporativo es conducido por un Directorio que interactúa con la Administración a través de los comités de Estrategia y Gobierno; Comité de Auditoria y Riesgos; Comité de Capital Humano y Comité de Dividendo Social¹⁷

¹⁵ Mutual de Seguridad, año 2012. Memoria anual.

¹⁶ Mutual de Seguridad, año 2012. Reporte de sustentabilidad.

¹⁷ Mutual de Seguridad, año 2012. Memoria anual.

El problema: La vulnerabilidad que enfrentan los trabajadores y familias de accidentados con resultado de discapacidad laboral permanente y muerte, y como esto impacta en el aumento de las brechas sociales de esta población, debilitando la cohesión social del país.

Pregunta de Investigación:

¿En qué medida la propuesta desarrollada por Mutual de Seguridad, de abordar el impacto de los accidentes laborales a través de su Modelo de Atención Integral en Salud – MAIS; aporta a disminuir la vulnerabilidad, de trabajadores y familias, asociada a accidentes laborales con resultado de incapacidad laboral permanente o muerte, y a fortalecer la cohesión social del país?

Metodología para análisis de datos:

El estudio considera metodología tanto cualitativa, como cuantitativa.

Desde el punto de vista cualitativo, considera revisión bibliográfica y recolección y análisis de información secundaria a través de análisis de información ya existente, tales como, estudio de documentos de seguridad social en Chile, Ley de accidentes laborales, memoria anual Mutual de Seguridad, investigaciones, encuestas de la institución, publicaciones, etc.

Desde el punto de vista cuantitativo, considera análisis de bases de datos extraídos de los instrumentos “Factores de Riesgo Psico-Social en trabajadores con Incapacidad Laboral Permanente” y “Evaluación Psico-Social familiar”, donde la autora participó en la elaboración de ambos instrumentos; y de información estadística de la institución, organismos públicos y privados, nacionales e internacionales, tales como: PNUD, INE, SENADIS, SUSESO, MINSAL, OMS, etc.

Capítulo III: Marco Teórico del Estudio de Caso

1.1. El paradigma del Desarrollo Humano

Aproximaciones al concepto de Desarrollo:

Los primeros antecedentes que se tienen acerca del concepto de desarrollo, surgen a partir de las experiencias post II guerra mundial, vinculadas a la acelerada reconstrucción posbélica de Alemania y Japón, que emergen como nuevos líderes de la economía mundial; el crecimiento económico sin precedentes de Europa y Norteamérica; la creación del ‘Estado de bienestar’, partiendo de Europa, con grandes repercusiones tanto en la calidad de vida como en la carga financiera que debía soportar el Estado; el advenimiento de Asia oriental como región de extraordinario crecimiento económico con un notable desarrollo social y equidad comparativa; la rápida expansión económica experimentada en algunas partes de América Latina, **sin que se produjera una reducción proporcional de la pobreza**; las crisis económicas padecidas en la Unión Soviética y Europa oriental, cuyas reformas acentuaron el declive existente; la rápida transformación de la economía china; la eliminación de la dependencia alimenticia de muchos países del tercer mundo, incluida Asia meridional; la agudización de las hambrunas en África al Sur del Sahara, a la vez que se producía una reducción de las mismas en otros países como India o China después de 1962; el aumento extraordinario del volumen del comercio internacional y el flujo de capitales a escala mundial; la expansión sostenida de la longevidad en buena parte del mundo, que se incrementó rápidamente tanto en regiones de alto crecimiento económico (Corea del Sur, Taiwán y Hong Kong) como en zonas de menor desarrollo económico (Costa Rica, Sri Lanka, la China anterior a la reforma, y el estado indio de Kerala), etc.¹⁸

De acuerdo a lo planteado por Amartya Sen, las distintas experiencias de desarrollo han estado influidas, históricamente, por dos corrientes principales de pensamiento:

- La Perspectiva BLAST¹⁹: que plantea la necesidad del sacrificio como necesario para conseguir un futuro mejor.

¹⁸ Sen, Amartya, “teorías del desarrollo a principios del siglo XXI”

¹⁹ BLAST, es la sigla en inglés de blood, sweat and tears (sangre, sudor y lágrimas)

Este “sacrificio” se traduce en: prestaciones sociales reducidas, desigualdad social, autoritarismo, etc.

De acuerdo con este enfoque, priorizar medidas distributivas o equitativas en las etapas tempranas del desarrollo constituiría un craso error, ya que los beneficios llegarían a todos por igual a su debido tiempo, a través del efecto de la “filtración”.

Desde este punto de vista, el bienestar se define en base al consumo, mientras que el crecimiento en base a la inversión.

Este enfoque ha instalado tempranamente lo que se ha conocido como la agresividad en los negocios y el temor a los “corazones blandos”, elementos que nos sirven para entender el contexto social y cultural actual de los países que han tomado este modelo como suyo, entre esos Chile.

Otra manifestación de este enfoque “duro” de desarrollo, esta dado por la supresión de los derechos civiles y políticos, al considerarlos “obstaculizadores del crecimiento económico”, ejemplos al respecto de encuentran en las historias de países como China, Corea del Sur y Singapur.

- La Perspectiva GALA²⁰:

Llama la atención, el intento por legitimar, la necesidad de crecimiento económico por sobre y en ocasiones a costa de los derechos humanos de sus habitantes, omitiendo la vinculación existente entre derechos políticos y civiles y prevención de crisis sociales e ignorando la interdependencia entre estas variables, que son mas tarde argumentadas por el enfoque basado en la perspectiva GALA, un concepto amigable de desarrollo que plantea la cooperación entre los individuos y establece la interdependencia entre bienestar social, las capacidades productivas y el desarrollo de la economía, constituyéndose de esa forma, en un enfoque mas armonizador.

Un ejemplo de desarrollo desde este último enfoque, es Asia Oriental, donde se puede observar, la combinación de medidas sociales (amplia cobertura de salud, educación,

²⁰ Gala: Del inglés getting by, with a little assistance, (alcanzar algo con apoyo) concepto usado en contraposición a BLAST.

seguridad social) junto a una mayor liberalización del comercio, no solo un crecimiento económico rápido; mayor igualdad social y una distribución más equitativa del ingreso.

Como consecuencia, surge entonces, la necesidad de estudiar en profundidad los procesos causales que intervienen en el crecimiento y el desarrollo económico y de que manera las variables sociales y económicas se vinculan de manera interdependiente.

Desde el punto de vista de la relación entre economía y desarrollo, existe una relación histórica entre ambas, dado que las dos comparten el mismo objetivo de mejorar las condiciones de vida de las personas; no obstante, es la economía del desarrollo la que se ha asociado con fines “mas sociales” orientándose a las problemas de pobreza, miseria y bienestar y satisfacción de las necesidades básicas y mejoras en la calidad de vida.²¹

Distinción entre desarrollo y crecimiento

Debido a que en términos generales, una expansión de la riqueza debiera contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de las personas, se explica, que en los inicios de la economía del desarrollo, (post II guerra mundial) los objetivos se concentraban en gran medida en lograr crecimiento económico, en particular el Producto Interno Bruto - PIB y el empleo. No obstante, de manera temprana, se comienza a cuestionar la supuesta relación directa entre crecimiento económico y bienestar, centrándose el interés en aquellas “otras variables” que incidían en las condiciones de vida de las personas y que el concepto de desarrollo debiera necesariamente incluirlas.

Estos cuestionamientos, comienzan a darse en torno a las limitaciones existentes por parte del PIB como principal indicador de desarrollo.

Cabe destacar que una de las principales dificultades al hablar de crecimiento versus desarrollo, está dada por las limitantes de la información contenida en el PIB: La relación de prosperidad material y bienestar que presupone la economía tradicional, no siempre es así. Por ej.: un alto PIB, puede esconder una desigual distribución, por lo que la información que ofrece el PIB no es suficiente para hablar de desarrollo.

²¹ Sen, Amartya, “ Handbook of Development Economics”, cap.1 “ the concept of development”

Otro elemento a considerar, es que el PIB es una medida que denota la cantidad de **medios** de bienestar y no del impacto o sentido que estos medios tienen en la vida de las personas. La compleja relación entre estas variables, esta demostrada tempranamente por Sen, cuando relaciona PIB y esperanza de vida

Tabla 1: PIB y Esperanza de Vida²²

	PIB por persona 1984 (U\$)	Esperanza de vida al nacimiento 1984 (años)
China	310	69
Sri Lanka	360	70
Brasil	1.720	64
México	2.040	66
Sudáfrica	2.340	54

Fuente: elaboración propia, basado en datos del Banco mundial, citado en la referencia.

En esta tabla se aprecia que países como por ej. Sudáfrica con un PIB siete veces mayor que Sri Lanka, presenta una esperanza de vida significativamente menor que este país.

En la actualidad este cuestionamiento ha tomado más fuerza, existiendo diversos estudios que han comprobado como el acceso a bienes materiales por sí solo, no solo no aporta a una mayor satisfacción con la vida, sino por el contrario, se relacionan con menor satisfacción con la vida²³

Perspectiva de realizaciones y capacidades²⁴:

Un elemento central a analizar, es que en la medida que el desarrollo se ocupa de mejorar las condiciones de vida de las personas, debe necesariamente indagar y profundizar **en que tipo de vida las personas aspiran a vivir**, o cual sería la situación deseada. Se asume que las personas valoramos tener una larga vida, libre de enfermedades, gozar de ciertas libertades, tener la posibilidad de hacer determinadas cosas, etc. A estos elementos se les ha denominado las “realizaciones” de una persona.

²² Fuente: Banco Mundial (1986)

²³ Unanue, W. <http://diario.latercera.com/2013/05/26/01/contenido/tendencias/16-137730-9-estudio-dice-que-hombres-entre-20-y-30-anos-son-los-mas-materialistas-en-chile.shtml>

²⁴ Sen, Amartya, “Handbook of Development Economics”, cap.1 “the concept of development”.

De acuerdo a este punto de vista, el bienestar de una persona puede ser visto como una evaluación de las realizaciones logradas por esa persona.

No obstante, el bienestar, desde este enfoque, es visto no solo en función del logro de una realización, sino también del conjunto de capacidades del cual se eligió ese conjunto de realizaciones.

El logro de realizaciones depende no sólo de los productos que posee la persona en cuestión, sino también de la disponibilidad de bienes públicos, y la posibilidad de utilizar bienes privados provistos libremente por el Estado.

Desde este enfoque, el desarrollo está determinado por el nivel de realización lograda por una persona, para lo cual es de mucha importancia el poder disponer y hacer uso de los medios para obtener esas realizaciones.

Lo central de este análisis, es que el acceso a bienes o disponibilidad de servicios solo adquiere valor en la medida que son medios o instrumentos para lograr un mejoramiento en la capacidad de realización de las personas, entendiéndose esto último como el fin y visión del desarrollo. En consecuencia, **el concepto de Desarrollo debe ser visto en términos de fines más que de medios.**

De esta manera, podría darse que ciertos países o ciudades pudiesen tener un bajo logro en términos de crecimiento económico, traducido a ingreso per cápita, pero alto nivel de realización y capacidades (esperanza de vida, alfabetización, etc.) Ej. Estado de Kerala en India.

Una de las realizaciones o fines fundamentales está constituida por la libertad y capacidad para elegir. Ej.: ayuno, como elección tiene una connotación completamente distinta a si es en un contexto de hambruna.

Es así, como el actual concepto de desarrollo es entendido como la ampliación de la capacidad de la población para realizar actividades elegidas (libremente) y valoradas. Esta definición elimina la idea que considera a los seres humanos como “instrumentos” del desarrollo económico.

Más bien, plantea que si el objetivo es propagar la libertad del hombre para vivir una existencia digna, entonces el papel del crecimiento económico consistiría en proporcionar

mayores oportunidades en esta dirección y debería integrarse en una comprensión más integral del proceso de desarrollo.

En consecuencia, la ampliación de la capacidad del ser humano permitiría estimular la productividad, elevar el crecimiento económico, ampliar las prioridades del desarrollo, y contribuiría a controlar razonablemente el cambio demográfico; por otra parte, afectaría el ámbito de las libertades humanas, el bienestar social y la calidad de vida tanto por sus valores intrínsecos como por su condición de elemento constitutivo de las mismas.

Las principales críticas que se le hacen al enfoque de desarrollo basado en la ampliación de las capacidades y las libertades humanas, por sobre el concepto del desarrollo del simple crecimiento del PIB per cápita, están dadas por las **dificultades de medir y valorar la calidad de vida así como de las diferentes habilidades del ser humano**, ya que están son valoraciones subjetivas y por lo tanto la valoración varía de una persona a otra (heterogeneidad de los valores) y debido a que las valoraciones sufren variaciones en el tiempo (endogeneidad de valores).

Del camino del Desarrollo al actual Desarrollo Humano:

El paradigma de desarrollo humano, cuestiona el supuesto vínculo automático, entre ampliación del ingreso y ampliación de opciones humanas, ya que pone el foco en como se produce, (la calidad de esta) y en cómo se distribuye, por sobre la cantidad de bienes producidos.

De acuerdo a este enfoque, si bien el crecimiento económico es necesario para el desarrollo humano, no necesariamente altas tasas de crecimiento se relacionan con aumento del desarrollo humano.

¿Como se explica este fenómeno? Debido a que la distribución de la riqueza, el acceso a créditos financieros, servicios sociales y oportunidades laborales, no necesariamente se da, de manera equitativa ni igualitaria.

Derivado de lo anterior, la disminución de la pobreza se constituye en un objetivo central del desarrollo humano.

Algunos elementos sobre el enfoque de desarrollo humano, sobre los cuales existe consenso²⁵:

- Las personas ocupan un lugar central, por lo que el objetivo del Desarrollo Humano - DH es mejorar la vida de las personas (v/s la ampliación de las capacidades productivas)
- Énfasis en la formación de capacidades humanas, tales como; salud, conocimiento y habilidades y el uso que se les da a las capacidades (trabajo, producción, política, tiempo libre)
- Distinción entre fines y medios.
- Abarca a toda la sociedad, no solo a la economía.
- La no instrumentalización de la condición humana, como medio y fin del desarrollo.

Plantea el acceso equitativo a las oportunidades de desarrollo, haciendo énfasis en la igualdad de acceso a oportunidades (no necesariamente a los resultados)

Uno de los principales aportes a este enfoque, esta dado por parte del destacado economista pakistaní Mahbud UI Haq, a través de la creación de una medida de medición de esta enfoque , conocida como **Índice de Desarrollo Humano** y como consecuencia de ello, surgen en el año 1990 los primeros Informes de Desarrollo Humano, que influyeron el dialogo político mundial sobre desarrollo, promoviendo una nueva búsqueda mundial de nuevos paradigmas de desarrollo, junto con el planteamiento de nuevas propuestas políticas.

El Índice de desarrollo humano ha permitido reorganizar o clasificar a los países de acuerdo a este nuevo criterio, basado en aspectos de:

- **Formación de capacidades (ej.: mejor salud, mejor acceso a conocimiento, etc.)**
- **Como emplear las capacidades adquiridas (ej. trabajo, descanso, etc.)**

²⁵ Mahbud UI H. “ El paradigma de desarrollo Humano”

El enfoque de Desarrollo Humano, se enmarca dentro de un paradigma de desarrollo holístico que abarca tanto fines como medios: productividad e igualdad; desarrollo social y económico; bienes materiales y bienestar humano.

Es un concepto que se articula sobre cuatro pilares fundamentales:

- Igualdad
- Sustentabilidad
- Productividad
- Empoderamiento

El propósito básico del desarrollo humano es **ampliar las opciones de las personas**. En principio, estas opciones pueden ser infinitas y cambiar a lo largo del tiempo. Por lo general, las personas valoran logros que no aparecen del todo, o por lo menos inmediatamente, en cifras de ingreso o crecimiento: mayor acceso al conocimiento, mejor nutrición y servicios de salud, medios de vida más seguros, seguridad frente a crímenes y violencia física, un tiempo libre más satisfactorio, libertades políticas y culturales y un sentido de participación en actividades comunitarias. El objetivo del desarrollo es **crear un ambiente que permita a las personas disfrutar de una vida larga, saludable y llena de creatividad**.

De esta manera, el enfoque de Desarrollo Humano, integra dos significados:²⁶

Significa tanto el proceso de **ampliar las oportunidades de los individuos**, como el **nivel de bienestar que han alcanzado**.

Esta definición, difiere de enfoques convencionales sobre crecimiento económico, formación de capital humano, desarrollo de Recurso Humano, bienestar o necesidades humanas básicas.

²⁶ PNUD (1990) “Definición y medición del desarrollo Humano” en Informe de Desarrollo Humano.

Índice de Desarrollo Humano:

Abarca diversas dimensiones de la vida humana, tales como libertad política, seguridad personal, relaciones interpersonales, entorno físico, etc., ámbitos que dan cuenta de aspectos más cualitativos de la experiencia de las personas, a diferencia del PIB que solo considera una dimensión.

No obstante lo anterior y en consideración a la complejidad para su medición, se han escogido tres componentes esenciales del Índice:

- **Longevidad: Esperanza de vida - EV(indicador)**
- **Conocimientos: Alfabetización (indicador)**
- **Ingresos: medios para lograr una vida decente²⁷. (indicador)**

De esta manera, el Índice de Desarrollo Humano, es un índice compuesto por tres distintos índices.

Tabla 2: Construcción del IDH²⁸

Construcción de los indicadores: se asigna un valor mínimo y un valor máximo a cada indicador, donde el valor 0 denota que no hay privación y el valor 1, máxima privación.	
Ej.	
. EV: valor mínimo 42 años (Afganistán, Etiopía, Sierra Leona)	valor máx. 78 años (Japón)
. Alfabetismo. 12% (Somalia)	100% (Japón)
. PIB U\$ 220 (2.34) (Zaire)	4.8 (9 países industrializados)
Promedio en las tres escalas= índice promedio de privación humana. Al restarlo de 1 = IDH.	

Fuente: elaboración propia basado en informe PNUD, citado en la referencia.

El gran aporte del Índice de Desarrollo Humano es que permite identificar y clasificar a aquellos países que han hecho una traducción del ingreso en bienestar, satisfacción con la vida y desarrollo humano. Ej.: Sri Lanka, Costa Rica, China, Chile, Cuba²⁹

²⁷ Ajustados al poder adquisitivo de cada país.

²⁸ PNUD (1990) “ Definición y medición del desarrollo Humano” en Informe de Desarrollo Humano.

Las principales limitantes de las mediciones, están dadas al trabajar con promedios, ya que estos ocultan grandes desigualdades (ej.: disparidad rural versus urbana, femenina, masculina, etc.). Con el objetivo de corregir estas distorsiones, se aplica el coeficiente de Gini.³⁰

Las principales limitantes del IDH, está dada por excluir ámbitos del desarrollo humano valorados por las personas, pero que por el momento son difíciles de medir: libertad económica, social y política; seguridad, inclusión (discriminación y participación), etc.

En consecuencia y como manera de promover tanto el desarrollo económico como social, se establece como necesario:

- Poner énfasis en la educación, salud y habilidades de las personas.
- Mejorar la igualdad de distribución del ingreso.
- Contar con disposición estatal de servicios sociales.
- Empoderar a las personas.

1.1.1 Bienestar subjetivo y felicidad.

La subjetividad: se refiere a un espacio de interioridad de los individuos, constituido por sus emociones, imágenes, percepciones, deseos, motivaciones, valoraciones, representaciones y reflexiones. Es el espacio y el proceso en que los individuos construyen una imagen de sí, de los otros y del mundo en el contexto de sus experiencias sociales.

La subjetividad es temporal, no solo evoluciona de acuerdo con las etapas de vida del individuo, sino que en cada etapa esta sometida a los efectos cambiantes de su relación con las estructuras y relaciones sociales.

La imagen de mundo y la imagen de sí se afectan recíprocamente. Son las dos caras de la misma moneda y ambas constituyen la subjetividad.

²⁹ Informe PNUD 1990.

³⁰ Coeficiente de desigualdad de ingresos dentro de un país. 0 es perfecta igualdad. 1 es perfecta desigualdad.

Bienestar subjetivo: un individuo experimenta bienestar subjetivo cuando evalúa positivamente su vida y las oportunidades que le brinda la sociedad en que vive. Su objetivo es aspirar a que todos los individuos posean una imagen de sí y de mundo satisfactoria en término moral y eficaz en términos prácticos. Este enfoque considera el nivel de satisfacción no solo con la vida, sino también con la sociedad, atendiendo su dimensión tanto individual como social.

Felicidad: es un discurso social, utilizado por los individuos como recurso para la realización de sus fines trascendentes. Es un término que tiende a conducir las conversaciones al terreno del yo entendido como interioridad, autoafirmación y autonomía y describe experiencias en primera persona. La felicidad aparece como el efecto de un trabajo del individuo sobre si mismo, a través del cual realiza los valores y proyectos que surgen de sus preferencias interiores en el escenario de sus relaciones con los demás.

Agencia y capacidades: las condiciones sociales del bienestar subjetivo:

Este enfoque plantea que las políticas de desarrollo, en este caso las instituciones, **pueden aumentar el bienestar subjetivo/felicidad de los individuos si aumentan su agencia mediante el incremento de sus capacidades.**

Capacidad de agencia: capacidad para elegir, construir y disfrutar el tipo de vida que razonadamente las personas eligen para sí. El ideal del Desarrollo Humano pone en un lugar central la **autodeterminación**, tanto en el sentido de tener la libertad moral para elegir los propios fines como el sentido práctico de poseer las capacidades para hacerlos realidad en forma satisfactoria. Esto es lo que caracteriza a un individuo que actúa como agente de su propia vida.

Desde el punto de vista sociológico, la agencia se define como la relativa autonomía que tiene un individuo para usar las estructuras sociales para sus propios fines o para introducir cambios en ellas. La capacidad del individuo para producir desde su subjetividad fines alternativos a las rutinas y mandatos de la sociedad.

Construir agencia, significa construir capacidades, pues la agencia de un individuo depende de la disposición de capacidades relevantes para el despliegue de su imagen de vida deseada.

La construcción de capacidades: Las capacidades son las libertades reales con que cuentan las personas para definir y realizar sus proyectos de vida deseados, tales como: gozar de buena salud, tener cubiertas necesidades básicas, conocerse a si mismo y tener vida interior, sentirse seguro y libre de amenazas, participar e influir en la sociedad, experimentar placer y emociones, tener vínculos significativos con los demás, ser reconocido y respetado en dignidad y derechos, conocer y comprender el mundo en que se vive, disfrutar y sentirse parte de la naturaleza, tener y desarrollar un proyecto de vida propio, etc.

Las capacidades claves para construir bienestar subjetivo en Chile se refieren a:

➤ **Ámbito individual:** necesidades básicas, vínculos y sentido.

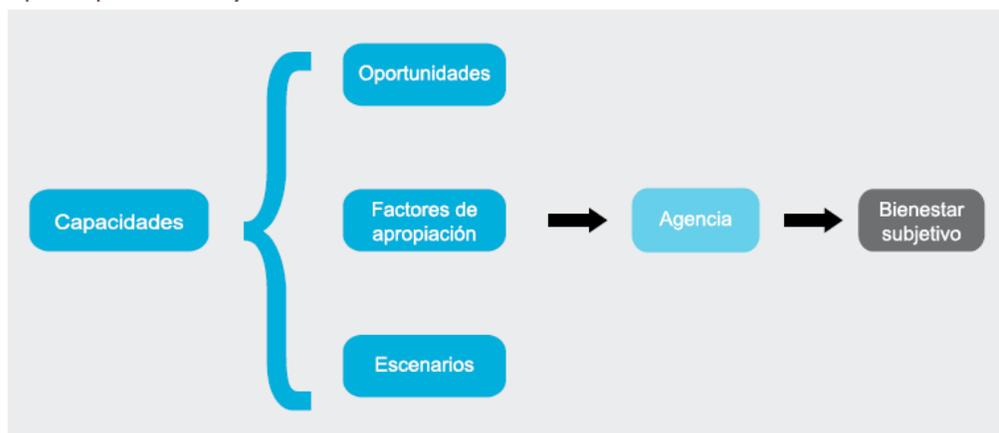
Las capacidades que más inciden son: **Tener buena salud**, tener las necesidades físicas y materiales cubiertas, **contar con vínculos significativos con los demás**, **ser reconocido y respetado en dignidad y derechos** y poseer y desarrollar un proyecto de vida propio.

➤ **Ámbito social:** seguridad y respeto.

Las capacidades que más inciden son: Sentirse seguro y libre de amenazas, **sentirse respetado en dignidad y derechos**, tener las necesidades físicas y materiales básicas cubiertas, **contar con vínculos significativos con los demás**, y poder **participar e influir en la sociedad en que uno vive**.

Relación entre agencia, capacidades y bienestar subjetivo:

Para alcanzar el bienestar subjetivo, se debe construir agencia y por lo tanto capacidades. El bienestar subjetivo depende de la posibilidad de definir y sostener una imagen de si en las condiciones experimentadas del mundo con otros. Esa posibilidad requiere capacidades, que se apropian individualmente pero se construyen socialmente, como la posibilidad de estar sano, tener vínculos o sentirse seguros. De esta manera el bienestar subjetivo se relaciona con la agencia a través de capacidades sociales apropiadas que sirven de soporte para la elaboración y sostenimiento de una imagen satisfactoria de sí y del mundo.



