

BIENESTAR HUMANO DE PESCADORES ARTESANALES RESPECTO DE LA SALUD COMO UN DERECHO.

HUMAN WELFARE OF CRAFTSFISHERS REGARDING HEALTH AS A RIGHT.

Edgardo González Sierra¹, Verónica Riquelme Contreras¹, Alessandro Monteverde Sánchez²

ABSTRACT

The article allows us to reflect on the human welfare processes experienced by artisanal fishermen regarding health as a right, following the World Health Organization that defines it as a complete state of physical, mental and social well-being, not just the absence of disease. Described above, the Ministry of Health of Chile, in the 2014-2018 period has implemented its public health transforming plan, allocating financial and professional resources, constituting the Integrated Networks of Health Services and primary care, to deliver a health Decent, quality and accessibility. However, given the conditions of artisanal fishermen on the coastal edge, it is necessary to generate specific strategies to link this population with the health care network of the territory; otherwise, this sector will continue with high levels of vulnerability in health, with increased morbidity and mortality, which affects the quality of life of workers and their families, since it does not allow health as a right.

KEY WORDS: artisanal fishermen, access to health, human welfare.

RESUMEN

El artículo permite reflexionar sobre los procesos de bienestar humano que viven los pescadores artesanales respecto a la salud como un derecho, siguiendo a la Organización Mundial de la Salud que la define como un estado completo de bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad. Descrito lo anterior el Ministerio de Salud de Chile, en el periodo 2014-2018 ha implementado su plan transformador de la salud pública, asignando recursos financieros y profesionales, constituyendo las Redes Integradas de los Servicios de Salud y la atención primaria, para entregar una salud digna, de calidad y accesibilidad. No obstante, dadas las condiciones de los pescadores artesanales del borde costero, se requiere generar estrategias específicas para vincular esta población con la red asistencial de salud del territorio; de otra manera, este sector seguirá con altos niveles de vulnerabilidad en salud, con aumento de la morbilidad y mortalidad, lo cual afecta la calidad de vida de los trabajadores y de sus familias, ya que no permite la salud como un derecho.

PALABRAS CLAVE: pescadores artesanales, acceso a la salud, bienestar humano.

INTRODUCCIÓN

La OMS define: "La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad"¹.

Definido el concepto de salud, se observa la necesidad de generar nuevos derechos sociales que atiendan al principio de igualdad de todo ser humano. En este aspecto, en el segundo gobierno de la presidenta Bachelet en Chile (2014-2018), se entiende la salud como

un derecho humano, que se orienta hacia una sociedad integradora, equitativa, solidaria y justa, que reconoce a todas las personas como sujeto de derechos, sin restricción, lo que orienta a una concepción de integralidad, sin discriminación, con equidad e igualdad social². Bajo este marco conceptual se implementa para Chile el plan de salud 2014-2018, que no sólo involucra recursos financieros importantes (7,8% del producto interno bruto), y que lleva implícito hacer una salud digna, de calidad y accesible. Se considera no solamente avanzar en infraestructura, también en un plan de formación y retención profesional, fortalecer programa de Atención Primaria (APS), acceso a medicamentos, así como mejorar la calidad de vida laboral de los profesionales. Sin embargo, la implementación de esta estrategia mencionada de forma aislada, no garantiza el derecho a la salud. Es por esto que desde el 2014, junto con poner en marcha el plan transformador de la salud pública chilena, se ha considerado importante trabajar

Recibido: 14 Septiembre, 2019 Aprobado: 22 Octubre, 2019

¹Departamento de Salud. Universidad de Los Lagos. Chile.

²Facultad de Humanidades. Universidad de Playa Ancha. Chile

Correspondencia: edgardo.gonzalez@ulagos.cl

en los Servicios de Salud (que es una red nacional representada en cada región del país) a través de las Redes Integradoras de Servicios de Salud (RISS), basadas en APS, cuyos pilares son: enfoque de derechos, salud familiar y determinantes sociales de salud. Esto permitirá abordar los ámbitos estratégicos de la acción sanitaria integral para comprender la complejidad del bienestar de las personas y sus comunidades³.

Salud como un Derecho

De acuerdo a las cifras, Chile ha avanzado en los últimos 10 años en desarrollar políticas de Estado e implementar iniciativas intersectoriales que permiten transitar en el eje ideológico que guía el ciclo de política pública desde un enfoque de necesidades al de derechos, pasando de la focalización a la universalización³.