Fuente: Informe Desarrollo Humano en Chile, año 2012.

1.2. Enfoque cohesión social:

El **concepto de cohesión social**³¹ evoca un “anhelo de comunidad ante un escenario de globalización y transformaciones profundas, que muchos asocian con una mayor *fragmentación social* y pérdida de lazos estables”. El mismo texto opone la idea de cohesión a la corrosión de la legitimidad y gobernabilidad de los Estados, la *acentuación de las brechas sociales*, el surgimiento de identidades autorreferidas, la *excesiva racionalización económica* y la tendencia, también excesiva, a la *individualización y el debilitamiento de lo público*”.

Algunos componentes del concepto de cohesión social se homologan a los de equidad, inclusión social y bienestar. No obstante el concepto de cohesión social se define como “la dialéctica entre mecanismos instituidos de inclusión y exclusión sociales y las respuestas, percepciones y disposiciones de la ciudadanía frente al modo en que estos operan”. En ese sentido es un fin y medio a la vez. Como fin, es objetivo de las políticas sociales, en la medida que apunta a que todos los miembros de la sociedad se sientan parte activa de ella, como aportantes al progreso y como beneficiarios de este. Y es un medio, ya que las sociedades que ostentan mayores niveles de cohesión social brindan un mejor marco

³¹ CEPAL, año 2007 “Cohesión Social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe”. Agencia española de Cooperación Internacional y Secretaría General Iberoamericana.

institucional para el crecimiento económico y operan como factor de atracción de inversiones para ofrecer un ambiente de confianza y reglas claras.³²

En nuestra realidad regional, la profundización de las brechas sociales y culturales, la corrosión de la gobernabilidad, la erosión de las fuentes tradicionales de pertenencia y la desconfianza ciudadana a las instituciones, hacen que la necesidad de fortalecer la cohesión social en América Latina sea un tema actual y de plena vigencia en la agenda tanto nacional como de la región.

Existe un esfuerzo, a nivel regional, por desarrollar una visión más integral del desarrollo, que abarque no solo las brechas económico-sociales, sino también el sentido de pertenencia y la solidez de las instituciones, como ámbitos básicos del concepto de cohesión social.

En consecuencia, al intentar conceptualizar la cohesión social, nos encontramos frente a un fenómeno complejo y multidimensional, cuya conceptualización, se encuentra aún en desarrollo y al que algunos autores se refieren como un “concepto marco, que permite incluir las distintas dimensiones de la problemática social: inclusión/exclusión, inequidad/igualdad (de oportunidades), movilidad social, desigualdad de la distribución de ingresos”³³

Existiendo en la actualidad posturas que plantean la necesidad de abrirse a incorporar nuevas dimensiones, tales como: medio ambiente, segregación residencial urbana, etc. Hasta otras posturas que abogan por reducir y operacionalizar sus contenidos hasta llegar a un índice de cohesión social.

Cabe considerar, que el debate del tema sobre cohesión social, tiene su origen en la comunidad europea, en el contexto de la preocupación que esa comunidad desarrolla por evitar que se produzcan desigualdades y brechas sociales, además de superar la pobreza en sus estados miembros. *En el segundo artículo del tratado de la Unión Europea de 1992, conocido como el Tratado de Maastrich, se cita como objetivo de la Unión Europea el “promover un progreso económico y social equilibrado y sostenible, principalmente mediante la creación de un*

³² Ídem anterior.

³³ CEPAL, junio 2010, “Cohesión Social en América Latina. Una revisión de conceptos, marcos de referencia e indicadores.”

espacio sin fronteras interiores, el fortalecimiento de la cohesión económica y social, y el establecimiento de una unión económica interna...” ³⁴

Para esta comunidad el concepto de cohesión social es entendido como “ *la capacidad de una sociedad para asegurar el bienestar de todos sus miembros, minimizar las disparidades y evitar la polarización: una sociedad cohesionada es una comunidad de apoyo mutuo compuesta por individuos libres que persiguen estos objetivos comunes por medios democráticos*”.³⁵

Los objetivos están agrupados en cuatro pilares fundamentales, cuyo foco está puesto en la superación de la pobreza y la exclusión social:

- Acceso al empleo.
- Prevenir riesgo de exclusión.
- Ayudar a los más vulnerables.
- Movilizar a los distintos actores relacionados con pobreza y exclusión social.

Estos pilares describen *la situación en que se encuentran las personas que no pueden participar plenamente en la vida económica, social y civil, y cuyos ingresos o recursos (personales, familiares, sociales o culturales) no son suficientes para disfrutar de un nivel y una calidad de vida considerados aceptables por la sociedad en que viven, y que, por lo tanto, no pueden ejercer plenamente sus derechos fundamentales*.³⁶

El Comité Europeo para la Cohesión Social³⁷, explicita un particular compromiso con los derechos y necesidades de aquellos grupos de la sociedad que se encuentran en situación de riesgo de vulnerabilidad, tales como:

- Niños y jóvenes.
- Familias

³⁴ CEPAL, “Cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe”

³⁵ Hopenhayn, Martín. Año 2007. “Cohesión social: entre inclusión social y sentido de pertenencia”

³⁶ CEPAL, Agencia Española de Cooperación Internacional y Secretaría General Iberoamericana.- Enero 2007. Cohesión Social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe.

³⁷ European Committee for Social Cohesion, March, 2004. “A new strategy for Social Cohesion” www.coe.int

- Migrantes y minorías étnicas.
- Personas con discapacidad.
- Adultos mayores

Si bien el concepto cohesión, en la tradición europea, está fuertemente asociado a inclusión, exclusión, pobreza y vulnerabilidad, en el último periodo, y dado por el masivo ingreso de inmigrantes con otras raíces culturales, se amplía el concepto a temas de pertenencia, identidad y multiculturalismo.

Si bien la comunidad europea ha sido un referente en instalar la temática, surge la necesidad de adaptar tanto el concepto, como los indicadores de medición a la realidad latinoamericana.

Lo anterior, se justifica plenamente si consideramos las abismantes brechas entre América Latina y Europa en relación a ingresos per cápita y la distribución de este, frente a una Latinoamérica de ingresos medios y mal distribuidos en contraposición a una Europa rica y más igualitaria. Otro elemento diferenciador es la existencia de una diversidad de pueblos originarios que hace a América Latina diversa en cuanto a religiones, culturas y modos de vida.

Un segundo elemento de divergencia, está dado porque desde la perspectiva de la comunidad europea la cohesión social se entiende como alcanzada cuando se disminuyen las brechas, a través de la provisión de servicios. Postura que no resultaba aplicable en nuestra región, donde la cohesión social está basada en la familia y las relaciones primarias, tales como la religión, el barrio y la comunidad, por sobre el Estado, la sociedad civil y el mercado. En este contexto, es frecuente encontrar como las familias compensan en gran parte la falta de servicios que debieran ser provistos por el Estado. Es así, como en el contexto local, toman fuerza, aquellos aspectos que afectan las posibilidades que estos lazos y relaciones puedan crear o aportar a la cohesión social, tales como la delincuencia, la desconfianza y las políticas sobre familia.

Un claro ejemplo de ello, está dado por los resultados proporcionados por el Informe de Desarrollo Humano en Chile 2012, sobre Bienestar Subjetivo, estudio que habla sobre los altos niveles de desconfianza de los chilenos en las instituciones, lo que explica el

“ repliegue” hacia los vínculos internos y la familia como fuente de satisfacción y bienestar y da cuenta de la tendencia hacia la “ protección “ de lo externo, entendido como el entorno y la instituciones, que resultaría amenazantes, impactando negativamente en uno de los tres pilares de la cohesión social, las instituciones, con un consecuente desmedro para la cohesión social del país.

En este contexto, constituye un aporte la definición de Cohesión Social, adaptada a la realidad local, propuesta por Tironi, que la entiende como “ *La capacidad de una sociedad para absorber el cambio y el conflicto social mediante una estructura legítima y democrática de distribución de sus recursos socio-económicos (bienestar), socio-políticos (derechos) y socio-culturales (reconocimiento), a través de los mecanismos de asignación del Estado, del mercado, de la sociedad civil, de la familia y de otras redes comunitarias.*”³⁸

Un tercer elemento de divergencia, lo constituye el hecho que para la visión europea el concepto de cohesión social contiene en sus bases el supuesto de que la democracia es un componente sólido y estable, a diferencia de la realidad latinoamericana, donde su inestabilidad pudiera afectarla, dada en parte la fragilidad de las instituciones que la sustentan, tanto en relación a su funcionamiento como a su legitimidad.

Una cuarta diferencia, desarrollada básicamente por la CEPAL, plantea la necesidad de incluir la dimensión subjetiva en la discusión sobre cohesión social, por los elementos que esta dimensión aporta en relación a conocer la opinión y percepción de las personas y su cultura y la contribución que esta hace, en especial, a uno de los tres pilares de la cohesión social: la pertenencia.

En consecuencia, una tercera definición, desarrollada por la CEPAL, nos acerca a una conceptualización más regional de cohesión social, entendida como la “*dialéctica entre mecanismos instituidos de inclusión y exclusión sociales y las respuestas, percepciones y*

³⁸ Tironi, Eugenio y Sebastián Pérez Bannen. Año 2008. “La cohesión social latinoamericana”, *Redes, Estado y mercados: soportes de la cohesión social latinoamericana*, Eugenio Tironi (ed.), Santiago de Chile, Uqbar.

disposiciones de la ciudadanía frente al modo en que estos operan”. Lo anterior implica que el concepto de cohesión social se compone de tres pilares: brechas, instituciones y pertenencia, resultando determinante la manera en que estos tres pilares interactúan entre sí.

Si bien hay mucho camino por recorrer, la CEPAL ha definido de manera preliminar un marco general de medición de la cohesión social, que se representa en la siguiente tabla:

Sistema de indicadores de cohesión social: componentes y factores

Indicadores		
Distancia	Instituciones	Pertenencia
<ul style="list-style-type: none"> • Desigualdad de ingresos • Pobreza e indigencia • Empleo • Educación • Salud • Vivienda • Pensiones • Brecha digital 	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento de la democracia • Instituciones del Estado • Instituciones del mercado • Familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Multiculturalismo • Confianza • Participación • Expectativas de movilidad • Solidaridad social

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

Para efectos de la presente investigación y en consideración a los ámbitos más afectados en un accidente laboral con resultado de discapacidad o muerte que pudiesen impactar en la cohesión social del país, nos centraremos en las componentes de ingresos, empleo, educación y brecha digital, del pilar Brecha o Distancia; junto con los componentes de confianza y participación (que incluye la integración o inclusión social) del pilar Pertenencia y en tercer lugar los componentes de Instituciones y familia, del pilar Instituciones.

El trabajo como principal mecanismo de Integración social:

Un aspecto relevante en torno a la inclusión y el mundo laboral, esta dado por el desplazamiento del eje de integración de las sociedades desde uno centrado en la familia, la comunidad y la religión, hacia uno centrado en el mundo laboral. Este fenómeno ha alimentado la esperanza de que el acceso a empleos bien remunerados, estables y

protegidos, se constituya en la vía privilegiada para la integración en la sociedad, la formación de identidad y de sentimientos de reconocimiento, autoestima y autovaloración.

De esta manera el acceso al mercado laboral, cobra un rol central de integración en trabajadores, que por su condición disfrutaron en alguna medida de este status y que producto de un accidente laboral lo pierden de manera repentina. A este punto cobra especial relevancia los elementos asociados a la segmentación del trabajo, como son las continuas exigencias en los niveles de clasificación requeridos para optar a puestos laborales cada vez mas especializados.

Para la población objeto de este estudio, resulta especialmente crítico encontrarse en situación de desempleo prolongado ya que ante la ausencia de mecanismos de protección social, la pérdida del empleo es vivida como una amenaza de quedar al margen de todos los mecanismos de inclusión, con el consecuente impacto negativo de no poder sentirse partícipes de manera plena en la sociedad.

En consecuencia, las personas que mantienen un estado de cesantía prolongada, o la desprotección y la incertidumbre laborales de la informalidad, sin duda, encuentran grandes barreras para sentirse partícipes plenos de la sociedad de su tiempo.

La asociación entre la calidad de los empleos y los años de educación de los trabajadores ha existido siempre, no obstante en la actual realidad laboral, los niveles de calificación alcanzados determinan la posición de las personas en la estructura social.

Tal como se ha señalado, en la actualidad, el eje de la integración de las sociedades se ha trasladado desde las instituciones primordiales (familia, comunidad, religión) al mundo laboral, con las consecuentes expectativas de que el mundo del trabajo se constituiría en la vía privilegiada para la integración a la sociedad, para la formación de identidades y de sentimientos de autoestima. Sin embargo, en la medida en que las nuevas modalidades de crecimiento no permiten a algunos segmentos de la población abrigar la esperanza de la establecer un vínculo laboral continuo y protegido, esa promesa pierde credibilidad. La experiencia en el mundo del trabajo deja de ser la fuente principal para mejorar los niveles

de bienestar en forma autónoma y sustentable, para adquirir las rutinas y disciplinas que ayudan a organizar la vida cotidiana, para articular una identidad individual congruente con una identidad colectiva y para ganar un lugar en la sociedad. Se puede afirmar que los segmentos excluidos de las oportunidades de acceso a “trabajos decentes” se enfrentan a un vacío en cuanto a posibilidades de participar en mecanismos de integración social y de construcción de la ciudadanía.

Finalmente, cabe destacar la función central y preponderante que tiene el ámbito Pertenencia o subjetividad, como elemento central en el debate de la cohesión social, ya que este contiene un elemento central en la discusión: *la importancia del reconocimiento del otro*.

En el corazón del concepto de cohesión social esta la idea de que esta tiene que ver con la unidad, haciendo alusión a una sociedad cohesionada donde las personas se reconocen legitimidad entre sí y en donde las instituciones en sus objetivos y prioridades expresan también ese reconocimiento. En consecuencia, la cohesión social se construye en el reconocimiento del otro como un otro legítimo en la convivencia: Acepto a los otros como parte cabal de la sociedad. Nos aceptamos mutuamente en nuestro carácter de miembros de la sociedad. Es decir, la cohesión social es un tema de legitimidad, pero no de legitimidad del orden, sino de legitimidad de los participantes³⁹

Tal como lo plantea el texto de CEPAL, citando a Hopenhayn al referirse a “los problemas candentes de la cohesión social en América latina”, señala como uno de ellos a “la negación del otro como marca secular de ciudadanía incompleta”. Y agrega: “En América Latina el tema de la exclusión y de la falta de ciudadanía efectiva hunde sus raíces en un patrón histórico dominante (...) mientras se impuso –o se impone– una racionalidad cultural basada en la negación del otro, se impuso o se impone también la negación del vínculo social y ciudadano de reciprocidad. No es solo que los grupos discriminados tienen acceso más precario a la educación, el empleo, y los recursos monetarios. También padecen la

³⁹ CEPAL, junio 2010, “Cohesión Social en América Latina. Una revisión de conceptos, marcos de referencia e indicadores.”

exclusión por falta de reconocimiento político y cultural de sus valores, sus aspiraciones y sus modos de vida”.⁴⁰

El tema del reconocimiento esta directamente vinculado con el de democracia, ya que esta se construiría en base al reconocimiento legítimo del otro, y por eso constituye parte de la cohesión social.

1.3. Enfoque Vulnerabilidad Social.

De las diversos conceptos asociados al estudio del fenómeno de la pobreza, desde el primer enfoque y su medición a través de la línea de la pobreza, en los años 50; al enfoque de necesidades básicas insatisfechas de los años 90; este estudio adhiere a la tercera generación de conceptos, dentro de los cuales se encuentran el enfoque de vulnerabilidad, marginalidad y exclusión social. De este último enfoque, nos centraremos en el enfoque de “activos vulnerabilidad”, por el potencial que contiene en cuanto a movilizar los recursos o activos presentes en las personas u hogares, por sobre la noción de capital en términos exclusivamente monetarios o económicos, en especial lo que dice relación con las privaciones derivadas de déficit de ingresos.

En sus orígenes, el concepto de pobreza e indigencia, estuvo asociado a un enfoque netamente económico, donde las familias son clasificadas de acuerdo a su nivel de privación por falta de ingresos.

Por otra parte, el enfoque de necesidades básicas insatisfechas está relacionado con la posesión o acceso a ciertos bienes y servicios con el objetivo de cubrir un mínimo de necesidades básicas de las personas.

Si bien ambos enfoques constituyeron un aporte fundamental para focalizar grupos de riesgo, permitiendo desarrollar estrategias selectivas de combate contra la pobreza, resultaron insuficientes en relación a explicar el proceso dinámico de la inequidad y la pobreza. De esta manera, se evidenció la complejidad del problema y la multiplicidad de sus determinantes.

⁴⁰ Ídem anterior.

Entendiendo que los anteriores marcos conceptuales no explicaban la complejidad del problema, el concepto de vulnerabilidad constituye un gran aporte al debate sobre la problemática social, trascendiendo la dicotomía pobre-no pobre y proponiendo la idea de “configuraciones vulnerables”(susceptibles de movilidad social descendente, o poco proclives a mejorar su condición), las cuales pueden encontrarse en sectores pobres y no pobres”⁴¹, observando el fenómeno del bienestar social desde una perspectiva intrínsecamente dinámica.

De esta manera, el concepto de vulnerabilidad, enfatiza su carácter dinámico, dado por la construcción o destrucción de vulnerabilidades. Más que un concepto estático, plantea una suerte de predisposición o condición latente proclive a una movilidad descendente, o a dificultades para sostener o recuperar los status sociales conquistados con anterioridad.

Si bien en una primera etapa el concepto de vulnerabilidad fue percibido como difuso e inespecífico, este evoluciono hacia la idea de que “la vulnerabilidad social debería ser observada como resultado de la relación entre la disponibilidad y capacidad de movilización de activos, expresada como atributos individuales o de los hogares, y la estructura de oportunidades, expresada en términos estructurales”⁴²

Este enfoque está integrado por dos o tres componentes de acuerdo a los distintos autores: una primera postura plantea dos elementos centrales: **Los activos** y la **Estructura de Oportunidades**. Se entiende por activos la posesión, control o movilización de recursos materiales y simbólicos que permiten a las personas desenvolverse en la sociedad, tales como: capital financiero, capital humano, experiencia laboral, nivel educativo, composición y atributos de la familia, capital social, participación en redes y capital físico, como ejemplo de algunos de estos recursos. Un segundo componente estaría dado por La Estructura de Oportunidades, que proviene del mercado, Estado y la sociedad, considerándose al mercado como principal generador de oportunidades, en especial lo referido a empleo, a través del mercado del trabajo. El rol del Estado, en la generación de Oportunidades, estaría dado por la función de otorgar bienestar a través del efecto distributivo que ejerce mediante la transferencia entre sectores y grupos de diversos bienes

⁴¹ Filgueira, Carlos. Año 2001. “Estructura de oportunidades y vulnerabilidad social. Aproximaciones conceptuales recientes”, CEPAL.

⁴² Ídem anterior.

y servicios, junto con la función de regular el mercado del trabajo, las políticas de empleo, políticas económicas, entre otras medidas que pueden impactar en la estructura de Oportunidades. Y finalmente, la sociedad, dado por la diferentes formas de asociabilidad, organización, paso de la comunidad, familia, capital social, redes de interacción, etc.

Para este autor, los Activos se refieren a “a consecuencias directas de su acción que inciden sobre sus atributos o recursos individuales” y por Estructura de Oportunidades, se refiere a “aquellos recursos que el individuo no controla y sobre los cuales no incide o lo hace en forma marginal”⁴³

Desde este punto de vista, la vulnerabilidad social estaría dada por la interacción resultante entre la estructura de oportunidades dada por el Estado, mercado y sociedad y los activos o recursos de las personas o familias.

Un segundo autor, plantea tres componentes centrales que integra el enfoque de vulnerabilidad: los activos, las estrategias de uso de los activos y el conjunto de oportunidades que ofrece el mercado, el Estado y la Sociedad Civil a los individuos, hogares y comunidades.

El enfoque de vulnerabilidad, es particularmente atingente para este estudio, ya que aborda el “proceso multidimensional que confluye en el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencia de situaciones externas y/o internas”. En este contexto, las personas y familias afectadas por un accidente laboral con resultado de discapacidad y/o muerte viven un quiebre en sus proyectos de vida, como resultado de un cambio en el entorno, como lo es el accidente. Esta situación, se expresa, tal como lo plantea este enfoque, de varias formas “ ya sea como fragilidad e indefensión ante cambios originados en el entorno, como desamparo institucional desde el Estado que no contribuye a fortalecer ni cuida sistemáticamente de sus ciudadanos; como debilidad interna para afrontar concretamente los cambios necesarios del individuo u hogar para aprovechar el conjunto de oportunidades que se le presenta; como inseguridad

⁴³ Ídem anterior.

permanente que paraliza, discapacita y desmotiva la posibilidad de pensar estrategias y actuar a futuro para lograr mejores niveles de bienestar”⁴⁴

Este enfoque es especialmente aplicable a los accidentes laborales, ya que cuando se analiza el riesgo al que se está expuesto, encontramos, que si bien en un principio el concepto se asociaba a riesgos en los ámbitos económicos, ambientales, de la salud, física y mental; en el último tiempo, también se le vincula a vulnerabilidad psicosocial, jurídica, política o cultural, asignándole una mirada más integral y multidimensional a la temática, implicando a los individuos, grupos y comunidades en los distintos ámbitos de su bienestar, con diversas formas e intensidades, todo lo cual representa de manera muy cercana la realidad de los trabajadores que resultan con secuelas laborales, sus grupos familiares y las comunidades a las que pertenecen.

Este enfoque plantea la coexistencia de dos dimensiones: la interna, compuesta por los recursos y estrategias que poseen las personas, grupos o comunidades y la dimensión externa, compuesta por los riesgos a los que están expuestos, ya sean estos de origen natural o social. De esta manera los tipos e intensidades de riesgo están relacionados con el grado de exposición a los mismos, los cuales dependerán en gran medida de los recursos o activos internos y de las estrategias de uso de los recursos para prevenir, reducir y afrontar dichos riesgos.

Esta perspectiva coincide con la realidad de los accidentes laborales cuyo impacto está determinado no solo por la intensidad del riesgo al que está expuesto, sino por los recursos y estrategias que la persona, familia y comunidad cuenta y emplea para hacer frente a este riesgo.

La perspectiva de cómo los activos de los trabajadores secuestrados, sus familias y redes, y la adecuada gestión de estos, determina en gran parte la vulnerabilidad asociada a los accidentes laborales, es un componente o pilar fundamental que sustenta el Modelo de Atención Integral en Salud- para el que la detección, promoción y movilización temprana de estos activos o recursos, a través de la estrategia de habilitación Psico-social, es parte central de su estrategia.

⁴⁴ Busso, Gustavo. “Vulnerabilidad Social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI”

La relación que plantea este enfoque entre las estrategias de las personas, familias o comunidades de movilización de sus activos; y el conjunto de oportunidades que ofrece el mercado, el Estado y la sociedad, constituye un gran aporte al análisis de la vulnerabilidad social para abordar los problemas relativos a la pobreza y desventajas sociales.

Los tres componentes centrales que integra el enfoque de vulnerabilidad: los activos, las estrategias de uso de los activos y el conjunto de oportunidades que ofrece el mercado, el Estado y la Sociedad Civil a los individuos, hogares y comunidades, constituyen elementos centrales del MAIS, toda vez que este modelo identifica de manera temprana no solo el riesgo asociado al accidente, sino los recursos o activos con que cuentan las personas y su familia, la manera en que estos recursos serán movilizados a objeto de incrementar la oportunidades de inclusión socio-laboral, que estén disponibles por parte de las empresas, la propia institución y los organismos del Estado vinculados al tema inclusión social.

Por activos, entendemos aquellos relacionados al ámbito físico, financiero, humanos o capital humano y social o capital social.

Activos físicos, se refiere a los medios de vida, tales como: vivienda, animales, recursos naturales, transporte, etc.; medios de producción, que se usan para obtener ingresos, tales como: herramientas, maquinarias, transporte para uso comercial, etc.)

- Activos financieros, incluye ahorro monetario, créditos, acciones, bonos y otros instrumentos del sistema financiero formal e informal.
- Activos humanos o capital humano: cantidad y calidad de fuerza de trabajo disponible en el hogar. Inversiones en salud y educación para sus miembros.
- Activos sociales o capital social: se refiere a la dimensión intangible de los activos, representada por las relaciones, redes y lazos de confianza y reciprocidad articuladas en redes interpersonales.

Desde el punto de vista del MAIS, su objetivo más temprano es identificar, pesquisar y reconocer los activos disponibles en los trabajadores, sus grupos familiares y comunidad, junto con fortalecer la cantidad, calidad y diversidad de estos activos disponibles, de manera de potenciar el acceso al conjunto de oportunidades que brinda el entorno.

De esta manera este enfoque promueve el diseño de estrategias de intervención de acuerdo al nivel de “stock” y “flujo” de los activos, por sobre la tendencia tradicional de agrupar de manera homogénea en categorías de pobreza.

En cuanto al segundo componente de este enfoque, **las estrategias**, se refiere las pautas de conducta y hábitos conducentes a movilizar los activos que llevaran a lograr un mayor bienestar. De esta manera, las estrategias vinculan los activos y recursos con las oportunidades en el mercado, Estado y sociedad civil.

De esta manera, el Estado, el mercado no solo debieran contribuir a generar las oportunidades económicas, socio-culturales, políticas y ambientales para el propicio desarrollo, sino también fortalecer la cantidad, calidad y diversidad de activos, junto con fomentar hábitos y pautas de conducta, estrategias de uso, para disminuir la vulnerabilidad asociada a reparar y compensar del efectos producidos por cambios en el entorno.

De esta manera, “el enfoque de vulnerabilidad, se centra en los determinantes de las fuerzas exógenas y endógenas que afectan a los activos y estrategias de personas, grupos y comunidades y que terminan afectando el acceso al conjunto de oportunidades que brinda el mercado, el Estado y la sociedad”⁴⁵

Por ultimo cabe destacar, las principales fuentes de vulnerabilidad social en la actualidad provienen de los “fenómenos de precariedad e inestabilidad laboral vinculados al funcionamiento del mercado y con la desprotección e inseguridad ligadas al replegué del estado y el debilitamiento de las instituciones primordiales, familia y comunidad”⁴⁶.

En Latinoamérica, las principales transformaciones estructurales que han modificado la estructura de oportunidades, están dados por las transformaciones económicas, en especial la evolución del empleo y del mercado del trabajo y los cambios demográficos.

En relación al primer ámbito, y como lo analizamos anteriormente, los cambios en la estructura y generación del empleo han impactado las oportunidades, especialmente lo que dice relación con la insuficiencia de la demanda de trabajo y los cambios en la estructura del trabajo: privatización, tercerización, informalización y precarización.

En relación al segundo ámbito, el concepto de vulnerabilidad demográfica esta asociado con las tasas de fecundidad, ciclos de vida de las familias, densidad laboral de las familias

⁴⁵ Idem anterior.

⁴⁶ Ksztman, R. Año 2000. “Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social”. CEPAL.

(número de miembros de la familia potencialmente movilizables para el trabajo), transiciones demográficas de las familias, entre otros factores.

Para efectos de este estudio, ambos ámbitos son consonantes con la realidad de los trabajadores accidentados que resultan con discapacidad y las familias de trabajadores fallecidos por causa o con ocasión del trabajo.

Las articulaciones entre pobreza, exclusión y vulnerabilidad social.

A continuación se explica de manera breve, la distinción entre cada uno de estos enfoques, ya que si bien difieren en cuanto a sus conceptos y enfoques, son en alguna medida complementarios y constituyen aportes al constructo teórico del MAIS.

Si bien la particularidad del concepto de pobreza, esta dado por la asociación de este con la *privación por falta de ingresos*, agrupando de manera colectiva a población heterogénea, en cuanto, por ejemplo, a dotación de activos; y el de exclusión, tiende a focalizarse en el proceso de *debilitamiento de los vínculos sociales* que unen al individuo con la comunidad y la sociedad; ambos, incluyendo al de vulnerabilidad, comparten el concepto de *desventaja social*. Este concepto es transversal a la población tanto pobre, como excluida y vulnerable, en relación a las desventajas para insertarse en forma adecuada en el conjunto de oportunidades sociales.

De la combinación de los enfoques de pobreza y exclusión, surge la clasificación de integrados plenos, excluidos pobres, integrados pobres y excluidos no pobres.

Desde el enfoque de vulnerabilidad, los últimos tres grupos podrían clasificarse como vulnerable estable, permanente o reciente, según su ciclo vital, cantidad y diversidad de activos o probabilidades de uso de estrategias que le permita salir de esa situación, teniendo el grupo de vulnerabilidad reciente, mayores posibilidades de salir por si mismo de una situación de desventaja, a diferencia de los grupos vulnerable estable o permanente que tienen menos capacidades o probabilidad de habilitarse por su cuenta. Ej.: desempleados de larga duración, analfabetos, personas con discapacidad severa, etc.

La importancia del aporte de los distintos enfoques, radica en que tanto la pobreza, como la exclusión y la vulnerabilidad, al constituir problemáticas dinámicas y multidimensionales, requieren para su abordaje, de políticas y estrategias que complementen e integren elementos de los distintos enfoques.

Como es de esperar, al ser el enfoque de vulnerabilidad, dinámico y multidimensional, ha presentado dificultades para su medición, requiriendo focalizar esfuerzos en contar con pautas metodológicas que den cuenta de sus principios teóricos. No obstante lo anterior, se han realizado diversos avances por parte de diferentes países latinoamericanos en conjunto con el PNUD, por construir y medir lo vulnerabilidad a objeto de traducirlo en un Índice de Vulnerabilidad Social (IVS)

Inclusión Social y desarrollo

La inclusión social ha pasado a ser un antídoto contra la pobreza, la desigualdad y los desajustes asociados a la globalización⁴⁷. Por otra parte, el término exclusión, se asocia a pobreza y desigualdad. Al igual que la pobreza multidimensional, el concepto de exclusión no solo hace referencia a la insuficiencia en el ingreso, sino a un conjunto de elementos mas amplios, tales como privaciones sociales, falta de voz y poder en la sociedad.

La exclusión social se produce si la “pertenencia a un grupo tiene un impacto considerable sobre el acceso a oportunidades que tiene el individuo y si las interacciones sociales entre grupos ocurren en el marco de una relación de autoridad/subordinación”⁴⁸

Un elemento diferenciador de la exclusión, es que, a diferencia de la pobreza, esta se da en un contexto grupal. Su componente relacional, pone énfasis en los activos sociales y culturales y no solo en los activos económicos.

La exclusión es el resultado de procesos sociales y culturales, requieren de un agente para que se produzca, por lo que es por definición evitable. Otra característica de la exclusión es que es arbitraria, las personas son excluidas debido a características que están al margen de su responsabilidad, como son el género, pertenencia a un grupo originario o situación de discapacidad. Esta posee características espaciales, como lo es la segregación territorial e intergeneracionales, poniendo de manifiesto la importancia de la comunidad y la familia con el fin de impedir la transmisión de desventajas entre generaciones.

Algunos elementos comunes de las poblaciones excluidas, son: la invisibilidad, pobreza y desventajas, estigma, discriminación y desventajas acumulativas. Estos elementos resultan

⁴⁷ Banco Interamericano de Desarrollo, Año 2004. “Inclusión social y desarrollo económico en América Latina”. http://issuu.com/idb_publications/docs/book_es_32498/1

⁴⁸ Ídem.

de gran relevancia para este estudio, ya que apuntan a los puntos críticos sobre los cuales se deben enfocar las estrategias de inclusión para la población atendida en el caso de estudio.

1.4. Enfoque social de la discapacidad: del modelo médico-rehabilitador al modelo social y de derechos humanos.

A modo de contexto, en el caso de estudio que aborda esta investigación, los elementos que proporcionan el enfoque social de la discapacidad, resultan fundamentales para explicar la relevancia y la necesidad que vino a satisfacer, un modelo de atención integral en salud, cuyo foco han sido las capacidades de las personas y oportunidades disponibles en la sociedad, mercado y Estado. Esto, por sobre las deficiencias físicas derivadas de un accidente laboral, junto con la valoración de lo diverso como elemento de base y pre requisito para una inclusión plena tanto en el ámbito laboral como en las demás instancias de participación social y comunitaria.

El modelo social de la discapacidad, actúa sobre dos premisas fundamentales: la primera de ellas, plantea que **las causas que originan la discapacidad son sociales** y que por ende las limitaciones de la sociedad son las que condicionan el emerger de la discapacidad como problemática; una segunda premisa dice relación con la inclusión y la **aceptación de la diferencia**, como condiciones necesarias para que las personas con discapacidad puedan aportar a la sociedad.

“La noción de persona con discapacidad desde este modelo se basa, más allá de la diversidad funcional de las personas, en las limitaciones de la propia sociedad. De este modo, se realiza una distinción entre lo que comúnmente se denomina “deficiencia” y lo que se entiende por discapacidad.

Como se ha mencionado, el modelo social nació apuntalando la filosofía de vida independiente, pero acompañada de unos Principios Fundamentales que describen la discapacidad como una forma específica de opresión social. Estos principios hacen una distinción entre *deficiencia* —la condición del cuerpo y de la mente— y *discapacidad* —las restricciones sociales que se experimentan—. El manifiesto, elaborado por la UPIAS⁴⁹, afirmaba que la sociedad *discapacitaba* a las personas con discapacidad. La discapacidad “es algo que se emplaza sobre las deficiencias, por el modo en que las personas con

⁴⁹ “Unión de personas con discapacidad física contra la segregación”, movimiento inglés, surgido en Gran Bretaña.

discapacidad son innecesariamente aisladas y excluidas de una participación plena en sociedad.”⁵⁰

De esta manera, se entiende por deficiencia, la pérdida o limitación total o parcial de un miembro, órgano o mecanismo del cuerpo; en cambio por discapacidad, se entiende la desventaja o restricción de actividad, causada por la organización social contemporánea que no considera, o considera en forma insuficiente, a las personas que tienen diversidades funcionales, y por ello las excluye de la participación en las actividades corrientes de la sociedad.

Es decir, la deficiencia —o diversidad funcional— sería esa característica de la persona consistente en un órgano, una función o un mecanismo del cuerpo o de la mente que no funciona, o que no funciona de igual manera que en la mayoría de las personas. En cambio, la discapacidad estaría compuesta por los factores sociales que restringen, limitan o impiden a las personas con diversidad funcional, vivir una vida en sociedad.

Esta distinción permitió la construcción de un modelo que fue denominado “social” o “de barreras sociales” de discapacidad.

Este enfoque social de la discapacidad vino a complementar el entonces, y aun muy vigente, “Modelo Rehabilitador”, para el que la discapacidad es atribuida a una patología individual, y su objetivo es recuperar a la persona, “normalizándola” lo mas posible.

Este enfoque, pone énfasis en la diversidad funcional y en las actividades que la persona no puede realizar, dejándose de lado las capacidades y potenciales de estas personas. En consecuencia, las respuestas sociales se basan en una actitud paternalista, centrada en los déficit de las personas, prevaleciendo el enfoque bio médico para su recuperación. En este contexto, las personas con discapacidad dependen mayoritariamente de las pensiones otorgadas por la seguridad social y de las escasas oportunidades de empleo, la mayor parte de las veces, en medios protegidos, generándose una cultura de subestimación, la que genera la exclusión del mercado laboral de muchas personas con discapacidad, plenamente capaces de trabajar.

⁵⁰ Palacios, Agustina. Año 2008. “El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. España.

Cabe destacar que la consolidación del modelo rehabilitador, tiene su origen en las guerras y los accidentes laborales. Ambas realidades se caracterizan por que las personas han vivido un hecho traumático que le ha hecho “perder” algo, ya sea un órgano, un sentido o una función. De este modo, comienza a generarse un concepto donde el evento traumático, en este caso un accidente laboral, se lleva algo que es necesario reemplazar y la discapacidad comienza a ser vista como una insuficiencia, una deficiencia a ser erradicada. Por lo que lo central de este modelo rehabilitador es la reparación, la restauración, incorporación e inserción, la que son consideradas como necesarias y posibles, aunque no suficientes.

La respuesta a esta necesidad, fue el nacimiento del movimiento médico y de la psicología de la rehabilitación, cuyos objetivos se centraron en la recuperación físico - funcional.

Es en este punto, con el desarrollo de los planes de rehabilitación, es que comienza a tomarse conciencia de otros aspectos que iban a contribuir a la ampliación del concepto y del campo de la rehabilitación, a partir de que se constatará que ésta no era solamente física, sino que también eran fruto de la interacción de variables psicológicas y sociales. Como resultado de ello, se ampliaron los objetivos de recuperación somática y se hizo hincapié en los factores psicosociales, incorporándose progresivamente nuevos profesionales, procedentes de las ciencias sociales y de la conducta.

Tal como lo plantea la autora, “El tratamiento impartido a las personas con discapacidad desde este modelo se basa en una actitud paternalista, producto de una mirada centrada en la diversidad funcional, que genera subestimación y conlleva a la discriminación.

Como se ha adelantado, si bien se busca la recuperación e incluso la normalización de la persona, el situar el centro del problema exclusivamente en la diversidad funcional genera un cierto menosprecio con relación a las aptitudes generales de las personas con discapacidad”.⁵¹

⁵¹ Ídem anterior.

En este modelo, la diversidad funcional se asimilaba a la enfermedad. Las personas pasan a ser consideradas normales o anormales, muchas veces según sean consideradas sanas o enfermas.

El encargado de diagnosticar dicha normalidad o anormalidad pasa a ser el médico, quien lidera la visión, de que las diferencias deben desaparecer —o al menos ser disimuladas, ocultadas—.

Esta ideología, tendente a ocultar la diversidad funcional, puede verse claramente representada a través de la práctica de la institucionalización.

A modo de conclusión, la autora plantea que “desde el modelo rehabilitador se considera la discapacidad exclusivamente como un problema de la persona, directamente ocasionado por una enfermedad, trauma o condición de la salud, que requiere de cuidados médicos prestados por profesionales en forma de tratamiento individual. En consecuencia, el tratamiento de la discapacidad se encuentra encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona, o un cambio en su conducta. La atención sanitaria se considera la materia fundamental, y en el ámbito político, la respuesta principal se brinda mediante políticas de atención a la salud.”⁵²

Son precisamente estos dos puntos: el situar el problema en la persona y el considerar que las causas de la discapacidad, son el resultado de la deficiencia; los que generan el rechazo y la crítica a este enfoque, junto con establecer las bases del modelo con orientación en las barreras sociales.

Una crítica adicional, surge desde la ideología de este modelo, que niega o rechaza las diferencias que representa la discapacidad, poniendo énfasis en lo igual o idéntico. De hecho, este modelo proporciona un método para borrar las diferencias. Se le ofrece a la persona con discapacidad ser integrada solo en la medida en que se rehabilite, que disimule u oculte su diferencia, y se asemeje a los demás.

En este contexto, el rol que asumen los médicos y terapeutas desde este modelo presupone establecer una relación de maestro—alumno, asumiendo los profesionales de la salud mucho más que el rol de médicos, brindando asesoramiento a la persona con discapacidad,

⁵² Ídem anterior.

pronunciándose sobre la terapia pero también opinando sobre el destino de la persona con discapacidad y —de hecho— determinando sus derechos.⁵³

De este modo, todas las miradas se centran en las destrezas o habilidades que una persona pueda ser capaz de adquirir, y pareciera que dichas habilidades sean el pasaporte hacia una vida en sociedad. A partir de ello, la discapacidad es medida solo con parámetros médicos, y es precisamente el médico quien, en definitiva, termina dirigiendo la vida y las elecciones de las personas con discapacidad.

En este modelo médico – rehabilitador, son los médicos y los profesionales de “apoyo médico”, los involucrados en definir alternativas de educación y capacitación, determinar la asignación de beneficios, medir las capacidades laborales, etc. Todos los profesionales asociados a estos equipos se alinean bajo el mismo discurso médico. Articulándose toda una visión y plan de trabajo en base a un excesivo énfasis en el diagnóstico clínico, desestimando que una discapacidad depende del estilo de vida de la persona, por lo que su entorno y las oportunidades que provea o no la sociedad, inciden en la construcción de la experiencia de discapacidad.

1.4.1 El Modelo Social y su conexión con los Derechos Humanos

Este modelo enfatiza el rol de la sociedad, por sobre la persona, para buscar soluciones que permitan a todos sus miembros sentirse parte o incluidos en la sociedad.

Para esto, las personas con discapacidad, deben tener las mismas oportunidades de acceso, que las personas sin discapacidad, a oportunidades en los ámbitos educacionales, laborales (dejando el trabajo protegido solo para aquellos casos extremos) y de participación en la vida social (acceso a la cultura, deportes, recreativas). El actual modelo, amplía las oportunidades de inclusión, ya no solo desde el ámbito laboral, como lo plantaba el modelo rehabilitador, sino que lo expande a todas aquellas instancias de participación en la vida social de las personas y las comunidades.

De esta manera, se contextualiza la discapacidad en su medio social, siendo una máxima para el modelo **la búsqueda de la inclusión a través de la igualdad de oportunidades.**

⁵³ Stiker, H. J., A History of Disability, op. cit. citado por Agustina Palacios, en “El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. España, Octubre 2008.

En consecuencia, las políticas en materia de discapacidad adquieren un carácter transversal, integrando ámbitos de educación, trabajo, vivienda, accesibilidad, etc.

En la actualidad, el modelo social, se expresa como un reclamo, una aspiración o ideal, que mas que tener una normativa que lo avale, se nutre de las demandas sociales que los propios actores activan y movilizan hacia el Estado y las distintas instituciones involucradas.

Cabe destacar el rol fundamental que tuvieron los “movimientos de vida independiente”, en la gestación del modelo. Hacia fines de los años sesenta, en los Estados Unidos, las personas con discapacidad —en particular aquellas que vivían en instituciones residenciales— tomaron la iniciativa e impulsaron sus propios cambios políticos. Los activistas con discapacidad y las organizaciones de personas con discapacidad se unieron para condenar su status como “ciudadanos de segunda clase”. Reorientaron la atención hacia el impacto de las barreras sociales y ambientales, como el transporte y los edificios inaccesibles, las actitudes discriminatorias y los estereotipos culturales negativos, que *discapacitaban* a las personas con discapacidad.

Estos movimientos, obtuvieron grandes logros orientados a la desmedicalización y desinstitucionalización. Así como un importante rol en la participación política de las personas con discapacidad y su impacto en el área de los derechos civiles y la legislación antidiscriminatoria.

Estas agrupaciones, rechazaron la idea de que se les categorizara como un grupo vulnerable necesitado de protección, reivindicando su derecho a definir sus propias necesidades y servicios prioritarios. De esta manera cuestionaban la medicalización de sus vidas, redefiniendo el concepto de independencia, como el control que la persona tiene sobre su propia vida. Planteando de esta forma, que la independencia debía ser medida, en relación con la calidad de vida que se podía lograr con asistencia, y no en relación con cuántas tareas pueden ser realizadas sin asistencia.

Estos movimientos, lideraron la idea en relación a quienes mejor conocían sus necesidades, no eran los equipos de salud, sino que ellos mismos, estableciendo de esa forma, los

principios inspiradores del nuevo modelo: independencia, autosuficiencia, transversalidad y, el más relevante de todos, la discapacidad como un problema social.

Respecto a los avances en materia de derechos civiles, un hito importante estuvo constituido por la primera ley de derechos civiles para personas con discapacidad, dictada en los Estados Unidos en el año 1973.

Si bien, el movimiento de vida independiente de los USA, gestó las bases del nuevo modelo, fueron los ingleses, representados por un grupo de activistas y académicos con discapacidad, (sociólogos y psicólogos), los que organizados a través de la “ Unión de personas con discapacidad física contra la segregación”, impulsaron los nuevos principios fundamentales de la discapacidad, los que derivarían mas tarde en el Modelo Social de la Discapacidad, estableciendo una clara distinción entre deficiencia y discapacidad y dando especial énfasis al abordaje holístico del tema, abordando todos los aspectos de la exclusión: educación, trabajo, barreras arquitectónicas, barreras actitudinales y sociales. Poniendo de esta manera, especial énfasis en las barreras económicas, medio ambientales y culturales, las que se traducen en inaccesibilidad a la educación, medios de comunicación e información, entornos de trabajo, barreras arquitectónicas y falta de oportunidades de participación social.

Condenando especialmente, la segregación y la institucionalización, por considerarlas formas de violación a los derechos humanos.

Otro elemento diferenciador del modelo social es el valor asignado a la inclusión de la diferencia como parte de la diversidad humana, rechazando de esta manera el trato paternalista que caracterizó al modelo rehabilitador, el que aspiraba a la recuperación de las personas, la normalización de estas, donde la diversidad era apenas tolerada.

En conclusión, podemos decir que el actual Modelo Social de Discapacidad, se sustenta en tres supuestos básicos:

- **Valoración de la vida humana:** independiente de su condición, goza del mismo valor en dignidad.

- **Independencia:** toda persona, independiente de su diversidad funcional, debe poder tener la posibilidad de tomar las decisiones que afecten su vida. Ampliando el concepto de independencia, ya no solo a las actividades que la personas puede o no realizar, sino a aquellas que involucren decisiones que afecten la calidad de vida de la persona. Cabe destacar, que la dependencia también es creada a través, por ejemplo, de actitudes condescendientes, barreras en el entorno que obligan a las personas a solicitar ayuda. La figura del asistente personal, cobra especial relevancia, al permitir transitar del enfoque de la institucionalización a uno de mayor integración en su comunidad y entorno natural.
- **Derecho a la participación:** en todos los ámbitos de la vida social y comunitaria, esto es en los ámbitos políticos, económicos, culturales y sociales, en igualdad de condición que las personas sin discapacidad. Refiriéndose aquí a una “igualdad inclusiva” que valora las diferencias, como manera de disminuir el prejuicio y discriminación al que se enfrentan las personas con discapacidad, toda vez que nos situamos desde el paradigma de la normalidad. Aspirando a que ser diferente de lo normal, no necesariamente genere un prejuicio.

1.4.2 Aspectos legales

El 13 de diciembre de 2006 se aprobó la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Sin duda este instrumento es el resultado de un largo proceso, en el que participaron varios actores, entre los que destacan Estados miembros de Naciones Unidas, Observadores de Naciones Unidas, Cuerpos y organizaciones importantes de Naciones Unidas, relator especial sobre discapacidad, Instituciones de derechos humanos y en especial el movimiento de la discapacidad. Esta convención, ha sido reflejo del cambio, gestado en los últimos 20 años, hacia una perspectiva sobre la discapacidad basada en los derechos humanos. A partir de entonces, se ha comenzado a identificar a las personas con discapacidad como un colectivo necesitado de protección, y se ha hecho hincapié, por un lado en la singularidad de sus derechos ante determinadas situaciones, y por otro en la necesidad de que el Estado adopte medidas de protección especiales a los fines de garantizar el ejercicio de derechos universales por parte de dichas personas.

En cuanto a los Derechos protegidos, establece:

Derecho a la Igualdad

Derecho de protección en situaciones de especial vulnerabilidad

Derecho de libertad y autonomía personal:

Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad

Este es un derecho clave, que conecta de manera transversal con el resto de las disposiciones de la Convención. Partiendo del reconocimiento de que el lugar natural de las personas con discapacidad no son las residencias o las instituciones estatales, sino sus propios hogares, y en conexión con el resto de los derechos, se establecen medidas tendientes a que estas personas alcancen una mayor autonomía y, sobre todo, una mayor inclusión social. Así, la Convención reconoce el derecho de las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás personas. Para ello, se establece la obligación de los Estados de asegurar que puedan, en igual medida que el resto de personas, elegir su lugar de residencia, como asimismo las personas con las que quieren vivir. A dicho fin, asimismo, se deberá garantizar una serie de servicios, y entre ellos, la asistencia personal.

Finalmente, desde la conciencia de que para que las personas con discapacidad puedan vivir en comunidad, dicha comunidad debe estar pensada para cubrir también sus necesidades, se establece la obligación de garantizar que las instalaciones y servicios comunitarios sean accesibles.

Derecho a la Participación

Derechos sociales básicos, tales como educación, salud, trabajo y empleo, nivel de vida adecuado y protección social.

La adhesión de Chile a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, se tradujo en la promulgación de la Ley 20.422.

“El 10 de febrero de 2010 entró en vigencia la Ley N°20.422 que Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad.

La nueva Ley se basa en los principios de vida independiente, accesibilidad universal, diseño universal, intersectorialidad, participación y diálogo social. Además, establece nuevos organismos para abordar los desafíos que genera la plena inclusión social de las

personas con discapacidad: Comité de Ministros, Servicio Nacional de la Discapacidad y Consejo Consultivo.

Este nuevo texto legal, que junto a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, constituyen un sólido marco legislativo en nuestro país.⁵⁴

Señala como su objetivo: “Asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades de personas con discapacidad con el fin de obtener su plena inclusión social, asegurando el disfrute de sus derechos y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad”⁵⁵

1.4.3 Efectos en las clasificaciones internacionales sobre discapacidad y la Organización Mundial de la Salud.

La transición desde el concepto de discapacidad desde un modelo rehabilitador a uno social ha tenido asimismo repercusiones en la evolución que se ha vivido a través de las Clasificaciones Internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵⁶.

Como se ha señalado, una de las principales distinciones que realiza el modelo social es entre los conceptos de deficiencia y discapacidad. Así, es adoptada una definición de la deficiencia física (que posteriormente fue extendida para incluir formas sensoriales y cognitivas), en contraste a una definición de discapacidad en términos socio—políticos, definida como “el resultado de una relación opresiva entre las personas con discapacidad y el resto de la sociedad”.

Lo anterior generó, que las agrupaciones con discapacidad utilizaran la distinción como fundamento de sus críticas a la primera Definición Internacional adoptada por la Organización Mundial de la Salud en el año 1980, la que estaba basada en el modelo rehabilitador y hablaba de deficiencia, discapacidad y minusvalía. Solo 10 años después, esta definición fuera revisada, adoptándose una nueva visión, que se vería reflejada en la Clasificación Internacional actual.