El Ministerio de Salud de Chile, en el periodo 2014-2018, ha enfocado sus prioridades en fortalecer la salud pública y mejorar el sistema público para alcanzar altos niveles de bienestar de la población y disminuir las inequidades en el acceso y resultados de salud, considerando la pertinencia cultural, la participación social y comunitaria, la equidad de género, y el trabajo intersectorial. Por ejemplo, en avances tenemos el Programa de Prevención y Promoción de la Salud en personas en situación de discapacidad (2016), pero en inequidades se indica que a nivel nacional los ingresos del 10% más rico de Chile son 26 veces más altos que los del 10% más pobre⁴.

En el marco de los desafíos a nivel mundial, regional y nacional en materia de bienestar y vida sana, Chile ha adoptado el compromiso de salud como derecho humano, que está basado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales Culturales (1976), Convención de Derechos de Personas con Discapacidad (2006), también se considera la Declaración de Alma Ata (1978) y Declaración de Ottawa (1986), donde se define Salud para Todos en el año 2000, incluyendo salud como hecho multidimensional del sistema social, la salud como condición previa para alcanzar el Desarrollo, Objetivos del Milenio (2000-2015), los determinantes sociales en salud e impacto en la equidad⁵. En el año 2010 se realiza una conferencia en Australia donde se genera la Declaración de Adelaida que pone énfasis en la acción intersectorial y en relevar la salud en todas las políticas, estableciendo que todos los sectores incluyeran salud y bienestar como componente esencial de la formulación de la política.

La salud como compromiso de bienestar, Objetivo de Desarrollo Sostenible ODS (2015), se ajusta al desarrollo sostenible del 2030, comprende tres dimensiones, social, económica y ambiental y el abordaje debe ser desde el sector público, sector privado, la sociedad civil y organizaciones comunitarias⁵. El eje específico es el ODS 3 que indica: Salud y Bienestar, garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos/as en las distintas edades.

Dado los desafíos mencionados anteriormente, Chile generó la implementación del modelo RISS³, que mostró al año 2015 que el país presentó el mejor índice de desarrollo humano a nivel latinoamericano y 38 a nivel mundial, esto refleja en los números que si bien se ha avanzado en estrategias para mantener el bienestar de la población en diferentes ámbitos, aún queda mucho por alcanzar en materia de equidad o acceso a bienes y servicios.

Este marco de compromiso del Estado de Chile por la salud como un derecho, se encuentra reconocida por la Constitución de 1980, bajo la fórmula "derecho a la protección de salud". Sin embargo, pese a todo lo anteriormente declarado, este derecho es sólo desde el discurso, ya que la ofensiva actual por la Cobertura Universal en Salud (CUS) - emprendida por la Fundación Rockefeller y el Banco Mundial, se ha instrumentado en distintos países de América Latina, generando cambios en la legislación de seguridad social haciéndola obligatoria con dos regímenes distintos y con paquetes diferenciados. A pesar de treinta años de aseguramiento obligatorio, 9% de los chilenos carece de él. La atención médica oportuna se ha incrementado con el Plan Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) de 2004; no obstante, el obstáculo económico al acceso persiste debido a que en un porcentaje importante de los casos existe el sistema de copagos, lo que indica que una parte de la atención de salud debe ser cubierta con recursos personales de la población que se atienden en el sistema de salud.

Pescadores Artesanales y Bienestar Humano

La administración política de Chile está dividida en 15 regiones, conformadas a su vez por provincias y comunas, que son la base de la organización política. En lo específico, cuando observamos los datos de la comuna de Puerto Montt, capital de la Región de Los Lagos, se evidencia un desarrollo acelerado en las últimas décadas que no ha estado libre de problemas. El crecimiento económico desde el año 2012 ha significado sin duda una mejora en el PIB comunal, lo que no necesariamente ha

generado una mejora en el bienestar y en la calidad de vida de los habitantes⁶. La encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional de Chile (CASEN) 2015, reporta una diferencia entre los niveles de pobreza por ingresos y la pobreza multidimensional dentro de la comuna. Así mientras que la pobreza por ingresos da cuenta del acceso de las personas a un nivel mínimo de consumo, la pobreza multidimensional da cuenta de la calidad de vida de las personas a partir de su acceso a una serie de servicios indispensables para el bienestar y desarrollo humano⁷. En el caso de esta comuna revela que, mientras la pobreza por ingresos se expresa en 12,2% de la población, que es inferior al promedio de la región de Los Lagos con 16,1%, la pobreza multidimensional alcanza a 17,4% de la población en Puerto Montt, la cual es solo un poco menor a 21,4% de pobreza multidimensional regional⁸. Respecto de la encuesta nacional de calidad de vida y salud 2015-2016, los resultados del bienestar subjetivos en referencia a la percepción de satisfacción y felicidad, dinero y diversión y percepción de calidad de vida son mayores que los que muestra el país.