⁵⁴ Servicio nacional de la Discapacidad, http://www.senadis.gob.cl/pag/177/557/ley_n20422

⁵⁵ Ídem anterior.

⁵⁶ La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales. www.who.int

Finalmente, la Organización Mundial de la Salud adoptó en el año 2001 una nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud —CIF.⁵⁷ En esta nueva Clasificación, el término discapacidad engloba al de “deficiencia”, “limitaciones en la actividad” y “restricciones en la participación”.

La clasificación revisada define los componentes de la salud y algunos componentes “relacionados con la salud” del “bienestar” (tales como la educación, el trabajo, etc.). El concepto de *funcionamiento* se puede considerar como un término global que hace referencia a todas las Funciones corporales, actividades y participación; de manera similar, la *discapacidad* engloba las deficiencias, las limitaciones en la actividad o restricciones en la participación.

Además, la nueva Clasificación también enumera *factores ambientales* que interactúan con todos los demás factores.

En consecuencia, la CIF se encuentra basada en la integración de dos perspectivas: la médica o biológica, y la social. Con el fin de conseguir la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento, la clasificación utiliza un enfoque “biopsicosocial” que intenta conseguir una síntesis, y así, proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social. Ello porque la Clasificación parte de la idea de que ninguna de las dos perspectivas —ni la biológica ni la social— resuelve por sí sola todas las cuestiones inherentes a esta realidad tan compleja que es la discapacidad. Además, gracias a esta visión integradora— se facilita la diferenciación entre los distintos componentes de la discapacidad, lo cual se considera que puede resultar muy útil a los fines de clarificar la naturaleza de las actuaciones que son requeridas y los niveles a los que dichas actuaciones deben estar dirigidas.

De esta manera, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias,

⁵⁷ *International Classification of Functioning, Disability and Health.*

limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado).⁵⁸

Tal como lo señala la literatura internacional, en la actualidad se vive un momento de transición desde el modelo rehabilitador al modelo social, no obstante y aún cuando este último es el imperante en muchas políticas legislativas existentes, concurren ciertos resabios del modelo anterior, que merecen ser tomados en cuenta.

En lo que respecta a nuestra realidad institucional, de Mutual de Seguridad, el desarrollo e instalación del Modelo de Atención Integral en Salud-MAIS, viene a reflejar y a materializar la evolución desde el modelo rehabilitador con fuerte acento bio- médico a uno de mayor énfasis social. Lo fundamental de este tema está en el hecho de que la discapacidad se la debe tomar desde un punto de vista más integrador u holístico, es decir pasar del aspecto médico-rehabilitador a lo social, esto significa que el primero es tomado en cuenta como etiología de la situación lo otro proyecta a la persona, su autoestima, su seguridad, su afectividad, la posibilidad de contar con una familia que acompañe, ayude y le permita seguir adelante en situaciones en las que se necesita apoyo y acompañamiento, la posibilidad de tener un trabajo lo que favorece en la recuperación o en desarrollo de habilidades compensatorias. Lo anterior puede visibilizarse a través del siguiente ejemplo: una persona con discapacidad física motora del 100% en silla de ruedas que no tiene sensibilidad absoluta en sus extremidades pero que tiene una familia que le apoya, le lleva a las terapias, le atiende y un trabajo que le permite sentirse útil y sobre todo seguir manteniendo su status de vida. A diferencia de otra persona que perdió una pierna por un accidente de trabajo, perdió su trabajo, ante la crisis económica su familia le abandonó, con escaso apoyo familiar, con alto riesgo psicológico emocional, que si bien tiene un 50% de discapacidad, mirándole desde el punto de vista social, tiene mayor discapacidad que el que tiene el 100%.

⁵⁸ Organización mundial de la salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>

Mirar la discapacidad desde lo holístico nos permite una visión inclusiva, pero para lograr esto, debemos generar fuertes y decididos espacios de Sensibilización, es decir quienes no tenemos discapacidad debemos ser capaces de apropiarnos de la misma para cumplir con la misión que la sociedad nos ha entregado y es el respeto hacia la diversidad, no necesitamos hacer grandes reflexiones sino integrar en nuestra mente que todos somos “personas” unos con discapacidad y otros sin discapacidad, ese momento confluiremos en la premisa que todos tenemos la mismas necesidades de: una familia, de amor, de deseos, de sexualidad, de alegría, de trabajo, de sueños, de construcción, de hijos, de educación, de salud asemejándonos en un 97% de los aspectos y apenas diferenciándonos en un 3% la discapacidad propiamente dicha: física o intelectual o auditiva o visual entre otras.⁵⁹

El proceso de transitar hacia un modelo con énfasis social, y en concordancia con lo que ocurre en el resto del mundo, se encuentra en plena transición, lo cual no ha estado libre de tensiones y resistencias por parte de los equipos médicos, quienes continúan, por desconocimiento o convicción, mayoritariamente alineados al antiguo modelo médico – rehabilitador. Por otra parte, el actual modelo otorga el escenario ideal para que disciplinas como la gerencia social encuentren su espacio de aporte a generar valor en una población que sin duda puede beneficiarse ampliamente de ese enfoque.

⁵⁹ <http://centropsicologicolapiz.blogspot.com/2012/03/reflexiones-sobre-educacion-inclusiva.html>

Capítulo IV: Desarrollo del caso

1.1. El Modelo de Atención Integral en Salud - MAIS

La experiencia desarrollada por Mutual de Seguridad, surge en respuesta a la condición de vulnerabilidad que enfrentan las personas y familias como consecuencia de un accidente laboral de gran magnitud, junto con el desarrollo de respuestas traducidas en oportunidades orientadas a fortalecer al individuo, hogar o comunidad que ha sufrido un deterioro en su bienestar producto de estar expuesto a determinado tipo de riesgo, en este caso, un accidente laboral con resultado de discapacidad laboral permanente o muerte.

En consecuencia, el Área Psico-Social de Mutual de Seguridad ha desarrollado un Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), cuyo objetivo es “Disminuir la vulnerabilidad asociada a accidentes laborales con resultado de discapacidad o muerte, a través del fortalecimiento de los activos y capacidades presentes en las personas, familias y comunidad, potenciando sus estrategias de uso y articulando con las oportunidades que brinda el entorno”.



Fuente: Mutual de Seguridad C.Ch.C., año 2014.

El enfoque en el que se inspira el modelo, es el de desarrollo humano y específicamente el de vulnerabilidad e inclusión social.

Este se implementa en el escenario de la salud, requiriendo que los equipos médicos y Psico-sociales actúen de manera complementaria en la búsqueda de soluciones integradas frente a una problemática compleja y multidimensional.

Este enfoque complementa el objetivo biomédico de dar solución a través de prestaciones médicas al impacto físico del accidente, desplazándolo hacia un objetivo mas amplio que implica lograr la plena inclusión socio – laboral de la persona.

Lo anterior, comprendió un complejo proceso de evolución de un modelo biomédico, reactivo a las problemáticas Psico-sociales, a uno con enfoque Psico-social, para evolucionar finalmente a uno con enfoque de inclusión social. Como es de esperar, fue un periodo no exento de resistencias al interior de los equipos clínicos, donde el transito de un modelo que concentraba el poder en los equipos clínicos a uno, donde el poder se distribuía entre equipos clínicos y no clínicos, puso sobre la mesa conflictos políticos y de disputa de poder.

En términos técnicos implicó el desplazamiento desde un enfoque reactivo a uno preventivo, orientado a pesquisar e intervenir tempranamente los factores de riesgo Psico-social asociado a accidentes laborales. Culturalmente, implicó transitar desde el término “paciente” al de “trabajador accidentado” y finalmente al de “persona sujeto de derechos”.

Un elemento central para el éxito de la instalación de este modelo, fue el apoyo por parte de los ejecutivos de ese entonces, a cargo de la Gerencia de Salud, quienes con una visión basada en la sustentabilidad apoyaron la iniciativa.

Este modelo comenzó a gestarse en el año 2004, consolidándose a nivel Región Metropolitana en el año 2008 y a nivel nacional en el año 2011.

A nivel organizacional implicó una nueva forma de organización de las unidades y servicios existentes, en el año 2004, se creo el área Psico-social, entidad que reunió por primera vez a trabajadores sociales, psicólogos, como entidad autónoma y complementaria a la parte médica. En el año 2011, se creo la Dirección Psico-Social Nacional, estructura que ha permitido consolidar la implementación del modelo a nivel país.

1.2. Evidencia

Se realizaron dos estudios fundamentales que constituyeron la evidencia científica para crear las bases del modelo, el primero de ellos efectuado en el año 2003 y el segundo en el año 2008, ambos estudios demostraron que la detección e intervención temprana del riesgo Psico-social asociado a accidentes labores, contribuía no solo a una mayor inclusión y aumento en la calidad de vida de las personas, sino también reportaba importantes eficiencias en la optimización de los recursos económicos destinados en salud.

El primero de los estudios, se focalizó en una población con gran discapacidad y su objetivo fue conocer el impacto de la aplicación de Programas Psico-Sociales en trabajadores accidentados con secuelas de TEC grave, (traumatismo encéfalo craneano) producto de un accidente de trabajo.

El estudio, comparó la variación en el comportamiento de un grupo de 27 pacientes que cumplía con el siguiente perfil: grado de discapacidad superior al 70% y haber superado la etapa aguda del tratamiento. Las intervenciones se desarrollaron durante la etapa intermedia y secular (6-24 meses de ocurrido el accidente)

Variables a comparar:

1. Del ámbito clínico: numero de reingresos hospitalarios, frecuencia de estos y días de permanencia.
2. Del ámbito de la reinserción social: reintegro a la familia, fuente laboral y comunidad.

El grupo intervenido estuvo compuesto por 17 pacientes, junto a su grupo familiar, la empresa y entidades comunitarias.

El grupo control estuvo compuesto por 10 pacientes.

Las intervenciones Psico-sociales, constaron de:

1. Habilidad Psico-social para el trabajador accidentado, con el objetivo de estimular Psico-socialmente al trabajador con el objetivo de lograr la oportuna reinserción a su medio familiar, laboral y comunitario, junto a la construcción de nuevas redes sociales.
2. Intervención Psico-social familiar, con el objetivo de potenciarlo como agente integrador.

3. Intervención Psico-social laboral y comunitaria, con el objetivo de aumentar las oportunidades de inclusión social a nivel comunitario y laboral.

Resultados:

	Sin intervención	Con intervención	Programa
Reinserción Social	40%	88%	
Reingresos hospitalarios	100%	41%	Reinserción Social
Frecuencia reingresos	1,4 veces	1,1 veces	

Fuente: Área Psico-Social, Mutua de Seguridad. Año 2004.

Los pacientes intervenidos Psico-socialmente, tienen mejores resultados en cuanto a que presentan menos reingresos hospitalarios, menos frecuencia de estos, mayor reinserción laboral y social y menos días de permanencia hospitalaria.

Conclusiones: El estudio, permitió corroborar que la intervención Psico-social, permitía: Optimizar el proceso de rehabilitación, como resultado de abordar de el trauma desde un enfoque holístico en salud, el que permitía incrementar la reinserción socio-laboral de los trabajadores accidentados.

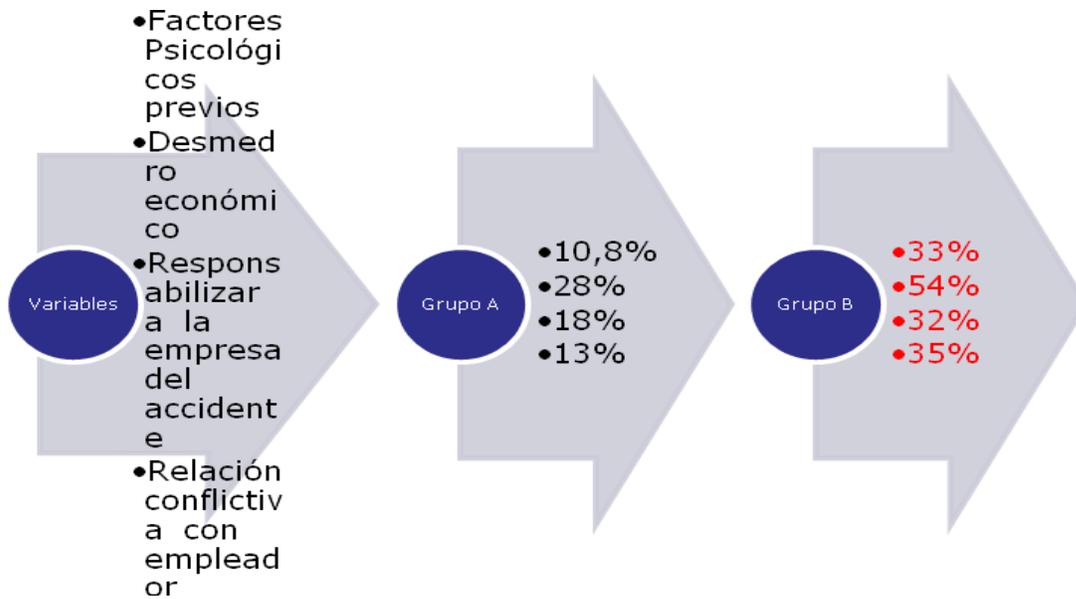
Mejorar la calidad de vida de la población intervenida, al abordar los distintos ámbitos alterados por el trauma.

Optimizar los recursos humanos y económicos de la institución, al disminuir el riesgo de institucionalización y reingresos hospitalarios.

El segundo estudio, se focalizo en población con un grado de discapacidad parcial o total y su objetivo fue determinar las variables de riesgo psicosocial de trabajadores accidentados, con lesiones traumáticas graves de mano, producto de un accidente laboral, que inciden en el retorno al trabajo.

- **Población objetivo:** Trabajadores accidentados ingresados entre enero y julio del año 2008, con diagnóstico de mano gravemente lesionada.
- **Metodología** Se compararon 2 grupos de acuerdo al tiempo de evolución del trauma: evolución inferior a 1 mes (Grupo A, N: 130), y evolución entre 3-6 meses (Grupo B, N: 31).
 - Aplicación de instrumento a través de entrevista estructurada realizada indistintamente por psicólogo y trabajador social, al trabajador, empresa y equipo médico, se evalúan las siguientes características: Sociodemográficas, antecedentes psicológicos de riesgo, actitud frente al tratamiento, relación médico-paciente, antecedentes familiares, sociales, laborales, condiciones ambientales, y opinión del equipo médico tratante.
 - Tabulación de datos: programa SPSS⁶⁰.
- **Indicadores:**
 - Días de disminución de extensión de tratamiento (ET) en comparación a ET año 2006.
 - Días de ahorro en subsidio.
 - Tasa de reinserción socio-laboral.
 - Imagen corporativa – calidad en la atención.
- **Resultados:** la investigación, evidenció que existen factores psicosociales de riesgo asociados a factores psicológicos, económicos, y de relación con el empleador, que se incrementan en la medida que transcurre mayor tiempo desde ocurrido el accidente y que una temprana detección e intervención de estos factores permite realizar una adecuada gestión del riesgo psicosocial del trabajador accidentado, contribuyendo al retorno al trabajo de manera oportuna.

⁶⁰ Statistical Package for the Social Sciences, programa estadístico informático usado en ciencias sociales.



Fuente: Área Psico-Social, Mutua de Seguridad, año 2008

En términos económicos, se evidenció que los trabajadores intervenidos disminuían sus tiempos de reposo en 17,1 días, ya que el tiempo de reposo promedio para el grupo intervenido fue de 83,4 días, número que se comparó con los 100,5 días en promedio que presentaban los trabajadores con diagnóstico similar, que no habían participado de estudio.

Los dos estudios, evidenciaron que una detección e intervención temprana del riesgo Psico-social asociado a accidentes laborales, permitía optimizar los recursos en salud, aumentar las oportunidades de reintegro laboral del trabajador y mejorar la percepción de satisfacción con la atención recibida.

En el tema de la población que presentaba gran discapacidad, las oportunidades se redefinían más allá del ámbito laboral al de la inclusión y participación social, demostrando que una mayor reinserción social impacta en disminuir complejizaciones asociadas a ingresos hospitalarios, con los consecuentes costos en la calidad de vida de las personas y costos económicos para la institución.

1.3. De la legalidad a la legitimidad

Si bien el seguro social de accidentes laborales y enfermedades profesionales constituye un referente en protección social a nivel latinoamericano, también cabe considerar que su gestación, hace ya más de 4 décadas, respondió a las necesidades de una población con características muy distintas a las vividas hoy en día. De esta manera, es entendible que para la época, el considerar la protección a través del subsidio económico por incapacidad laboral y las prestaciones médicas correspondientes. No obstante, las necesidades de protección ante un evento de estas características, ya está dicho, reviste muchos más aspectos que los contemplados en la ley.

Como una manera de dar respuesta a estas necesidades y con el propósito de realzar el rol social de la institución, se destina a partir del año 2011 un importante presupuesto para acciones de inclusión no contempladas en la ley. Lo anterior permitió contar con un flujo de recursos destinados a potenciar los programas de inclusión contenidos en el MAIS, permitiéndole su consolidación a nivel nacional.

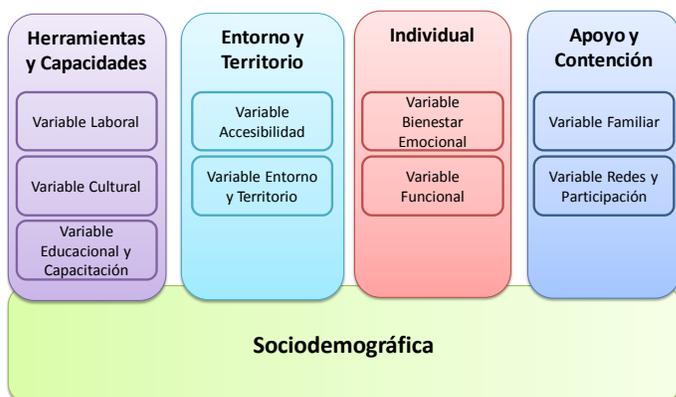
En la actualidad, el 50% del presupuesto que maneja el área Psico-Social, está constituido por los aportes de Mutual, en el contexto de prestaciones complementarias a las expresamente señaladas por la ley.

El riesgo de lo anterior, es que estos fondos son financiados por los excedentes de la institución, los que están directamente relacionados con su balance operacional, por lo que asegurar este tipo de prestaciones dentro de la cobertura de la ley, es uno de los principales desafíos.

1.4. Gestión del riesgo Psico-Social

Este modelo identifica de manera temprana no solo el riesgo asociado al accidente, en relación al proceso de retorno al trabajo e inclusión social; sino también, los recursos o activos con que cuentan las personas y sus familias, y la manera en que estos recursos serán movilizados a objeto de incrementar las oportunidades de inclusión socio-laboral, que estén disponibles por parte de las empresas, la propia institución y los organismos del Estado vinculados al tema inclusión social.

La identificación del riesgo Psico-social y de los activos presentes en las personas, familias y su entorno se realiza a través de un Instrumento de Evaluación Psico-social para trabajadores con incapacidad laboral permanente⁶¹, el que pesquiza elementos en cinco ámbitos distintos: individual, laboral, familiar, del entorno y demográfico, datos que son procesados a través del software SPSS, a objeto de obtener un mapa de riesgo y de activos.



Fuente: Área Psico-Social, Mutua de Seguridad, año 2013

FICHA PACIENTE			
RUT	13886857-5	Oficio/profesión	Asistente Social
Nombre		Empresa	MUTUAL
Sexo	Femenino	Diagnóstico	Estrés
Edad	75	Evaluación CEIAT	70
Teléfono	6775000	FAT	01/01/2011
Dirección	alameda 4848	Ingresos p/cápita hogar	300000
Comuna	Estación Central		
ÍNDICES			
Sociodemográfico	1,8	Laboral	1,8
Individual	5,0	Familiar	4,8
Dependencia	2,5	Comunidad y Redes	1,9
Vivienda	3,0	INDICE RIESGO FINAL	3,1

Fuente: ídem anterior.

⁶¹ Instrumento desarrollado y validado por el Área Psico-Social de Mutua de Seguridad, año 2013. Ver anexo 1.

La información recabada permite, a nivel macro, realizar una caracterización de la población atendida a objeto de definir estrategias de intervención incorporando la variable territorial.

A nivel individual permite construir planes de trabajo personalizados de acuerdo a la matriz de oportunidades que contiene la diversidad de programas orientados a disminuir las áreas de vulnerabilidad más afectadas.

De esta manera, la matriz de oportunidades/programas, se encuentra organizada en cinco ejes principales: Personal, Laboral, Participación, Familiar y Accesibilidad.

Matriz de Oportunidades:

La matriz de oportunidades está constituida por los diversos programas que componen cada uno de los ámbitos, estos son: el de rehabilitación, que para efectos del modelo constituye las prestaciones médicas contempladas en el seguro; el ámbito personal con los programas de habilitación Psico-social con foco en el riesgo psicológico; el ámbito laboral, con los programas que apoyan el retorno al trabajo, promueven la contratación en las empresas, promueven el autoempleo y las herramientas tecnológicas para aumentar oportunidades laborales; el ámbito inclusión social, con los programas que promueven la participación, asociatividad y la disminución de las barreras físicas y finalmente el ámbito familias, con los programas que intervienen y apoyan a familias de trabajadores que resultan con gran discapacidad y a aquellas cuyos familiares fallecen producto del accidente laboral.



Intervención y seguimiento: una vez medido el riesgo y los activos de la población a intervenir, se construye un plan de trabajo conjunto con los participantes y se articula con algunos de los programas internos y/o en articulación con las redes publico-privadas, de acuerdo a la vulnerabilidad presentada.

La medición ex antes y ex post permite medir el nivel de logro de los objetivos propuestos y el impacto de las intervenciones en la disminución de la vulnerabilidad final.



Perfil de Vulnerabilidad Psicosocial (ex ante)

Plan de Intervención Psico-Social

Intra Mutual

- Articulación Equipos de salud

Extra Mutual

- Articulación de redes Público - Privadas

Evaluación ex – post y seguimiento

1.5. Accidentes laborales con resultado de Incapacidad Laboral permanente.

Datos ILP. SUSESO – CEIAT			
Periodo	Trabajadores con ILP		
	Parcial	Total	Gran Invalidez
2010	101	38	14
2011	120	34	10
2012	95	27	7
2013	110	37	21

Fuente: Mutua de Seguridad, año 2014.

Anualmente, en Mutua de Seguridad, 1.800 personas son evaluadas por la comisión de evaluación de incapacidad de accidentes del trabajo – CEIAT, quien determina el grado de pérdida de capacidad de ganancia o grado de invalidez. De esta población, aproximadamente el 11% resulta con una incapacidad laboral parcial, total o gran invalidez.⁶²

Los trabajadores que resultan con incapacidad laboral permanente – ILP, constituyen la población objetivo de los programas contenidos en el MAIS, debido a que son considerados los resultantes con mayor desventaja social post accidente.

Los programas contenidos en el MAIS, apuntan a abordar los efectos de este evento en los distintos ámbitos: personal – emocional, en la familia, en el sistema económico – laboral y el de participación social.

Habilitación Psico-Social: está orientada a acompañar a las personas en su proceso de adaptación emocional, psicológica y social frente a la nueva condición, que implica la pérdida de un órgano del cuerpo y/o de su funcionalidad, la incertidumbre respecto a recuperar el rol de trabajador activo, el status social y económico asociado al trabajo y el rol de ciudadano miembro activo de una sociedad.

⁶² La ley 16.744 establece una indemnización para pérdida de ganancia entre el 15% y bajo el 40%; entre un 40% e inferior a 70%, corresponde a invalidez parcial; sobre un 70%, corresponde invalidez total; y sobre 100%, gran invalidez, entendiéndose que requiere del apoyo de terceros para vivir.

Apoyo psicológico:

El enfoque utilizado busca normalizar los eventuales síntomas, esperables para un evento de tal magnitud, centrándose en las capacidades y recursos de las personas, por sobre la patologización de la experiencia.

Esto, debido a que existen respuestas psicológicas, que son consideradas esperables, y las cuales son, en su mayoría, transitorias, ya que disminuyen en la medida que la persona retoma su rutina habitual⁶³

Respuestas psicológicas esperables post accidente:



Fuente: Guía Orientación Psicológica para enfrentar un accidente. Mutual de Seguridad, año 2014

El riesgo psicológico es pesquisado a través de entrevistas con el trabajador y por medio de instrumentos que miden síntomas asociados a ansiedad, depresión y estrés post traumático. Las intervenciones son llevadas a cabo de manera grupal, y para aquellos casos cuya sintomatología presente valores alterados, son atendidas de manera individual por un

⁶³ Guía “Orientación Psicológica para enfrentar un accidente”, año 2014. Mutual de Seguridad, C.Ch.C

profesional psicólogo. En aquellos casos que los síntomas sobrepasen los valores tolerables, son derivados al equipo de salud mental de la institución.

De manera paralela la intervención psicológica busca por una parte la adaptación a la nueva condición y junto con ello la habilitación para enfrentar el escenario de la inclusión desde su nueva condición.

De esta manera el proceso de acompañamiento psicológico esta dado por dos elementos:

- la adaptación a la nueva condición, lo que implica una integración de la secuela y de la nueva condición.
- la redefinición de un proyecto de vida, orientado a la recuperación del rol laboral, como principal objetivo.

Apoyo social, el objetivo es, al igual que el psicológico, acompañar el proceso de adaptación a la nueva condición, y apoyar en la re construcción de un proyecto de vida, para esto el trabajador social identifica activos y recursos sociales en la persona, redes familiares, laborales y comunitarias. El énfasis de la intervención esta puesto en la familia y la empresa por ser consideradas las principales redes que facilitan el reintegro laboral y socio-familiar.

La intervención es realizada de manera grupal e individual para aquellos casos con mayor riesgo. Incorpora a la familia y la articulación de redes como estrategia de resolución de problemática socio-económica.

Los instrumentos utilizados en esta etapa, son: Instrumento de Evaluación Psico-social para trabajadores con discapacidad laboral permanente.

Desarrollo de oportunidades de inclusión laboral:

La intervención Psico-social en este ámbito esta orientada a restituir el status social y económico asociado al trabajo, a través del desarrollo de capacidades en las personas, orientadas a recuperar el rol de trabajador activo, junto con la articulación de oportunidades disponibles en el mercado.

El énfasis de la intervención esta puesto en el trabajador, las empresas y redes publico-privadas.

La intervención es realizada de manera grupal en la modalidad talleres y asesoramiento individual en el desarrollo de un plan de negocios, para los casos de auto empleo. El trabajo con las empresas se realiza a través de sensibilizaciones públicas, tales como encuentros empresariales inclusivos y asesoramiento a estas en el proceso de contratación de trabajadores con discapacidad. Las redes publicas y privadas son articuladas en la medida que están son medios para aumentar las oportunidades laborales, tales como Oficinas de intermediación laboral, fundaciones que capacitan laboralmente a PcD, etc.

Los instrumentos utilizados en esta etapa, son: Instrumento de Evaluación Psico-social para trabajadores con incapacidad laboral permanente, instrumento de perfil emprendedor, instrumento psicológico.

a. Manejo Integral del Alta - MIA:

Descripción:

El programa MIA gestiona el riesgo Psico-social asociado al accidente laboral, con el objetivo de promover un retorno al trabajo eficiente y oportuno.

Ámbitos de intervención:

- Orientación ley, cobertura y acceso.
- Enlace y mediación laboral
- Enlace equipos médicos
- Articulación de redes.

Publico Objetivo:

Trabajadores accidentados con resultado de discapacidad laboral con vínculo contractual vigente. (A objeto de regular la demanda del programa, se ha establecido como criterio de inclusión diagnósticos asociados a reposo laboral equivalente al menos a 90 días).

Objetivos:

Objetivo General
Gestionar el riesgo Psico-social de los trabajadores accidentados promoviendo el retorno al trabajo de manera oportuna y eficaz.

Objetivos Específicos
Potenciar los recursos personales y sociales orientados a retomar rol de trabajador activo.
Preparar el proceso de retorno al trabajo con la empresa, fortaleciendo el vínculo laboral y mediando entre necesidades del trabajador, posibilidades de la empresa y capacidades remanentes.
Potenciar la reinserción socio-laboral oportuna integrando las variables Psico-sociales a la gestión médica del alta.

Indicadores de gestión:

Metas
Apoyar en el retorno al trabajo al 100% de los trabajadores accidentados que resulten con secuelas.
Lograr que un 70 % de los trabajadores accidentados se reintegren a sus empresas de origen.
Lograr integrar al proceso de gestión medica del alta, los factores Psico-sociales intervinientes.

Indicadores MIA 2014		
Indicador	Criterio Medición	Meta
Cobertura	Casos en atención	1500
Reinserción Laboral	Trabajadores reinsertos	1050 (70 %)

	2009	2010	2011	2012	2013
Cobertura	Meta	Meta	Meta	Meta	Meta
MIA	509	740	792	988	1000

Los recursos asignados para estos propósitos están constituidos por profesionales contratados por la Institución, compuesto por trabajadores sociales y psicólogos.

b. Empresa Socialmente Inclusiva:

Descripción:

El programa contempla maximizar el rol social de Mutual de Seguridad, generando una cultura inclusiva en sus empresas adherentes, a través de la sensibilización y reconocimiento de aquellas que realicen acciones socialmente responsables en el ámbito de la Inclusión Socio-laboral.

Áreas a considerar:

- Contratación de PcD.
- Iniciativas innovadoras que fortalezcan la inclusión.
- Accesibilidad: modificación vivienda, adaptación vehículos, adaptación puestos de trabajo, espacios públicos.

Publico Objetivo:

Empresas adherentes o no adherentes de Mutual de Seguridad que hayan realizados acciones de inclusión social en materia de PcD a nivel nacional.

Objetivos:

Objetivo General
Aumentar las oportunidades laborales de las personas con discapacidad (PcD) producto de un accidente laboral, a través de la promoción de una cultura de inclusión social en empresas adherentes a Mutual de Seguridad C.Ch.C

Objetivos Específicos	
1.	Colaborar con las empresas en desarrollar acciones de responsabilidad social alineadas con la inclusión de PcD.
2.	Aumentar las oportunidades de reinserción laboral de las PcD
3.	Dar visibilidad a aquellas empresas adherentes que han realizado acciones de responsabilidad social.
4.	Asesorar a las empresas en obtener la acreditación como Empresa Socialmente Inclusiva, a través de organismo externo.
5.	Que Mutual sea un referente en políticas la inclusión social a nivel nacional

Indicadores de gestión:

Metas
Sensibilizar al 100% de las empresas con trabajadores accidentados que resultan con incapacidad laboral permanente. Apoyar a los directores de carteras de clientes y gerentes zonales en la implementación del programa. Llegar al 100 % de las empresas adherentes con información que promueva una cultura de inclusión.
Lograr que un 80 % de las empresas con PcD adscritos al programa ESI reintegren socio-laboralmente a trabajadores accidentados.
Reconocer al 100% de las empresas con acciones socialmente inclusivas. Premiar las acciones de inclusión socio-laboral, en los ámbitos de accesibilidad, subcontratación de servicios, desarrollo de productos orientados a PcD, e incorporación de personas con discapacidad, de a lo menos 30 empresas.
Reforzar y dar continuidad a alianza estratégicas con entidades externas.
Que la entidad pública encargada de la inclusión, incorpore a la Mutual en la generación de políticas de inclusión (red incluye, comité consultivo, establecer convenios, participar en publicaciones externas.)

Indicadores ESI 2014		
Indicador	Criterio Medición	Meta
Cobertura	Casos en atención	1500
Reinserción Laboral	Empresas con acciones inclusivas	1050 (70 %)
Promoción y difusión	Empresas sensibilizadas	2000
	Difusión otras empresas	
	Ceremonia reconocimiento	4 ceremonias
Recolocación Laboral	Casos atendidos	70
	Casos recolocados	40

PROYECTOS	2011		2012		2013		2014	
	\$	Meta	\$	Meta	\$	Meta	\$	Meta
ESI	\$ 31.464.000	700 Trabajadores	\$ 31.464.000	1.000 Trabajadores	\$ 88.374.236	1.385 Trabajadores	\$ 112.606.430	1.500 Trabajadores
		500 Empresas Trabajadas		700 Empresas Trabajadas		2.000 Empresas Trabajadas		2000 Empresas Trabajadas

c. Emprendimiento:

Descripción:

El programa contempla el potenciar y desarrollar capacidades, junto con brindar asesoría técnica necesaria para generar un negocio, en trabajadores accidentados que resulten con discapacidad laboral permanente y sus grupos familiares en los siguientes ámbitos:

- Capacitar a los trabajadores y familias en las nociones básicas de un emprendimiento y formalización de negocios.
- Guiar a los trabajadores accidentados y familias en la planificación, formalización y ejecución de su emprendimiento.
- Establecer redes con entidades que faciliten el emprendimiento y con aquellas encargadas de reincorporar socio-laboralmente a personas accidentadas con consecuencias de discapacidad.

- Asesorar en la obtención de recursos económicos para llevar a cabo el emprendimiento, postulación fondos concursales tanto públicos como privados.

Público Objetivo:

Trabajadores accidentados con discapacidad laboral permanente, activos, cesantes, pensionados y sus familias que requieran recuperar su condición de trabajador activo a través de un proyecto de emprendimiento.

Objetivos:

Objetivo General
Otorgar herramientas orientadas a la recuperación de la condición de trabajador activo, aumento del grado de empleabilidad y desarrollo de capacidades emprendedoras a trabajadores y sus grupos familiares que con posterioridad a un accidente laboral, hayan adquirido una discapacidad.

Objetivos Específicos
1. Capacitar a los trabajadores en las nociones básicas de un emprendimiento y formalización de negocios.
2. Asesoría personalizada a trabajadores accidentados en la planificación, formalización y ejecución de su emprendimiento.
3. Establecer redes con entidades que faciliten el emprendimiento y con aquellas encargadas de reincorporar socio-laboralmente a personas accidentadas con consecuencias de discapacidad.
4. Asesorar en la obtención de recursos económicos para llevar a cabo el emprendimiento, postulación fondos concursables públicos y/o privados.
5. Apoyar económicamente el desarrollo de micro proyectos.

Indicadores de gestión:

Objetivos Específicos	Metas Asociadas a Objetivos Específicos
1.	Al finalizar el curso se espera haber capacitado en nociones básicas de emprendimiento a un 80% de los integrantes del programa. Al finalizar la capacitación un 50% desarrolle proyectos de micro emprendimiento.
2.	Al 20% de los participantes.
3.	Establecer redes con municipalidades, ONG, Fundaciones pertenecientes a la CCHC y organismos Estatales. . Ejecutar sobre el 35% de los proyectos guiados en un periodo máximo de 1 años.
4.	Al 10% de los participantes.
5.	Otorgar financiamiento a 80 proyectos de micro emprendimiento.

NOMBRE DEL INDICADOR	VALOR PRESUPUESTADO ACUMULADO
Cobertura	800 personas
Capacitados	640 (80%)
Casos activos laboralmente	320 (40%)
Proyectos financiados por "capital semilla"	80 proyecto
Trabajo en red con instituciones relacionadas	100 instituciones publicas/privadas
Seguimiento de casos	100% de proyectos ejecutados y en ejecución

PROYECTOS	2011		2012		2013		2014	
	\$	Meta	\$	Meta	\$	Meta	\$	Meta
Emprendimiento	\$ 26.360.000	330 Trabajadores	\$ 26.360.000	400 Trabajadores	\$ 75.165.000	673 Trabajadores	\$ 95.059.987	800 Trabajadores
		33 Capitales semilla		50 capitales semilla		80 capitales semilla		80 capitales semilla

d. Alfabetización digital:

Descripción:

Las tecnologías de la información - Tics constituyen un nuevo escenario en que se deben plantear las PcD y el cual es necesario potenciar y fortalecer en cuanto un medio para fomentar la inclusión socio-laboral.

Publico Objetivo:

Personas con discapacidad, trabajadoras, pensionadas, y viudas que requieran mejorar sus competencias laborales en el ámbito de las tecnologías de la información

Objetivos:

Objetivo General

Aumentar grado de empleabilidad e inclusión de trabajadores con discapacidad y sus familias a través de las Tics.

Objetivos Específicos

1. Alfabetizar digitalmente a los trabajadores con discapacidad.
2. Potenciar las Tics como una herramienta de acceso a la información y promoción.
3. Promover la inclusión y participación en la red social virtual de los trabajadores que han adquirido una discapacidad.
4. Incentivar a través de las Tics la generación de oportunidades laborales competitivas.

Objetivos Específicos	Metas Asociadas a Objetivos Específicos
1. Alfabetización digital	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Que el 80% de los beneficiarios finalice su capacitación en alfabetización digital, integrando esta herramienta en su desempeño laboral o como medio de conectividad.
2. Acceso a la información	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Que en el 60% de los participantes logren concretar iniciativa derivada de la información obtenida en el portal. ✓ Que el 70% de los beneficiarios utilice la red para informarse respecto de leyes, normativas e iniciativas que promuevan la inclusión social.
3. Participación en red virtual	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar la participación y organización social, desarrollando una red virtual, donde cada persona capacitada interactúe 1 vez (como mínimo) al mes. ✓ Que el 70% de los beneficiarios participe de la red virtual. ✓ Que emerjan a lo menos dos grupos organizados como resultados de la utilización de la red.
4. Oportunidades laborales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Que el 10% logre desarrollar iniciativas orientadas al desarrollo de negocios o logre aumentar sus posibilidades de empleabilidad.

Cobertura		VERIFICADOR DE LOGRO	MEDIO VERIFICACIÓN
Participación	Curso Alfabetización Digital en Tics	Capacitación al 80% de los inscritos (110 participantes)	Lista asistencia
		80% de asistencia	Lista asistencia
		10 cursos	Ejecución efectiva 100% cursos
		80% de aprobación en inscritos	1 evaluaciones por curso
Contenidos	Acceso a redes laborales	70% beneficiarios participe (o se incluya) en redes laborales on line	100% de beneficiarios con correo electrónico N° de visitas a la plataforma
	Generación de grupos de interés	2 agrupaciones	Registro de participación en grupos
	Plataforma Digital	Provisión de información para plataforma	1 informativo semanal
Satisfacción usuarios		80% satisfacción de beneficiarios	Encuesta
Monitoreo y evaluación final		Informes de seguimiento mensuales (monitoreo del proyecto)	11 informes

PROYECTOS	2011		2012		2013		2014	
	\$	Meta	\$	Meta	\$		\$	
Herramientas Tecnológicas para el trabajo	\$ 12.178.000	100 Personas capacitadas	\$ 12.178.000	100 Personas capacitadas	\$ 15.160.000	110 Personas capacitadas	\$ 14.490.000	110 Personas capacitadas

Desarrollo de oportunidades de Inclusión Social:

a. Programa Inclusión Social y Calidad de Vida para personas con discapacidad y familias.

Descripción:

La intervención Psico-social en este ámbito esta orientada a promover la participación y la asociatividad de las personas con discapacidad, cuyas secuelas le impiden retomar rol laboral, y para quienes la familia y la comunidad, constituyen sus principales agentes de inclusión social.

El programa se sustenta en 5 ejes estratégicos:

1. Actividades de Inclusión: línea cultural, deportiva, artística y educativa.
2. Promoción de la participación ciudadana: formación como gestores sociales, participación en mesas de trabajo de la sociedad civil con el ámbito público. (Consejo regional sociedad civil).
3. Alianzas estratégicas.
4. Garantizar equidad en el acceso a oportunidades de inclusión social a nivel nacional.
5. Calidad de vida para pensionados con alto riesgo Psico-social.

Especial relevancia adquiere el derecho de asociatividad de las personas en situación de discapacidad, derecho contenido en la ley 20.422 de Igualdad de Oportunidades e Inclusión social. La metodología utilizada ha sido la participativa, de donde se detectan las necesidades de participación a abordar, las que se han traducido en líneas programáticas deportivas, culturales, de formación de líderes sociales, capacitación en habilidades sociales, etc. Las intervenciones se realizan por medio de asambleas y reuniones, con el fin de entregar inducción e información sobre derechos y deberes, para en una etapa posterior asesorarlos en la conformación de una organización con personalidad jurídica que les permitiese participar en instancias públicas, con un rol protagónico como representante de la sociedad civil.

Como eventos masivos, se realizan anualmente una Expo Incluye, Juegos recreativos, turismo patrimonial, entre otras actividades.

En cuanto a la asociatividad y participación, la principal alianza publico-privada articulada para este ámbito de intervención, es el Servicio Nacional de la Discapacidad, a través de su mesa de dialogo ciudadano y el consejo regional de la sociedad civil, donde la agrupación tienen activa participación. En el ámbito privado, las alianzas establecidas corresponden a

instituciones que brindan servicios sociales, culturales y deportivos, tales como cajas de compensación, centros culturales, centros deportivos, etc.

Durante el año 2014, se agrego una línea de trabajo con familias de personas que resultan con gran discapacidad, con el fin de fortalecerlos como principal agente de integración, evitando su desgaste y colapso.

Los instrumentos de evaluación utilizados en esta etapa, son: encuestas de satisfacción orientadas a medir incremento en nivel de bienestar y calidad de vida de las personas.

Población Objetivo: Pensionados de Mutual de Seguridad que producto de un accidente laboral o enfermedad profesional resulten con una discapacidad laboral permanente de acuerdo a la ley 16.744, y sus grupos familiares.

Objetivos:

Objetivo General
Generar oportunidades que promuevan la inclusión social efectiva y eleven la calidad de vida de las personas con discapacidad y su familia.

Objetivos Específicos
1. Potenciar la participación e inclusión social y promoción del ejercicio ciudadano a través de acceso a información integral y oportuna (Ciudadanía).
2. Promover el desarrollo de una red de apoyo para pensionados para mejorar su calidad de vida.
3. Establecer alianzas estratégicas publico-privadas para desarrollar inclusión social
4. Garantizar la equidad en el acceso a iniciativas de inclusión mediante la participación de regiones en actividades de inclusión de PcD.
5. Fortalecer el soporte familiar y entregar herramientas para evitar desgaste y desestructuración del grupo familiar

Indicadores de Gestión:

NOMBRE DEL INDICADOR	VERIFICADOR DE LOGRO	MEDIO VERIFICACIÓN
Impacto	Ejecución de las actividades	Registro fotográfico Registro (nomina) beneficiarios directos y/o participantes Registro de participantes.
Participación	Total de 1000 participantes	Número de participantes por actividad
Satisfacción usuarios	80% de satisfacción de beneficiarios	Encuesta satisfacción
Monitoreo y evaluación impacto	Informes mensuales, trimestrales e informe final (evaluación impacto)	Registro actividades (publicación intranet)
Monitoreo y evaluación impacto		Informes de avance de las actividades ejecutadas y el impacto que han tenido en la población objetivo.

PROYECTO	2011		2012		2013		2014	
	\$	Meta	\$	Meta	\$		\$	
Calidad de vida PcD	\$ 22.050.000	200 Personas	\$ 22.050.000	719 Personas	\$ 39.600.000	1000 Personas	\$ 55.636.000	1.000 Personas

b. Programa Fondo de Apoyo Social - FAS.

Descripción:

Un segundo componente, esta dado por las intervenciones orientadas a eliminar barreras arquitectónicas que obstruyen la inclusión. Para esto se cuenta con un Fondo de Apoyo Social- FAS, que, si bien, originalmente estaba destinado a dar soluciones económicas, finalmente se canalizó en financiar modificaciones a la vivienda, tales como adaptaciones de baño, dormitorios, accesos, etc.

Considerando las desventajas sociales asociadas a territorialidad, este programa pone especial énfasis en dar solución a problemáticas de regiones y localidades aisladas.

Público objetivo: Trabajadores con Incapacidad Laboral Permanente con significativo desmedro económico post accidente o EP, con cobertura nacional.

Objetivos:

Objetivo General
Mejorar la calidad de vida de aquellos personas con Incapacidad Laboral Permanente y familias que producto de un accidente laboral o enfermedad profesional, resultan con un situación de significativo desmedro económico – social.

Objetivos Específicos
1. Potenciar la reinserción familiar de pacientes grandes secuelados.
2. Otorgar los apoyos que permitan la habilitación del espacio físico en la vivienda. (accesibilidad)
3. Otorgar apoyos específicos orientados a dar solución a temas de reinserción laboral. (compra maquinaria, insumos, etc.)
4. Mejorar Calidad de vida de usuarios (aumento de ingresos/ habitacional y accesibilidad)
5. Satisfacer necesidades usuarios

Indicadores de gestión:

Indicador	Criterio de Medición	Meta	Comentarios
Cobertura	Casos atendidos	20	Con cobertura nacional
Impacto	Problemáticas solucionadas	80%	Con seguimiento a los 3 meses.

	2011		2012		2013		2014	
PROYECTO	\$	Meta	\$	Meta	\$	Meta	\$	Meta
FAS	\$11.000.000	20 Personas	\$11.000.000	20 Personas	\$24.861.000	20 Personas	\$32.463.164	20 Personas

Familias y trabajadores grandes secueledos:

Descripción:

La intervención Psico-social en este ámbito esta orientada a brindar apoyo y acompañamiento Psico-social a las familias y trabajadores que resultan con una gran discapacidad producto del accidente.

La intervención es realizada en modalidad individual, donde la dupla psicólogo-trabajador social entregan las herramientas psicoterapéuticas y de apoyo social orientadas a apoyar el proceso de duelo, integración de la nueva condición, re-diseño de un proyecto de vida y activación de redes sociales.

La intervención, también contempla el constituir a los grupos familiares como red de apoyo, para lo cual se realizan intervenciones grupales.

Las redes publicas y privadas son articuladas en la medida que están son medios para fortalecer la red social de apoyo, tales como centros de salud familiar – CESFAM, Consultorios, centros jurídicos (para caso de interdicción), capacitación y emprendimiento, para fines de autoempleo.

Los instrumentos utilizados en esta etapa, son: Instrumento de Evaluación familiar.

Público objetivo: Familias de trabajadores accidentados y trabajadores que resultan con gran invalidez.

Objetivos:

Objetivo General
Potenciar el rol de agente integrador de las familias de trabajadores grandes secueledos

Objetivos Específicos
Favorecer la reorganización del sistema familiar
Apoyar en la redefinición del proyecto de vida

Indicadores de gestión:

Indicador	Criterio de Medición	Meta	Comentarios
Cobertura	Casos atendidos	100%	Con cobertura nacional
Impacto	Nivel de reinserción familiar	80%	Con seguimiento semestral.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cobertura	Meta	Meta	Meta	Meta	Meta	Meta
Grandes secueledos Trabajadores	63	37	42	53	53	65
Grandes secueledos Familias	24	27	29	29	35	40

Los recursos asignados para estos propósitos están constituidos por profesionales contratados por la Institución, compuesto por trabajadores sociales y psicólogos.

1.6. Accidentes laborales con resultado de muerte

La tasa de fatalidad por accidentes laborales para el periodo 2011 - 2013 fue de 5,7 muertes por cada 100.000 Trabajadores.⁶⁴ No obstante, esta presentó un incremento para el año 2013 con una tasa de 6,3 fallecidos x 100.000 trabajadores⁶⁵

En consecuencia, el programa “Habilitación Psico-Social Familiar”, implementado a partir del año 2011, busca abordar la vulnerabilidad de las familias de trabajadores accidentados fallecidos con ocasión del trabajo.

Para efectos de dimensionar la problemática, se presenta un análisis de los antecedentes disponibles para el año 2011 relacionado con los accidentes con resultado de muerte, sobre los cuales se basó el análisis estadístico que permitió dimensionar el alcance y profundidad de la problemática.⁶⁶

En relación al total de denuncias de accidentes fatales por actividad económica y mes de fallecimiento, al mes de septiembre del año 2011, se habían presentado 114 accidentes fatales, siendo 73 de ellos de trabajo y 41 de trayecto. Los rubros con mayor accidentabilidad fueron los de la construcción y transporte. Como antecedente, se puede señalar que el promedio de accidentes fatales durante el periodo 2008 – 2010 fue de 178,6 casos. Siendo los rubros con mayor accidentabilidad la construcción y transporte.

En relación a las denuncias de accidentes fatales por actividad económica y grupo etario, la mayor frecuencia se encuentra entre los rangos etarios ubicados entre 45 - 54, para el año 2011.

Como referencia, se puede señalar que la frecuencia de mayor incidencia en cuanto a grupo etario, para el periodo 2008 - 2010 se encuentra entre el rango 45 a 54 años, seguido por el rango entre 35 a 45 años.

En relación a las denuncias de accidentes fatales por agencia/zonal y grupo etario, la distribución geográfica de los accidentes fatales fue de un 15,7% en la Zonal Norte, 9,6% en la zonal Centro, 23,6% en la zonal Sur y 50,8% en la Región metropolitana, para el año 2011.

⁶⁴ Fuente: Departamento de estudios e información. Gerencia División Seguro. Mutual de Seguridad C.Ch.C

⁶⁵ Fuente: Gerencia de Innovación, Investigación y Desarrollo. Mutual de Seguridad C.Ch.C

⁶⁶ Ídem anterior.

Como antecedente, se puede mencionar que la distribución de accidentes fatales para el periodo comprendido entre los años 2008 – 2010 fue de un 40,2 % en la región metropolitana, un 19,5 % zona sur, 20,7% zona centro y un 19,2 % zona norte.

La tasa de accidentabilidad por zonales para el año 2010 se concentro en la Región Metropolitana seguida de la zonal sur.⁶⁷

En relación a las denuncias de accidentes fatales por actividad económica y género, el 96,6% de los accidentes fatales corresponde al género masculino y sólo el 4,3% al género femenino, para el año 2011.

Como antecedente, se puede mencionar que la distribución de accidentes fatales por género, para el periodo comprendido entre los años 2008 – 2010, fue de un 95% masculino y solo un 5% femenino.

A la fecha, Mutual de Seguridad C.Ch.C otorga 3.098 pensiones de viudez y 2039 de orfandad ⁶⁸. La incidencia de casos fatales del periodo 2010 – 2013 fue de un promedio de 208,3 lo que dimensionado a un contexto de grupo familiar equivale a lo menos a 625 personas afectadas por la pérdida.