Si consideramos el borde costero e insular chileno (83850 Km), con 14 regiones costeras y donde 21% de la población total vive a menos de 10 km de la costa, en especial el borde costero de la región de Los Lagos, observamos que este se caracteriza por tener alta riqueza de recursos hidrográficos, que por mucho tiempo han sido explotados por comunidades de pesca artesanal⁹. En este espacio marítimo, se desarrolla la pesca artesanal, que incluye la extracción de: algas, peces, moluscos y crustáceos.

Dados estos antecedentes, en el sector del borde costero de las comunidades Anahuac, Panitao e Isla Tenglo que representa el subsector 5 del Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO), 2017⁸, se encuentran varias agrupaciones de pescadores que viven una realidad laboral y personal extremadamente exigente y compleja, que repercute en su calidad de vida y provoca daños tempranos a su salud¹⁰, ya que a pesar de que el sistema sanitario de la comuna ha generado diversos programas orientados a la prevención y promoción de la salud en la población adulta, éstos no están direccionados específicamente a este grupo laboral, lo que genera que, un bajo número de trabajadores accedan al sistema de atención primaria. Es por esta situación, que se requiere generar estrategias para vincular a esta población a la red asistencial de salud del territorio, de otra forma será un sector que seguirá con altos niveles de vulnerabilidad en salud, morbilidad y mortalidad, afectando la calidad de vida de los trabajadores y de sus familias.

Dado el contexto anterior de la Declaración en Salud se desprende el bienestar y la ecología social. El bienestar se ha organizado en dos grandes tradiciones, uno se relaciona fundamentalmente con la felicidad (bienestar hedónico) y otro ligada al desarrollo del potencial humano (bienestar eudaimónico)¹¹. Algunos autores, han extendido los límites de esta clasificación y han utilizado el constructo bienestar subjetivo, como representante de la tradición hedónica y el constructo bienestar psicológico, como representante de la tradición eudaimónica¹². Analizadas en su conjunto, esta dos corren el riesgo de reflejar un sujeto aislado del mundo, cuya satisfacción general, felicidad y crecimiento personal se producen al margen de las condiciones en la que se desenvuelve su existencia. Es por esto, que necesitamos considerar la importancia de las relaciones sociales no sólo para el bienestar, sino también, para la construcción de un sujeto como persona. En este marco es donde se inscribe la propuesta de bienestar social, que considera lo individual y social.

Cabe señalar que esta estructura de bienestar está compuesta por tres factores, satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo¹³. El bienestar psicológico ha centrado su interés en el desarrollo de capacidades y el crecimiento personal, y no tanto en las actividades que nos dan placer o nos alejan del dolor. Este bienestar depende de variables como la edad, el género y la cultura; se pueden medir a través de algunos de sus componentes, tanto afectivos como cognitivos, y se analizan en diferentes contextos, como la familia y el espacio laboral¹⁴.

Uno de los trabajos más replicados en diferentes contextos para evaluar el bienestar psicológico es el de Ryff, que presenta una estructura de sus factores propias del bienestar, obteniendo por análisis factorial exploratoria y confirmatoria en diversas versiones de distinta longitud de escala¹⁵. Las dimensiones obtenidas por Ryff en su escala son: autoaceptación, relación positiva, dominio del entorno, autonomía, propósito en la vida, crecimiento personal. Éstas evalúan la capacidad del individuo para generar las condiciones del desarrollo de sus potencialidades y seguir creciendo como persona.

El bienestar social ha adquirido una creciente importancia en los últimos años, fundamentalmente debido a sus relaciones con la salud cívica y capital social. Está definido como *"la valoración que hacemos de la circunstancia y el funcionamiento dentro de la sociedad"*¹⁶ y se compone de las siguientes dimensiones: integración social, aceptación social, coherencia social. Los datos apuntan a que una buena, calidad y cercana red de relaciones sociales puedan dotar

a la vida de optimismo y de confianza en el futuro, donde nos hacemos de paso, socialmente más activos y solidarios a lo que Keyes definió como psicológicamente sanos.