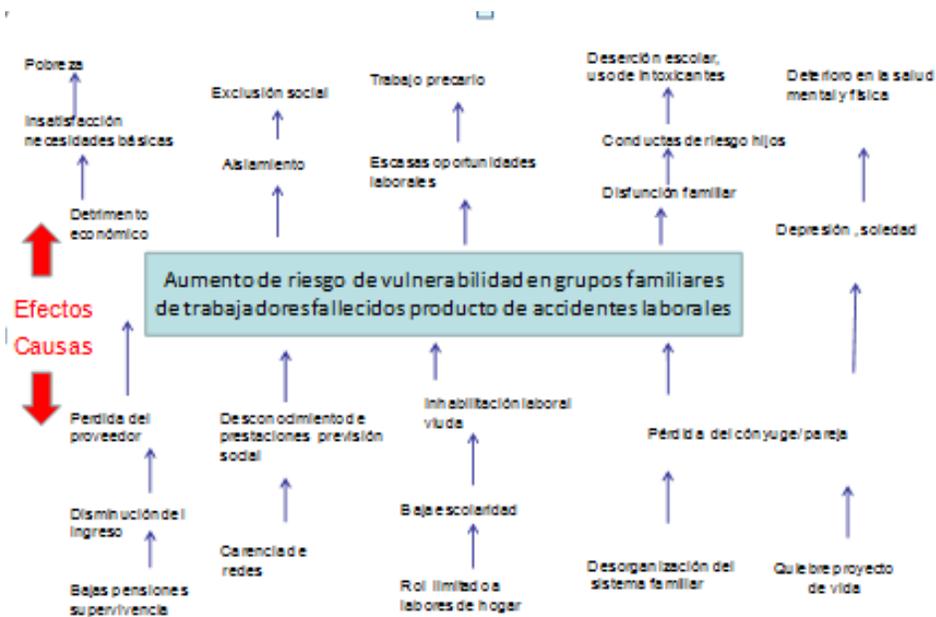
Un segundo elemento de análisis esta dado por la aplicación de la metodología de marco lógico⁶⁹, lo que permitió determinar las causas y efectos de la problemática de las familias supervivientes a accidentes laborales con resultado de muerte y cuyo análisis se tradujo en la implementación del Programa de Habilitación Psico-Social, a partir del año 2011.

⁶⁷ Fuente: Sistema de Control de Gestión Interno Mutual.

⁶⁸ Superintendencia de Seguridad Social. Estadísticas Promedios mensuales año 2010. Disponible en : www.suseso.cl

⁶⁹ FLACSO, diplomado en Evaluación de proyectos sociales, año 2011.

Árbol de problemas:



Análisis de alternativas: árbol de objetivos:



En base a los análisis anteriormente realizados, es elaborado el programa de Habilitación Psico-Social Familiar, el cual es aprobado por el comité de Dividendo Social de la institución para su implementación en Agosto del año 2011, asignándosele un presupuesto inicial de \$ 33.440.000.

1. Metodología:

A objeto de pesquisar y medir el nivel de vulnerabilidad presentado por las familias, se desarrolla un instrumento de evaluación de vulnerabilidad Psico-social⁷⁰, cuyos datos estadísticos son analizados a través del sistema SPSS. De manera complementaria se utiliza el instrumento HAD⁷¹.

2. Descripción del programa “Programa Habilitación Psico-Social familiar”

A partir del año 2011, el Área Psico-Social de Mutual de Seguridad C.Ch.C implementa el programa “Habilitación Psicosocial Familiar” (HPSF) y cuya propuesta está centrada en la acogida, orientación y fortalecimiento de habilidades psicosociales que permitan a los grupos familiares afectados por la pérdida de uno de sus miembros, en contexto de ocasión del trabajo, tanto elaborar el proceso de pérdida como el desarrollo de habilidades que permitan la reconstrucción de un proyecto familiar (tanto en lo económico como emocional), mejorando con ello su calidad de vida.

El programa HPSF se estructura en un proceso de intervenciones psicológicas y sociales orientadas a la contención y elaboración de los procesos de pérdida, articulación de redes sociales y desarrollo de habilidades para la reorganización socio-económica de la familia. Con ello, la meta planteada para este proceso de intervención psicosocial fue:

Otorgar atención psicosocial a la familia, que ha vivido la pérdida de un familiar con ocasión al trabajo, acogiendo sus necesidades y re-articulando sus recursos, a fin de lograr una mejor adaptación al proceso y reorganizar dinámicas funcionales al grupo familiar.

⁷⁰ Área Psico-Social, Mutual de Seguridad C.Ch.C, año 2011. Ver anexo 2.

⁷¹ HAD, Escala hospitalaria de ansiedad y depresión. Ver anexo 3.

Dicha meta se desarrolla en dos ejes de intervención con las familias, que implican la participación de profesionales psicólogo y trabajador social que realizan sesiones con las familias. Dichos ejes son:

a) **Habilitación psicológica:**

Comprende sesiones psicológicas a cargo de un profesional, en que se da acogida y contención a las familias del trabajador fallecido, dadas las implicancias que conlleva en la dinámica familiar la pérdida de una persona significativa; elabora estrategias que permitan manejar el impacto y/o desgaste psicológico en la familia, causado por el accidente y las posibles implicancias de éste; pesquisa factores de riesgo psicológico que puedan aumentar el grado de vulnerabilidad de la familia afectada por la pérdida; y fomenta conductas tendientes al autocuidado en el grupo familiar.

b) **Habilitación social**

La habilitación social también se estructura en sesiones del profesional asistente social para potenciar los recursos que faciliten la identificación de activos y recursos, articulación de redes que permitan manejar de mejor forma el posible el impacto social y económico en el grupo familiar; articula las redes públicas y privadas para reorganizar el sistema familiar en el ámbito socio-económico; y aumenta las oportunidades de capacitación y/o empleabilidad, a objeto de mitigar el desmedro económico derivado del fallecimiento del proveedor.

Población Objetivo:

Grupo familiar, entendido como la red primaria de apoyo del trabajador fallecido. Esto incluye al cónyuge o pareja, hijos, padres o hermanos.

Localización: distribución a través del territorio nacional.

Los casos fatales pueden ocurrir tanto en localidades rurales como urbanas.

Cabe mencionar que el lugar del accidente laboral con resultado de muerte, no siempre tiene relación con la residencia del grupo familiar. Esto se da especialmente en trabajadores

del transporte y aquellos que emigran a otras regiones como por ej.: faenas mineras en el norte y trabajos de temporeros de la fruta en la zona central.

Objetivo General
Disminuir el estado de vulnerabilidad de familiares de trabajadores fallecidos producto de un accidente laboral, por medio de apoyo psicosocial.

Objetivos Específicos
Pesquisar factores psicosociales de riesgo y protectores
Otorgar herramientas psicológicas de acompañamiento en el proceso de pérdida;
Habilitación Psicosocial orientado a redefinición de un plan de vida
Aumentar las oportunidades de capacitación y/o empleabilidad, a objeto de mitigar el desmedro económico derivado del fallecimiento del proveedor;
Disminuir el grado de vulnerabilidad en que se encuentran las familias ex ante intervención psicosocial.

Metas asociadas a objetivos:

Objetivos Específicos	Metas Asociadas a Objetivos Específicos
	Evaluar al 80% de los casos.
	Entregar 6 sesiones de apoyo psicológico.
	80% satisfacción usuario.
	Entregar 4 sesiones de apoyo social y que el 70% logre articular redes.
	Disminución de un 60% de la vulnerabilidad.

Indicadores: A partir de estos objetivos y metas, se definen indicadores medibles en el tiempo, especialmente el indicador de disminución de vulnerabilidad que se evalúa ex ante y ex post intervención psicosocial.

Indicador	Verificador de Logro
Cobertura (Casos y familias atendidas)	Casos en atención (familia) sobre 80%
	Casos Finalizados
Disminución Vulnerabilidad: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Psicológica ✓ Familiar ✓ Económica ✓ Redes Sociales ✓ Socio laboral 	60% disminución vulnerabilidad Psicológica
	60% disminución vulnerabilidad Familiar
	60% disminución vulnerabilidad Económica
	60% disminución vulnerabilidad Redes Sociales
	60% disminución vulnerabilidad Socio laboral
Calidad. - satisfacción usuaria	80% satisfacción

Presupuesto: Programa Habilitación Psicosocial Familiar					
2011		2012		2013	
Casos	Presupuesto	Casos	Presupuesto	Casos	Presupuesto
107	\$33.440.000	120	\$36.082.000	150	\$ 36.082.000

Capítulo V: Análisis de datos

1.1. **Ámbito accidentes laborales con resultado de discapacidad laboral permanente.**

1.1.1 Perfil de riesgo Psico-social trabajadores accidentados con resultado de discapacidad laboral permanente:

El siguiente análisis fue realizado en base a la investigación desarrollada por el área Psico-social de Mutual de Seguridad C.Ch.C, denominado “Factores de riesgo psicosocial en trabajadores con incapacidad laboral permanente (ILP) y su relación con su calidad de vida”, el año 2013. Cuyo objetivo fue obtener un perfil/caracterización de trabajadores con Incapacidad Laboral Permanente (ILP), a partir de la aplicación del Cuestionario de Evaluación Psicosocial para Pacientes con ILP. Previo a esta investigación, durante el año 2012, se realizó la elaboración y validación del instrumento que permitió la elaboración de este estudio.

El instrumento aplicado abarca las distintas dimensiones definidas como fundamentales para poder identificar los factores más relevantes que inciden en la caracterización de los usuarios. Estas dimensiones fueron construidas en base a los aspectos más críticos impactados por un accidente laboral:

- Dimensión Sociodemográfica
- Dimensión Herramientas y Capacidades
- Dimensión Entorno y Territorio
- Dimensión Individual
- Dimensión Apoyo y Contención

La información disponible se extrajo del análisis de 258 encuestas aplicadas en nueve regiones del país, durante el periodo julio – diciembre del año 2013, las que fueron sistematizadas y analizadas con software SPSS. Los criterios de selección de regiones correspondieron a aquellas con mayor número de trabajadores pensionados con ILP.

Alcance muestra estudio:

Región	Total ILP	%
II	26	10%
IV	31	12%
V	36	14%
VI	18	7%
VII	23	9%
VIII	31	12%
IX	36	14%
X	22	9%
Metrop	35	14%
Total	258	100%

Datos relevantes:

Perfil Demográfico:

Distribución por género

Región	Género	
	Hombre	Mujer
II	88,5%	11,5%
IV	93,5%	6,5%
V	94,4%	5,6%
VI	100,0%	0,0%
VII	87,0%	13,0%
VIII	100,0%	0,0%
IX	91,7%	8,3%
X	90,9%	9,1%
XIII	97,1%	2,9%
Total	93,8%	6,2%

Respecto de la distribución de los trabajadores en estudio, se observa que un 93,8% son de género masculino y solo un 6,2% femenino.

Las regiones que concentran el mayor número de trabajadoras con discapacidad, son la VII y II con un 13% y un 11,5% respectivamente.

Distribución por edad



Fuente: Área Psico-Social, Mutua de Seguridad, año 2014.

Las edades de mayor concentración, se ubican entre los rangos 41 a 50 años y entre los 51 a 60 años, edades de mayor productividad laboral.

Tiempo de ocurrido el accidente

		Tiempo del accidente						Total
		1 año	2 años	3 años	4 años	5 años	6 años	
Categoría ILP	Gran Invalído	1,9%	,4%	4,7%	,8%	3,9%	,4%	12,0%
	Parcial	12,4%	8,9%	11,2%	14,7%	9,3%	1,9%	58,5%
	Total	7,0%	5,0%	6,6%	7,0%	3,9%	0,0%	29,5%
Total		21,3%	14,3%	22,5%	22,5%	17,1%	2,3%	100,0%

Fuente: Área Psico-Social, Mutua de Seguridad, año 2014.

Respecto del tiempo de ocurrido el accidente, la mayor concentración se ubica en el tramo entre 3 a 4 años (45%). No obstante un porcentaje no menor de los accidentados habían tenido el accidente en el mismo año. (21,3%)

Perfil socio-laboral

Educación y grado de invalidez

Categoría		Nivel educacional más alto logrado			Total
		Básica, primaria o preparatoria incompleta	Media Científico Humanista o Humanidades incompleta	Media Técnico Profesional, Comercial, Industrial o Normalista incompleta	
Gran Inválido	% dentro de Categoría ILP	22,2%	11,1%	3,7%	100,0%
	% dentro de Nivel educacional más alto logrado	11,8%	7,9%	10,0%	11,2%
	% del total	2,5%	1,2%	,4%	11,2%
Parcial	% dentro de Categoría ILP	20,6%	15,6%	4,3%	100,0%
	% dentro de Nivel educacional más alto logrado	56,9%	57,9%	60,0%	58,3%
	% del total	12,0%	9,1%	2,5%	58,3%
Total	% dentro de Categoría ILP	21,6%	17,6%	4,1%	100,0%
	% dentro de Nivel educacional más alto logrado	31,4%	34,2%	30,0%	30,6%
	% del total	6,6%	5,4%	1,2%	30,6%
Total	% dentro de Categoría ILP	21,1%	15,7%	4,1%	100,0%
	% dentro de Nivel educacional más alto logrado	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Área Psico-Social, Mutua de Seguridad, año 2014.

Respecto al nivel educacional y grado de invalidez, podemos observar que independiente del grado de invalidez, la mayor concentración se ubica en el tramo de personas con enseñanza básica incompleta, un 21,1% del total, seguida del nivel educacional educación media incompleta, 15,7% (menos de 12 años de estudio) y solo un 4,1% de los trabajadores presentan educación superior.

El grado de discapacidad que concentra la mayor precariedad educacional, se ubica entre las personas con invalidez parcial, representando a un 12% del total.

Tipo trabajador y grado de invalidez

Tipo trabajador		Categoria ILP			Total
		Gran Inválido	Parcial	Total	
Cesante	% dentro de Tipo trabajador	17,4%	48,5%	34,1%	100,0%
	% dentro de Categoría ILP	74,2%	42,4%	59,2%	51,2%
Temporal	% dentro de Tipo trabajador	4,9%	65,6%	29,5%	100,0%
	% dentro de Categoría ILP	9,7%	26,5%	23,7%	23,6%
Estable	% dentro de Tipo trabajador	7,7%	72,3%	20,0%	100,0%
	% dentro de Categoría ILP	16,1%	31,1%	17,1%	25,2%
Total	% dentro de Tipo trabajador	12,0%	58,5%	29,5%	100,0%
	% dentro de Categoría ILP	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Área Psico-Social, Mutua de Seguridad, año 2014.

Respecto al tipo de trabajador, encontramos que independiente del grado de invalidez, un 51,2% se encuentra cesante, un 23,6% con trabajo temporal y solo un 25,2% con trabajo estable.

Dentro de la categoría de los cesantes, la mayor concentración la encontramos entre los trabajadores grandes inválidos, con un 74,2% de ellos sin trabajo.

Dentro de la categoría de los activos con modalidad temporal, la mayor concentración esta dado por los trabajadores con invalidez parcial, con un 23,7% de ellos trabajando de manera temporal.

Finalmente, la categoría que concentra la mayoría de los trabajadores estables, esta dado por las personas con invalidez parcial, dándose esta condición en el 31,1% de los casos.

Antigüedad en el trabajo y accidente

		Categoría ILP			Total
		Gran Inválido	Parcial	Total	
Al momento del accidente, ¿cuántos meses llevaba trabajando en la empresa?	Menos de 6 meses	21,4%	25,2%	29,0%	25,8%
	6 meses y 1 año	17,9%	12,9%	8,7%	12,3%
	1 y 2 años	7,1%	10,8%	10,1%	10,2%
	2 y 4 años	17,9%	17,3%	17,4%	17,4%
	5 y 8 años	17,9%	15,1%	14,5%	15,3%
	Mas de 9 años	17,9%	18,7%	20,3%	19,1%
Total		11,9%	58,9%	29,2%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Área Psico-Social, Mutua de Seguridad, año 2014.

Respecto a la antigüedad en el trabajo con relación a la fecha del accidente, encontramos que para la totalidad de los trabajadores, independiente del grado de discapacidad resultante, el tiempo de ocurrido el accidente se encuentra en los tramos inferiores a 6 meses de antigüedad, con un 25,8% de los casos en esta condición.

Tipo de ocupación

Tipo de ocupación	Categoría ILP			Total
	Gran Inválido	Parcial	Total	
Trabajos menores ocasionales e informales	7,4%	7,6%	9,7%	8,2%
Oficio menor	11,1%	22,1%	23,6%	21,3%
Obrero calificado, capataz, junior, microempresario, empleado adm., vendedor, secretaria	63,0%	62,1%	50,0%	58,6%
Carrera técnica, profesor primario o secundario, ejecutivo medio, Prof. Independientes	0,0%	6,2%	2,8%	4,5%
Tradicionales	11,1%	1,4%	4,2%	3,3%
Estudiante	0,0%	0,0%	1,4%	,4%
Jubilado o pensionado	0,0%	,7%	2,8%	1,2%
Alta dependencia de terceros (Inhabilitado)	3,7%	0,0%	0,0%	,4%
Agricultor	0,0%	0,0%	4,2%	1,2%
Ns/nr	3,7%	0,0%	1,4%	,8%

Fuente: Área Psico-Social, Mutual de Seguridad, año 2014.

Respecto al tipo de ocupación, encontramos que independiente del grado de invalidez, la mayor concentración se ubica en el tipo de trabajo de obrero calificado, capataz, junior, etc. Con un 58,6% del total.

Respecto de los trabajadores secueledos jubilados o pensionados (mayores de 65 años, en el caso de los hombres), estos se concentran en la categoría de inválidos totales.

Ingresos

Tramo ingreso * Categoría ILP					
		Categoría ILP			Total
		Gran Inválido	Parcial	Total	
Bajo \$300.000	% dentro de Tramo ingreso	13,1%	55,4%	31,5%	100,0%
	% dentro de Categoría ILP	54,8%	47,7%	53,9%	50,4%
Sobre \$300.000	% dentro de Tramo ingreso	10,9%	61,7%	27,3%	100,0%
	% dentro de Categoría ILP	45,2%	52,3%	46,1%	49,6%
Total	% dentro de Tramo ingreso	12,0%	58,5%	29,5%	100,0%
	% dentro de Categoría ILP	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Área Psico-Social, Mutual de Seguridad, año 2014.

Respecto al ingreso, observamos que en el 50,4 % de los casos, los trabajadores secueledos de invalidez se ubican en el tramo de ingreso inferior a los \$ 300.000, siendo los grandes inválidos los que presentan una mayor representatividad en esta categoría, con un 54,8% en esta condición.

(El sueldo mínimo para el año 2014 en Chile es de \$ 225.000 (US\$ 365))

Perfil Bienestar psicológico:

Antecedentes psicológicos y/o psiquiátricos * Categoría ILP						
			Categoría ILP			Total
			Gran Inválido	Parcial	Total	
Antecedentes psicológicos y/o psiquiátricos	Si	% dentro de Categoría ILP	36,7%	26,5%	44,7%	33,1%
		% dentro de Antecedentes psicológicos y/o psiquiátricos	12,9%	47,1%	40,0%	100,0%
	No	% dentro de Categoría ILP	63,3%	73,5%	55,3%	66,9%
		% dentro de Antecedentes psicológicos y/o psiquiátricos	11,0%	64,5%	24,4%	100,0%
Total	% dentro de Categoría ILP		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% dentro de Antecedentes psicológicos y/o psiquiátricos		11,7%	58,8%	29,6%	100,0%

Fuente: Área Psico-Social, Mutua de Seguridad, año 2014.

Respecto a los antecedentes psicológicos, encontramos que el 33,1 % presenta antecedentes, concentrándose el mayor porcentaje en los trabajadores secueados con invalidez total, 40% de ellos están en esta condición.

Esta en tratamiento * Categoría ILP		Categoría ILP			Total
		Gran Inválido	Parcial	Total	
Si	% dentro de Esta en tratamiento	17,6%	35,3%	47,1%	100,0%
	% dentro de Categoría ILP	54,5%	30,8%	51,6%	42,0%
No	% dentro de Esta en tratamiento	10,6%	57,4%	31,9%	100,0%
	% dentro de Categoría ILP	45,5%	69,2%	48,4%	58,0%
Total	% dentro de Esta en tratamiento	13,6%	48,1%	38,3%	100,0%
	% dentro de Categoría ILP	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Área Psico-Social, Mutua de Seguridad, año 2014.

Del 33% que si presenta antecedentes psicológicos y/o psiquiátricos, el 58% no esta en tratamiento, siendo la población mas desatendida la ubicada en la categoría pensionados parciales (69,2%)

		Categoría ILP		
		Gran Inválido	Parcial	Total
Depresión	% dentro de Qué antecedentes psicológicos	17,5%	42,5%	40,0%
	% dentro de Categoría ILP	63,6%	44,7%	50,0%
Estrés PT	% dentro de Qué antecedentes psicológicos	0,0%	42,9%	57,1%
	% dentro de Categoría ILP	0,0%	7,9%	12,5%
Psicológico	% dentro de Qué antecedentes psicológicos	19,0%	61,9%	19,0%
	% dentro de Categoría ILP	36,4%	34,2%	12,5%
Otro	% dentro de Qué antecedentes psicológicos	0,0%	38,5%	61,5%
	% dentro de Categoría ILP	0,0%	13,2%	25,0%
Total	% dentro de Qué antecedentes psicológicos	13,6%	46,9%	39,5%
	% dentro de Categoría ILP	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Área Psico-Social, Mutua de Seguridad, año 2014.

Del 33% que presenta antecedentes, el 50% presenta depresión, concentrándose el mayor porcentaje en los grandes inválidos.

		Tiempo Ocurrido Accidente					Total
		1 año	2 años	3 años	4 años	5 años	
Sigo disfrutando de las cosas...	Menos e igual que antes	20%	9%	11%	15%	4%	57%
	Sólo un poco	5%	7%	7%	5%	4%	28%
	Ya no disfruto	4%	1%	4%	5%	1%	15%
Respecto al futuro, siente que su situación	Mejorará	18%	8%	14%	13%	4%	57%
	Puede empeorar	9%	5%	8%	8%	5%	35%
	Empeorará	3%	1%	0%	3%	1%	8%

Fuente: Área Psico-Social, Mutua de Seguridad, año 2014.

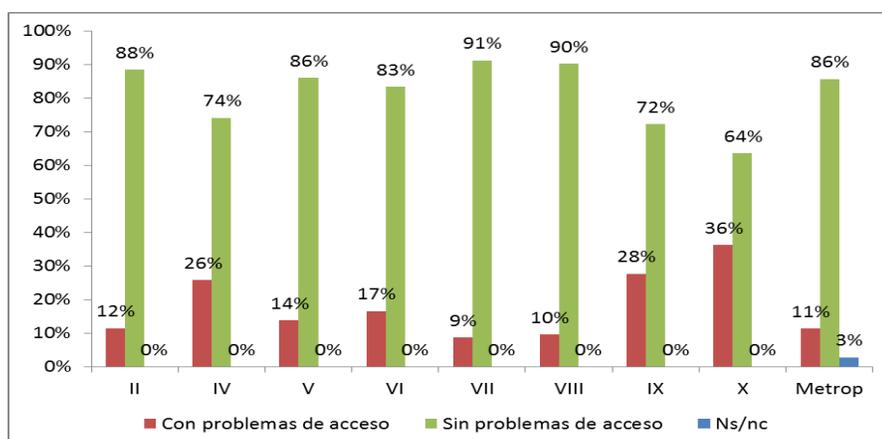
Se observa que la mayoría de las personas presentan un deterioro en el nivel de disfrute con la vida, concentrándose la mayoría de los casos en la categoría “menos o igual que antes” (57%). Respecto del futuro, la mayoría piensa que su situación mejorara (57%), concentrándose esta percepción en personas con 1 año de ocurrido el accidente, no obstante un 43% piensa que su situación “puede empeorar” o “empeorará”.

¿Me siento nervioso o tenso?				
Casi todo el día	Gran parte del día	De vez en cuando	Nunca	Ns/nc
37,6%	16,5%	32,9%	11,8%	1,2%
Fuentes de preocupación				
Económicos	Emocionales	Familiares	Otro	Salud
44,6%	6,8%	33,8%	6,8%	8,1%

Fuente: Área Psico-Social, Mutua de Seguridad, año 2014.

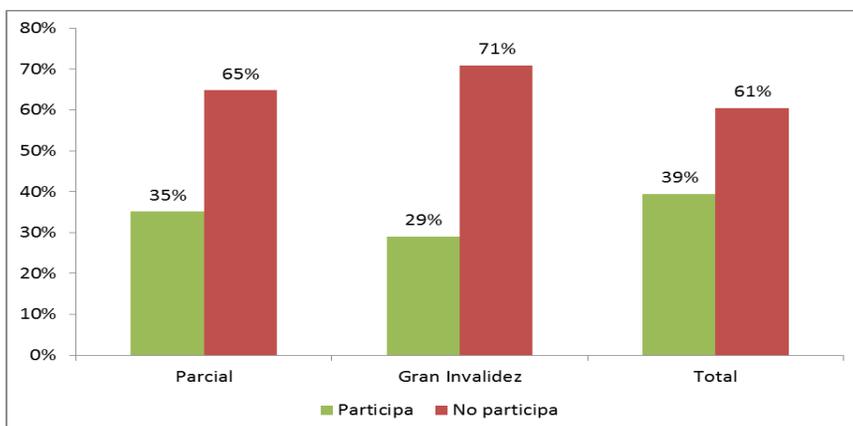
Un 54,1% se considera nervioso o tenso la mayoría del tiempo (37,6%) o gran parte del día (16,5%); concentrándose las fuentes de preocupación en las categorías “económicas” y “familiares” con un 44,6% y 33,8% respectivamente.

Accesibilidad y participación



Fuente: Área Psico-Social, Mutua de Seguridad, año 2014.

Respecto de las barreras físicas que dificultan la accesibilidad, las regiones que concentran los más altos porcentajes de barreras, están en la novena y décima regiones, con un 28% y un 36% de los casos respectivamente.



Fuente: Área Psico-Social, Mutual de Seguridad, año 2014.

Respecto de la participación comunitaria, se observa un bajo nivel de integración social para todas las categorías de invalidez, cobrando especial relevancia las personas grandes invalidas, quienes en un 71% no participan.

Conclusiones:

El perfil de trabajadores que resultan con secuelas graves productos de accidentes laborales (invalidez parcial, total o gran invalidez) son en su mayoría hombres (93,8%); presentan un nivel educacional precario, concentrándose la mayoría de la población en niveles logrados inferiores a la educación básica, 8 años de estudios, (21,1%); con una antigüedad inferior a los 6 meses en sus trabajos, (25,8%); encontrándose la mayoría inactivo/ cesante (51,2%), y de entre los activos, un 58,6% lo hace en tipo de trabajo de tipo obrero calificado. Los ingresos constituidos en su mayoría por las pensiones de invalidez, no superan en su mayoría los \$ 300.000 (50,4%).

Desde el punto de vista del bienestar psicológico, un 33% presenta antecedentes de tipo psicológico y/o psiquiátrico y la mayoría se encuentra sin tratamiento (58%).

La depresión es la que presenta una mayor prevalencia (50%), dentro de las personas con antecedentes psicológicos y/o psiquiátricos.

La mayoría de las personas se considera nervioso o tenso la mayoría del tiempo o gran parte del día (54,1%); concentrándose las fuentes de preocupación en las categorías económico-familiar con un 78,4%.

Respecto de la accesibilidad, la variable territorial cobra importancia, al concentrar la zona sur del país, los niveles más altos de barreras arquitectónicas, con un 28% la novena región y un 36% la décima región.

Respecto de la participación, la gran mayoría, no está incluido en actividades comunitarias, en especial las personas que presentan una condición de gran discapacidad, quienes en un 71% no participan.

1.2. **Ámbito accidentes laborales con resultado de muerte:**

1.2.1 Perfil de vulnerabilidad en familias de trabajadores fallecidos producto de accidentes laborales con resultado de muerte.

El siguiente análisis fue realizado en base a la información disponible de 52 encuestas⁷² aplicadas en el periodo 2011 - 2012, sistematizadas y analizadas con software SPSS en base a un parámetro ex ante y ex post respecto a la intervención psicosocial. Se realizó análisis estadístico descriptivo⁷³ para caracterizar tanto variables categóricas como cuantitativas, realizando análisis con la muestra mediante frecuencias, descriptivos y uso de tablas de contingencia.

Línea Base: Instrumento de “Evaluación Psicosocial”

Ámbitos del instrumento:

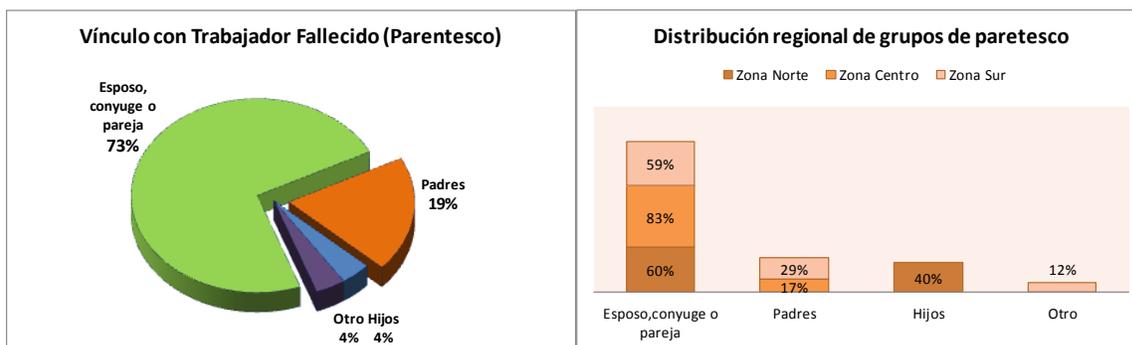
- Individualización del Grupo Familiar
- Antecedentes
- Antecedentes Familiares
- Antecedentes de la vivienda
- Ingreso
- Trabajo y participación:
- Historia Social
- Perfil de vulnerabilidad Psicosocial
- Opinión profesional

a. Datos relevantes : Antecedentes demográficos, un 58% que pertenece a la zona centro, 33% a la zona sur y un 10% del norte, un 90% es de género femenino y 10% de género masculino, cuyo parentesco con el trabajador fallecido corresponde en su mayoría al

⁷² Instrumento de vulnerabilidad Psicosocial, elaboración propia. Año 2011.

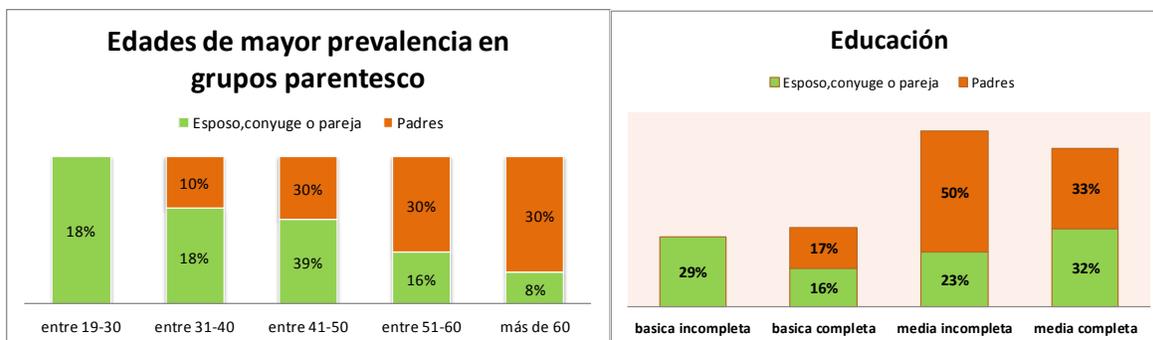
⁷³ Fuente: Dirección Psico-Social, Mutual de Seguridad C.Ch.C

grupo “esposos, conyugues o parejas” (73%), seguido del grupo “padres” (19%), constituyéndose estos 2 grupos como los de mayor relevancia para el análisis, verificándose principalmente el primer grupo como el de mayor presencia en todas las zonas geográficas, por lo que serán nuestro foco de análisis.



Fuente: Área Psico-Social, Mutua de Seguridad, año 2013.

La distribución etaria de los 2 grupos de parentesco principales muestra que la edad de mayor prevalencia en grupo “esposos, conyugues o parejas” está en rango 41-50 (39%), mientras que el grupo “Padres” se concentra en rango sobre 41-50, 51-60 y sobre 60 de manera homogénea (30%). Respecto a educación, del grupo “esposos, conyugues o parejas”, un 29% tiene educación básica incompleta, con el rango de edad de mayor presencia entre 41-50 años (44%); un 23% cuenta con educación media incompleta, con rangos de edad de mayor presencia entre 19-30 (29%), 41-50 (29%) y 51-60 (29%). Respecto al grupo “Padres”, un 67% tiene educación media incompleta, cuyos rangos son entre 51-60, no existiendo datos de educación básica incompleta.



Fuente: Área Psico-Social, Mutua de Seguridad, año 2013

Educación		Rangos edad				
		entre 19-30	entre 31-40	entre 41-50	entre 51-60	más de 60
Esposo, conyuge o pareja	basica incompleta	22%	11%	44%	11%	11%
	basica completa	20%	40%	40%	0%	0%
	media incompleta	29%	14%	29%	29%	0%
	media completa	20%	30%	10%	30%	10%
Padres	basica completa	0%	0%	100%	0%	0%
	media incompleta	0%	0%	0%	67%	33%
	media completa	0%	50%	50%	0%	0%
Total	basica incompleta	22%	11%	44%	11%	11%
	basica completa	17%	33%	50%	0%	0%
	media incompleta	20%	10%	20%	40%	10%
	media completa	17%	33%	17%	25%	8%

Fuente: Área Psico-Social, Mutua de Seguridad, año 2014.

Respecto al ingreso, ocupación y rango de ingresos, podemos observar que en el grupo “esposo, conyuge o pareja”, la ocupación “Trabajos menores ocasionales o informales” y “oficio menor” concentran el mayor %, bajo los \$213.000 (62% del rango bajo \$213.000 y 58% del total), al igual que la ocupación “dueña de Casa” con un 23%, siendo además este rango de bajos ingresos el 93% en este grupo, y sólo quedando un 7% sobre los \$300.000. El grupo “Padres”, es la ocupación “dueña de casa” la que destaca mayormente en el rango de ingresos bajo \$213.000, siendo este rango el de mayor preponderancia en este grupo (50%). Por lo tanto es posible decir que el promedio de ingresos de las familias en su mayoría es bajo \$213.000, correspondiendo a un 89% de total, con grupos de mayor relevancia “oficio menor...”(26%), “dueña de casa” (26%) y “trabajos menores...” (21%).

Rango ingresos por ocupación		Rangos Ingresos				
		Bajo \$213.000		Sobre \$300.000		
		% dentro de rangos ingresos	% del total	% dentro de rangos ingresos	% del total	
Esposo, conyuge o pareja	ocupacion	Trabajos menores ocasionales e informales	31%	29%		
		Oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio domestico	31%	29%		
		Obrero calificado, capataz, junior, micro empresario			100%	7%
		Empleado administrativo medio y bajo	8%	7%		
		Dueña de casa	23%	21%		
		Asesora del hogar	8%	7%		
		Total	100%	93%	100%	7%
Padres	ocupacion	Trabajos menores ocasionales e informales			100%	20%
		Oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio domestico	25%	20%		
		Dueña de casa	50%	40%		0%
		Agricultor	25%	20%		0%
		Total	100%	80%	100%	20%
Total	ocupacion	Trabajos menores ocasionales e informales	24%	21%	50%	5%
		Oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio domestico	29%	26%		
		Obrero calificado, capataz, junior, micro empresario	0%		50%	5%
		Empleado administrativo medio y bajo	6%	5%		
		Dueña de casa	29%	26%		
		Agricultor	6%	5%		
		Asesora del hogar	6%	5%		
Total	100%	89%	100%	11%		

Fuente: Área Psico-Social, Mutua de Seguridad, año 2014.

En el ámbito psicológico, podemos decir que en el grupo “esposo, conyuge o pareja” y “padres”, el nivel de ansiedad y depresión a nivel general es mayormente medio⁷⁴ representan al 62%, siendo aquellos que si cuentan con antecedentes psicológicos previos los de mayor presencia (35%), y el nivel alto de ansiedad y depresión, representa un 31% del total, siendo aquellos que no cuentan con antecedentes psicológicos previos los de mayor prevalencia (27%).

En cuanto al análisis de cada grupo, podemos observar que el grupo “esposo, conyuge o pareja” concentra el nivel de ansiedad mas alto (58%) con porcentajes relativamente homogéneos (50% promedio) en aquellos que si y no⁷⁵ tiene antecedentes psicológicos previos, mientras quienes tienen un nivel de depresión se centraliza en el nivel medio con un 70% en aquellas personas que si cuentan con antecedentes psicológicos previos, acumulando un 62% de los casos. El grupo “padres”, tiene un nivel de ansiedad mayormente alto, centrado especialmente en aquellos que no tienen antecedentes psicológicos previos, al igual que el nivel de depresión con un 67% de los casos.

⁷⁴ Fuente: Manual Programa Habilitación Psico-Social Familiar, Mutua de Seguridad, año 2011.

⁷⁵ Pregunta “presenta antecedentes psicológicos previos”, criterio respuesta: si/no

Por lo tanto, es posible decir que existe un nivel considerable de ansiedad y depresión en ambos grupos, distribuyéndose en nivel medio y alto, por lo que existe un nivel de vulnerabilidad psicológica importante en estos dos grupos.

Nivel Ansiedad y depresión					
Nivel Ansiedad					
			Alto	Medio	Bajo
			% dentro de Antecedentes psicológicos	% dentro de Antecedentes psicológicos	% dentro de Antecedentes psicológicos
Esposo, conyuge o pareja	Antecedentes psicológicos	Si	56%	22%	22%
		No	60%	40%	
	Total		58%	32%	11%
Padres	Antecedentes psicológicos	Si	50%	50%	
		No	67%	33%	
	Total		60%	40%	
Nivel Depresión					
			Alto	Medio	Bajo
			% dentro de Antecedentes psicológicos	% dentro de Antecedentes psicológicos	% dentro de Antecedentes psicológicos
Esposo, conyuge o pareja	Antecedentes psicológicos	Si	10%	70%	20%
		No	45%	55%	0%
	Total		29%	62%	10%
Padres	Antecedentes psicológicos	Si		100%	
		No	67%	33%	
	Total		40%	60%	
Total					
Total	Antecedentes psicológicos	Si	4%	35%	8%
		No	27%	27%	0%
	Total		31%	62%	8%

Fuente: Área Psico-Social, Mutua de Seguridad, año 2014

Por lo tanto, es posible concluir que en estos 2 grupos presentan factores de riesgo psicosocial importantes, ya que el 90% es de género femenino, con edades con presencia considerable en el rango sobre los 51 años, con un importante nivel de educación bajo los 14 años mínimos en Chile, y más aun con presencia de educación básica incompleta, con rangos de ingreso bajo los \$213.000 promedio, y con niveles medio-altos de ansiedad de depresión.

Con ello, por lo tanto, estamos ante grupos familiares liderados por jefatura familiar vulnerable desde el punto de vista social, emocional y económico, factores que son importantes de intervenir luego de ocurrido el accidente fatal.

b. Impacto de la intervención:

Para efectos de medir el impacto de la intervención, se ha realizado una evaluación ex post en tres niveles:

B1. Producción: ¿se entregaron las prestaciones Psico-Sociales a las familias?

B2. Propósito – fin: ¿mejoró la calidad de vida de las familias?

Indicador	%	Logrado
Cobertura 2011-2013	80%	377 familias atendidas (100% de cobertura)
Disminución Vulnerabilidad Ex Post	60%	61 % promedio de disminución vulnerabilidad
Satisfacción Usuaría	80%	sobre 98% nota 7

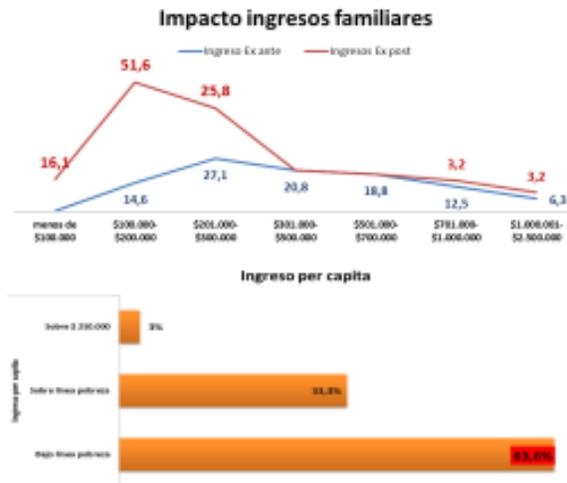
Como resultado, el estudio arroja que se obtuvo sobre un 80% de cobertura, superando con creces lo establecido como meta.

Respecto a la valoración otorgada por las familias, este valor igualmente supera el 80% de satisfacción propuesto inicialmente, con un 98% de valoración máxima.

B3. Efectos o propósitos: ¿disminuyo la vulnerabilidad de las familias?

Como resultado, el estudio arroja que sobre el 60% de las familias intervenidas logran disminuir su nivel de vulnerabilidad post intervención.

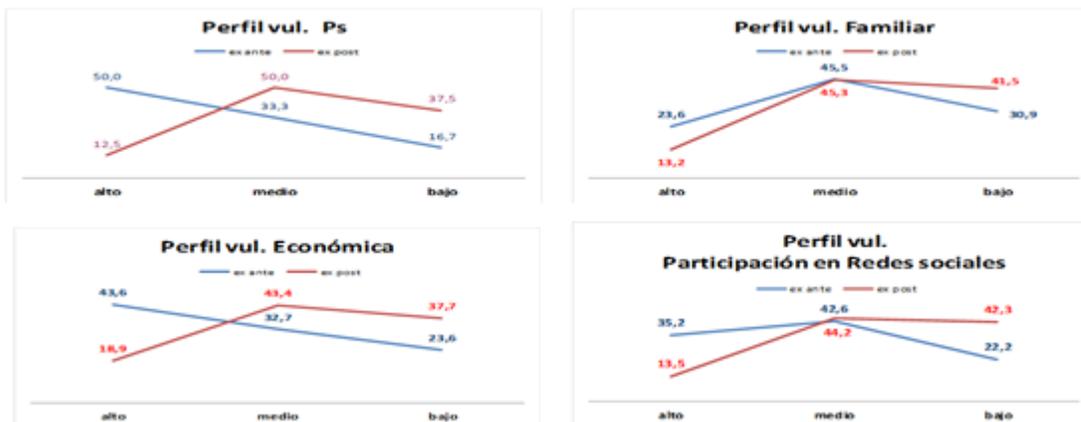
Respecto a los ingresos familiares, podemos decir que los ingresos ex post accidente son afectados considerablemente, ya que tienen un fuerte retroceso al rango monetario bajo los \$300.000 por remuneración de un 42% a un 94%, constatándose así la disminución de ingresos. Más aún, según en ingreso per cápita, un 63,6% resultaría, aunque transitoriamente, bajo la línea de la pobreza, lo que pone a las familias en situación de riesgo psicosocial.



Fuente: Área Psico-Social, Mutua de Seguridad, año 2013

Por último, los datos generales del perfil de vulnerabilidad Psicológico, Familia, Económica y de Participación en redes Sociales, muestran un impacto considerable en los ámbitos familiares mencionados luego de la intervención psicosocial, bajando todos los indicadores

Ex post intervención.



Fuente: Área Psico-Social, Mutua de Seguridad, año 2013

Respecto de la vulnerabilidad psicológica, de un 50% de alta vulnerabilidad psicológica ex ante, esta disminuye a un 12,5% ex post, trasladándose el mayor porcentaje de la vulnerabilidad al nivel medio-bajo.

Respecto a la vulnerabilidad familiar, de un 23,6% de alta vulnerabilidad ex ante, disminuye a un 13,2%, trasladándose el mayor porcentaje a baja vulnerabilidad.

Respecto a la vulnerabilidad económica, de un 43,6% de alta vulnerabilidad ex ante, disminuye a un 18,9%, ex post, trasladándose el mayor porcentaje a media vulnerabilidad⁷⁶. Respecto a la vulnerabilidad participación en redes sociales, de un 35,2% de alta vulnerabilidad ex ante, disminuye a un 13,5%, ex post, trasladándose el mayor porcentaje a media - baja vulnerabilidad.

El impacto general de la intervención Psico-social, se traduce en que:

El nivel de vulnerabilidad alta, disminuye un 20% ex post; a la vez que la categoría que presenta mayor disminución ex post es la baja, con un aumento de 16%.



Fuente: Área Psico-Social, Mutual de Seguridad, año 2014

⁷⁶ Porcentaje afectado por constitución de pensiones de supervivencia.

Conclusiones:

Un accidente laboral con resultado de muerte, implica un quiebre en el proyecto de vida de las familias afectadas, impactando de manera multidimensional los ámbitos afectivo-emocionales, económicos, laborales y de participación social. En base a los datos observados⁷⁷, es posible decir que la condición de vulnerabilidad que genera esta situación se traduce en incertidumbre, inseguridad, pobreza y exclusión, en resumen, una condición de desventaja social, asociada a accidentes laborales con resultado de muerte y que puede ser revertida a través de la generación de las condiciones que promuevan el acceso a trabajo formal, seguridad social, ingresos económicos dignos, participación ciudadana. Los aportes derivados del programa de habilitación Psico-social apuntan a generar oportunidades de inclusión social en las familias afectadas, disminuyendo su condición de vulnerabilidad y desventaja social asociada a la condición resultante, junto con contribuir a la cohesión social del país, evitando focos de población excluida socialmente y altamente vulnerable. Asimismo, la evidencia nos muestra que la intervención Psico-social impacta positivamente en las distintas dimensiones de la familia, por lo que es relevante profundizar y mejorar los procesos para rentabilizar la inversión social asociada a este tipo de programas.

⁷⁷ Los afectados directamente son hombres (96%), entre 45 y 54 años, provenientes en gran mayoría de la RM o zona sur del país, desempeñándose en el rubro construcción y transporte mayoritariamente.

Sus supervivientes, son en su gran mayoría mujeres (90%), parejas o cónyuges, en edades entre 41 y 50 años, con escolaridad incompleta (52%), un 23% no trabaja y un 62% de las que si lo hace se desempeña en trabajos menores, ocasionales u oficio menor no calificado, con ingreso bajo los \$231.000. Un 92% de las familias presenta ansiedad y depresión en grado medio – alto. La respuesta psicológica de las parejas o cónyuges se concentra en grados altos de ansiedad (58%) y medios de depresión (62%), con mayor concentración en quienes presentan antecedentes psicológicos previos, para el caso de la depresión.

1.3. Aportes en la disminución de la vulnerabilidad y fortalecimiento de la cohesión social.

1.3.1 Aportes a la disminución de la vulnerabilidad

La disminución de la vulnerabilidad asociada a accidentes laborales con resultado de incapacidad y/o muerte, considera: el desarrollo de capacidades y de construcción de capacidad de agencia, a través de la adaptación emocional, psicológica y social frente a la nueva condición, que implica la pérdida de un órgano del cuerpo y/o de su funcionalidad; la identificación de activos que aporten en la redefinición de un proyecto de vida asociado a la nueva condición de discapacidad; la generación de oportunidades laborales, a través de la recuperación rol de trabajador activo y la recuperación del status social y económico asociado al trabajo; y la generación de oportunidades de inclusión social, orientado a la recuperación del rol de ciudadano miembro activo de una sociedad, ya sea a través de participación ciudadana, promoción de la asociatividad y/o disminución de barreras físicas y sociales.

Aportes a la disminución de la vulnerabilidad

Periodo 2008 – 2013

Ámbito	Programa	Público Objetivo	Objetivo	Descripción	Cobertura	Meta	Logro	Periodo
Ámbito Laboral	Apoyo retorno al trabajo	Trabajadores con incapacidad laboral permanente	Recuperar la condición de trabajador activo, aumentando las oportunidades laborales disponibles en el mercado.	Promueve un retorno al trabajo oportuno y eficiente entregando prestaciones como; Enlace y mediación laboral, articulación redes sociales, habilitación social y psicológica.	4000	70% reintegro laboral	80%	2009 - 2013
	Empresa socialmente inclusiva	Empresas	Aumentar oportunidades laborales de las personas con discapacidad (Pcd) a través de la promoción de una cultura de inclusión social en empresas adherentes a Mutual de Seguridad C.Ch.C.	Promueve una cultura inclusiva en las empresas, a través de la sensibilización y reconocimiento de aquellas que realicen acciones socialmente responsables en el ámbito de la Inclusión Laboral.	3200	100% sensibilizadas	100%	2011 - 2013
	Emprendimiento	Trabajadores cesantes	Otorgar herramientas orientadas a la recuperación de la condición de trabajador activo, aumento del grado de empleabilidad y desarrollo de capacidades emprendedoras a trabajadores y sus grupos familiares.	Brinda asesoría técnica necesaria para generar un negocio y articula fondos en red pública y privada.	1400	40% continuidad negocio	83%	
	Herramientas tecnológicas para el trabajo	Trabajadores con incapacidad laboral permanente	Promover la reinserción socio-laboral e inclusión social a través de la capacitación en uso de TIC's.	Cursos de capacitación en tecnología de la información	310	80% cobertura	100%	
Ámbito Participación	Calidad de Vida Pcd	Trabajadores con incapacidad laboral permanente	Generar oportunidades que promuevan el proceso de inclusión social y eleven la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias.	Desarrollo de actividades inclusivas en la línea de la cultura, deporte y el desarrollo personal.	2000	80% satisfacción usuario	84%	
			Promer la asociatividad y la participación ciudadana.	Agrupaciones de pensionados con representación ante SENADIS y otras organizaciones comunitarias.	1 agrupación *	100%	100%	
Ámbito Accesibilidad	Fondo de Apoyo Social	Trabajadores con incapacidad laboral permanente	Aumentar la calidad de vida a través de entornos accesibles	Promueve entornos accesibles, a través de la adaptaciones a la vivienda	60	100% casos resueltos	100%	
Ámbito persona y familia	Reinserción e Inclusión Social (RIS)	Trabajadores accidentados con resultado de discapacidad (diagnósticos alta complejidad)	Evaluar e intervenir integralmente el riesgo psicosocial que con lleva un diagnóstico de alta complejidad, incorporando una discapacidad permanente y la posterior necesidad de reestructuración del proyecto vital, facilitando la inclusión plena de personas en situación de discapacidad.	Brinda apoyo psicológico y social individual para apoyo en integración de la discapacidad y redefinición proyecto de vida.	313	logros terapéuticos	no medido	2008 - 2013
		Familias de trabajadores accidentados con resultado de discapacidad (diagnósticos alta)	Disminuir vulnerabilidad psicosocial, potenciando el rol de agente integrador, favoreciendo la reorganización del sistema y redefinición del proyecto familiar		184	80% reinserción familiar	97%	
	Habilitación Psico-Social familiar	Familias de trabajadores accidentados con resultado de muerte	Disminuir el estado de vulnerabilidad de familiares de trabajadores fallecidos producto de un accidente laboral, por medio de apoyo psicosocial	Brinda apoyo psicológico y social individual orientado al desarrollo de habilidades para redefinición de proyecto de vida	377	60% disminución vulnerabilidad	61%	2011 - 2013

Dadas las características de la población, el apoyo a la recuperación de la condición de trabajador activo, constituye un eje central de los programas contenidos en el Modelo. La respuesta de las empresas participantes en el programa, refleja que el 80% reintegra a los trabajadores accidentados. Para el grupo remanente la alternativa de emprendimiento constituye una instancia eficaz de autoempleo. El seguimiento realizado al grupo de emprendedores, a los que se les asigno financiamiento por proyectos destacados, a 3 y 6 meses de egresado del programa, refleja que el 83% de los emprendimientos continua funcionando y que en el 60% de los casos hubo un aumento significativo en los ingresos económicos.