Por otra parte, se incorpora el concepto de ecología social, que es el estudio de los sistemas humanos en interacción con sus sistemas ambientales. En esta definición, tanto los dos sistemas, como su interacción, tienen la misma importancia. Por sistema humano nos referimos a la persona, o a un conjunto de individuos, desde un grupo social concreto hasta la nación o conjunto de naciones¹⁷. La perspectiva de la ecología social parte del ser humano, y en particular, atendiendo a sus peculiaridades colectivas. La delimitación del ambiente se hace desde el sistema humano. El sistema ambiental, es concebido como todo aquello que interacciona con el sistema humano. En el sistema ambiental corrientemente se distinguen tres subsistemas: humano, construido y natural. El componente humano se refiere a los demás individuos que no son parte del sistema humano inicialmente reconocido. De igual manera, el construido engloba casas, calles, ciudades o áreas cultivadas, que son paisajes modificados o realizados por el ser humano. Finalmente, el natural incluye a los bosques, ríos, montañas, praderas, la fauna y flora que albergan. De hecho, las ciencias contemporáneas son perspectivas científicas que se han restringido a estudiar las interacciones del hombre con uno de estos subsistemas ambientales, olvidando los otros.

A partir de estos conceptos es posible presentar una serie de postulados centrales básicos, para delimitar a la ecología social, desde una perspectiva latinoamericana.

- a) El hombre interactúa intensa y continuamente con el ambiente. Ni uno ni otro se puede estudiar aisladamente, en tanto mutuamente se determinan aspectos de su estructura y funcionamiento.
- b) La interacción entre los sistemas humano y ambiental es dinámica y se desarrolla en el tiempo y en el espacio.
- c) La delimitación del ambiente es contingente a como se define el sistema humano.
- d) El ambiente es complejo y heterogéneo en el tiempo y en el espacio.

Descrito lo anterior, tratar de definir bienestar humano es complejo, como detallamos anteriormente, es un concepto amplio cuya consecución ha preocupado

al ser humano durante toda su existencia y exige una revisión más profunda. Por otra parte el auge galopante de la concepción occidental del bienestar humano, entendido como nivel de consumo, amenaza con precipitarnos hacia un colapso civilizatorio. Por lo tanto, debemos hablar de rescatar y transversalizar una concepción de bienestar humano más holística e integradora que esté sustentada en las necesidades humanas básicas y enfocada hacia aquellos valores intangibles que dan sentido a la vida, como las buenas relaciones sociales y unos ecosistemas bien conservados, que permita lograr un mundo feliz, justo y con derecho a la salud¹⁸.

CONCLUSIONES

El trabajo en salud y especialmente el realizado con comunidades vulnerables requiere de un proceso riguroso de planificación que facilite la generación de desarrollo y crecimiento en sus habitantes instalando capacidades que promuevan el bienestar humano y la salud colectiva¹⁹. Estudios muestran que los pescadores artesanales, pertenecen a un grupo altamente vulnerable en el área de salud. Se suma a esto, el hecho de que cuando se estudia el estrés y se asocia al trabajo, se reconoce que este se ve influido por muchos factores entre ellos el tipo de trabajo, la cultura y clima organizacional, y también los relacionados con la persona, como el estilo de vida, características individuales, historia vital, lo que hace su abordaje complejo²⁰.

Concluido lo anterior y dado que por más de 10 años se han realizado intervenciones con un alto componente de asistencialismo en formatos de operativos de salud, que si bien son capaces de responder a una necesidad específica como problemáticas odontológicas y/o, médicas, no logran resolver los problemas de fondo, sino que despiertan mayores necesidades que esperan ser satisfechas de la misma forma. Seguramente, estas intervenciones se generan en la voluntad de profesionales que intentan establecer algún tipo de programa de responsabilidad social que, sin lugar a dudas, es bien recibido por la comunidad y al arrojar interesantes niveles de aprobación por parte de la ciudadanía, se autoalimentan y permanecen casi como pequeñas políticas públicas que son usadas en diversas campañas publicitarias y políticas. De esta forma, se requiere generar estrategias para vincular esta población con la red asistencial de salud del territorio, puesto que de otra manera, es un sector que seguirá con altos niveles de vulnerabilidad en salud, con niveles elevados de morbilidad y mortalidad, lo cual afecta la calidad de vida de los

trabajadores y de sus familias ya que no permitirá un real derecho a la salud.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para la realización del reporte; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado.

DECLARACIÓN DE FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Raffino M E. Enciclopedia de Conceptos. "Salud (según la OMS)". 2017. [cited 13 oct 2018]. Disponible en: <https://concepto.de/salud-segun-la-oms/>
- 2) Alarcón G. Prólogo. En: Co-Construcción de Bienestar, Calidad de Vida y Derechos en Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud RISS. Avances y Desafíos de su Implementación en Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Programa de Gobierno 2014-2018. Chile, abril 2017. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/08/Co-Contruccion%CC%81n-de-Bienestar-QSV-marzo-2017-.pdf>
- 3) Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Co-construcción de Bienestar, Calidad de Vida y Derechos de Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud. RISS. Avances y Desafíos de su Implementación en Chile. Programa de Gobierno 2014-2018. Abril, 2017. [cited 13 oct 2018]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/08/Co-Contruccion%CC%81n-de-Bienestar-QSV-marzo-2017-.pdf>
- 4) Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE. Todos Juntos ¿Por qué reducir la desigualdad nos beneficia? en Chile. (21 de mayo 2015). Disponible en: [HYPERLINK "http://www.oecd.org/social/inequality-and-poverty.htm"](http://www.oecd.org/social/inequality-and-poverty.htm) www.oecd.org/social/inequality-and-poverty.htm
- 5) Naciones Unidas (ONU). Objetivos de Desarrollo Sostenible - Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. [cited 13 octubre 2018]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- 6) The World Bank. World Development Indicators. 2016. Disponible en: <http://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/>
- 7) Ministerio de Desarrollo Social. Observatorio Social. Metodología de Medición de la Pobreza Multidimensional con entorno y redes. Serie Documentos metodológicos Casen N°32. (26 de diciembre 2016) Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casenmultidimensional/casen/docs/Metodologia_de_Medicion_de_Pobreza_Multidimensional.pdf
- 8) Plan de Desarrollo Comunal 2017-2021. PLADECO. Municipalidad de Puerto Montt. Chile, 2016. Disponible en: puertomontt.cl/wp-content/uploads/2017/03/memoria-PLADECO.pdf
- 9) Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). Chile, 2015. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2015.php [cited 13 oct 2018]
- 10) Dörner A, Riquelme V, Veliz A, Ripoll M. Perfil de salud general de pescadores artesanales de la región de Los Lagos. Revista Finlay. 2017;7 (2):99-106. [cited 13 oct 2018].
- 11) Valle A, Farias F. Calidad de vida, bienestar y salud. Psicoeduca. Enero 2010. [cited 13 oct 2018]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/288653542_Calidad_de_vida_bienestar_y_salud
- 12) Keyes C, Ryff C. D. y Shmotkin D. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. Journal of Personality and Social Psychology. 2002; 82:1007-1022.

- 13) Lucas R. E., Diener E., y Suh E. Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996 [cited 13 oct 2018] 71: 616-628.
- 14) Sandoval S, Dörner A, Veliz A. Bienestar psicológico en estudiantes de carreras de salud. *Inv Ed med*.2017 [cited 13 oct 2018]; 2017.6 (24):260-264.
- 15) Véliz A. Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico y su estructura factorial en universitarios chilenos. *Psicoperspectivas*.2012 [cited 13 oct 2018]. 2012; 11 (2):143-163.
- 16) Keyes C. Social well-being. *Social Psychology Quarterly*.1998 [cited 13 oct 2018]; 61: 121- 140
- 17) Gudynas E, Evia G. "La Praxis por la Vida Introducción a las metodologías de la Ecología Social". Segunda Edición. Montevideo: CIPFE - CLAES - NORDAN; 1991.
- 18) Aguado M, Calvo D. La necesidad de repensar el bienestar humano en un mundo cambiante. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*. 2012; 119: 49-76.
- 19) Véliz A, Soto A, Dörner A. Una propuesta multidisciplinaria para abordar salud colectiva y bienestar humano en comunidades vulnerables del sur de Chile. *Revista Inclusiones*. 2017 [cited 13 oct 2018]. 2017;4 (2):179-187.
- 20) Véliz A, Soto A, Dörner A. Bienestar psicológico y nivel de sedentarismo de pescadores artesanales de la Región de Los Lagos, Chile. *Revista Humanidades Médicas*. 2017 [cited 31 oct 2019]. 2017; 17(2): 323-337.