El eje laboral es complementado con el de participación y asociatividad, orientado a aquellos trabajadores cuyas secuelas impiden o limitan el reintegro laboral, por lo que las

actividades deportivas, recreativas, culturales y de asociatividad⁷⁸, constituyen una real oportunidad de inclusión social.

Las barreras arquitectónicas han sido consideradas como un obstáculo transversal a todo proceso de inclusión, por lo que son abordadas a través del programa que apoya modificaciones a la vivienda.

Por otra parte las familias, consideradas el principal eje integrador, son abordadas a través de dos modalidades, ya sean familiares de trabajadores accidentados secuestrados o familias de trabajadores que han fallecido producto del accidente. En ambas situaciones se busca constituir las como red de apoyo autónomo, para dar sustentabilidad a la intervención una vez egresadas de programa.

1.3.2 Aportes al fortalecimiento de la cohesión social

Si bien, podemos mencionar que los aportes del MAIS a la cohesión social se alinean con los objetivos del enfoque europeo de cohesión social, que se plantea como objetivos, la superación de la pobreza y la exclusión social, a través de acceso al empleo, prevención de la exclusión, ayuda a los más vulnerables y la movilización de los distintos actores relacionados con pobreza y exclusión social, a través de la provisión de servicios, psicosociales en este caso, resultando en una disminución en las brechas de acceso a empleo, ingresos, alfabetización digital y participación; este estudio adhiere a la necesidad de adaptación del enfoque a las particularidades de la realidad latinoamericana.

Es así como, el análisis se articula en relación a los tres pilares definidos por la CEPAL, los que considera: Distancia/brechas; Instituciones y Pertenencia/subjetividad.

Sistema de indicadores de cohesión social: componentes y factores

Indicadores		
Distancia	Instituciones	Pertenencia
<ul style="list-style-type: none"> • Desigualdad de ingresos • Pobreza e indigencia • Empleo • Educación • Salud • Vivienda • Pensiones • Brecha digital 	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento de la democracia • Instituciones del Estado • Instituciones del mercado • Familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Multiculturalismo • Confianza • Participación • Expectativas de movilidad • Solidaridad social

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

⁷⁸ * En Febrero del año 2013, se constituyó la “Corporación pensionados Mutuales”, con personalidad jurídica inscrita ante el ministerio de justicia. La agrupación ha sido asesorada por el Área Psico-Social de Mutual de Seguridad con fines de promoción del derecho de asociatividad, participación y dialogo social, de las PcD.

Respecto del pilar Brecha o distancia: los aportes en este ámbito deben ser diferenciados de los que son constitutivos de la cobertura propia de la ley de accidentes laborales, como son: la constitución de un beneficios económico asociado a la invalidez y el acceso a prestaciones médicas asociadas a la lesión; de las que no considera el seguro y que han sido desarrolladas como parte del modelo de atención integral en salud, en su búsqueda de abordar de manera multidimensional la problemática, con el fin de resolver el problema de fondo: la vulnerabilidad a la que queda expuesta la persona y su grupo familiar, como consecuencia de un accidente laboral con resultado de invalidez y/o muerte.

En consecuencia, los aportes del modelo al pilar **brecha/distancia**, están dados por el acortamiento de las distancias que viven los trabajadores atendidos en la modalidad MAIS en cuanto a acceso a empleo, mantención o aumento de los ingresos y disminución de la brecha digital. Ámbitos abordados por los programas de apoyo al retorno al trabajo, empresa socialmente inclusiva, emprendimiento y alfabetización digital. Todo lo cual se traduce en una disminución de las brechas sociales que distancia y protege a las personas del riesgo de entrar en una situación de pobreza y exclusión.

Respecto del aporte al pilar **Instituciones**, esta dado por la capacidad de influir en las instituciones ligadas al tema PcD, ya sean estas de tipo informal, como es la familia, la cultura y las costumbres; y formales, como son las instituciones de salud, respecto de generar una conducta inclusiva y de valorización de lo diverso y heterogéneo.

Un segundo aporte a este pilar, esta dado por el fortalecimiento de las confianzas, entre los ciudadanos y la institución, aspecto que viene a robustecer la legitimidad tan buscada y considerada en la actualidad como condición fundamental para lograr la sostenibilidad de las instituciones y la cohesión social a través de la recuperación de las confianzas en las instituciones, en especial instituciones que administran un seguro social y que reciben el mandato social del Estado de brindar protección a sus beneficiarios.

Por otra parte, el aporte al pilar **pertenencia/subjectividad**, esta dado al aumentar las oportunidades de participación e inclusión, ámbitos abordados a través de los programas de calidad de vida PcD, asociatividad y fondo de apoyo social. Lo anterior, se traduce en que las personas se sientan parte activa de la sociedad y no meramente beneficiarios de ésta. En este punto, los ejes orientadores de los programas del MAIS apuntan a minimizar la exclusión resultante del no reconocimiento del otro como un legítimo otro, y de avanzar hacia la legitimización de los demás, basado en la condición de ser parte de una misma sociedad.

Del mismo modo, el modelo aporta a fortalecer la capacidad de autonomía de las personas, la que sin duda se ve afectada por el accidente y la situación de vulnerabilidad que le deviene, promoviendo la construcción y desarrollo de capacidades que permitan la redefinición del proyecto de vida, el que ha sido alterado de manera insoslayable. De esta manera busca desarrollar la capacidad de resiliencia o de sobreponerse ante la situación vivida.

Un segundo elemento está dado, por el aporte que realiza el modelo en la construcción de capital social, en este punto no sólo la habilitación Psico-social promueve la capacidad de agencia de las personas, sino también está orientado a fortalecer las relaciones y las confianzas entre los grupos, que devienen en un incremento de sus activos sociales. Un claro ejemplo de ello está dado por la formación de agrupaciones de personas con discapacidad, las que han logrado una conformación legal, lo que les ha permitido acceder a instancias formales de participación no solo social sino también política, haciéndose parte de la instancias formales de participación de que dispone el Estado para estos fines. Una segunda iniciativa que ha fortalecido el capital social de las personas, está dada por las agrupaciones de mujeres viudas, participantes del programa de habilitación Psico-social familiar, quienes una vez egresadas del programa se constituyen como una red de autoayuda, que brinda apoyo a las mujeres que ingresan a esta instancia como resultado de la experiencia de haber vivido la pérdida del cónyuge o pareja. Estos grupos, aun cuando no cuentan en la actualidad con una estructura formal – legal, cumplen a cabalidad el objetivo de constituirse en una red social basada en relaciones de confianza y colaboración que otorga herramientas de afrontamiento ante la situación de crisis vivida.

El aporte de los programas a la construcción de la confianza entre la población atendida y la institución, podría inferirse de las encuestas de satisfacción de los usuarios, las que aparecen evaluadas con un alto grado de satisfacción

Aportes al pilar pertenencia/subjetividad:

Satisfacción Clientes						
Proyecto	Publico	Descripción	Muestra	% SATISFACCIÓN	Año	Categoría encuesta
Calidad de Vida PcD	Trabajadores secuestrados y familias	Actividades de inclusión cultura	67	91%	2013	rango 6-7
			49	82%	2014	rango 6-7
	Trabajadores secuestrados, familias y comunidad PcD	Actividades de inclusión deporte	149	75%	2013	rango 6-7
			115	88%	2014	Muy satisfecho
Habilitación Psico-Social Familiar	Familias de trabajadores ARM*	Apoyo psico-social	63	84%	2014	rango 7
Apoyo retorno al trabajo	Trabajadores accidentados con reposo laboral	Apoyo psico-social	130	97%	2013	Muy de acuerdo
	Empresas - empleadores	Enlace laboral	80	88%	2013	Muy de acuerdo

Fuente: Área Psico-Social, Mutual de Seguridad, año 2014.

*ARM: Accidentes con resultado de muerte.

Para efectos de este estudio, y como parte de un análisis transversal, se consideraron evaluaciones recopiladas a través de encuestas de satisfacción, correspondiente a los programas de calidad de vida para PcD, habilitación psicosocial familiar de trabajadores fallecidos como resultado de accidentes fatales y del programa de apoyo al retorno al trabajo.

De un total de 653 encuestados, el promedio de satisfacción percibida con los programas fue de un 86,4%.

Derivado de lo anterior, podría inferirse que el alto nivel de satisfacción con los servicios proporcionados, responde a necesidades sentidas de la población, lo que se traduciría en un aporte a la confianza y legitimización hacia la institución que administra el seguro de accidentes laborales, toda vez que busca dar respuesta de manera integral a la problemática derivada de accidentes laborales con resultado de discapacidad y/o muerte.

Capítulo VI: Conclusiones y recomendaciones.

En términos generales, podemos decir que un enfoque que aborda de manera multidimensional la problemática de los accidentes laborales con resultado de discapacidad y/o muerte, permite disminuir las desventajas sociales asociadas a la vulnerabilidad derivada de esta condición, al fortalecer capacidades, aumentar oportunidades y vincular con las oportunidades del entorno.

Lo anterior se traduce en una disminución de las brechas sociales y las posibilidades de marginación y exclusión en la población afectada, aspectos que debilitan la cohesión social del país y atentan contra el desarrollo humano.

Con todo, podemos concluir que el MAIS, aporta en la generación de oportunidades que alejen a las personas del riesgo de la **pobreza y las desventajas sociales**, a través de la creación de empleo e instancias de participación social. Junto con contribuir a **disminuir el estigma y discriminación** de la población de trabajadores que resulta con ILP o grupos familiares de los trabajadores fallecidos a causa de un accidente laboral; ya que el estigma influye significativamente en la distribución de oportunidades de recuperar el rol laboral y los espacios de participación en la sociedad.

De este estudio, se obtienen las siguientes conclusiones y recomendaciones, orientadas a dar sostenibilidad, a disminuir vulnerabilidad y fortalecer la cohesión social:

1. El trabajo como determinante de la salud y principal medio de integración social:

los efectos de un accidente laboral, impactan e inciden en las oportunidades laborales de la población afectada y por consecuencia afectan los ingresos, el status social, estilo de vida asociado al trabajo y el bienestar psicológico emocional y familiar de la población afectada.

Considerando que en la legislación laboral chilena, no contempla medidas de protección al trabajo para este tipo de eventos, se hace necesario el desarrollo de iniciativas que propicien la recuperación del rol laboral de la persona afectada por un accidente laboral y que induzcan en las empresas el asumir la responsabilidad de reintegro de sus trabajadores accidentados, dando las garantías y acompañamientos necesarios. Es en este punto donde la propuesta de Mutual de Seguridad viene a llenar un vacío, asociado a la pérdida de la fuente de trabajo, cuya incidencia es mayor en quien es el eje económico de la familia.

Estas iniciativas no solo garantizan el retorno oportuno para el trabajador a la empresa; sino también, la optimización de los costos en salud de las mutualidades, al contar con incentivos para que los trabajadores quieran retornar a sus trabajos y no vivir la incertidumbre de la cesantía; problemática social que atenta contra la cohesión social.

Es concluyente la necesidad de fortalecer las alianzas público – privadas – sociedad civil. Lo anterior debido a que el tema de la inclusión social como esfuerzo país, requiere de la participación de los distintos actores involucrados.

Un esfuerzo adicional, debería orientarse a las iniciativas de educación, capacitación, y habilitación, con el fin de que la población afectada se mantenga competitiva en un mercado laboral altamente especializado.

Como propuesta a lo anterior, se debieran realizar esfuerzos conjuntos que hagan converger las políticas públicas y las iniciativas privadas, en este sentido cabe preguntarse en qué medida el actual programa de capacitación impulsado por el gobierno “+ Capaz”⁷⁹, cuyo objetivo es dotar a 20.000 personas con discapacidad de una cualificación profesional y de las habilidades laborales necesarias para poder acceder en igualdad de oportunidades al mercado de trabajo, se encuentra realmente articulado con el sector empresarial, para lograr la anhelada inclusión laboral y no solo quedarse en la etapa de capacitación, sumando de esta manera una nueva frustración a una población ya suficientemente discriminada y privada de oportunidades.

En este sentido, los cursos de formación deberán estar alineados con las necesidades laborales de las empresas y los potenciales puestos de trabajo a ofertar.

2. Necesidad de reformular la seguridad social vinculada a accidentes laborales.

Evidenciado el costo social de la problemática tanto para la población afectada como el costo país, queda de manifiesto que aun cuando el Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales que opera en Chile, busca proteger, de forma integral, a los trabajadores y trabajadoras, este propósito no es logrado. En consecuencia, se evidencia la necesidad de incorporar la multidimensionalidad de la problemática y con ello asumir la necesidad de gestionar el riesgo Psico-social asociado a accidentes laborales, incorporándolo como parte de las prestaciones que contempla la ley. Lo anterior implicaría complementar las actuales prestaciones medicas y económicas, con aquellas que dicen relación con prestaciones que abordan los factores Psico-sociales que devienen en riesgo de vulnerabilidad para esta población.

Una segunda conclusión, se relaciona con que la gestión del Riesgo Psico-Social se constituye en una estrategia de sustentabilidad, ya que la evidencia mostrada en este estudio, comprueba la tesis que pesquisando e interviniendo tempranamente factores de riesgo, asociados a la salud mental, nivel de escolaridad, grado de empleabilidad, territorialidad y relación con la empresa, permite disminuir la desventajas social asociada al

⁷⁹ http://www.sence.cl/sence/?page_id=39391

impacto de un accidente laboral con resultado de discapacidad y/o muerte y aportar a la sustentabilidad de las empresas y las mutualidades, quienes al no contar con incentivos orientados a la recuperación de la fuente laboral de la población afectada, absorben el costo asociado a la incertidumbre de la cesantía, lo que se traduce en excesos de pagos de días de reposo laboral asociado a factores no médicos.

En consecuencia, se hace necesario incorporar estas iniciativas como parte de la atención integral que brinda el seguro social de accidentes laborales, modernizando nuestra actual normativa de seguridad social del país, la que debe brindar protección a los miembros de la sociedad expuestos a riesgos laborales con el objeto de evitar la vulnerabilidad que deriva en el incremento de población excluida, debilitamiento de la cohesión social y estancamiento en el desarrollo.

Se hace evidente entonces, la necesidad de una mirada holística y multidimensional de la problemática, que permita intervenir todos aquellos ámbitos (participación, asociatividad, empleo, familia, etc.) que promueven la inclusión, desde una perspectiva de empoderamiento de las personas y de fortalecimiento de los activos presentes en las familias, personas y comunidades. Con especial énfasis en familias y mujeres, que de por sí enfrentan mayores desventajas asociadas a la condición de género, traducido en inequidades de oportunidades tanto en formación como en oportunidades de trabajo y en una remuneración semejante al del otro género .

En la actualidad, iniciativas integrales, como por ej. El MAIS, son visibilizadas por las empresas en el contexto de la Responsabilidad Social Empresarial - RSE. Una segunda conclusión apunta a la necesidad de avanzar desde un enfoque de RSE, con un énfasis importante en estrategias de marketing, a uno donde las instituciones/mutualidades se hagan cargo de la vulnerabilidad derivada de los accidentes laborales con resultado de discapacidad y/o muerte.

Por otro lado, se debería analizar de qué manera ha evolucionado el concepto de discapacidad, desde el criterio medico-rehabilitador al social, implicando un giro en las

políticas públicas desde la perspectiva de la inclusión y cohesión social. Evidenciando una limitante en los actuales instrumentos con que cuenta la ley 16.744 de accidentes laborales, la que mide el grado de invalidez solo a través del ámbito físico y mental, sin incorporar aun la variable social. Esto permitiría visibilizar el costo de la exclusión y su impacto en la cohesión social y generar acciones que prevengan o minimicen su impacto.

3. El valor público y la gerencia social, como estrategia de legitimización de las instituciones y como condición de sostenibilidad.

La legitimización de las instituciones, en este caso como garante de protección social, es otorgada por la sociedad civil, quién a través de las relaciones de confianza establecidas con las instituciones que administran la seguridad social del país, otorgan la “licencia social” necesaria para el buen funcionamiento de la sociedad.

De esta manera, las soluciones entregadas por el MAIS, centrada en otorgar valor público, constituyen un aporte al fortalecimiento de las confianzas entre la sociedad civil y las instituciones, y de la cohesión social del país, junto con ser un referente en buenas prácticas de gerencia social.

Lo anterior, aun cuando no se encuentra medido, debiera reflejarse en una disminución de las causas judicializadas, en contra de las empresas de empleadores y de las que administran el seguro social, existiendo a la base del conflicto, un quiebre encubierto de las confianzas.

Un gran aliciente para avanzar en este ámbito, esta dado por el aumento de las expectativas y aumento de la conciencia ciudadana, quienes en la actualidad se perciben a sí mismos como sujetos de derecho. Un ejemplo de ello se puede hacer tangible, a partir de la promulgación en el año 2012, de la ley de Derechos y Deberes de los pacientes, la que regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas

a su atención en salud⁸⁰, y la que se ha constituido un instrumento de empoderamiento y de nivelación de las asimetrías históricas entre los administradores de las instituciones de salud y los usuarios.

4. La necesidad de avanzar hacia una cultura inclusiva como requisito para lograr mayor equidad y cohesión

Considerando que la inclusión hoy en día, pone énfasis en romper las barreras de tipo social, actitudinal, físicas y de falta de oportunidades que la sociedad pone, se hace necesario hacer énfasis en la sensibilización frente a la discapacidad para mitigar la discriminación y asistencialismo con los que aun nos relacionamos en la actualidad.

El punto de partida debe surgir de un verdadero, firme y planificado proceso de sensibilización frente a la discapacidad partiendo de una visión que se centre en la similitud más que en la diferencia y una valorización y respeto por lo diverso y heterogéneo.

Fortalecer una cultura inclusiva que dé cabida y atienda a la heterogeneidad y que no intente homogeneizar los espacios laborales, constituye un valioso aporte a la construcción de una cultura inclusiva.

Las mutualidades, llamadas en su rol social, a evitar los accidentes y en caso de que ellos sucedan a promover la reinserción socio-laboral, cuentan con la oportunidad de desarrollar iniciativas que aporten a la generación de una cultura inclusiva, apuntando a identificar prácticas y actitudes que promuevan elementos para que la sociedad transite desde la indiferencia, a la tolerancia, para luego avanzar hacia grupos humanos con alta valorización de lo diverso, y que ello se constituya en un activo social. En este sentido, los programas de inclusión laboral, tanto públicos como el desarrollado por Mutual, constituyen un gran aporte a la generación de un pensamiento inclusivo en las personas, con la gran contribución que ello conlleva para la sociedad en su conjunto.

Por último, un país inclusivo contara con mayores oportunidades para grupos vulnerables, impactando en disminuir en la desigualdad y fortaleciendo la cohesión social. Una sociedad

⁸⁰ <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>

inclusiva no necesitara de letreros que digan empresa, escuela, ciudad INCLUSIVA sino del cambio de actitud de las personas que lo conforman.

Recomendaciones:

En consecuencia y como manera de promover el desarrollo humano y agregar valor social, es recomendable:

- Poner énfasis en las capacidades, resiliencia y habilidades de las personas.
- Incrementar la competitividad de las PcD, a través de iniciativas de educación, capacitación y habilitación.
- Entender que el progreso y desarrollo de los países es un esfuerzo de la sociedad en su conjunto. La inclusión, como requisito para aspirar al desarrollo, requiere de alianzas de colaboración entre los distintos actores involucrados: sector público, privado y sociedad civil.
- Construir una cultura inclusiva de alta valorización de la diversidad y la heterogeneidad.
- Entender el desafío de la cohesión social, como un constructo de los distintos actores involucrados
- Propiciar iniciativas orientadas a fortalecer las confianzas entre los actores, a modo de evitar modos de relacionamiento basados en el conflicto y la judicialización.
- Reformular la actual legislación sobre accidentes laborales, alineándola con las necesidades de fondo de las personas afectadas, para lo cual se debe entender la gestión del riesgo Psico-social asociado a accidentes laborales como parte integral de la ley y no como acciones de RSE.

Finalmente, se hace necesario expresar la voluntad por hacer disponible la experiencia desarrollada a través de este modelo, para que tanto las empresas, como las instituciones encargadas de administrar y supervisar esta ley laboral, incorporen en su gestión elementos contenidos en la visión del MAIS, que tal como lo demuestra el estudio, aportan a un mejoramiento en la calidad de vida de los trabajadores y familias y contribuyen a fortalecer la anhelada cohesión social del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Busso, Gustavo. Año 2001. "Vulnerabilidad social: Nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI." CEPAL

PNUD, año 2012. Desarrollo Humano en Chile. www.desarrollohumano.cl

Sen, Amartya, "Teorías del desarrollo a principios del siglo XXI"

Sen, Amartya, "Handbook of Development Economics", cap.1 "the concept of development"

Mahbud UI H. "El paradigma de desarrollo Humano".

PNUD. Año 1990. "Definición y medición del desarrollo Humano" en Informe de Desarrollo Humano.

CEPAL. Año 2007 "Cohesión Social, Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe".

CEPAL, junio 2010, "Cohesión Social en América Latina. Una revisión de conceptos, marcos de referencia e indicadores."

Hopenhayn, Martin. Año 2007. "Cohesión social: entre inclusión social y sentido de pertenencia

European Committee for Social Cohesion, March, 2004. "A new strategy for Social Cohesion" www.coe.int

Tironi, Eugenio y Sebastián Pérez Bannen. Año 2008, "La cohesión social latinoamericana", *Redes, Estado y mercados: soportes de la cohesión social latinoamericana*, Eugenio Tironi (ed.), Santiago de Chile, Uqbar.

Filgueira, Carlos. Año 2001. "Estructura de oportunidades y vulnerabilidad social. Aproximaciones conceptuales recientes", CEPAL.

Kaztman, R. Año 2000. "Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social". CEPAL.

Banco Interamericano de Desarrollo, año 2004. "Inclusión social y desarrollo económico en América Latina". http://issuu.com/idb_publications/docs/book_es_32498/1

Palacios, Agustina. Año 2008. "El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. España.

Stiker, H. J., A History of Disability, op. cit. citado por Agustina Palacios, en “El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. España, Octubre 2008.

Guía “Orientación Psicológica para enfrentar un accidente”, año 2014. Mutual de Seguridad, C.Ch.C

SITIOS WEB

www.mutual.cl

www.previsionsocial.gob.cl/subprev/?page_id=7506

www.suseso.cl

www.eclac.org/publicaciones/xml/3/14503/lcl2080e.pdf

www.desarrollohumano.cl

<http://diario.latercera.com/2013/05/26/01/contenido/tendencias/16-137730-9-estudio-dice-que-hombres-entre-20-y-30-anos-son-los-mas-materialistas-en-chile.shtml>

www.coe.int

www.senadis.gob.cl

www.who.int

<http://centropsicologicolapiz.blogspot.com/2012/03/reflexiones-sobre-educacion-inclusiva.html>

http://www.sence.cl/sence/?page_id=39391

<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>

Siglas:

PIB: Producto Interno Bruto

IDH: Índice Desarrollo Humano

CIF: Clasificación internacional de Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

ILP: Incapacidad Laboral Permanente

SPSS: Programa estadístico informático usado en ciencias sociales (Statistical Package for the Social Sciences)

EP: Enfermedad profesional

MAIS: Modelo de Atención Integral en Salud

MIA: Manejo Integral del Alta

FAS: Fondo de Apoyo Social

CEIAT: Comisión de evaluación incapacidades de accidentes del trabajo.

PcD: Persona con discapacidad

RSE: Responsabilidad Social Empresarial

ANEXOS

En este apartado se incluirán los, instrumentos desarrollados, base del análisis cualitativo y cuantitativo de la investigación.

1. Instrumento ILP
2. Instrumento familia
3. Instrumento psicológico, HAD. (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión)