



**Pontificia Universidad Católica de Chile
Escuelas de Medicina y Psicología
Facultad de Medicina y Ciencias Sociales**

**“Estudio de la salud laboral de los profesores en Chile”
Santiago, Abril de 2003
INFORME FINAL DE PROYECTO**

Investigadores

Dr. Gonzalo Valdivia Cabrera, Director del Proyecto
Psicóloga Srta. Cecilia Avendaño Bravo.
Dr. Gabriel Bastías Silva.
Psicóloga Sra. Neva Milicic Muller.
Dr. Alejandro Morales Freire.
Psicóloga Sra. Judith Scharager Goldenberg.

Agradecimientos

En esta investigación participó un número considerable de profesionales y funcionarios, que colaboraron activa y entusiastamente en sus diferentes fases. En primer término, los agradecimientos para los profesores y funcionarios del grupo de referencia que entregaron su tiempo en este estudio. Agradecemos a los directivos regionales del Ministerio de Educación por su permanente apoyo y colaboración.

Han participado contribuyendo activamente en la investigación además del equipo investigador, las siguientes personas:

- Srta. Ninna Makrinov, psicóloga P.Universidad Católica (PUC).
- Srta. Claudia Novoa, egresada de Psicología PUC.
- Pamela Soto: egresada de Psicología PUC.
- Bárbara Gálvez: Psicóloga PUC
- Pablo Mora: Psicólogo. Dr. en Psicología de la Salud
- Marcela Salinas, Psicóloga, profesora de estado.
- Drs. Javier Pinto, Pablo Santander y Daniela Gómez, psiquiatras, Departamento de Psiquiatría, PUC.
- Sr. Luis Villarroel, Magíster, ph D (c) en bioestadística, PUC.
- Srta. Susana Makrinov,ayudante de trabajo de campo.
- Sra. María Vivar A., coordinadora Mineduc, tercera región
- Sr. Rodrigo de la Barrera C., coordinador Mineduc, quinta región
- Sr. Carlos Vásquez O., coordinador Mineduc, región metropolitana.
- Sr. Sergio Meneses M., coordinador Mineduc, séptima región.
- Colaboraron en la coordinación en la región metropolitana:
 - Sr. Mario Acevedo
 - Sra. Irina López
 - Sra. Ninette Mourin

Los profesionales encargados de la elaboración del Informe en Derecho derivado de los principales resultados de la investigación, fueron los Sres. abogados:

- Sr. Samuel Soto Bustos.
- Sr. Rodrigo Nash Lavín.

INDICE

PORTADA	1
1. INTRODUCCIÓN	7
2. MARCO DE REFERENCIA	8
3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	14
3.1. DISEÑO	14
3.1.1. <i>Limitaciones del Diseño Empleado</i>	14
3.1.2. <i>Fortalezas del Diseño Empleado:</i>	14
3.1.3. <i>Diseño Muestral</i>	14
3.2. PRIMERA ETAPA:	14
3.3. SEGUNDA ETAPA:.....	15
3.4. GRUPO DE REFERENCIA	15
3.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	15
3.6. FASES DEL ESTUDIO.....	15
3.6.1. <i>Fase I.- Estudio de prevalencia</i>	16
3.6.1.1. Diseño y evaluación de batería de instrumentos: Aplicación experimental	16
3.6.1.2. Instrumentos Utilizados	16
3.6.1.3. Aplicación de batería de instrumentos a muestra de profesores	17
3.6.1.4. Aplicación de batería de instrumentos a grupo de referencia	17
3.6.2. <i>Fase II- Evaluación de presencia de patología psiquiátrica</i>	17
3.6.2.1. <i>Ingreso de datos</i>	17
4. RESULTADOS	18
4.1. FASE I: CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA DE PROFESORES	18
4.1.1. <i>Edad</i>	18
4.1.2. <i>Estado civil, situación de pareja</i>	18
4.1.3. <i>Hijos</i>	18
4.1.4. <i>Hijos en el sistema escolar</i>	19
4.1.5. <i>Ingresos familiares</i>	19
4.1.6. <i>Antecedentes generales del profesorado nacional</i>	19
4.1.7. <i>Acerca del desempeño profesional como docente</i>	20
4.1.8. <i>Sistema previsional de atención en salud</i>	20
4.1.9. <i>Hospitalizaciones reportadas en el último año</i>	21
4.1.10. <i>Manejo de los problemas de salud laboral y riesgo ocupacional</i>	22
4.1.11. <i>Identificación de riesgos ambientales en los sitios de trabajo</i>	22
4.1.12. <i>Evaluación del estado de salud</i>	23
4.1.13. <i>Uso de fármacos</i>	23
4.1.14. <i>Morbilidad declarada y percibida como problema de salud en el último año</i>	24
4.1.15. <i>Hospitalizaciones</i>	26
4.1.16. <i>Licencias médicas</i>	26
4.1.17. <i>Morbilidad declarada por diagnóstico médico</i>	26
4.1.18. <i>Antecedentes de prevalencia de enfermedades crónicas y factores de riesgo en otros estudios.</i> 29	
4.1.19. <i>Antecedentes relacionados con la presencia de comorbilidad</i>	30
4.1.20. <i>Comorbilidad por problemas de salud mental: depresión y problemas de ansiedad</i>	30
4.1.21. <i>Características de orden preventivas en la muestra de profesores</i>	30
4.1.22. <i>Consumo de tabaco</i>	31
4.1.23. <i>Consumo de alcohol</i>	32
4.1.24. <i>Actividad física de los entrevistados</i>	32
4.2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS	33
4.2.1. <i>Cuestionario General de Salud de Goldberg (CGS)</i>	33
4.2.2. <i>Inventario de Burnout</i>	34
4.2.3. <i>Listado de Chequeo de Eventos Vitales Agudos</i>	35
4.2.4. <i>Cuestionario de Estresores</i>	35
4.2.4.1. Escala de estresores generales	35

4.2.4.2. Sub escalas de estresores relacionados con contenidos del trabajo y violencia en el trabajo	36
4.2.5. Cuestionario de Autoeficacia Individual: Escala de Autoeficacia Individual General	36
Escala de autoeficacia individual del supervisor.....	36
4.2.6. Cuestionario de Autoeficacia Colectiva (CAC).....	36
4.3. INTERRELACIÓN ENTRE VARIABLES PSICOLÓGICAS	37
4.3.1. Interrelación entre factores generales.....	37
4.3.2. Interrelaciones entre variables psicológicas y subfactores de las mismas.....	37
4.4. RELACIONES ENTRE VARIABLES PSICOLÓGICAS Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES	38
4.4.1. Relaciones entre los factores generales y variables sociodemográficas	38
4.4.2. Análisis de varianza de una vía entre los factores generales y subfactores con variables sociodemográficas y laborales	38
5. RESULTADOS DEL GRUPO DE REFERENCIA Y ANÁLISIS COMPARATIVO.....	41
5.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA EVALUADA	41
5.1.1. Conformación de la muestra de referencia.....	41
5.1.2. Variables asociadas con el ingreso familiar.....	42
5.1.3. Sistema previsional de salud.....	42
5.1.4. Consultas médicas registradas en el último año.....	43
5.1.5. Hospitalizaciones.....	43
5.2. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS.	43
5.2.1. Bienestar psicológico.....	44
5.2.2. Síndrome de Burnout	44
5.2.3. Eventos Vitales Agudos.....	45
5.2.4. Estresores Laborales	46
5.2.5. Sentimientos de autoeficacia individual y colectiva	46
5.3. RESULTADOS COMPARATIVOS.....	48
5.3.1. Riesgos ambientales en los sitios de trabajo; comparación entre ambos grupos.....	48
5.3.2. Evaluación personal del estado de salud.....	48
5.3.3. Consumo de medicamentos según grupo de pertenencia del entrevistado	48
5.3.4. Características de los problemas de salud en los últimos 12 meses.....	49
5.3.5. Análisis comparado de estimadores de riesgo.....	52
5.3.6. Indicadores antropométricos	55
5.3.7. Consumo de tabaco.....	55
5.3.8. Consumo de alcohol.....	55
5.3.9. Comorbilidad.....	56
5.3.10. Actividad física	56
6. RESUMEN DE ENFERMEDADES POTENCIALMENTE ATRIBUIBLES A LA CONDICIÓN DE PROFESOR.....	57
7. ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA	60
7.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	60
7.2. PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS MENTALES.....	61
7.3. PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE TRASTORNOS MENTALES EN LA MUESTRA TOTAL	63
7.4. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS CON LA PREVALENCIA DE VIDA Y DEL ÚLTIMO MES DE TRASTORNOS MENTALES.....	63
7.5. PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS MENTALES SEGÚN REGIONES.....	64
7.6. PREVALENCIA EN EL ÚLTIMO MES DE TRASTORNOS MENTALES EN LA MUESTRA TOTAL SEGÚN REGIONES	65
8. INFORME ECONÓMICO	66
8.1. INTRODUCCIÓN.....	66
8.1.1. Revisión del estado actual del sistema de salud chileno.....	66
8.1.2. ¿Cómo evaluar económicamente los programas de cuidados de la salud?	67
8.1.3. Consideraciones Generales de la Evaluación Económica.....	69
8.2. OBJETIVO.....	69
8.3. METODOLOGÍA	70
8.3.1. La determinación del impacto económico.	70

8.3.2. Selección de la(s) enfermedad(es) objeto de la evaluación económica	70
8.3.3. Caracterización de la Enfermedad a evaluar	71
8.3.3.1. Epidemiología	72
8.3.3.2. ¿Qué es la Depresión?	72
8.3.4. Caracterización de los protocolos de tratamiento de la enfermedad en sus niveles: leve, moderado y severo.	73
8.4. RESTRICCIONES, ALCANCES Y SUPUESTOS PARA LA EVALUACIÓN ECONÓMICA	78
8.4.1. Respecto al número de profesores en tratamiento	78
8.4.2. Respecto a la variabilidad de aranceles médicos	78
8.4.3. Respecto a la variabilidad de las coberturas	78
8.4.4. Respecto al Valor de la licencia médica	79
8.4.5. Caracterización del sistema previsional de salud	79
8.4.6. Distribución de profesores depresivos según nivel de gravedad.	79
8.4.7. Respecto a los protocolos.	79
8.4.8. Respecto de las medidas de prevención de la depresión	79
8.4.9. Respecto de la metodología de costeo de los protocolos.	79
8.4.10. Respecto del monto de gastos directos involucradas	79
8.4.11. Respecto de la estructura de costos de las prestaciones de salud entregadas por el sistema de mutualidades	80
8.4.12. Respecto de la valorización de costos indirectos	80
8.4.13. Respecto del protocolo de tratamiento de la depresión severa	80
8.5. RESULTADOS	80
8.5.1. Descripción de costos para la depresión en la situación actual (aproximación cuantitativa)	80
8.6 ANÁLISIS DE ESCENARIOS (APROXIMACIÓN CUALITATIVA)	82
8.6.1. Usuarios finales	82
8.6.1.1. ISAPRES	83
8.6.1.2. EMPLEADORES	83
8.6.1.3. MUTUALIDADES	83
8.7. ANÁLISIS DE ESCENARIOS (APROXIMACIÓN CUANTITATIVA)	84
8.7.1. Escenario 1: Valorización de la situación sin cambios	85
8.7.2. Escenario 2: Valorización de la situación en que el Sistema Mutual se hace cargo de la depresión laboral	86
8.7.2.1 Caso 1: Sistema Mutual atiende el 100% de los casos.	87
8.7.2.2. Caso 2: Sistema Mutual atiende el 75% de los casos.	88
8.7.2.3. Escenario 3: La demanda de atención por depresión es rechazada por los Sistemas ISAPRE-FONASA y Mutualidades.	90
8.8. Conclusiones	90
9. CONCLUSIONES	93
9.1. ASPECTOS GENERALES	93
9.2. ACERCA DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS	94
9.2.1. Condiciones ambientales de trabajo	94
9.2.2. Uso de servicios médicos, contacto con el sistema de salud	94
9.2.3. Acceso a protección médica durante el trabajo	95
9.2.4. Percepción del estado de salud	95
9.2.5. Uso de fármacos	95
9.2.6. Necesidad de atención por problemas de salud y consultas efectivas realizadas en el último año	96
9.2.7. Licencias médicas	96
9.2.8. Comorbilidad	97
9.2.9. Conductas en salud, factores de riesgo conductuales	97
9.2.10. Tabaquismo	97
9.2.11. Consumo de alcohol	98
9.2.12. Actividad física	98
9.3. VARIABLES PSICOLÓGICAS	98
9.4. ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA	99
10. PROPUESTAS A PARTIR DEL ESTUDIO DE SALUD LABORAL DE LOS PROFESORES EN CHILE	100
10.1. PROPUESTAS PARA LA PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD OCUPACIONAL DE LOS <u>PROFESORES</u> ..	100

10.2. PROPUESTAS PARA LA PROMOCIÓN SALUD OCUPACIONAL DE LOS PROFESORES.....	102
10.3. INVESTIGACIÓN EN SALUD OCUPACIONAL DE PROFESORES.....	103
REFERENCIAS.....	105

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento da cuenta de los resultados del Estudio de la salud laboral de los profesores en Chile, solicitado por el Ministerio de Educación a la Facultad de Medicina y la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

El objetivo de este estudio es caracterizar y estimar la magnitud de los problemas de salud de los docentes, sobre la base de un estudio orientado a docentes que laboran en el medio urbano del país. La caracterización de la situación señalada comprende su análisis por género y edad, además de variables contextuales y aquellas ligadas al quehacer docente.

La salud, tanto física como mental, de los profesores debe ser objeto de estudio, ya que existe evidencia de que condiciones laborales adversas de los profesores tienen un impacto negativo sobre ellos y sobre los estudiantes. Esto se deriva tanto del ausentismo producido por licencias médicas, como a la disminución de la efectividad del profesor cuando su salud está comprometida.

Más de tres millones de alumnos, distribuidos en más de 10.000 establecimientos (Mineduc, 2002), están directa o indirectamente influenciados por sus profesores, tanto en aspectos positivos como negativos. Las licencias de los profesores, producto de los diversos problemas de salud que presentan, rompe la regularidad en el sistema, así como los vínculos establecidos entre profesores y estudiantes. Además, sobrecarga a los otros docentes que están en ejercicio. En ese sentido, es un problema que afecta la interacción con todos los miembros de la comunidad educativa y, por lo tanto, la presencia de patologías es uno de los factores que más afecta negativamente el clima social escolar.

Este informe, presenta los resultados obtenidos y analizados, los que se organizan, para su mejor comprensión, en la siguiente estructura:

- Se desarrolla un marco teórico con la revisión bibliográfica que ha orientado la investigación, en aspectos propios de las condiciones de trabajo del profesor, así como de factores de riesgo asociados a la profesión docente y una referencia a las expectativas del entorno, que son igualmente fuentes de estrés.
- Se informan los resultados en las distintas fases del estudio, sobre una muestra de 476 profesores de 4 regiones del país (Tercera, Quinta, Séptima y Región Metropolitana) y una muestra de referencia de 149 funcionarios del sector de la salud; con igual distribución por sexo en ambas muestras.
- Se da cuenta de los resultados de un estudio realizado sobre la base de una entrevista psiquiátrica estandarizada (SCID-I), aplicada a una muestra de 175 profesores y de 79 funcionarios de salud de la muestra de referencia.
- Modelamiento de un diseño de evaluación económico para una de las patologías relevantes en el análisis comparado de la muestra de profesores y la del grupo de referencia.

2. MARCO DE REFERENCIA

A continuación, se presentan los lineamientos generales de aquellos aspectos que se han considerado más relevantes de incluir en un Marco Conceptual que da sustento al estudio.

Los estudios de prevalencia dan cuenta en forma directa y con relativa precisión la magnitud y características de los problemas de salud que afectan a un grupo específico y permiten contrastarlos con las prevalencias de la población general. En el país existen pocas investigaciones referidas a la salud de profesores. Uno de estos estudios es el realizado por Cifuentes (1995, citado en Asún, Molina & Real), en Concepción. En este estudio, se encuestó a 507 docentes de colegios municipalizados de Enseñanza Básica, Media y Técnico Profesional. Como resultado se obtuvo información sobre seis indicadores de aspectos de la vida y el trabajo de los docentes: características demográficas, características laborales, riesgos profesionales, satisfacción laboral, características familiares, salud física, salud mental.

En el estudio, gran cantidad de los encuestados evaluó negativamente la infraestructura de su lugar de trabajo, como la calidad de los asientos, la iluminación y la acústica. Con relación a los riesgos profesionales, un 52,4% señala que el lugar de trabajo presenta baja temperatura, especialmente en los meses de invierno. En cuanto a la satisfacción laboral, las variables peor evaluadas fueron: monto de remuneración, cantidad y calidad de insumos entregados, y la organización del sistema (Asún, Molina & Real, 2002).

El estudio utilizó el número de licencias presentadas, encontrando que el 37,7% había presentado licencias médicas. De estas licencias destacan significativamente resfrios y gripes (42,6%), laringitis o disfonía (17%), amigdalitis o bronquitis (16,2%), gastritis (13,6%), hipertensión arterial (14%) y lumbago (12,6%). La mayoría de estas enfermedades han sido asociadas a manifestaciones de estrés o *Burnout* (op cit).

Otro estudio que aborda la salud laboral de los trabajadores de la educación fue realizado en 1997, en la Región Metropolitana. En él, se administraron 134 encuestas, para determinar la naturaleza e incidencia de las alteraciones de salud que sufren los profesores, intentando también detectar factores de riesgo asociados a la ocurrencia de tales dolencias (Selamé, 1998).

La encuesta apuntaba a establecer si estos trabajadores estuvieron afectados por problemas de salud en los últimos 24 meses, indagando el origen de las dolencias, y si éstas habían originado licencias médicas. Se constató que 124 profesores (92,5%) había tenido al menos una consulta médica, y que un 27,9% había efectuado consultas médicas por enfermedades profesionales (op cit).

Se preguntó también por condiciones de salud asociadas al ejercicio de la profesión, presentando una lista de 15 enfermedades, las que iban desde la fatiga física hasta tendinitis. Las enfermedades más frecuentes fueron la fatiga vocal, el desgaste muscular, el colon irritable, la bronquitis y la fatiga visual.

El estudio realizado por Estevez (1995), complementa los datos anteriores, y avala la relación entre las dificultades en el ejercicio de la enseñanza y la existencia de repercusiones negativas sobre la salud de los profesores. En cuanto a la tipificación de enfermedades profesionales, se destacan las enfermedades otorrinolaringológicas, las psiquiátricas y las traumatológicas.

Otro estudio que aporta evidencia es el realizado por Eduardo Castro (2000), con relación a las licencias médicas de duración media y prolongadas otorgadas a profesores de escuelas municipales. Es posible agrupar las categorías diagnósticas de mayor frecuencia en: Enfermedades nerviosas, (estrés, depresión, angustia, irritabilidad, insomnio, síndrome tensional, neurosis, cefalea y trastornos de personalidad), fatiga vocal, (disfonía, afonía, laringitis y dolor de garganta), fatiga física, (dolores de espalda y cintura, lumbago, ciática, tendinitis, decaimiento, cansancio permanente), afecciones gástricas y digestivas úlceras, gastritis, acidez, colon irritable), alergia dérmica a la tiza, hipertensión arterial, fatiga visual (debilitamiento de la visión y conjuntivitis) y bronquitis.

Pese a que estas enfermedades son de alta frecuencia y persistentes en un mismo trabajador, no son reconocidas como propias y específicas de la profesión docente (op cit).

Algunas conclusiones de este estudio se relacionan con el estudio de la ley de Seguro Social contra Riesgos de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (Ley N° 16.774, de febrero de 1968). Por medio de esta ley se entiende por enfermedad profesional “*la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte*” (Artículo 7°). Esta ley deja entregado a un Reglamento la responsabilidad de enumerar las enfermedades que deben considerarse como profesionales. El reglamento, también de 1968, no califica cuales sean estas dolencias, sin embargo, traspasa la responsabilidad de hacerlo a un reglamento especial, el que fue dictado más adelante a objeto de facilitar la revisión ordenada por la ley (op cit).

Las disposiciones de reglamentos fueron poco a poco derogadas, conforme avanzaba la reestructuración de los servicios de salud y previsionales. De este modo, actualmente el magisterio carece de una reglamentación que califique las enfermedades producidas inequívocamente por la práctica pedagógica. Solamente la disfonía se reconoce como enfermedad profesional, permitiendo la jubilación a los profesores que la padecen (op cit). Es así como, los profesores afectados por enfermedades eventualmente atribuibles a la práctica escolar deben solventar con sus propios recursos tratamientos médicos prolongados y de alto costo, sin contar con la posibilidad de acceder a jubilación, ante enfermedades originadas por el carácter propio de su trabajo (op cit).

Los estudios internacionales indican que el problema de salud física predominante de los profesores son las enfermedades de la voz, siendo la ocupación que más consulta por esta causa (Hanke, Szeszenia-Dabrowska & Szymczak, 2002; Sala, Laine, Simberg, Pentti & Suonpaa, 2001; Verdolini & Ramig, 2001). La prevalencia ha sido estimada en un 33%, un porcentaje superior a aquel de grupos de referencia (Zallesska-Krecicka, Krecicki, Cyganek, Walulin & Rozmiarek, 1999). En lo que se refiere a las consecuencias económicas, en Estados Unidos se calcula que sólo en relación con días de trabajo perdidos y gastos de tratamiento a causa de estas enfermedades en profesores, el gasto es cercano a 2,5 billones de dólares anuales (Verdolini & Ramig, 2001).

Sin embargo Weber, Welter y Lerderer (2002), al considerar las causas de retiro prematuro en Alemania, demuestran que el perfil de daños cambia, estimando que el 45% se debe a trastornos psíquicos o psicosomáticos, especialmente depresión y *Burnout*. Con menor frecuencia surgen, también, enfermedades músculo esqueléticas (13%), cardiovasculares (12%) y tumores malignos (8%).

En relación con la prevalencia de cáncer entre los docentes, algunos estudios sugieren una mayor incidencia o riesgo de muerte por cáncer mamario en profesoras, hallazgo sobre el cual hay no hay acuerdo acerca de su veracidad por debilidades metodológicas en su estudio. (Peplonska & Szeszenia-Dabrowska, 2001).

Otro factor de riesgo de muerte que ha sido asociado con la profesión es el de enfermedades auto-inmunes, con una proporción mayor de muertes por esta causa entre los profesores que en la población general. La proporción de casos se mantiene para ambos sexos, con un riesgo mayor en profesores de enseñanza secundaria. Las causas más comunes de muerte por enfermedades auto-inmunes son las enfermedades reumáticas (53,1%) y la esclerosis múltiple (39,9%) (Walsh & DeChello, 2001).

Respecto a datos de salud mental de profesores, destaca una investigación realizada por Gómez y Serra (1989), en la que se enfatizan las alteraciones del comportamiento de los profesores y su incidencia en el ámbito laboral, enfatizando el ausentismo laboral por causas psiquiátricas o psicosomáticas (principalmente ansiedad y estrés). Se elaboró un perfil psicológico de los profesores afectados, siendo la media de edad de 40 años, predominando en las mujeres y con incidencia entre los 15 y 20 años de actividad laboral. Profesores destinados a lugares lejanos a su medio social y familiar presentaban mayor frecuencia de problemas psiquiátricos, en comparación con aquellos destinados a lugares cercanos. La mayoría de los docentes no conocía técnicas para el enfrentamiento del estrés, ni tampoco tenía formación en técnicas de control emocional (op cit).

La salud mental en profesores también fue estudiada en la investigación realizada por Cifuentes (1995, citado en Asún, Molina & Real, 2002) en Concepción. Para este efecto se utilizó la Escala de Autorreporte de Síntomas, en la cual se evaluaba la presencia o ausencia de sintomatología ansiosa, depresiva y somatomorfa presente en las últimas semanas. El 32,5% de los profesores encuestados presentaba algunos de los síntomas descritos anteriormente, siendo los más frecuentes el sentirse nervioso, tenso o aburrido, presencia de dolores de cabeza, problemas al dormir y problemas de digestión (op cit). Si bien estos hallazgos revelan una prevalencia elevada de trastornos en salud mental en profesores, no son significativamente mayores que los de la población general, respecto de la cual se reporta que *“la prevalencia global de enfermedades mentales encontradas en Chile en la década del 90 es alta, fluctuando entre 34 a 42% para alguna vez en la vida y entre 23 y 28% para los últimos seis meses en mayores de 15 años con residencia urbana”* (MINSAL, 1999).

2.1. Condiciones laborales y su repercusión en la salud.

El sistema educativo es un sistema heterogéneo, en el cual co-existen establecimientos que dependen de mecanismos de financiamiento y formas de gestión diferentes (particulares pagados, establecimientos con subvención de Estado, dependientes de Departamentos de Administración Educacional de municipios o Corporaciones Municipales, establecimientos con subvención estatal pertenecientes a particulares, y establecimientos pertenecientes a Corporaciones privadas vinculadas a grupos empresariales.

Esta estructura del sistema educacional hace que la situación laboral-contractual de los profesores dependa de los sostenedores de los establecimientos, ya sean privados o

municipales. Esto produce en los docentes la necesidad de negociación del salario, así como sus condiciones de trabajo con estos sostenedores

Los docentes dan cuenta también de condiciones adversas que deben enfrentar en la realización de sus funciones, las que afectarían la salud física y psicológica. Entre éstas, destacan situaciones derivadas del desempeño de la función docente, condiciones relacionadas con la disponibilidad de recursos e infraestructura, condiciones socioculturales y ambientales que rodean el establecimiento educacional, condiciones de higiene y seguridad en el trabajo y regulaciones percibidas como excesivas que provienen del nivel central y local.

Ligado a la condición de profesor, subyace una gran cantidad de expectativas que pesan sobre los educadores en su rol como docentes. Se espera que el profesor transmita conocimientos, genere habilidades y capacidades en sus alumnos. Además, hay expectativas de que cumplan un rol formativo importante. Así, a través de los objetivos transversales, los profesores deben inculcar valores, enseñar hábitos de conducta, así como la formación de la personalidad. En esa medida, los docentes deben asumir funciones complementarias a las de la familia, la que por muchos de ellos es percibida como una sobrecarga.

El trabajo docente posee un alto nivel de complejidad, la que aumenta cada día a medida que la sociedad se va complejizando. Es así como las demandas de distintos actores sociales hacia los profesores se vuelven más sofisticadas (Selamé, 1998).

En este contexto, dadas las múltiples demandas a las que son sometidos los profesores, es posible considerar a la docencia como una profesión estresante, donde se exige una interacción constante y absorbente, y que además enfrenta a condiciones laborales insatisfactorias (Asún, Molina & Real, 2002).

Específicamente referido al estrés que afecta a los profesores en sus prácticas, Méndez y Bernal (1996, en op cit), proponen cinco categorías de estrés experimentados en la docencia: factores personales, factores de enseñanza y curriculares, factores institucionales y organizacionales, factores laborales, factores del contexto.

Es así como los mecanismos de estrés en los profesores están principalmente relacionados a su ámbito laboral, donde se daría según Morales (1981, en Campos, 2001) un proceso inmerso en cinco etapas:

- Existencia de demandas y exigencias, las que pueden ser internas (personales) o externas (del ambiente laboral).
- El trabajador percibe la exigencia y también su capacidad para enfrentarla a través del proceso cognitivo.
- Si hay un desajuste entre la percepción de la exigencia y la capacidad para enfrentarla surge el estrés.
- Este desajuste va acompañado de una experiencia subjetiva de estrés, y se originan respuestas de estrés tanto en el ámbito psicológico como fisiológico.
- Este desajuste trae como consecuencia procesos de enfrentamiento.

Hoy, más que hablar de salud mental, se utiliza el concepto de bienestar psicosocial, referido a la capacidad de las personas y grupos para interactuar entre sí, y con el medio ambiente, a fin de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas y afectivas, relacionales, el logro de metas individuales así como colectivas, las cuales son concordantes con la justicia y el bien común.

Así, es esperable que en este estudio se encuentren conglomerados de enfermedades que tienen una mayor incidencia en el grupo de profesores, más que cuadros o síntomas aislados.

Considerando lo anterior, es que se realizó uno de los primeros estudios que aborda el problema de la salud mental de profesores. Este fue efectuado por el Departamento de Educación de la Comuna de Las Condes (1991). La motivación principal para realizar esta investigación fue un problema de ausentismo laboral. El costo del ausentismo es muy alto desde el punto de vista presupuestario, administrativo y pedagógico. Son aproximadamente 72.486 horas en que los niños están sin clases, atendidos por profesores de otros cursos o por reemplazantes (Castro, 2000).

Uno de los efectos de las enfermedades mentales presentes en los docentes, y derivado de la gran cantidad de requerimientos hacia la labor que realizan los profesores, surge de un fenómeno que ha cobrado especial importancia en el ámbito mundial en las últimas décadas y que es conocido en la literatura como “*Burnout* ” o “desgaste profesional” de los profesores (Kyriacou, 1987; Maslach & Jackson, en Schaufeli, Maslach & Marek, 1993; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Los efectos del *Burnout* se relacionan tanto con un deterioro de la salud mental de los profesores, como también con su desempeño profesional, que afecta las relaciones humanas que se establecen al interior de los establecimientos, particularmente la relación profesor-alumno, ya que se ve una disminución en la capacidad de enseñanza del profesor, lo que perjudica la oportunidad de aprendizaje de sus alumnos (Kyriacou, 1987).

Es así como el *Burnout* puede ser entendido como “*un síndrome resultante de un estado prolongado de estrés laboral, que afecta a personas cuya profesión implica una relación con otros, en el cual el apoyo y la ayuda ante problemas, es el eje central del trabajo. Este síndrome abarca principalmente síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y sensación de reducido logro personal.*” (Maslach, en Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

Maslach & Jackson (en Guerrero, 1999), plantean que el *Burnout* es un síndrome tridimensional donde se consideran tres etapas básicas: agotamiento emocional, despersonalización y reducido logro personal.

Un factor crítico dentro del “*Burnout*” es la autoestima profesional, o autoconcepto profesional (Ferber, 1993). El autoconcepto es la evaluación global que un individuo hace de sus características y habilidades. A través de una serie de estudios se indica que mientras más importancia le dé el profesor a los otros significativos, mayor es la influencia que esas personas tienen sobre el autoconcepto y la auto-satisfacción.

Específicamente para el profesor, y de acuerdo a investigaciones sobre el tema, es posible ver que el *Burnout* es un problema para la educación. Lleva a un deterioro de su salud, manifestándose en síntomas psicósomáticos, emocionales y conductuales. Además, deteriora la relación profesor-alumno, disminuye la calidad de enseñanza y compromiso del profesor con su labor, afectando el aprendizaje de sus alumnos (Abel & Sewell, 1999; Kyriacou, 1987).

Considerando las variables asociadas al *Burnout* experimentado por los profesores, algunos estudios han encontrado que, en relación a los años de experiencia laboral, los profesores de mayor experiencia tendrían menor vulnerabilidad a la tensión laboral, en comparación con sus pares menos experimentados (Cherniss, 1982, en Ponce, 2002). Los profesores de menor experiencia laboral tenderían a presentar mayores niveles de *Burnout* debido a que los primeros años implican un proceso de adaptación al sistema escolar y esto genera altos niveles de *Burnout* (Travers & Cooper, 1997, en Ponce, 2002). Las mujeres, tenderían a presentar mayor cansancio emocional con respecto a los hombres y éstos una mayor despersonalización (Maslach & Jackson, en Seisdedos, 1997; PSISA, 1997).

En cuanto al nivel en que imparten clases, se ha reportado en las investigaciones que los profesores que trabajan con niños pre-adolescentes presentan mayor despersonalización que aquellos que trabajan con niños menores. Finalmente, respecto del estado civil, las personas casadas muestran menores índices de *Burnout* que las solteras, probablemente en función del apoyo, estabilidad familiar y nivel de implicación en el trabajo de las personas casadas. (PSISA, 1997).

Dentro de este ámbito cabe destacar la investigación realizada por Molina y Real (1999, en Asún, Molina & Real, 2002). El objetivo de la investigación fue diagnosticar el Síndrome de *Burnout* en profesores municipalizados de la Comuna de Limache (V Región), Chile. Para el diagnóstico se utilizó un instrumento de medición de *Burnout*: “Cuestionario de Actitudes ante el Trabajo Docente”, adaptado y validado a la realidad chilena. Los mayores porcentajes se ubicaron en el nivel medio para cada categoría, equivalente a la clasificación “Proclive a *Burnout*”. Las categorías con más altos porcentajes son: Fuentes de tensión, Insatisfacción Laboral y Agotamiento Emocional (op cit).

En síntesis, las investigaciones revisadas apuntan a que ciertos cuadros son de una mayor frecuencia en los profesores y que afectan no solo la salud personal de los docentes, sino que repercute también en la calidad de la enseñanza. El diseño de una política de prevención y tratamiento de enfermedades profesionales sólo es posible a partir de datos válidos y confiables y es éste el propósito que guía la presente investigación.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

3.1. Diseño

El estudio utilizó un diseño observacional de tipo transversal organizado en dos fases. Este diseño permite el logro de los objetivos de caracterizar el perfil psicosocial, estimar la prevalencia de daño en salud mental y la frecuencia de algunos factores de riesgo de enfermedad crónica del adulto, en una muestra representativa del profesorado nacional urbano y una muestra de comparación (grupo de referencia).

3.1.1. Limitaciones del Diseño Empleado.

Los estudios transversales se caracterizan por la medición simultánea de las variables dependientes (explicadas) y un conjunto de variables independientes (explicatorias). Por este motivo, el poder de ellos respecto a adjudicación de atributos de causalidad es limitada. En este contexto, la elaboración de modelos explicativos causales a partir de este tipo de diseño requiere prudencia y del control de algunas variables en el análisis. El diseño empleado no permite la detección prospectiva de daños específicos en una cohorte de profesores (relación temporal exposición - efecto), ni tampoco el control *a priori* de eventuales variables de confusión.

3.1.2. Fortalezas del Diseño Empleado:

No obstante las limitaciones señaladas, el diseño permite una adecuada descripción epidemiológica de los daños más significativos, estratificado por algunas variables de segmentación. Se han elaborado indicadores de riesgo (*Prevalence Odds Ratio*), ajustados por un conjunto de potenciales variables confundentes y se ha establecido el peso epidemiológico de un conjunto de variables contextuales (relativas al ejercicio de la profesión), a través de la comparación con un grupo de referencia.

Finalmente, el diseño empleado ha permitido derivar propuestas de intervención, a través de la vinculación de las medidas ajustadas de daño con variables económicas a fin de proyectar el impacto económico de su eventual cobertura, utilizando como modelo una patología de alta prevalencia.

3.1.3. Diseño Muestral

En la primera fase (prevalencia) del estudio, se requería evaluar a 475 profesores. Este tamaño muestral se determinó asumiendo una alta prevalencia de daño en la población (45%) y estimando un error de muestreo de 4%, considerando un universo finito de profesores. La muestra realmente obtenida fue de 479 profesores. El muestreo fue multietápico, como se describe a continuación.

3.2. Primera Etapa:

Se seleccionaron cuatro regiones del país (Metropolitana, Tercera, Quinta y Séptima), estableciéndose estratos de acuerdo con información agregada de variables de diverso orden¹. El tamaño muestral se distribuyó homogéneamente en las regiones involucradas obteniendo muestras de igual tamaño en ellas.

¹Población urbana regional y menor de 15 años, analfabetismo regional, matrícula escolar, cobertura sistema escolar, SIMCE 1998, pobreza regional (Casen), Índice de desarrollo humano y componentes regionales.

3.3. Segunda etapa:

A partir de una estratificación previa de las regiones (utilizando las variables descritas), se seleccionó aleatoriamente tres comunas urbanas en cada una de ellas. El detalle de las comunas se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. Regiones y Comunas seleccionadas para la selección final de la muestra

Región	Comunas
Tercera	Diego de Almagro, Copiapó, Caldera
Quinta	Valparaíso, Viña del Mar, Villa Alemana
Metropolitana	La Reina, La Granja, Santiago
Séptima	Curicó, Talca, Linares

La muestra se estratificó según sexo, según la distribución nacional para el año 2000 del profesorado (30% varones, 70% mujeres) y según nivel de dependencia (Municipal, Municipal subvencionado y particular pagado) y ciclo (Básica, Científico Humanista, Técnico profesional). El Ministerio de Educación generó un listado de docentes con la información requerida para realizar la estratificación requerida. Dicho listado no incluyó nombre ni rut. Sobre este listado, se procedió al muestreo y a solicitar información detallada a fin de tomar contacto individual con cada profesor mediante carta invitación.

Muestra II (fase de entrevista psiquiátrica)

El procedimiento de muestreo es similar al empleado en la muestra anterior, con la excepción del tamaño muestral, que en este caso es menor. Luego, correspondió evaluar a 46 profesores en cada una de las cuatro regiones. Una muestra de 130 profesores en esta etapa es considerada adecuada para cumplir los requerimientos estadísticos.

3.4. Grupo de Referencia

Para el muestreo del grupo de referencia, se elaboraron bases de datos de funcionarios potencialmente elegibles en los dos establecimientos hospitalarios participantes. En este marco muestral estuvieron incluidos funcionarios de salud, excluyendo a médicos y odontólogos

3.5. Consideraciones éticas.

La participación en el estudio, tanto para profesores como para el grupo de referencia, fue voluntaria. Se solicitó formalmente la aceptación para participar en él a través de un consentimiento informado que contenía el propósito del estudio, el que fue verbalmente detallado. Se garantizó también a los participantes la confidencialidad respecto de la información obtenida.

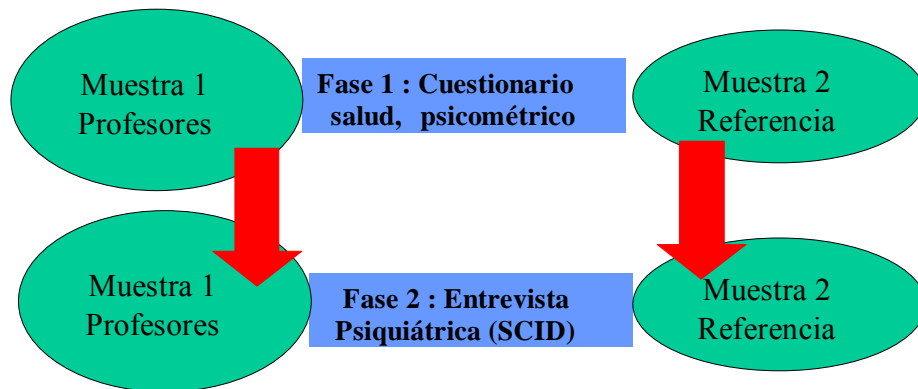
3.6. Fases del Estudio

En ambos grupos la investigación se organizó en dos fases sucesivas (Figura 1). La primera tuvo el propósito de obtener información epidemiológica del profesorado en relación con problemas de salud física y mental, algunas enfermedades comunes, factores de riesgo de enfermedades crónicas y variables contextuales y generales. Para estos efectos, se diseñó, evaluó y aplicó un conjunto de instrumentos de evaluación específicos.

La segunda fase tuvo el propósito de evaluar la presencia de patología psiquiátrica a través de la aplicación del *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-I).

A continuación se describen los aspectos más relevantes cada una de las etapas señaladas:

Figura1. Marco general del diseño empleado



3.6.1. Fase I.- Estudio de prevalencia

La primera fase tuvo como objetivo estimar la prevalencia de daños y factores de riesgo de salud física y mental y de algunos atributos asociados. Para ello se aplicaron instrumentos *ad hoc* a las muestras regionales. También se evaluaron variables mediadoras de la salud, factores de riesgo, y algunos daños en salud física. La complejidad logística de acceso a la muestra y las condiciones ambientales de aplicación, motivaron el reemplazo de algunas mediciones (talla, presión arterial) por su autoreporte.

3.6.1.1. Diseño y evaluación de batería de instrumentos: Aplicación experimental

Conformadas las baterías de instrumentos, se llevó a cabo una aplicación experimental (Enero 2002). El análisis de los resultados de esta etapa permitió establecer las propiedades psicométricas de los mismos y generar su versión definitiva. La batería constó de dos cuestionarios, precedidos por la presentación de ellos, sus instrucciones y hojas de respuestas.

3.6.1.2. Instrumentos Utilizados

Cuestionario 1: "Corresponde al "Cuestionario de Desarrollo Profesional Docente", compuesto por 72 preguntas, evalúa los siguientes aspectos: antecedentes e información general, formación y desempeño docente, sistema previsional, condiciones de riesgo, salud, consumo de tabaco y alcohol y actividad física.

Cuestionario 2: denominado "Cuestionario de Salud de Profesores", orientado a evaluar condiciones de trabajo y salud mental, compuesto por cinco componentes:

- *Parte 1:* Escala Likert: evalúa la presencia en el trabajo, de estrés laboral.
- *Parte 2:* Inventario de *Burnout* de Maslach (MBI) y subescalas: Agotamiento Emocional, Reducido Logro Personal y Despersonalización.
- *Parte 3:* Eventos vitales agudos.
- *Parte 4:* 81 Autoeficacia (autoeficacia general, individual y colectiva).
- *Parte 5:* Cuestionario Goldberg (CGS-30).

3.6.1.3. Aplicación de batería de instrumentos a muestra de profesores

Los instrumentos fueron diseñados para ser autoadministrados en presencia de profesional de apoyo del equipo siguiendo una secuencia estandarizada de procedimientos. La aplicación experimental permitió hacer una estimación del número adecuado de docentes a evaluar en cada sesión (no más de 35 por evaluación). Se estimaron los siguientes tiempos de aplicación de los cuestionarios contenidos en la fase I:

- Cuestionario de desarrollo profesional docente: 45 minutos
- Cuestionario de salud de profesores: 45 minutos

3.6.1.4. Aplicación de batería de instrumentos a grupo de referencia

Se aplicó una versión adaptada de los instrumentos, ajustados a las situaciones, conceptos y verbalizaciones propias del contexto laboral de los participantes. Esta batería comparte un conjunto significativo de información común a la evaluada en la muestra de profesores, lo que permite su análisis comparativo.

3.6.2. Fase II- Evaluación de presencia de patología psiquiátrica

El objetivo de esta fase fue estimar la frecuencia de las categorías de diagnósticos psiquiátricos universalmente convenidas.

Un equipo de psiquiatras completó un periodo de entrenamiento en el uso del SCID-I de tres meses consecutivos. Este instrumento está siendo crecientemente utilizado por su versatilidad en cuanto a poder aplicarse en versiones para pacientes con desórdenes psiquiátricos y en personas no-pacientes. El equipo se preparó para estandarizar conductas y procedimientos frente a la aparición de situaciones complejas relacionadas con la aplicación de la entrevista. Se diseñó un sistema de registro estandarizado de respuestas, lo que permitió reducir notablemente el tiempo de aplicación del instrumento.

3.6.2.1. Ingreso de datos

Fueron confeccionadas sendas bases de datos para los instrumentos de ambas fases, unificándose en una sola base todos los instrumentos de la fase I. Se efectuó control de calidad manual de la información en el 10% de registros aleatoriamente seleccionados con buenos resultados. Profesionales psicólogos diseñaron y efectuaron el traspaso de información de la entrevista psiquiátrica a una base de datos, de acuerdo a las orientaciones elaboradas en forma conjunta con el psiquiatra responsable del manejo de la entrevista.

4. RESULTADOS

4.1. Fase I: características de la muestra de profesores

La muestra estuvo constituida por 481 personas, careciendo de información dos cuestionarios los que no fueron incorporados en el análisis. Así, el grupo final fue de 479 profesores. Participaron mayoritariamente mujeres en la evaluación, (69,5%), con la siguiente distribución según región:

Tabla 1. Distribución porcentual según sexo y región de pertenencia (porcentaje y número de observaciones) (*)

	<i>Regiones (%/n)</i>			
	Tercera	Quinta	Metropolitana	Séptima
Varones	35,6 (48)	28,3 (30)	26,3 (36)	30,8 (31)
Mujeres	64,4 (87)	71,7 (76)	73,7 (81)	69,2 (87)

(*) 3 encuestados omiten el dato de sexo.

4.1.1. Edad

El promedio de edad para la muestra fue de 45,7 años, siendo estadísticamente mayor el promedio de edad de los varones ($p < 0,0001$). La edad promedio de los profesores de la tercera región fue estadísticamente menor que la del resto de las regiones evaluadas. Este hallazgo es explicado por el menor promedio observado en mujeres.

Tabla 2. Promedio de edad de la muestra de profesores según sexo

<i>Sexo</i>	<i>Regiones (promedio edad en años)</i>				
	Tercera	Quinta	Séptima	Metropolitana	Total
Masculino	45,7	51,5	46,6	48,3	47,7
Femenino	40,7 (*)	46,6	46,8	45,7	44,9
Ambos	42,5 (*)	48,0	46,7	46,4	45,7

(*) $p < 0,05$ comparando con 5ª, 7ª y Región Metropolitana

4.1.2. Estado civil, situación de pareja

El 62,1% de los entrevistados declara estar casados y conviviendo establemente con su pareja (87% de los casados). La frecuencia de personas casadas es menor en mujeres (72%) y mayor el porcentaje de profesoras solteras (25,4%) y viudas (3,6%). La frecuencia de anulación/separación fue similar en ambos sexos. En la región metropolitana hubo un mayor porcentaje de anulaciones/separaciones (15,3%) y en la tercera, la menor frecuencia de profesores casados (54%).

4.1.3. Hijos

El 82% de los profesores tiene hijos propios, con un promedio de 1,47 hijos. Entre quienes tienen hijos, el promedio es de 1,79 hijos/profesor. En la región metropolitana estuvo el mayor porcentaje de profesores sin hijos (23,7%) y en la tercera, el menor (12,3%). La séptima región tuvo el mayor promedio de hijos, tanto para el total de profesores (1,59 hijos) como entre quienes tienen hijos (2 hijos en promedio).

4.1.4. Hijos en el sistema escolar

El 56,6% de los profesores tiene hijos en edad de asistir al sistema escolar, cifra que es mayor para niños en edad de asistir al ciclo básico (37,2%), comparado con hijos en edad de asistir a enseñanza media o técnico profesional (19,4%). Este porcentaje fue mayor en la tercera región (64,2%) y más bajo en la metropolitana (47,5%), diferencia que no fue significativa. Un porcentaje bajo de los profesores (18%) no ha estado o no estuvo expuesto a la experiencia de tener hijos propios insertos en el sistema escolar.

4.1.5. Ingresos familiares

Los propios encuestados son quienes en su mayoría generan el mayor aporte económico al grupo familiar (67,3%). Este porcentaje es menor cuando el encuestado es mujer (57%) en comparación con varones (90,2%). Es el cónyuge o pareja quien realiza el mayor aporte en el 25% de los casos, cifra que es del 33% cuando el entrevistado es de sexo femenino. Se detectó asociación entre sexo y aporte económico principal, encontrando que las mujeres constituyen minoritariamente el principal ingreso del grupo familiar en comparación con cónyuges o parejas varones, independiente de su edad y años de ejercicio profesional.

4.1.6. Antecedentes generales del profesorado nacional.

De acuerdo con información disponible (MINEDUC²), las características generales de esta muestra se asemejan al perfil del profesorado nacional. Según estos antecedentes, la antigüedad laboral promedio es de 16,7 años, algo menor a lo encontrado en la muestra estudiada. La edad promedio del profesorado es de 42,5 años, con un promedio algo menor en docentes de establecimientos particulares pagados. La distribución según sexo revela que el 70% de ellos son mujeres, y que del total de profesores, el 83% de ellos desempeñan directamente labores de aula.

La mayoría de los profesores encuestados desarrolla actividades directas de docencia en aula (85%), la que se desagrega por niveles de enseñanza según muestra la tabla 3.

Tabla 3. Ciclo (nivel) en el cual desarrollan docencia habitualmente (*)

<i>Ciclo</i>	<i>Número (porcentaje)</i>
Prebásico	79 (16,5)
Nivel Básico 1 (1°-2°)	122 (25,5)
Nivel Básico 2 (3°-4°)	153 (31,9)
Nivel Básico 3 (5°)	158 (33,0)
Nivel Básico 4 (6°)	160 (33,4)
Nivel Básico 5 (7°)	164 (34,2)
Nivel Básico 6 (8°)	163 (34,0)
Media C.Humanística (1°- 2°)	125 (26,1)
Media C.Humanística (3°- 4°)	109 (22,8)
Técnico profesional	80 (16,7)
Otra	11 (2,3)

(*) El total de la columna excede el 100% debido a que un profesor puede desempeñarse en más de un ciclo.

El profesorado estudiado tuvo un promedio de ejercicio laboral docente de 20,5 años, revelando que se trata de una muestra con un grado adecuado de exposición laboral. El promedio fue mayor en varones (22,1 años) que en mujeres (19,7 años), diferencia

² http://www.mineduc.cl/zonas/profesores/quienes_somos/estadisticas/c_1.htm

estadísticamente significativa ($p = 0,001$). En la tercera región se observó el menor promedio (16,8 años), siendo estadísticamente significativo respecto del resto de las regiones evaluadas.

El tamaño promedio de los cursos fue de 37,4 alumnos/curso, sin diferencias significativas por sexo. Según región, la única diferencia significativa fue el promedio de la tercera región (40,3 alumnos/curso), mayor que el de la quinta región (33 alumnos/curso).

4.1.7. Acerca del desempeño profesional como docente

La condición de contrato como titular fue la más frecuente en la muestra (90%), sin observarse diferencia según sexo y región en cuanto a esta característica. La submuestra de la quinta región tuvo mayor porcentaje de profesores en condición “titular” (96%) y la tercera región, el mayor porcentaje de funcionarios a contrata (11%).

El 93% de los entrevistados era poseedor de título de profesor, obtenido en un 73% en universidades tradicionales. Entre los varones hubo mayor porcentaje con título obtenido en Escuelas Normales (23% vs 13% en mujeres) y un mayor porcentaje de profesoras se tituló en universidades tradicionales (77% vs 71% en varones). Esto podría explicarse por la mayor edad de los varones en estas categorías de obtención de título profesional.

El 20% de los profesores tiene, o está en vías de obtener, otro título profesional, condición que es independiente del sexo, la región de origen del profesor y la edad de éste. En cuanto a estudios de postítulo, de postgrado u otras actividades de capacitación, el 45,7% declara tener alguno de este tipo de estudios. El porcentaje es mayor en varones (49,7%) que en mujeres (43,8%), diferencia que es estadísticamente significativa. Debe señalarse, sin embargo, que este ítem recoge toda la oferta de capacitación del profesorado, la que incluye aquellas desarrolladas en los períodos de feriado escolar por vacaciones en modalidad de cursos, seminarios y jornadas.

4.1.8. Sistema previsional de atención en salud.

La mayor parte de los entrevistados está afiliado a Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) (tabla 4). No hubo diferencia estadísticamente significativa entre sistema previsional en salud y sexo de los entrevistados.

El análisis según región mostró diferencias en los porcentajes de afiliación según las categorías utilizadas. La región metropolitana presenta un porcentaje de afiliación al sistema ISAPRE por sobre el promedio (77,9%) y la séptima, el mayor porcentaje de población afiliada a Fonasa (40%, de los cuales 7% están en Fonasa grupo A o D).

Esta caracterización puede explicarse por la disponibilidad local de recursos de atención médica³. Las categorías de afiliación previsional en salud difieren substantivamente de las reportadas en la encuesta CASEN 2000⁴ (66,5% se declara afiliada a Fonasa y 19,8% al sistema ISAPRE).

³ Debe considerarse que la investigación es representativa de comunas urbanas del país

⁴ Ministerio de Planificación y Cooperación. Situación de Salud 2000; Resumen ejecutivo. Encuesta CASEN 2000

Tabla 4. Sistema previsional de salud al que se declara adscrito el encuestado

<i>Sistema previsional</i>	<i>Número (Porcentaje)</i>
Fonasa (Grupo)	
A	11 (2,3)
B	5 (1,0)
C	22 (4,6)
D	109 (22,8)
Ignora el grupo	14 (2,9)
Isapre	317 (66,2)
Ninguno	2 (0,2)

Se encontró asociación entre sistema previsional y edad del entrevistado, incrementándose hasta un 80% el porcentaje de afiliados al sistema ISAPRE en mayores de 50 años. Este hecho es estadísticamente significativo sólo para las mujeres. No es posible pronunciarse respecto de las características de los diferentes planes de salud por su conocida diversidad.

Una minoría declara tener atención médica gratuita en su atención de salud (6%). Este porcentaje se ajusta adecuadamente a la categorización previsional comentada. El 84% debe efectuar al menos un pago parcial por su atención médica (27,1% los afiliados a Fonasa y 56,9% quienes están en Isapre). El perfil observado no difiere significativamente entre las regiones estudiadas.

4.1.9 Hospitalizaciones reportadas en el último año

El 16,1% de los entrevistados reporta haber estado hospitalizado en los 12 meses previos a la evaluación⁵. Los establecimientos en los cuales se realizó esta hospitalización variaron dependiendo de la región evaluada. Los tipos de establecimientos utilizados revelan la oferta local de servicios disponibles respecto de esta modalidad de atención (Tabla 5).

Tabla 5. Establecimientos utilizados en hospitalizaciones en los últimos 12 meses

<i>Establecimientos</i>	<i>Número (porcentaje)</i>
Hospital SNSS, institucional	18 (10,4)
Hospital SNSS, pensionado	38 (22,0)
Hospital Universitario	9 (5,2)
Clínica Privada	85 (49,1)
Mutual de seguridad	23 (13,3)

Se registraron hospitalizaciones en establecimientos universitarios sólo en las regiones quinta y metropolitana. Llamó la atención el elevado porcentaje de hospitalización en el sistema de mutualidades en la tercera región (21,8%), lo que es explicado por la fuerte presencia de este subsector de atención de salud en esta región, esencialmente dedicada a la minería.

⁵ La tasa de hospitalización calculada más adelante corresponde al total de hospitalizaciones registrada para el total del grupo

4.1.10. Manejo de los problemas de salud laboral y riesgo ocupacional

Se detectó diferencia regional en cuanto a afiliación al sistema de mutualidades, estando el 90,1% adscrito al sistema de mutualidades. Un porcentaje menor señala administración a través del Instituto de Normalización Previsional o por administración delegada. Resulta preocupante que el 8,7% de los profesores desconozca la forma de administración de este beneficio legal, siendo más acentuado esto en profesores que trabajan a contrata (21,1% desconoce este antecedente). En caso de presentar algún accidente laboral, el 9,8% señala que acudiría a algún establecimiento del sistema público de salud. El 86,4% concurriría a algún establecimiento correspondiente a mutualidades.

4.1.11. Identificación de riesgos ambientales en los sitios de trabajo

Se constató alta frecuencia de exposición a condiciones de hacinamiento, a inadecuadas condiciones térmicas, agresividad ambiental y alto nivel de ruido ambiental (tabla 6). La tercera región tuvo mayor frecuencia en agresividad ambiental, hacinamiento y condiciones geográficas adversas y en la metropolitana hubo mayor frecuencia de riesgo por consumo o venta de drogas ilícitas. La séptima región tuvo mayor porcentaje en condiciones térmicas adversas y la quinta región, menor frecuencia de exposición a ruido ambiental molesto.

En cuanto a contacto con agentes de riesgo ambiental, la exposición al ruido, al polvo y polvo de tiza constituyen las categorías más frecuentes (tabla 7). La región metropolitana tuvo menor frecuencia de exposición a polvo de tiza, pero mayor frecuencia de contacto con humo de tabaco, vapores gases o solventes y ruido ambiental (junto con la séptima región). En la tercera región hubo mayor frecuencia de exposición a humos, la que no fue estadísticamente significativa por la baja frecuencia global de exposición a este factor.

Tabla 6. Situaciones ambientales consideradas de riesgo para la salud

Categorías	Número (Porcentaje)
Inseguridad (física) del local	97 (20,3)
Ambiente agresivo	193 (40,3)
Condiciones geográficas adversas	37 (7,7)
Consumo/ventas drogas ilícitas	97 (20,3)
Iluminación adecuada	110 (23,0)
Condiciones térmicas inadecuadas	247 (51,6)
Condiciones de hacinamiento	91 (19,0)
Alto nivel ruido sala clases	192 (40,1)
Contaminación (basura, polvo, desperdicios)	113 (23,6)

Tabla 7. Antecedente de exposición a sustancias que confieren riesgo para la salud

Categorías	Número (Porcentaje)
Contacto con polvo	212 (44,3)
Contacto con polvo de tiza	215 (44,9)
Contacto con humos	63 (13,2)
Contacto con humo de tabaco	92 (19,2)
Contacto con gases, solventes, vapores	46 (9,6)
Contacto con ruidos externos	277 (57,8)
Contacto con insecticidas, herbicidas o pesticidas	10 (2,1)

4.1.12. Evaluación del estado de salud

Los entrevistados califican su salud como *buena* y *muy buena* en el 72,1% de los casos, cifra que es mejor que la de la encuesta CASEN 2000 (65,5%). La frecuencia de calificación de salud como *mala* y *muy mala* fue baja (3,3% en comparación con el 7% de la encuesta CASEN). Al igual que la encuesta aludida, los varones perciben algo mejor su estado de salud que las mujeres. No se encontró diferencias significativas en el análisis según región del entrevistado. Mientras mayor es la edad del entrevistado, peor es la autoevaluación del estado de salud, llegando en los mayores de 50 años a 63% en las categorías de *muy buena* y *buena* y al 5,8% en las categorías *mala* y *muy mala*.

4.1.13. Uso de fármacos

En este módulo, se preguntó por el consumo y frecuencia de consumo de un conjunto de medicamentos, agrupando las respuestas "*siempre*" (todos los días), y "*casi siempre*" (al menos una vez por semana) como categorías asociadas al consumo regular de los medicamentos (tabla 8).

Se aprecia una elevada frecuencia de consumo regular de fármacos, particularmente de analgésicos, antiinflamatorios, fármacos para tratar síntomas gastrointestinales (antiácidos, para el colon irritable, laxantes), medicamentos para el tratamiento de síntomas propios de problemas de salud mental (antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos o inductores del sueño) y medicamentos antihipertensivos.

Un hallazgo de interés fue la mayor frecuencia de uso de algunos fármacos en mujeres, especialmente de medicamentos antidepresivos, laxantes, medicamentos para el tratamiento de trastornos tiroideos y para reducir peso. En varones predominó el uso de antiarrítmicos cardíacos.

El perfil de uso regular de fármacos está en relación con los antecedentes de consultas médicas y morbilidad percibida por la población encuestada.

Tabla 8. Consumo regular (en porcentaje) declarado de medicamentos según sexo

<i>Categorías de medicamentos</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Valor p</i>	<i>Ambos</i>
Analgésicos	17,9	36,9	0,0001 *	31,1
Antiinflamatorios	10,3	13,9	0,281	12,8
Vitaminas, calcio	11,7	23,3	0,003 *	19,8
Anticonceptivos	-	15,6	-	-
Hormonas para menopausia	-	20,4	-	-
Hormonas para tiroides	1,4	6,1	0,026 *	4,6
Medicamentos antihipertensivos	9,7	13,0	0,302	12,0
Medicamentos para la diabetes	5,5	1,8	0,028 *	2,9
Tratamiento del cáncer	0,7	0,6	0,916	0,6
Antibióticos	1,4	3,3	0,228	2,7
Arritmias	3,5	0,6	0,018 *	1,5
Para otras enfermedades cardíacas	0	1,2	0,184	0,8
Laxantes	0,7	10,9	0,0001 *	7,8
Antiulcerosos	4,8	4,5	0,887	4,6
Antiácidos	17,2	15,1	0,556	15,8
Tratamiento del colon irritable	6,9	13,0	0,052	11,0
Broncodilatadores	2,1	6,3	0,051	5,1
Antihistamínicos	4,8	10,3	0,051	8,6
Antidepresivos	5,5	14,5	0,005 *	11,8
Medicamentos para dormir	7,6	13,9	0,051	12,0
Ansiolíticos (con receta)	4,8	9,7	0,076	8,2
Medicamentos para el colesterol	3,5	3,3	0,944	3,4
Diuréticos	2,1	3,6	0,371	3,2
Tratamiento hongos	6,2	2,4	0,040 *	3,6
Para reducir peso	0,0	7,3	0,001 *	5,1
Para dejar de fumar	0,0	0,6	0,348	0,4
Para dejar de beber	0	0	-	0
Para tratar el SIDA	0	0	-	0

(*) diferencia estadísticamente significativa considerando un punto de corte de 95% de confianza.

4.1.14. Morbilidad declarada y percibida como problema de salud en el último año.

Se detectó una elevada frecuencia de consulta médica en el último año para algunas categorías diagnósticas (tabla 9). Los problemas respiratorios fueron de alta prevalencia en ambos sexos, destacando la consulta por neumonía, bronconeumonía o neumonitis⁶. Las consultas por problemas de salud mental destacan por su elevada frecuencia en esta evaluación, siendo relevantes la mayor y significativa frecuencia de consulta por depresión en mujeres.

Las consultas médicas efectivas registradas en los últimos doce meses tuvieron un promedio de 3,99 consultas/profesor. La tasa de profesoras fue superior (4,42) a la de varones (2,97), diferencia que fue estadísticamente significativa ($p = 0,0004$). El detalle de los valores promedio de consultas observadas según sexo se muestra en la tabla 10.

⁶ El año precedente fue afectado por un brote de influenza.

Tabla 9. Problemas de salud percibidos seleccionados en el último año según sexo

<i>Categorías de morbilidad percibida</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Valor p</i>	<i>Ambos</i>
Consulta por resfrío común	85,5	84,9	0,861	85,1
Consulta por influenza	11,0	13,6	0,442	12,8
Consulta neumonía, bronconeumonía, neumonitis.	4,8	7,0	0,381	6,3
Consulta por alteraciones del ánimo	42,1	48,3	0,207	46,4
Consulta por depresión	18,6	29,6	0,012 *	26,3
Consulta por lumbago	44,8	47,7	0,559	46,9
Consulta por infección urinaria	6,2	17,8	0,001 *	14,3
Consulta por diarrea aguda	21,4	14,2	0,051	16,4
Consulta por sinusitis	11,7	16,3	0,196	14,9
Consulta por disfonía	41,4	51,7	0,039 *	48,5
Consultas por otras causas	15,9	24,8	0,031 *	22,1

Tabla 10: Consultas médicas según sexo

<i>Categorías de morbilidad percibida</i>	<i>Promedio de consultas</i>		
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Valor p</i>
Consulta por resfrío común	0,627	0,882	0,030 *
Consulta por influenza	0,151	0,151	0,494
Consulta neumonía, bronconeumonía, neumonitis.	0,076	0,148	0,083
Consulta por depresión	0,269	0,830	0,012 *
Consulta por lumbago	0,524	0,649	0,188
Consulta por infección urinaria	0,076	0,248	0,006 *
Consulta por episodio diarreico	0,131	0,123	0,445
Consulta por sinusitis	0,144	0,366	0,166
Consulta por disfonía	0,276	0,625	0,071
Consultas por otras causas	0,617	1,16	0,148

(*) diferencia estadísticamente significativa considerando un punto de corte de 95% de confianza.

Hubo mayor promedio de consultas (expresadas en consultas por cada profesor) en aquellos adscritos al sistema Isapre, aun cuando esta diferencia no alcanzó valor estadísticamente significativo. El análisis regional insinúa una mayor tasa de consulta por profesor en la tercera región (4,18 consultas/profesor) y quinta región (4,26 consultas/profesor). Estas diferencias, sin embargo, no son estadísticamente significativas (tabla 11).

Tabla 11. Consultas médicas (últimos 12 meses) según régimen previsional en salud

<i>Regímen previsional en salud</i>	<i>Promedio consultas/profesor (n)</i>
Fonasa grupos A	3,64 (11)
Fonasa grupo B	1,80 (5)
Fonasa grupo C	3,09 (22)
Fonasa Grupo D	3,57 (108)
Fonasa:ignora grupo	3,43 (14)
Isapre	4,28 (317)
Sin previsión	3,00 (3)

4.1.15. Hospitalizaciones

El promedio de hospitalizaciones (excluyendo las de causa maternal), alcanzó una tasa promedio de 0,12 hospitalizaciones/profesor en los últimos 12 meses sin detectarse diferencia según sexo. La tasa de hospitalizaciones corresponde a 9,34% sin diferencia significativa según sexo. El análisis regional tampoco muestra diferencia relevante. La tasa de hospitalización no se ve modificada por la variable edad ni por el sistema previsional al cual pertenece el entrevistado.

4.1.16. Licencias médicas

Hizo uso de algún tipo de licencia en el último año el 45,5% de los profesores entrevistados. Mayoritariamente las causales de licencias médicas fueron por enfermedades comunes (morbilidad general) según se desprende de la tabla adjunta. Se detectó diferencia estadísticamente significativa ($X^2 = 6,55$, $p \leq 0,001$) entre el porcentaje de licencias de profesoras (49,2%) en comparación con profesores (36,6%).

La frecuencia de uso de licencia según causal reveló que las mujeres tienen mayor frecuencia de uso de licencias por enfermedad común y salud mental. No obstante, las licencias extendidas por causales de salud mental son menos frecuentes que las por enfermedad común, especialmente en los varones. Este hecho contrasta con la estimación de problemas de salud mental detectados en la presente investigación.

Un argumento que explica esta tendencia, es la frecuente no-aceptación de esta causal de licencias médicas, por una estigmatización secundaria al rótulo de "enfermo de los nervios o enfermo mental".

Hay también sospecha que una proporción de las licencias médicas por causal de salud mental estaría otorgándose por la vía de enfermedad común. Esta se explicaría por la práctica de las oficinas contraloras de las Isapres de objetar y/o modificar licencias médicas por estas causales cuando éstas no son extendidas por médicos psiquiatras.

Tabla 12. Licencias médicas: promedio de días de uso entre encuestados y porcentaje que hizo uso en los últimos doce meses, según causal y sexo del entrevistado

Categorías de licencias médicas	<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>		<i>Total</i>	
	Promedio	% que solicita	Promedio	% que solicita	Promedio	% que solicita
Accidente no laboral	0,158	8,97	0,108	6,94	0,124	7,56
Enfermedad común	0,46	29,6	0,39	53,7 (*)	0,40	46,4
Prórroga medicina preventiva	0,027	2,07	0,012	1,20	0,017	1,47
Accidente laboral	0,0055	3,45	0,045	4,24	0,048	4,0
Enfermedad profesional	0,055	3,44	0,066	4,53	0,063	4,20
Salud mental	0,048	2,07	0,160	7,55 (**)	0,13	5,88
Licencia maternal	-	-	0,033	3,02	-	-
Complicación embarazo	-	-	0,033	1,51	-	-
Enfermedad hijo menor un año	-	-	0,027	1,20	-	-

(*) $p < 0,0001$

(**) $p < 0,033$

4.1.17. Morbilidad declarada por diagnóstico médico

Se indagó sobre el antecedente de diagnóstico, formulado por un profesional médico, de un conjunto amplio de patologías o síndromes reconocidos por la población general. Simultáneamente se registró el año en el cual fue por primera vez informado por el

profesional médico de la dolencia específicamente aludida. Algunas de las patologías corresponden a enfermedades crónicas del adulto, las que se diagnostican sólo una vez y que presentan un curso crónico. Por tanto, este antecedente constituye una buena estimación de la prevalencia de vida de estas dolencias.

Tabla 13. Morbilidad diagnosticada (prevalencia de vida): frecuencia según sexo

<i>Categorías de morbilidad percibida</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Valor p</i>	<i>Total</i>
Diagnóstico de diabetes	6,9	3,02	0,052	4,2
Diagnóstico de hipertensión	23,5	21,5	0,628	22,0
Diagnóstico de anemia	4,8	14,5	0,002 *	11,6
Diagnóstico de cáncer de cuello	1,51	-	-	-
Diagnóstico de cáncer de útero	1,81	-	-	-
Diagnóstico de cáncer de ovario	0,60	-	-	-
Diagnóstico de cáncer de mama	0,30	-	-	-
Diagnóstico de asma bronquial	7,6	6,7	0,710	6,9
Diagnóstico de bronquitis	5,5	5,4	0,972	5,5
Diagnóstico otras enfermedades pulmonares	1,4	3,9	0,143	3,2
Diagnóstico cardiopatía coronaria	2,07	2,11	0,974	2,10
Diagnóstico de infarto no fatal	2,8	0,6	0,052	1,3
Diagnóstico de accidente vascular encefálico	0,7	0,6	0,914	0,6
Diagnóstico de valvulopatía cardíaca	0,7	1,2	0,600	1,1
Diagnóstico insuficiencia cardíaca	0,0	1,5	0,137	0
Diagnóstico de arritmia cardíaca	2,8	4,5	0,363	4,0
Diagnóstico de enfermedad cardiovascular	26,9	23,9	0,481	24,8
Diagnóstico de enfermedad tiroídea	2,1	7,9	0,015 *	6,1
Diagnóstico de hipercolesterolemia	17,2	16,9	0,931	17,0
Diagnóstico de hernias	4,8	0,6	0,002 *	1,9
Diagnóstico de úlcera gástrica	7,6	5,4	0,367	6,1
Diagnóstico de cirrosis hepática	0,7	0,3	0,547	0,4
Diagnóstico de cálculos biliares	17,9	5,7	0,0001 *	9,5
Diagnóstico de colopatía funcional	4,8	12,1	0,015 *	9,9
Diagnóstico de hemorroides	9,7	16,6	0,047 *	14,5
Diagnóstico de parasitosis intestinal	4,1	3,0	0,534	3,4
Diagnóstico de várices	7,6	19,6	0,001 *	16,0
Diagnóstico de varicocele	4,05	-	-	-
Diagnóstico de sarna	3,5	4,8	0,498	4,4
Diagnóstico de alergias	11,0	22,4	0,004 *	18,9
Diagnóstico de problemas vocales	15,2	38,4	0,0001 *	31,3
Diagnóstico de lumbago	24,1	36,0	0,011 *	32,4
Diagnóstico (antecedente.) de fractura	13,8	17,8	0,277	16,6
Diagnóstico de problemas auditivos	6,2	6,0	0,945	6,1
Pérdida de piezas dentales	43,4	42,6	0,863	42,9
Antecedente tratamiento conducto	38,3	45,3	0,277	43,5
Diagnóstico de osteoporosis	1,4	6,7	0,016 *	5,0
Diagnóstico de problemas visuales	44,8	57,1	0,014 *	53,4
Diagnóstico de enfermedades a la vista	6,2	3,3	0,149	4,2
Diagnóstico de bruxismo	10,3	22,1	0,002 *	18,5

Diagnóstico de jaqueca	11,7	33,8	0,0001*	27,1
Diagnóstico de cálculos renales	17,9	5,7	0,0001 *	9,5
Diagnóstico de insuficiencia renal	0,69	1,21	0,609	1,1
Diagnóstico de obesidad	17,2	32,9	0,0001 *	28,2
Diagnóstico de bajo peso	4,1	7,3	0,198	6,3
Diagnóstico de depresión	17,9	34,4	0,0001 *	29,4
Diagnóstico de ansiedad	11,7	23,0	0,004 *	19,5
Diagnóstico otros problemas de salud mental	2,1	4,5	0,195	3,8
Diagnóstico de miomatosis uterina	-	16,8	-	-
Diagnóstico de nódulos mamarios	-	14,7	-	-
Diagnóstico de problemas próstata	4,1	-	-	-
Diagnóstico de fatiga crónica	0,7	2,7	0,155	2,10
Diagnóstico de fibromialgia	0,0	1,2	0,184	0,84
Diagnóstico enfermedades transmisión sexual	1,4	0,60	0,394	0,8

(*) diferencia estadísticamente significativa considerando un punto de corte de 95% de confianza.

Sobresalen en este listado las patologías cardiovasculares, incluyendo la hipertensión arterial, con prevalencias similares en ambos sexos. La prevalencia de hipertensión arterial es elevada en ambos sexos, con cifras superiores a estimaciones en población general según informan estudios nacionales⁷. Las prevalencias de infarto no fatal y cardiopatía isquémica - en general bajas -, guardan probablemente relación con retiros anticipados de los sujetos portadores de estas dolencias.

La patología dental resultó alarmantemente elevada en la población encuestada. La información de dos categorías de daño objetivo, como es la pérdida de piezas dentales y tratamientos de conducto, señala elevada magnitud en ambos sexos, al igual que ocurre en la población general.

Las enfermedades del tubo digestivo presentaron también una alta frecuencia, destacando la colopatía funcional, cálculos de la vesícula biliar y patología venosa (hemorroides). Menos relevante resultó ser la patología ulcerosa. Este perfil fue de mayor frecuencia estadística entre las profesoras evaluadas.

También fueron más frecuente en mujeres las alergias dérmicas, independientemente de su causa, los problemas de dolor lumbar, incluyendo el lumbago y las alteraciones en la voz, incluyendo el diagnóstico de disfonía.

En cuanto a problemas nutricionales, el sobrepeso y colesterol elevados y los casos de bajo peso, se concentraron en el sexo femenino, al igual que las cefaleas y el diagnóstico de bruxismo. Entre los varones fue pesquisada mayor frecuencia de litiasis de la vía urinaria.

Los diagnósticos de problemas de salud mental fueron aspectos llamativos de este perfil. La frecuencia de problemas depresivos resultó de elevada magnitud en ambos sexos, especialmente en profesoras. Se obtuvo una prevalencia de depresión de 29,4% para toda la muestra y de 34,4% en las profesoras entrevistadas.

La consulta por problemas de salud en el último año (tabla 9 y 10), detectó una prevalencia de depresión en las mujeres de 29,6%, cifra significativamente mayor que la de profesores.

⁷ Berríos X.(1988), Jadue (1995). Encuesta de calidad de vida (MINSAL 1998).

También fue detectado un mayor consumo de medicamentos antidepresivos prescritos por médico entre las mujeres evaluadas (14,5%. Tabla 8).

El análisis de la prevalencia en el último año de las mismas categorías diagnósticas sugiere que estos problemas de salud mental tienden a concentrarse en un breve período de tiempo. Puede observarse un efecto de concentración en los últimos cinco años (21,1%), y en especial en el último año (8,4%) del diagnóstico de depresión entre las mujeres evaluadas. Algo similar se observa para el diagnóstico de problemas de ansiedad, encontrándose estimadores de incidencia en los últimos 5 años de 14,8% y de 6,0% para el último año.

4.1.18 Antecedentes de prevalencia de enfermedades crónicas y factores de riesgo en otros estudios.

Puede observarse a partir de la tabla adjunta, que la prevalencia de las enfermedades evaluadas en la muestra, con la excepción de la hipercolesterolemia, está por sobre los valores entregados por diversos estudios nacionales en población general

Tabla 14. Resumen de enfermedades crónicas seleccionadas y sus factores de riesgo de acuerdo con información nacional disponible

	<i>Enc. Calidad (Minsal, 1999) 1</i>	<i>Vida Interhealth (Santiago 1988) 2</i>	<i>Carmen (Valpo., 1996) 3</i>
Tabaquismo actual		50,8% hombres 43,4 % mujeres	47,2 % hombres 34,2% mujeres
Obesidad	2,2% hombres 4,3% mujeres	13% hombres 22,7% mujeres	15,7% hombres 23,0% mujeres
Hipertensión arterial	7,2% hombres 13,2% mujeres (11,5% ambos sexos 20-74 años)	8,6% hombres 9,1% mujeres	10,6% hombres 11,6% mujeres
Sedentarismo	88,7% hombres 93,3% mujeres	75,6% hombres 87,0% mujeres	72,8% hombres 94,1% mujeres
Colesterol elevado	8,3% hombres 11,4% mujeres	33,8% hombres 40,0% mujeres (submuestra)	45,2% hombres 48,0% mujeres
Diabetes	2,9% hombres 3,4% mujeres (3,5% ambos sexos 20-74 años)		4,0% hombres 3,8% mujeres

(1) Minsal 1998. Antecedentes reportados por entrevistado, población mayor de 15 años

(2) Berríos X. Población de 15 y más años

(3) Jadue L. Población entre 25 a 64 años de edad.

Se aprecia que las prevalencias reportadas en el estudio de calidad de vida (MINSAL 1999) son menores que las de esta investigación. Sin embargo, la muestra de profesores es de mayor edad que la del estudio de calidad de vida. Sin embargo, para algunas categorías de diagnóstico, la diferencia resulta importante (hipertensión arterial depresión, colon irritable)

4.1.19. Antecedentes relacionados con la presencia de comorbilidad.

Se elaboró un indicador para representar la coexistencia de problemas de salud. Estrictamente, este indicador sólo estima esta condición, ya que el diseño de investigación no asegura que los entrevistados hayan estado cursando simultáneamente más de una enfermedad en el periodo del último año evaluado.

Se agruparon los diagnósticos de 9 patologías (hipertensión arterial, colon irritable, hemorroides, várices, alergias cutáneas, lumbago, depresión y problemas de ansiedad) correspondientes al diagnóstico del último año), seleccionadas por su alta frecuencia.

El 52,1% de los entrevistados cursó al menos 2 diagnósticos en el último año y el 18,6% cursó con 4 o más. En promedio se registró 1,94 diagnósticos por profesor. La comorbilidad (al menos 2 diagnósticos en el periodo de un año), fue mayor en profesoras (40,5%) respecto de profesores (35,1%). Controlando el efecto de edad, las profesoras presentan 3,5 veces más riesgo de cursar con comorbilidad en comparación con profesores (95% IC: 2,3-5,5). La comorbilidad no estuvo asociada con la edad de los profesores, con el tiempo de trabajo ni con su sistema previsional en salud.

4.1.20 Comorbilidad por problemas de salud mental: depresión y problemas de ansiedad

Se estudió la frecuencia combinada del diagnóstico de depresión y problemas derivados de ansiedad en ambos sexos, encontrándose asociación entre estos diagnósticos. En profesores con diagnóstico de problema de ansiedad, el 69,9% presentó el diagnóstico de depresión (72,4% en mujeres profesoras). El diagnóstico de depresión se asoció en el 46,4% con el de problemas de ansiedad (48,3% en mujeres). No es posible saber si los problemas de ansiedad están en el contexto de la historia natural de la depresión o si corresponden a un fenómeno específico. Ajustando por sexo y por edad, el hecho de cursar con problemas de ansiedad se asocia a 8,85 veces más riesgo de presentar depresión con diagnóstico médico para el periodo de un año (95% IC: 5,3-14,8).

4.1.21. Características de orden preventivas en la muestra de profesores

Los profesores tienen características adecuadas de cuidado personal de su salud. Se encontraron cifras elevadas de control médico y de actividades de prevención secundaria (pesquisa) de enfermedades generales en los últimos 5 años. La pesquisa de patología de la mama (autoexamen y mamografía) y de cáncer de la próstata (tacto rectal y medición de antígeno prostático específico) tienen menor aceptación que otras acciones preventivas. No se encontró diferencia significativa entre ambos sexos en aquellas categorías de evaluación susceptibles de comparar.

Tabla 15. Frecuencia de actividades de prevención secundaria (pesquisa y diagnóstico precoz) efectuada en los últimos 5 años según sexo

<i>Categorías de actividades preventivas</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Consulta médica para control	71,7	75,9
Control de presión arterial	66,9	75,2
Control con glicemia	57,2	63,4
Control de colesterol	54,5	59,5
Autoexamen de mamas	-	49,1
Control con mamografía	-	48,2
Control con Papanicolau	-	72,8
Control con tacto rectal	18,9	-
Control con antígeno prostático	29,1	-

4.1.22. Consumo de tabaco

La prevalencia de tabaquismo actual (tabaquismo diario y ocasional) resultó mayor en las profesoras, con una diferencia que fue estadísticamente significativa (X^2 5,29 $p=$ 0,021). La prevalencia de ex-fumadores fue mayor en los varones, cifra que también guarda relación con la mayor prevalencia de vida de consumo observada en ellos.

Entre fumadores actuales, el promedio diario de consumo resultó similar entre hombres y mujeres (33,4 y 33,1 cigarrillos/día respectivamente). En la categoría de consumo ocasional, se obtuvo una cifra promedio diaria algo mayor en varones (5,2 cigarrillos/día) comparada con las profesoras (3,2 cigarrillos/día). Esta diferencia no fue significativa.

En consecuencia, se observa una prevalencia elevada de tabaquismo actual con mayor prevalencia de consumo en mujeres y niveles de consumo personal de cigarrillos similares en ambos sexos. Estas cifras concuerdan con la epidemiología actual del tabaquismo, que revela una preocupante tendencia al alza del tabaquismo en la mujer.

El consumo regular de tabaco está asociado con la edad del entrevistado, con mayor prevalencia en profesores jóvenes en ambos sexos. No hubo asociación entre tabaquismo regular y el tiempo de trabajo como profesor. Tampoco se encontró asociación entre tabaquismo y el antecedente de depresión o problemas de ansiedad.

Tabla 16. Características del consumo de tabaco en profesores evaluados. Frecuencia de consumo según categorías, hombres y mujeres

	<i>Frecuencia (%)</i>		
	Hombres	Mujeres	Total
Nunca fumó	26,2	27,3	27,0
Prevalencia vida consumo de tabaco	73,8	72,7	73,1
Fumador diario	15,2	25,1	22,1
Fumador ocasional	13,1	14,2	13,9
Fumador actual	28,3	39,3	35,9
Ex fumador	45,5	33,2	37,1

4.1.23 Consumo de alcohol

El 93,2% de los profesores y el 81% de las profesoras evaluadas refieren algún tipo de consumo de alcohol durante su vida. Se detectó baja frecuencia de bebedores diarios, con mayor frecuencia en varones. El vino resultó ser la categoría de bebida alcohólica más consumida, seguido por la de cerveza y de otras bebidas alcohólicas.

Las mujeres declaran menor prevalencia de vida de consumo de alcohol y su frecuencia de consumo se concentra en categorías de menor frecuencia. Utilizando como punto de corte un puntaje mayor o igual a 2 para el cuestionario CAGE⁸, se obtiene una prevalencia estimada de bebedores problema de 5,4%, cifra relativamente alta en comparación con la prevalencia estimada en población general.

Se encontró asociación positiva entre la modalidad de consumo y la edad del entrevistado, independiente de su sexo. Por otro lado, no se encontró asociación entre la frecuencia de consumo y el tiempo de trabajo como docente. Tampoco resultó estar asociado el consumo de alcohol con la variable consumo regular de cigarrillos.

Tabla 17. Características del consumo de alcohol de acuerdo con la frecuencia declarada de consumo, ambos sexos

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Menos 1 vez al mes	22 (19,8%)	86 (40,2%)
1-2 veces al mes	44 (39,6%)	75 (35,1)
1-2 veces por semana	37 (33,3%)	47 (22,0%)
3-4 veces por semana	5 (4,5%)	5 (2,3%)
Diariamente	3 (2,7)	1 (0,5)

4.1.24. Actividad física de los entrevistados

En la muestra se detectó una prevalencia de 5,2% de limitaciones físicas que impiden la actividad física regular, incluyendo la actividad física ligera. Este antecedente fue mayor en mujeres (6,4%) respecto de varones (2,1%). La diferencia resultó estadísticamente significativa (X^2 3,87 p 0,049).

El 71,3% de los varones efectúa algún tipo de actividad física, incluyendo aquella ocasional. En las mujeres este porcentaje fue de 67,3%. Sin embargo, los que realizan regularmente sesiones de al menos 30 minutos de duración sólo alcanzan al 25,4% (37,5% en varones y 20,1%; $X^2 = 15,7$ p <0,0001). Entre los que realizan actividad física regular de duración adecuada, los que realizan al menos 2 sesiones semanales alcanzan 48% (46% en varones y 49,2%; $X^2 = 0,8$; p = 0,68). El promedio de sesiones alcanzó a 2,19 sesiones/semana en mujeres y 2,4 sesiones/semana en varones, diferencia que no fue estadísticamente significativa.

⁸ Ewing JA, Rouse BA. Identifying the hidden alcoholic. Presented at the 29th International Congress on Alcohol and Drug Dependence, Sydney, Australia, Feb, 3, 1970.

4.2. Aspectos Psicológicos.

En la tabla 18 se muestra las características descriptivas de la totalidad de los instrumentos de evaluación psicológica y sus subescalas utilizados en la investigación.

4.2.1. Cuestionario General de Salud de Goldberg (CGS)

La descripción general de los resultados totales obtenidos por los participantes en este cuestionario se aprecia en la tabla 18.

Tabla 18. Resumen descriptivo de los instrumentos de evaluación psicológica

	Mínimo	Máximo	Media	Moda	D.estándar	Mediana
Cuestionario Goldberg						
Puntaje total	0	25,00	6,0	0	3,69	4,00
Factor 1 (ansiedad)	0	11,00	3,1	0	3,30	2,00
Factor 2 (depresión)	0	10,00	1,3	0	2,26	0
Factor 3 (alteraciones del sueño)	0	5,00	1,6	0	1,78	0
Burnout						
Puntaje total	52	112	78,1	71	11,3	76
Factor 1 (agotamiento)	15	89	48,5	37*	17,5	47
Factor 2 (logro reducido)	15	48	42,1	48	4,8	43
Factor 3 (despersonalización)	5	28	10,3	5	4,8	9
Eventos Vitales Agudos						
Puntaje total	37	54	48,2	50	11,3	49
Cuestionario de estresores						
Puntaje total	81	163	116,6	107	17,3	115
Factor 1 (trabajo-familia)	14	71	38,3	39*	12,9	38
Factor 2 (apoyo compañeros)	19	63	37,1	41*	9,2	44,5
Factor 3 (sentimientos trabajo)	14	57	37,1	29*	8	37
Factor 4 (estímulo, desafío del trabajo)	4	12	4,9	4	1,1	5
Subescala. Contenido del trabajo y violencia						
Contenido del trabajo	4	12	4,9	4	1,1	5
Violencia en el trabajo	34	69	54	58	4,9	55
Autoeficacia individual general						
Puntaje total	44	186	129	123	25,3	129,8
Factor 1 (influencia del profesor)	28	114	88,6	88	14,8	89
Factor 2 (logros estudiantes)	14	72	41,2	40	12,6	40
Autoeficacia individual general del supervisor						
Puntaje total	178	372	283,1	327	45,1	288
Factor 1 (influencia del supervisor)	23	66	51,5	66	9,9	52
Factor 2 (acciones del supervisor)	17	60	45,7	60	9,6	46
Cuestionario autoeficacia colectiva						
Puntaje total	22	66	47,4	48	7,7	48
Factor 1 (competencias)	11	42	32,6	32	5,3	32,6
Factor 2 (apoyo externo)	4	24	14,7	14	3,9	15

Los puntajes totales del CGS categorizados de acuerdo al nivel de bienestar psicológico se presentan en la tabla 19. El 34,5% de los encuestados manifiesta bajo o muy bajo bienestar psicológico, en tanto que un 48,1% manifiesta muy alto o alto bienestar psicológico.

Tabla 19. Niveles de Bienestar Psicológico

Nivel de bienestar	Número	Porcentaje
Muy alto bienestar	121	27,7
Alto bienestar	89	20,4
Mediano bienestar	76	17,4
Bajo bienestar	36	8,2
Muy bajo bienestar	115	26,3
Total	437	100,0

La distribución resultante por factores da cuenta que un 40,4% manifiesta alta o gran cantidad de síntomas de ansiedad; un 39,5% manifiesta alta o gran cantidad de síntomas de depresión; y un 40,8% manifiesta alta o gran cantidad de síntomas de trastornos del sueño.

4.2.2. Inventario de Burnout

La tabla 18 presenta una descripción general de los resultados totales y para cada uno de los tres factores que componen el Inventario de *Burnout* (IB).

En la tabla 20 se observa que al realizar una agrupación en tres categorías de los puntajes totales en el IB, sin *Burnout* (52-70 puntos), proclive a *Burnout* (71-84 puntos) y con presencia de *Burnout* (85-112 puntos), la distribución resultante es que la mayoría del grupo manifiesta proclividad o presencia de *Burnout* (74,6%).

Tabla 20. Niveles de *Burnout* para el puntaje total

<i>Niveles de Burnout</i>	Número	Porcentaje
Sin <i>Burnout</i>	104	25,4
Proclive a <i>Burnout</i>	199	47,2
Con <i>Burnout</i>	112	27,4
Total	409	100,0

Para el factor agotamiento, la categorización resultante muestra que sobre un cuarto de la muestra se siente agotado y que aproximadamente la mitad está proclive a sentirse agotado (ver tabla 21).

Tabla 21. Niveles de *Burnout* para el factor agotamiento

<i>Niveles de agotamiento</i>	Número	Porcentaje
Sin agotamiento	117	26,2
Proclive al agotamiento	207	46,4
Con agotamiento	122	27,4
Total	446	100,0

Para el factor "*logro personal reducido*", menos de un tercio de la muestra señala sentirse sin problemas en este sentido, en tanto que el 69% restante manifiesta proclividad a sentir reducido su logro personal o definitivamente señala estar experimentando esta situación.

Por su parte, en relación con estar experimentando despersonalización más de la mitad de la muestra (57,%) está proclive o señala que definitivamente experimenta despersonalización

4.2.3. Listado de Chequeo de Eventos Vitales Agudos

La descripción general de los resultados totales obtenidos por los participantes en el Listado de Chequeo de Eventos Vitales Agudos (EVA) se observa en la tabla 18.

En la tabla 22 se observan los resultados de una categorización de los puntajes de EVA en tres categorías, observándose que aproximadamente un tercio de los sujetos vivió gran cantidad de eventos vitales estresantes en el último año.

Tabla 22. Categorías en Eventos Vitales Agudos

Eventos Vitales Agudos	Número	Porcentaje
Pocos eventos	109	24,3
Mediana cantidad de eventos	199	44,4
Gran cantidad de eventos	140	31,3
Total	448	100,0

En el siguiente listado aparecen los eventos vitales agudos con más de 150 menciones, ordenados de mayor a menor:

1. Contraer hipoteca o préstamo pequeño (256)
2. Logro personal sobresaliente (202)
3. Cambios notables en la salud o conducta de algún miembro de la familia (189)
4. Descenso importante en la situación financiera (182)
5. Vencimiento de plazos de una deuda importante (154)
6. Cambios importantes en el horario o en las condiciones de trabajo (152)

Como es posible observar en el listado anterior, cuatro de los seis eventos vitales agudos más frecuentemente mencionados aluden a la situación financiera, y sólo uno tiene una connotación positiva evidente (logro personal sobresaliente).

4.2.4. Cuestionario de Estresores

4.2.4.1. Escala de estresores generales

La descripción general de los resultados totales obtenidos por los participantes en el Cuestionario de Estresores (CE) se presenta en la tabla 18.

Al realizar una categorización de los puntajes para el puntaje total en el CE en cinco categorías, en un rango que va desde muy poco estresores percibidos a una gran cantidad de estresores percibidos, se observa que aunque aproximadamente la mitad (47,4%) de los profesores percibe muy pocos o pocos estresores, otro tercio (33,4) percibe muchos o gran cantidad de estresores (tabla 23).

Tabla 23. Categorías de agrupación de estresores

<i>Cantidad de estresores percibidos</i>	Número	Porcentaje
Muy pocos estresores	118	29,6
Pocos estresores	71	17,8
Mediana cantidad de estresores	76	19,1
Muchos estresores	26	6,5
Gran cantidad de estresores	107	26,9
Total	398	100,0

4.2.4.2. Sub escalas de estresores relacionados con contenidos del trabajo y violencia en el trabajo

La tabla 24 presenta una descripción general de los resultados en las subescalas de los factores contenido del trabajo y violencia en el trabajo en el Cuestionario de Estresores (CE).

4.2.5. Cuestionario de Autoeficacia Individual: Escala de Autoeficacia Individual General

La descripción general de los resultados totales obtenidos por los participantes en el Cuestionario de Autoeficacia Individual General (CAIG) se presenta en la tabla 18.

Al realizar una agrupación en tres categorías para el puntaje total, la distribución resultante es la que se muestra en la tabla 24. Un 28% de los profesores muestra una alta autoeficacia individual en relación con su actividad.

Tabla 24. Categorías de autoeficacia individual

<i>Autoeficacia individual</i>	Número	Porcentaje
Baja autoeficacia individual	97	26,1
Mediana autoeficacia individual	171	46,1
Alta autoeficacia individual	103	27,8
Total		

Escala de autoeficacia individual del supervisor

La tabla 18 entrega la descripción general de los resultados totales obtenidos por los participantes en la subescala autoeficacia individual del supervisor del Cuestionario de Estresores (CE).

4.2.6. Cuestionario de Autoeficacia Colectiva (CAC)

La descripción general de los resultados totales obtenidos por los participantes en el Cuestionario de Autoeficacia Colectiva (CAC) se presenta en la tabla 18. Al agrupar en tres categorías para el puntaje total en el CAC, la distribución muestra que casi un tercio de la muestra siente que en su establecimiento la autoeficacia colectiva es muy baja (tabla 25).

Tabla 25. Categorías de Autoeficacia Colectiva

<i>Autoeficacia Colectiva</i>	Número	Porcentaje
Muy baja autoeficacia colectiva	124	27,1
Mediana autoeficacia colectiva	196	42,9
Alta autoeficacia colectiva	137	30,0
Total	457	100,0

4.3. Interrelación entre variables psicológicas

Con el propósito de determinar si existen asociaciones significativas entre las diversas variables psicológicas entre sí (bienestar psicológico, *Burnout*, eventos vitales agudos, estresores, autoeficacia individual y colectiva), y entre estas variables y las variables sociodemográficas, se calcularon diversas interrelaciones entre variables.

4.3.1. Interrelación entre factores generales

El análisis de los resultados de las relaciones entre las variables psicológicas muestra que existen relaciones significativas entre casi todas las variables medidas, con excepción de un caso: autoeficacia colectiva y estresores ($r=0,060$, $p<=0,241$).

En cuatro casos, las relaciones son moderadamente positivas: bienestar psicológico y estresores ($r=0,466$, $p<0,001$), bienestar psicológico y *Burnout* ($r=0,089$, $p<0,001$), estresores y *Burnout* ($r=0,614$, $p<0,001$), autoeficacia individual y autoeficacia colectiva *Burnout* ($r=0,433$, $p<0,001$). En esta última relación se verifica que a las dos formas de autoeficacia no subyace un mismo constructo. Todas las demás relaciones son débiles y, en algunos casos, inversas.

4.3.2. Interrelaciones entre variables psicológicas y subfactores de las mismas

Para establecer si existen asociaciones significativas entre las diversas variables psicológicas (bienestar psicológico, *Burnout*, eventos vitales agudos, estresores, autoeficacia individual y colectiva), y los subfactores de las mismas se calcularon diversas interrelaciones que se presentan a continuación.

Aunque el bienestar psicológico se relaciona directa y fuertemente con sus tres subfactores, la relación con *ansiedad* es todavía más fuerte que con las otras ($0,937$, $p<0,01$). Además, se destacan sus relaciones directas y moderadas con los subfactores de *Burnout*, pero más fuerte todavía con *agotamiento* ($0,556$, $p<0,05$), y las bajas relaciones directas con los subfactores de autoeficacia individual ($-0,127$, $p<0,01$ en *influencia de los profesores* y $-0,113$, $p<0,05$ en *logros de los estudiantes*) y colectiva ($-0,203$, $p<0,05$ en competencias de los profesores y $-0,109$, $p<0,01$ en apoyo externo). El comportamiento en relación con los estresores muestra que no se relaciona con *contenido del trabajo* ($-0,026$, $p=0,590$), pero sí se relaciona en forma inversa aunque muy débilmente con *violencia en el trabajo* ($-0,266$, $p<0,05$) y *apoyo de los compañeros* ($-0,142$, $p<0,05$), y se relaciona en forma directa y moderada con *conflicto trabajo-familia* ($0,524$, $p<0,05$) y *sentimientos hacia el trabajo* ($0,420$, $p<0,05$).

A su vez, el puntaje total de *Burnout* no se relaciona con su subfactor *logro personal reducido* ($-0,091$, $p=0,067$). Con los otros subfactores, se destaca la relación directa, pero moderada, con los estresores *conflicto trabajo-familia* ($0,606$, $p<0,05$) y *sentimientos hacia el trabajo* ($0,560$, $p<0,05$), y muy débilmente con *violencia en el trabajo* ($0,304$, $p<0,05$) y *contenido del trabajo* ($-0,132$, $p<0,05$).

Con las medidas de autoeficacia, las relaciones son débiles, y no existe relación para el subfactor de autoeficacia colectiva llamado “*apoyo externo que asegura el aprendizaje de los estudiantes*” (0,096, $p=0,056$).

En tercer lugar, EVA no se relaciona con los subfactores de *Burnout*, y no se relaciona o lo hace en forma muy débil con los estresores laborales.

Por su parte, no todos los estresores se relacionan entre sí. Por ejemplo, el puntaje total de estresores en general no se relaciona con su subfactor *compañeros de trabajo* (0,165, $p=0,001$), ni con *violencia en el trabajo* (0,080, $p=.0,90$) y *contenido del trabajo* (-0,060, $p=0,0,33$). Sin embargo, su relación es muy fuerte con sus subfactores *conflicto trabajo-familia* (0,865, $p<0,05$) y *sentimientos hacia el trabajo* (0,738, $p<0,05$).

Por último, las medidas de autoeficacia individual general tienen una relación directa pero moderada con *logro personal reducido* (0,428, $p<0,01$) y relaciones débiles con autoeficacia colectiva. A su vez, autoeficacia colectiva se relaciona en forma directa pero moderada con autoeficacia individual (0,418, $p<0,01$).

4.4. Relaciones entre variables psicológicas y variables sociodemográficas y laborales

Se estableció el nivel de asociación existente entre el conjunto de variables psicológicas y algunas de las características personales, del contexto familiar y del contexto laboral de la muestra estudiada

4.4.1. Relaciones entre los factores generales y variables sociodemográficas

Se analizaron las correlaciones entre variables psicológicas medidas (esto es, bienestar psicológico, *Burnout*, Eventos Vitales, estresores, sentimiento de autoeficacia individual y sentimiento de autoeficacia colectiva) y algunas variables sociodemográficas-laborales cuantitativas (edad, número de hijos, número de hijos menores 4 años, número de hijos entre 5 y 13 años, cantidad de establecimientos en que trabaja).

Se observó que prácticamente no existe relación entre las variables, puesto que las pocas relaciones significativas son extremadamente débiles: bienestar psicológico y edad ($r=0,059$, $p<0,01$); bienestar psicológico y número de hijos ($r=-0,095$, $p<0,01$); *Burnout* y número de hijos ($r=-0,098$, $p<0,05$); estresores e hijos de menos de 4 años ($r=-0,106$, $p<0,01$).

4.4.2. Análisis de varianza de una vía entre los factores generales y subfactores con variables sociodemográficas y laborales

Para establecer si existía alguna diferencia significativa en la variables sociodemográficas, laborales, de atención de salud y de salud considerando las puntuaciones en las baterías psicológicas y en sus subfactores, se procedió a realizar análisis de varianza⁹.

- Para la variable “*compañeros de trabajo*” se pudo establecer que las diferencias de promedio están entre la tercera región Metropolitana (3,85, $p<0,05$). En cambio, para la variable “*contenido del trabajo*” las diferencias de promedio están entre la séptima y la quinta Región (0,49, $p<0,05$). Por último, para la variable “*autoeficacia colectiva*” las diferencias de promedios se producen entre la tercera y quinta Región (11,32, $p<0,05$).
- Por su parte, para la variable sexo sólo se produce una diferencia significativa en el subfactor “*compañeros de trabajo*” de la escala de estresores.

⁹ Cuando la cantidad de datos por celdilla era suficiente, y la varianza homogénea (prueba de Levene), se aplicó el test de Bonferroni. Cuando no era homogénea, se aplicó la prueba de Dunnett’s.

- Para la variable estado civil se producen diferencias significativas en el subfactor depresión del CGS y en el factor autoeficacia colectiva.
- Para la variable "*mayor aporte al ingreso del hogar*" se producen diferencias significativas en el factor bienestar psicológico entre la situación en la cual el profesor/a es quien realiza el principal aporte al hogar y cuando ese aporte es realizado por un pariente (hermano/a, hijo/a, otro, o por su suegro/a) (195, $p < 0,5$).
- Lo mismo sucede para el subfactor *ansiedad* del CGS (1,00, $p < 0,05$); para el factor *conflicto trabajo-familia* de la escala de estresores (4,08, $p < 0,05$), para *Burnout* (5,01, $p < 0,05$) y para su subfactor *agotamiento* (5,8, $p < 0,05$).
- Para el subfactor de la escala de *Burnout* despersonalización la diferencia de promedios se produce entre él/ella y el mayor aporte de su cónyuge o pareja (1,66, $p < 0,05$).
- Para la variable "*ciclo educativo*" en el cual trabaja el profesor/a, se producen diferencias significativas en el factor *autoeficacia colectiva*. También para el subfactor "*apoyo externo*" de la escala de autoeficacia colectiva entre la situación en que el profesor/a realiza su actividad en los tres primeros años de básica y los tres siguientes años de básica (1,89, $p < 0,05$), y entre el profesor/a que realiza su actividad en enseñanza media y el profesor/a que realiza su actividad en el segundo ciclo de básica (1,66, $p < 0,05$).
- Para la variable "*nivel de dependencia del establecimiento en que trabaja el profesor/a*" se producen diferencias significativas en el factor bienestar psicológico y en sus subfactores ansiedad y trastornos del sueño, y en el subfactor agotamiento de la escala de *Burnout*. Las diferencias en bienestar psicológico están entre establecimientos con enseñanza municipalizada y enseñanza particular pagada (2,87, $p < 0,05$), y entre los mismos niveles de enseñanza para ansiedad (1,64, $p < 0,05$), trastornos del sueño (0,89, $p < 0,05$), y agotamiento (8,2, $p < 0,05$).
- Para la variable "*diagnóstico de problemas de ánimo*" se producen diferencias significativas en el subfactor competencias del profesor de la escala de autoeficacia colectiva.
- Para la variable "*consulta por afonía o disfonía en el último año*" se producen diferencias significativas en el factor bienestar psicológico y en sus subfactores ansiedad, trastornos del sueño, y para el subfactor violencia en el lugar de trabajo de la escala de estresores.
- Para la variable "*diagnóstico de cáncer*" se producen diferencias significativas en el factor bienestar psicológico y en sus tres subfactores (ansiedad, depresión y trastornos del sueño), para el puntaje de estrés total y en su subfactor conflicto trabajo-familia, para el puntaje total de *Burnout* y en sus tres subfactores (agotamiento, logro reducido y despersonalización), para el puntaje total de autoeficacia colectiva y su subfactor competencias de los profesores.
- Para la variable "*diagnóstico de infarto*" se producen diferencias significativas en el factor eventos vitales agudos y en el subfactor contenido del trabajo de la escala de estresores.
- Para la variable "*diagnóstico de insuficiencia cardíaca*" se producen diferencias significativas en el subfactor sentimientos hacia el trabajo de la escala de estresores.
- Para la variable "*diagnóstico de úlcera*" se producen diferencias significativas en el subfactor logros de los estudiantes de la escala de autoeficacia individual.
- Para la variable "*diagnóstico de alergia*" se producen diferencias significativas para el subfactor despersonalización de la escala de *Burnout*.
- Para la variable "*diagnóstico de disfonía*" se producen diferencias significativas en el factor bienestar psicológico y en sus subfactores ansiedad y trastornos del sueño, y para el subfactor competencias del profesor de la escala de autoeficacia colectiva.

- Para la variable " *diagnóstico de jaqueca*", se producen diferencias significativas en el factor eventos vitales agudos.
- Para la variable " *diagnóstico de depresión*" se producen diferencias significativas en el subfactor competencias de los profesores de la escala de autoeficacia colectiva,.
- Para la variable " *diagnóstico de otras enfermedades mentales*" se producen diferencias significativas en el subfactor trastornos del sueño de la escala de bienestar psicológico, en el factor *Burnout* y en su subfactor agotamiento.
- Para la variable " *uso de licencias por enfermedad común*", se producen diferencias significativas en el subfactor competencias del profesor de la escala de autoeficacia colectiva.
- Para la variable " *uso de licencia médica por enfermedad profesional*" se producen diferencias significativas en el subfactor competencias del profesor de la escala de autoeficacia colectiva.

5. RESULTADOS DEL GRUPO DE REFERENCIA Y ANÁLISIS COMPARATIVO

Durante el proyecto hubo serias dificultades en la obtención del grupo de referencia en las condiciones planteadas originalmente. La evaluación de salud en el contexto laboral, generó además inquietud en los directivos de algunas de las instituciones en las que inicialmente existió interés. En otras, hubo coincidencia con procesos de negociación colectiva, lo que determinó su marginación como grupo de estudio.

Situaciones propias de la naturaleza de algunos de estos grupos laborales hicieron también poco prudente el trabajo con alguno de ellos o bien dificultaron la tarea de búsqueda de potenciales grupos (Ejemplo: Introducción del plan AUGE, procesos de negociación colectiva en marcha, etc.).

Se iniciaron conversaciones con otros grupos laborales, decidiéndose en conjunto con la contraparte reducir el tamaño de este grupo, proponiéndose como meta obtener al menos, el concurso de dos grupos: uno con representación de la región metropolitana y otro que representara una muestra fuera de esta región.

Es así como durante septiembre se llevó a cabo una evaluación simultánea de fases I y II del proyecto en funcionarios de un Hospital tipo 4 (8a región), establecimiento que en conformidad con su Servicio de salud local, accedió a participar en la experiencia. Un grupo de funcionarios de una institución privada de salud en la región metropolitana se sumó al grupo de referencia, evaluándose en la primera semana del mes de diciembre del 2002.

5.1. Características de la muestra evaluada

El grupo de referencia tuvo la misma conformación por sexo de la muestra de profesores. El hospital estatal correspondió a un hospital de alta complejidad y el centro privado de salud resuelve patologías específicas en un nivel de complejidad alto. Se excluyó *ex profeso* a profesionales médicos de esta muestra dado que ellos podrían eventualmente representar una condición de trabajo no necesariamente similar a la del grupo de funcionarios de la salud.

La convocatoria siguió la misma metodología que la empleada en la muestra de profesores. En los establecimientos no se detectaron situaciones problemáticas que interferieran con la investigación. En el hospital estatal, se pretendía extender la etapa de recolección de información a un mayor número de funcionarios en sucesivas aplicaciones. Estas debieron suspenderse por la emergencia existencia de un clima laboral adverso, lo que hizo poco prudente extender la investigación.

Las aplicaciones de instrumentos en este grupo revistieron cierta complejidad por la existencia de diferentes regímenes laborales y la rotación en turnos. Por esto el equipo de investigación debió adaptar las aplicaciones a la disponibilidad de tiempo de los funcionarios participantes.

5.1.1. Conformación de la muestra de referencia

Ambas muestras tuvieron similar distribución porcentual por sexo, siendo el promedio de edad de la muestra de referencia menor que la muestra de profesores ($p < 0,001$). Por esta razón, los análisis de estimación de riesgo (*odds ratio*) han sido ajustados por la variable edad a fin de compensar esta diferencia.

Tabla 26. Características de las muestras estudiadas según sexo y edad

	<i>Referencia</i>	<i>Profesores</i>
Hombres	47	145
Porcentaje	31,5%	30,5%
Promedio edad	39,7 años	47,7 años
Mujeres	102	331
Porcentaje	68,5%	69,5%
Promedio edad	40,1 años	44,9 años
Total	40,0 años	45,7 años

El estado civil de ambas muestras resultó comparable, al igual que el porcentaje de entrevistados con hijos propios (81,8% en profesores y 78,2% en el grupo de referencia) y el promedio de hijos propios (1,44 en profesores y 1,47 en el grupo de referencias).

La variable edad mostró un alto grado de correlación con el tiempo de actividad laboral de los encuestados ($p < 0,0001$). Por esta razón en la elaboración de estimadores de riesgo se procedió a efectuar ajustes sólo por la variable edad, para evitar un efecto de sobre-ajuste.

5.1.2. Variables asociadas con el ingreso familiar

Al igual que los profesores, el entrevistado es mayoritariamente el que origina el principal ingreso del grupo familiar, sin diferencias significativas en esta variable entre ambos grupos. También llamó la atención el menor porcentaje de mujeres que constituye el principal aporte del grupo familiar, en comparación con varones. Se detectó diferencias significativas en el porcentaje de entrevistados que tienen además de su trabajo, otra fuente adicional de ingresos (27,15% en el grupo de referencia vs 16,9% en los profesores). Esta diferencia es más marcada en varones del grupo de referencia.

5.1.3. Sistema previsional de salud

Los entrevistados afiliados a Fonasa se agruparon en dos categorías (A-B en una categoría y B-D en una segunda. De acuerdo con esta categorización, la muestra de profesores presentó un mayor porcentaje de entrevistados adscritos al sistema Isapre que el grupo de referencia (tabla 27). La muestra de referencia se concentró principalmente en afiliados a Fonasa (64,4%).

Tabla 27. Afiliación previsional en salud del entrevistado, ambos grupos

	<i>Referencia</i>	<i>Profesores</i>
Fonasa A-B	50,3	3,5
Fonasa C-D	14,1	28,2
Isapre	35,6	68,3

$$\chi^2 = 196, p < 0,001$$

A diferencia de los profesores, en el grupo de referencia no se observó asociación entre el régimen de afiliación previsional y la edad del entrevistado. El promedio de edad de los entrevistados no fue estadísticamente diferente al comparar las dos categorías de afiliación a Fonasa e Isapre.

Dada esta diferencia con el grupo en estudio, en los análisis que involucraron estimadores de riesgo (*Prevalence Odds Ratio*) se procedió a ajustar según el régimen previsional en salud del entrevistado.

5.1.4. Consultas médicas registradas en el último año

Las consultas médicas del grupo de referencia en el último año tuvieron un promedio de 1,94 consultas/funcionario. La tasa promedio de consultas de las funcionarias fue superior (2,41 consultas/funcionaria) a la observada en varones (1,02 consultas/funcionario), diferencia que resultó ser significativa ($p=0,0034$).

En el análisis comparativo, las consultas fueron estadísticamente más frecuentes en el grupo de profesores respecto del grupo de referencia ($p<0,0001$). Este hecho es parcialmente explicado por el mayor promedio de edad de profesores. Sin embargo, dado el reducido tamaño muestral del grupo de referencia, cabe la posibilidad de que este hecho sea producto de una baja potencia.

El promedio de las consultas médicas del último año resultó ser algo más elevada en los entrevistados afiliados al sistema Isapre, aún cuando su magnitud absoluta es sensiblemente menor en este grupo (2,43 consultas/funcionario afiliado a Isapre) en comparación con profesores afiliados a Isapre (4,28 consultas/profesor afiliado a Isapre)

5.1.5. Hospitalizaciones

El grupo de referencia registró un promedio de hospitalizaciones (excluyendo las de causa maternal) de 0,066 hospitalizaciones/funcionario en los últimos 12 meses, sin detectarse diferencia estadísticas de promedio según sexo.

La tasa de hospitalizaciones fue de 5,3%, sin diferencias según sexo. La tasa de hospitalización se ve positivamente modificada por la edad, no así por su sistema previsional en salud. Por este motivo, en el análisis comparativo de esta variable, se procedió a ajustar por la variable edad.

No hubo diferencia estadística en la tasa de hospitalización en ambos grupos ($p=0,068$). Sin embargo hubo menor tasa de hospitalización en el grupo de referencia afiliado a Isapres que en sus equivalentes profesores. Esto podría indicar diferencias cualitativas en los planes de salud.

Tampoco resultó diferente la frecuencia de uso de licencias médicas entre ambos grupos, registrándose en el grupo de referencia una frecuencia de 39,7% en comparación con 45,5% en el grupo de profesores ($X^2 1,5$ $p=0,213$). Esto fue independiente de la edad del entrevistado. En ambos grupos, la frecuencia de uso de licencias médicas fue estadísticamente mayor en las mujeres.

La tasa de licencias por salud mental, aun cuando fue baja en ambos grupos, resultó estadísticamente mayor en el grupo de profesores (5,9% vs 1,3; $X^2 5.17$ $p=0,023$). Sin embargo, posterior al ajuste según sexo y edad en el análisis estratificado según sexo, esta relación se pierde. Es posible, sin embargo, que el bajo tamaño muestral y la baja frecuencia de licencias por esta causal determinen una baja potencia estadística para validar definitivamente este hallazgo.

5.2. Análisis de las variables psicológicas.

A continuación se presenta el análisis comparativo de los resultados de los grupos de profesores y de referencia en las variables psicológicas.

5.2.1. Bienestar psicológico

Los resultados para la escala de Bienestar Psicológico dan cuenta que un 35% de los profesores evaluados (151 de un total de 437) presenta altos niveles de riesgo para su salud mental, esto es, probabilidad de presentar un cuadro de trastornos afectivos (tales como ansiedad o depresión) o serias alteraciones del sueño, mientras que sólo un 13,8% del grupo de referencia (21 de un total de 152) se encuentra en la misma condición.¹⁰ En otras palabras, más de un tercio de los profesores está experimentando malestar psicológico.

Un análisis más detallado revela que los promedios de ambos grupos¹¹ no son muy diferentes: los profesores obtuvieron 1.8 y el grupo de referencia 1.7. Se observa, además, que si se comparan ambos grupos por categoría de mayor a menor bienestar las diferencias son mínimas (tabla 28).

Tabla 28. Porcentajes de Bienestar Psicológico

Bienestar Psicológico	Profesores	Referencia	Diferencia %
Alto-muy alto	27,9	32,3	4,4
Mediano	45,8	41,4	4,4
Bajo-Muy bajo	26,3	26,3	0

Para las tres dimensiones evaluadas (ansiedad, depresión y alteraciones del sueño), los porcentajes en las categorías de síntomas manifestados en alta o muy alta cantidad señalan que las diferencias mayores entre ambos grupos se producen en alteraciones del sueño y depresión, mientras que la diferencia menor se presenta en ansiedad (ver tabla 29).

Tabla 29. Porcentajes de depresión, ansiedad y alteraciones del sueño¹²

Bienestar Psicológico	Profesores	Referencia	Diferencia %
Depresión	39,5	29,0*	10,5
Ansiedad	40,4	33,6	7,0
Alteraciones del sueño	40,8	27,1	14,0

* incluye depresión (27.1) + depresión con ideas suicidas (2%)

5.2.2. Síndrome de Burnout

En relación con la probabilidad de padecer burnout, esto es, la respuesta al estrés laboral (tensiones crónicas en razón de la naturaleza y condiciones de trabajo) cuando fallan las estrategias funcionales de enfrentamiento habituales (eficaces para reducir el estrés) de la persona, el grupo de profesores experimenta en promedio más del doble de burnout (7,8) que el grupo de referencia (3,5).

En ambos casos, el porcentaje de personas proclives al burnout y con burnout es alta, aproximándose a tres cuartos partes de la muestra (73%). El porcentaje de personas con burnout en ambos grupos es semejante al encontrado en otros estudios de salud ocupacional realizados en Chile.¹³

¹⁰ Utilizando un punto de corte mayor o igual a 8 puntos, criterio empleado en otras investigaciones en salud ocupacional en nuestro país (Avenidaño, Ramírez & Román, 2002, Fondecyt).

¹¹ Los datos presentados corresponden al cálculo de ítemes que, tras el análisis psicométrico, se conservaron en ambos grupos.

¹² Los datos de la tabla corresponde a los resultados originales del análisis parcial realizado para cada grupo.

¹³ Barriá reporta 30,6% en asistentes sociales del SENAME (Barriá, J. (2003), tesis de grado de Magister en Psicología, PUC), y García, Meza y Palma un 33,9% en enfermeras (García, M.C., Meza, P. y Palma, M. (1999). Tesis de título de Enfermera-Matrona y al grado de Licenciada en Enfermería).

Por otra parte, en relación con las dimensiones del burnout, entre los profesores el promedio de agotamiento (48,5) es mucho mayor que el logro personal reducido (13,9) o que la despersonalización (10,3). Así, entre los profesores el burnout estaría expresándose principalmente como agotamiento y sólo en forma secundaria como despersonalización o logro reducido. En tanto que en el grupo de referencia, agotamiento y despersonalización tienen el mismo promedio (15,5 y 15,7 respectivamente), y logro personal reducido presenta un promedio inferior (12). Por lo tanto, en este último grupo el burnout se manifiesta sintomáticamente en forma más homogénea respecto de las tres dimensiones.

Cabe señalar que el agotamiento emocional representa la dimensión de tensión básica del síndrome de burnout, en tanto que la despersonalización expresa el contexto interpersonal en donde las personas desempeñan su trabajo y que logro reducido representa su autoevaluación respecto a su propio desempeño. Además, es considerada una variable que precede daños a la salud, mediando la relación entre estresores laborales y consecuencias para la salud.

Vistos los resultados en la perspectiva del porcentaje de personas que manifiestan el burnout como agotamiento versus como logro reducido o como despersonalización, los resultados no difieren mayormente ni intra ni intergrupo (ver tabla 30).

Tabla 30. Porcentaje de Burnout total y en sus tres dimensiones

Burnout	Grado	Profesores	Referencia
Puntaje total Burnout	Sin síntomas	26,4	27
	Proclive	45,8	43,8
	Con Burnout	27,4	29,2
Agotamiento	Sin síntomas	26,2	24,8
	Proclive	46,4	49,0
	Con Burnout	27,4	26,1
Despersonalización	Sin síntomas	42,1	29,4
	Proclive	31,7	44,4
	Con Burnout	26,2	26,1
Logro personal reducido	Sin síntomas	27,1	27,0
	Proclive	40,6	44,5
	Con Burnout	31,5	28,5

5.2.3. Eventos Vitales Agudos

En cuanto a la presencia de eventos vitales agudos (estresores agudos), el promedio del grupo de profesores grupos es sólo levemente superior al promedio del grupo de referencia (1,8 y 1,2 respectivamente). Respecto de la cantidad de eventos vitales agudos experimentados, las diferencias entre ambos grupos son mínimas (tabla 31).

Tabla 31. Porcentaje de Eventos Vitales Agudos

Eventos vitales agudos	Profesores	Referencia	Diferencias %
Baja cantidad	32,4	28,7	3,7
Mediana cantidad	36,4	41,9	5,5
Gran cantidad	31,3	29,5	1,8

Por otra parte, es relevante que el tipo de eventos vitales agudos vividos por ambos grupos sea muy similar en cuanto a su contenido. En ambos grupos, los estresores agudos relacionados con la situación económico-financiera son los que más a menudo han vivido las personas en el último año. Entre estos eventos vitales hay dos asociados con el nivel de endeudamiento de los integrantes de estos grupos ocupacionales (contraer hipoteca o préstamo y vencimiento de deudas). Ello podría ser explicado por su nivel salarial, hipótesis que debería ser investigada en mayor profundidad.

5.2.4. Estresores Laborales

En relación con los estresores laborales generales, se destaca que los promedios son muy similares para ambos grupos: 3,7 para profesores y 3,5 para el grupo de referencia. Estos promedios indican niveles medianos de percepción de estresores laborales generales. Las diferencias en las concentraciones de los porcentajes según la cantidad de estresores laborales experimentados durante el último año son mínimas (tabla 32).

Tabla 32. Porcentaje de Estresores laborales generales

Estresores en general	Profesores	Referencia	Diferencias %
Muy pocos	25,8	27,5	1,7
Mediana cantidad	47,1	45,1	2,0
Muchos o gran cantidad	27,1	27,5	0,4

5.2.5. Sentimientos de autoeficacia individual y colectiva

El análisis de las escalas de autoeficacia individual muestra que la media del grupo de profesores es mayor que la media del grupo de referencia. En el contexto del cuestionario aplicado este es un nivel mediano de autoeficacia individual para los profesores y bajo para el grupo de referencia. Es decir, el sentimiento de autoeficacia individual de los profesores es más del doble que el mismo sentimiento en los miembros del grupo de referencia. No obstante, las diferencias observadas en las distribuciones de ambos grupos de menor a mayor sentimiento de autoeficacia individual son irrelevantes (tabla 33).

Para la escala de autoeficacia colectiva el comportamiento de ambos grupos es semejante; así, el grupo de profesores presenta un promedio de 4,3 mientras que el grupo de referencia muestra un promedio de 4. Estos niveles tienden a ser bajos en el contexto del cuestionario aplicado. Pero, no se observan diferencias en las distribuciones de ambos grupos en las categorías de menor a mayor sentimiento de autoeficacia colectiva (tabla 33).

Tabla 33. Porcentajes de Autoeficacia individual y colectiva

Autoeficacia	Profesores	Referencia	Diferencias %
Autoeficacia individual			
Baja	25,4	25,5	0,1
Mediana	49,4	48,4	1
Alta	25,2	26,1	0,9
Autoeficacia colectiva			
Baja	26,7	27,5	0,8
Mediana	44,6	45,8	1,2
Alta	28,7	26,8	1,9

En síntesis, el grupo de profesores presenta mayor riesgo en bienestar psicológico y más burnout que el grupo de referencia. Es altamente probable que este resultado en bienestar psicológico se explique por tensiones crónicas presentes en las condiciones laborales de los profesores y por la naturaleza de su actividad.

La percepción de estresores laborales generales es sólo de nivel mediano, pero ello podría deberse al tipo de estresores evaluados por esta subescala. Además, estos estímulos sólo fueron medidos en frecuencia y no en intensidad o significado.

Por otra parte, la autoeficacia individual y colectiva en los niveles encontrados (medianas y bajas) no protegen de los estresores laborales percibidos, especialmente de aquellos de carácter crónico, como los que fueron evaluados con la escala de burnout, y son consistentes con el hallazgo de altos niveles de burnout experimentados por los profesores en este y otros estudios anteriores¹⁴. Tal y como lo señaló Leiter (1992)¹⁵, el burnout podría ser también considerado como una crisis de la autoeficacia.

¹⁴ Ver, por ejemplo, A. Brouwers y W. Tomic (2000), *A longitudinal study of teacher burnout and perceived self-efficacy in classroom management*. *Teaching and Teacher Education*, 16, 239-253.

¹⁵ Leiter, M.P. (1992). Burnout as a crisis in professional role structures. *Meditation and conceptual issues*. En op. cit.

5.3. Resultados Comparativos

5.3.1. Riesgos ambientales en los sitios de trabajo; comparación entre ambos grupos

En el grupo de referencia se indagó también sobre la detección de situaciones de riesgo ambiental, constatándose diferencias significativas para la presencia ambiental de riesgo por agresividad, por riesgo geográfico, derivada de contacto con drogas ilícitas y ruido en el lugar de trabajo, con mayores niveles en el grupo de profesores (tabla 34).

Tabla 34. Comparación de situaciones ambientales de riesgo en ambos grupos

Categorías	Referencia	Profesores	Valor p
Inseguridad (física) del local	25,7	20,3	0,001
Ambiente agresivo	25,8	40,3	0,001
Condiciones geográficas adversas	7,7	2,0	0,012
Consumo/ventas drogas ilícitas	0	20,3	<0,0001
Iluminación adecuada	15,9	23,0	0,064
Condiciones térmicas inadecuadas	43,1	51,6	0,068
Condiciones de hacinamiento	10,5	19,0	0,02
Alto nivel de ruido	24,5	40,1	0,001

También se identificó una mayor frecuencia de exposición por contacto con elementos de riesgo laboral a favor del grupo de profesores, en particular la exposición a polvo y particularmente ruido en el ambiente externo o ambiental.

Tabla 35. Exposición a situaciones de riesgo para la salud, ambos grupos

Categorías	Referencia	Profesores	Valor p
Contacto con polvo	17,9	44,3	<0,0001
Contacto con humos	9,3	13,2	0,204
Contacto con humo de tabaco	11,9	19,2	0,040
Contacto con gases, solventes, vapores	12,6	9,6	0,294
Contacto con ruidos externos	32,4	57,8	<0,0001
Contacto c/insecticidas, herbicidas o pesticidas	4,0	2,1	0,199

5.3.2. Evaluación personal del estado de salud

La autopercepción del estado de salud resultó ser mejor en el grupo de referencia respecto de la muestra de profesores. Las categorías *muy buena* y *buena* alcanzan al 90% en el grupo de referencia, con un perfil más saludable en varones de este grupo (X^2 22,26 $p < 0,0001$).

5.3.3. Consumo de medicamentos según grupo de pertenencia del entrevistado

Llamó la atención la baja frecuencia de uso de anticonceptivos orales en las profesoras. Esto no es explicado por el mayor promedio de edad de ellas, puesto que la relación no se modifica significativamente al ajustar por edad. Esto podría explicarse por una mayor facilidad de acceso de las mujeres del grupo de referencia. El uso de terapia de reemplazo hormonal no fue estadísticamente diferente entre las mujeres de ambos grupos, a pesar de la diferencia en el promedio de edad.

El uso regular de medicamentos constituye un estimador de la carga de morbilidad. No obstante, el consumo de un fármaco, además de estar condicionado por una dolencia específica, puede estar determinado por el acceso financiero a ellos.

El grupo de referencia recibe en un 35% gratis o parcialmente gratis los medicamentos prescritos en la consulta médica, porcentaje que es mayor que el de los profesores. En ellos el porcentaje que declara haber pagado de su bolsillo la totalidad de la receta prescrita alcanza al 65% de los encuestados. Por tanto, es posible que la comparación en el consumo de medicamentos esté influida por el sistema previsional en salud del entrevistado.

Para algunas categorías de fármacos (antidepresivos por ejemplo), es posible que el tamaño muestral del grupo de referencia no tenga la potencia necesaria para concluir definitivamente respecto de la diferencia de consumo de los grupos estudiados.

Tabla 36. Caracterización del consumo regular declarado de medicamentos seleccionados: frecuencia en ambos grupos

Categorías de medicamentos	Referencia	Profesores	Valor p
Analgésicos	27,9	30,9	0,487
Antiinflamatorios	13,6	13,0	0,853
Vitaminas, calcio	20,5	19,9	0,861
Anticonceptivos	36,5	15,6	<0,0001 *
Hormonas para menopausia	28,9	20,4	0,070
Hormonas para tiroides	8,2	4,6	0,103
Antihipertensivos	8,3	11,3	0,216
Medicamentos para la diabetes	1,5	2,9	0,370
Para tratamiento del cáncer	0,8	0,6	0,870
Antibióticos	0,7	2,7	0,173
Arritmias	1,5	1,5	0,971
Para otras enf. Cardíacas	1,5	1,0	0,659
Laxantes	3,0	7,8	0,053
Antiulcerosos	5,9	4,6	0,526
Antiácidos	10,2	15,7	0,110
Tratamiento colon irritable	4,5	11,1	0,022 *
Broncodilatadores	0,7	5,2	0,022 *
Antihistamínicos	5,9	8,6	0,309
Antidepresivos	7,4	11,7	0,156
Medicamentos para dormir	0	11,9	-
Ansiolíticos con receta	5,9	8,1	0,32
Medic. para el colesterol	2,3	3,6	0,458
Diuréticos	3,0	3,1	0,920
Tratamiento hongos	1,5	3,6	0,229
Para reducir peso	2,2	5,0	0,166
Para dejar de fumar	0	0,42	-
Para dejar de beber	0	0	-
Para tratar el SIDA	0	0	-

(*) Diferencia estadísticamente significativa

5.3.4. Características de los problemas de salud en los últimos 12 meses

Al comparar la frecuencia de problemas de salud en el último año, se verificó diferencia significativa en enfermedades respiratorias (neumonía, bronconeumonía y neumonitis), problemas de ánimo malo, depresión, lumbago, disfonía, y por otras causas, la que comprende una amplia gama de condiciones.

La alta frecuencia de enfermedad respiratoria aguda en profesores es similar a la del grupo de referencia. Probablemente ambos grupos comparten un elevado riesgo epidemiológico derivado de trabajar en contacto estrecho con persona. Frecuentemente también los espacios físicos reducidos favorecen el desarrollo de estas enfermedades.

Tabla 36. Antecedente de haber padecido de problemas de salud en el último año: referencia y profesores

Categorías de morbilidad percibida	Referencia	Profesores	Valor p
Consulta por resfrío común	80,1	85,2	0,141
Consulta por influenza	7,3	12,9	0,058
Consulta neumonía, bronconeumonía, neumonitis.	2,0	6,5	0,033 *
Consulta por alteraciones del ánimo	25,8	46,3	<0,0001 *
Consulta por depresión	12,6	26,1	0,001 *
Consulta por lumbago	31,8	46,8	0,001 *
Consulta por infección urinaria	8,6	14,2	0,074
Consulta por diarrea aguda	13,3	16,3	0,369
Consulta por sinusitis	10,6	15,0	0,170
Consulta por disfonía	14,6	48,4	<0,0001
Consultas por otras causas	11,9	21,9	0,007 *

(*) Diferencia estadísticamente significativa

Consistente con lo anterior, las consultas registradas por causas específicas fueron significativamente mayores en el grupo de profesores, apoyando objetivamente la impresión anterior de una mayor carga de morbilidad en este grupo.

Tabla 37. Promedio de consultas médicas reportadas según categorías de diagnóstico según grupo : promedio (consultas/persona)

	Referencia	profesores	p
Consulta por resfrío común	0,56	0,83	0,0150 *
Consulta por influenza	0,07	0,15	0,0143 *
Consulta neumonía, bronconeumonía, neumonitis.	0,08	0,13	0,173
Consulta por depresión	0,36	0,66	0,084
Consulta por lumbago	0,23	0,61	0,0007 *
Consulta por infección urinaria	0,12	0,19	0,111
Consulta por diarrea aguda	0,07	0,13	0,1030
Consulta por sinusitis	0,11	0,30	0,163
Consulta por disfonía	0,12	0,52	0,021 *
Consultas por otras causas	0,34	1,0	0,059

(*) Diferencia estadísticamente significativa

En cuanto a patologías diagnosticadas por médico, se detectó diferencias entre ambos grupos. La hipertensión arterial resultó ser cerca de 2,5 veces mayor que la prevalencia en el grupo de referencia. Las patologías de salud mental fueron también estadísticamente más frecuentes en este grupo. Estas categorías incluyen a trastornos del ánimo, depresión, colon irritable, bruxismo y obesidad. Probablemente la hipertensión arterial también deba caer dentro de esta categoría..

No hay explicación plausible para la mayor frecuencia de cálculos biliares en profesores. Es posible que esto derive de barreras económicas a resolución quirúrgica de esta patología.

En cuanto a problemas respiratorios, sólo la bronquitis resultó estadísticamente mayor en el profesorado.

Relevante también resultó la patología del sistema venoso, explicada probablemente por las prácticas pedagógicas con estadias prolongadas de pie o en posición sentada.

Las fracturas (antecedente de prevalencia de vida) resultaron ser de mayor frecuencia en el profesorado. Esto podría estar vinculado con malas condiciones ambientales de trabajo que confieren o incrementan el riesgo físico de fracturas. Como ya se vio previamente, este antecedente de exposición a riesgo laboral es mayor en las profesoras.

Los problemas de salud dental constituyen un problema importante. El análisis de pérdida de piezas dentales y tratamientos de conducto muestra una mayor frecuencia en el profesorado evaluado. También destacaron los problemas visuales, sea por presbicia o vicios de refracción como aquellas patologías oftalmológicas como conjuntivitis, glaucoma y cataratas.

Tabla 38. Morbilidad diagnosticada por patologías seleccionadas (prevalencia de vida): grupo de referencia y profesores

Categorías de morbilidad percibida	Referencia	Profesores	Valor p
Diagnóstico de diabetes	2,0	4,2	0,221
Diagnóstico de hipertensión	9,3	22,1	<0,00001 *
Diagnóstico de anemia	9,3	11,7	0,409
Diagnóstico de cáncer de cuello útero (1)	0	1,5	-
Diagnóstico de cáncer de útero (1)	0	1,8	-
Diagnóstico de cáncer de ovario (1)	0	0,60	-
Diagnóstico de cáncer de mama (1)	0	0,3	-
Diagnóstico de asma bronquial	4,0	7,10	0,170
Diagnóstico de bronquitis	0,7	5,6	0,010 *
Diagnóstico otras enf.pulmonares	2,0	3,1	0,462
Diagnóstico de cardiopatía coronaria	1,3	2,1	0,550
Diagnóstico de infarto no fatal	0,7	1,3	0,546
Diagnóstico de accidente vascular	0,7	0,6	0,961
Diagnóstico de valvulopatía	0	1,0	0,207
Diagnóstico de insuficiencia cardíaca	0	1,0	0,207
Diagnóstico de arritmia cardíaca	1,3	4,0	0,115
Diagnóstico de enf.cadiovascular	2,0	1,7	0,796
Diagnóstico de enfermedad tiroídea	5,3	6,1	0,730
Diagnóstico de hipercolesterolemia	4,0	17,1	<0,00001 *
Diagnóstico de hernias	0	1,9	0,090
Diagnóstico de úlcera gástrica	5,3	6,1	0,730
Diagnóstico de cirrosis hepática	0	0,42	0,426
Diagnóstico de cálculos biliares	4,0	10,0	0,021 *
Diagnóstico de colopatía funcional	19,2	10,2	0,003 *
Diagnóstico de hemorroides	4,6	14,6	0,001 *
Diagnóstico de parasitosis intestinal	1,3	3,4	0,195
Diagnóstico de várices	6,0	16,1	0,002 *
Diagnóstico de varicocele (2)	0	4,05	0,152
Diagnóstico de sarna	0	4,4	0,009 *
Diagnóstico de alergias	7,3	18,8	0,001
Diagnóstico de problemas vocales	11,3	31,3	<0,0001 *

Diagnóstico de lumbago	17,9	32,4	0,001 *
Diagnóstico (antecedente) de fractura	3,3	16,7	<0,0001 *
Diagnóstico de problemas auditivos	3,3	6,1	0,193
Pérdida de piezas dentales	17,9	42,8	<0,0001 *
Antecedente de tratamiento de conducto	27,2	4,6	<0,0001 *
Diagnóstico de osteoporosis (1)	4,0	5,1	0,602
Diagnóstico de problemas visuales	27,8	53,7	<0,0001 *
Diagnóstico de enfermedades a la vista	0,7	4,2	0,036*
Diagnóstico de bruxismo	8,0	18,4	0,002
Diagnóstico de jaqueca	12,6	26,7	0,0001 *
Diagnóstico de cálculos renales	4,0	9,4	0,033 *
Diagnóstico de insuficiencia renal	0,7	1,04	0,674
Diagnóstico de obesidad	13,3	28,2	<0,0001 *
Diagnóstico de bajo peso	0,7	6,3	0,006
Diagnóstico de depresión	11,3	29,2	<0,0001 *
Diagnóstico de ansiedad	5,3	19,4	<0,0001 *
Diagnóstico otros prob.salud mental	1,3	3,8	0,137
Diagnóstico de miomatosis uterina (1)	10,6	16,8	0,126
Diagnóstico de nódulos mamarios (1)	5,8	14,7	0,017 *
Diagnóstico de problemas próstata (2)	0	4,1	0,152
Diagnóstico de fatiga crónica	0	2,1	0,073
Diagnóstico de fibromialgia	0	0,84	0,260
Diagnóstico de enf.transmisión sexual	0	0,8	0,260

(1) sólo mujeres (2) sólo varones (*) diferencia estadísticamente con un 95% de confianza.

5.3.5. Análisis comparado de estimadores de riesgo.

A partir de estos resultados se calcularon Odds Ratios de prevalencia (con su correspondiente intervalo de confianza al 95% de confianza), como estimadores del riesgo de presentar estas patologías según sea el grupo de pertenencia estudiado (profesores, grupo de referencia). Por la estrecha relación con variables como edad y sexo, se confeccionó un modelo de regresión logística crudo y ajustando por estas dos variables potencialmente confundentes (tabla 39).

Tabla 39. Odds Ratios crudos y ajustados de padecer algunas patologías seleccionadas: análisis del grupo en estudio y grupo de referencia.

Categorías de morbilidad percibida	OR Crudo 95% IC:	OR ajustado (2) 95% IC:
Diabetes	2,15 (0,63-7,34)	1,65 (0,47-5,82)
Hipertensión *	2,78 (1,54-5,0)	1,9 (1,03-3,5)
Asma bronquial	1,85 (0,76-4,48)	2,07 (0,83-5,19)
Tuberculosis	1,43 (0,30-6,66)	0,99 (0,20-4,81)
Bronquitis	8,97 (1,20-66,5)	6,3 (0,84-47,4)
Otras enf.pulmonares	1,59 (0,46-5,58)	1,71 (0,47-6,18)
Cardiopatía coronaria	1,59 (0,34-7,33)	1,15 (0,40-5,49)
Infarto no fatal	1,90 (0,23-15,93)	1,01 (0,11-9,05)
Accidente vascular	0,94 (0,98-9,16)	0,65 (0,63-6,67)
Arritmia cardíaca	3,08 (0,71-13,37)	5,42 (0,71-41,51)
Enf.cadiovascular	0,84 (0,22-3,20)	0,67 (0,17-2,67)
Enfermedad tiroídea	1,15 (0,51-2,58)	0,88 (0,38-2,03)
Hipercolesterolemia *	4,99 (2,13-11,68)	3,62 (1,52-8,61)
Úlcera gástrica	1,15 (0,51-2,58)	1,12 (0,49-2,57)
Cálculos biliares	2,69 (1,12-6,41)	2,16 (0,89-5,25)
Colopatía funcional	0,49 (0,28-0,77)	0,41 (0,24-0,71)
Hemorroides *	3,52 (1,58-7,83)	3,37 (1,49-7,61)
Parasitosis intestinal	2,57 (0,58-11,33)	3,19 (0,70-14,52)
Várices *	3,22 (1,47-19)	2,69 (1,29-5,59)
Alergias *	2,94 (1,53-5,67)	3,45 (1,76-6,78)
Problemas vocales *	3,60 (2,09-6,17)	4,39 (2,47-7,81)
Lumbago *	2,20 (1,39-3,47)	2,03 (1,27-3,26)
Antecedente de fractura *	5,85 (2,33-14,74)	6,17 (2,41-15,76)
Problemas auditivos	1,88 (0,71-4,95)	1,83 (0,68-4,94)
Pérdida piezas dentales *	3,44 (2,18-5,40)	2,93 (1,84-4,66)
Tratamiento de conducto *	2,08 (1,39-3,10)	1,91 (1,26-2,90)
Osteoporosis (1)	1,14 (0,45-2,89)	0,82 (0,31-2,14)
Problemas visuales *	3,00 (2,01-4,47)	2,41 (1,59-3,67)
Enfermedades a la vista	6,53 (0,87-49,1)	5,38 (0,70-41,2)
Bruxismo *	2,61 (1,38-4,91)	3,03 (1,55-5,95)
Jaqueca *	2,56 (1,52-4,31)	2,78 (1,61-4,77)
Cálculos renales	2,50 (1,05-6,00)	2,72 (1,10-6,72)
Obesidad *	2,57 (1,54-4,28)	2,39 (1,41-4,05)
Bajo peso *	10,02 (1,35-74,1)	11,7 (1,56-88,0)
Depresión *	3,26 (1,89-5,59)	3,25 (1,84-5,75)
Ansiedad *	4,30 (2,04-9,09)	4,3 (1,89-8,61)
Otros problemas de salud mental	2,91 (0,67-12,68)	2,49 (0,56-11,11)
Miomatosis uterina (1)	1,70 (0,86-3,39)	1,30 (0,64-2,65)
Nódulos mamarios (1)	2,80 (1,16-6,76)	2,06 (0,76-5,60)

(1) solo mujeres

(2) Ajustado por sexo y edad

(*) Asociación que se mantiene estadísticamente significativa post-ajuste por sexo y edad

Luego del ajuste por sexo y edad, un conjunto importante de enfermedades persiste estando positivamente asociadas con la categoría de ser profesor. A partir de esta información

puede concluirse que las enfermedades señaladas (*), resultan estar positivamente asociadas con el hecho de ser profesor, independiente del sexo y la edad de los entrevistados de ambos grupos.

Además de las variables sexo y edad, se consideró necesario ajustar estos datos por la variable sistema previsional en salud, por la posibilidad de que ésta constituyera una variable confundente (tabla 39).

El resultado de esta ajuste se complementó con el cálculo de la denominada "*fracción etiológica*" que es un indicador que estima el porcentaje del daño evaluado que podría ser explicado por la variable en estudio (ajustado por edad, sexo y previsión en salud). Para todos estos casos, esta variable está determinada por tener o no la condición de profesor.

Tabla 40. Odds Ratios y riesgo atribuible porcentual ajustado de padecer algunas patologías seleccionadas: grupo en estudio en comparación con grupo de referencia.

Categorías de morbilidad percibida	OR ajustado (1) 95% IC:	OR ajustado (2) 95% IC:	Riesgo atribuible Porcentual ajustado (3)
Hipertensión	1,9 (1,03-3,5)	1,9 (0,97-3,6)	0,35 (0,01-0,58)
Hipercolesterolemia *	3,6 (1,5-8,6)	2,7 (1,1-6,6)	0,63 (0,22-0,82)
Hemorroides *	3,4 (1,5-7,6)	2,9 (1,2-6,6)	0,60 (0,21-0,80)
Várices *	2,7 (1,3-5,6)	2,6 (1,2-5,5)	0,52 (0,12-0,73)
Alergias *	3,5 (1,8-6,8)	3,2 (1,6-6,4)	0,59 (0,29-0,76)
Problemas vocales *	4,4 (2,5-7,8)	4,5 (2,5-8,3)	0,61 (0,40-0,75)
Lumbago *	2,0 (1,3-3,3)	2,1 (1,3-3,5)	0,35 (0,11-0,52)
Antecedente de fractura *	6,2 (2,4-15,8)	5,3 (2,0-13,7)	0,76 (0,45-0,89)
Pérdida piezas dentales *	2,9 (1,8-4,7)	3,0 (1,9-5,00)	0,46 (0,26-0,60)
Tratamiento de conducto *	1,91 (1,3-2,9)	1,8 (1,2-2,8)	0,28 (0,09-0,43)
Problemas visuales *	2,4 (1,6-3,7)	2,3 (1,5-3,5)	0,33 (0,16-0,46)
Bruxismo *	3,03 (1,6-5,9)	2,7 (1,3-5,4)	0,55 (0,23-0,74)
Jaquaca *	2,4 (1,6-4,8)	2,3 (1,3-4,0)	0,48 (0,23-0,64)
Obesidad *	2,39 (1,4-4,0)	2,2 (1,3-3,9)	0,43 (0,17-0,60)
Bajo peso *	11,7 (1,6-88,0)	14,1 (1,84-108,3)	0,88 (0,17-0,98)
Depresión *	3,25 (1,8-5,8)	2,81 (1,6-5,1)	0,54 (0,29-0,70)
Ansiedad *	4,3 (1,9-8,6)	3,7 (1,7-8,0)	0,65 (0,33-0,82)

- ajustado por sexo y edad
- Ajuste adicional por sistema previsional en salud.
- Estima el porcentaje de daño que podría ser consecuencia del factor de exposición. La exposición está representada por la condición de profesor.

Posterior a este ajuste, sólo algunas patologías quedan retenidas significativamente en este modelo. Curiosamente algunas de éstas, incrementan el riesgo en el profesorado posterior a este ajuste, como es el caso de la disfonía.

Para algunas categorías adicionales se verificó su comportamiento ajustando por eventuales otros confundentes. Por ejemplo, el mayor riesgo de disfonía, problemas de ansiedad y depresión resultaron ser también independientes del hábito tabáquico del encuestado. El mayor riesgo de depresión de los profesores resultó también ser independiente del estado civil. No obstante, en esta muestra el estado civil del entrevistado se asoció positivamente con mayor riesgo de depresión, con el máximo riesgo en sujetos viudos en comparación con solteros.

5.3.6. Indicadores antropométricos

Se construyó el Índice de Masa Corporal (IMC), una medida que estima la situación nutricional a partir de la relación del peso con la talla. Las categorías de IMC entre 25 y 30 son indicativas de sobrepeso y la categoría de 30 y más, de obesidad.

Cabe señalar que el autoreporte del peso puede subestimar el peso real. De la misma forma la talla puede verse afectada por sobreestimación al referir el sujeto la estatura registrada en etapas más jóvenes de la vida. La talla se ve también afectada por la edad, la que determina reducción de ella a mayor edad. Los datos se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 41. Índice de masa corporal, expresado en porcentaje, según peso y talla referidos, según grupo

Índice Masa Corporal	Grupo referencia (%)	Profesores (%)
Menos de 20 (bajo peso)	1,4	4,9
20 a 25 (normal)	44,8	44,4
25 a 30 (sobrepeso)	45,5	40,0
Más de 30 (obesidad)	8,4	11,3

$\chi^2 = 5,07$ $p = 0,166$

El peso promedio referido resultó ser estadísticamente mayor (75,4 kg.) en varones del grupo de referencia respecto de profesores (68,8 kg.) (p 0,001). Inversamente, el promedio de peso de profesoras (67,5 Kg) fue estadísticamente mayor que el del grupo de referencia (63,9 kg) (p 0,003). En el grupo de referencia hubo mayor frecuencia de varones en la categoría de sobrepeso comparado con mujeres. En el grupo de profesores, no se observó diferencias significativas entre los distintos estratos del IMC según sexo.

5.3.7. Consumo de tabaco

El consumo diario y ocasional de cigarrillos (actual) fue similar en ambos grupos de entrevistados, sin diferencias según sexo en la tasa de fumadores actuales en el grupo de referencia. A pesar de no encontrar diferencia estadísticamente significativa al comparar según sexo, las profesoras muestran mayor tendencia al tabaquismo que sus equivalentes del grupo de referencia (39,1% vs 35,7% $\chi^2 = 0,637$ $p = 0,453$).

Controlando el efecto de la edad y sexo, no se encuentra diferencia significativa en el riesgo de ser fumador en los profesores (OR 0,94; 95% I.C.:0,64 - 1,40).

5.3.8. Consumo de alcohol

El grupo de referencia presenta mayor frecuencia de personas que señalan haber bebido alguna vez en la vida (81,1% vs 97,2% en el grupo de referencia). Al indagar cualitativamente acerca de la modalidad de consumo actual, los profesores tienen mayores porcentajes de consumo diario y ocasional de alcohol (2,1% vs 1,0% y 26,6% vs 7,1% respectivamente). Agrupando el consumo diario y ocasional de alcohol, los profesores varones presentan un Odds Ratio de 2,34 (95% I.C.:0,64 - 8,5) y las profesoras de 5,04 (95% I.C.: 1,9 -13,2). Aún cuando el tamaño muestral reducido en varones podría esconder una diferencia significativa, en las mujeres el mayor nivel de riesgo de consumo de alcohol en estas modalidades es significativamente mayor que el del grupo de referencia.

De igual forma, al utilizar el resultado de bebedores problema del cuestionario CAGE, el Odds Ratio para hombres fue de 1,20, estadísticamente no significativo (95% I.C.:0,8 -1,8). No obstante registrarse un mayor valor de Odds Ratio en mujeres (1,51), este tampoco

resultó ser estadísticamente significativo (95% I.C: 0,95 - 2,4). No se encontró asociación entre consumo de tabaco (tabaquismo actual) y consumo de alcohol (diario y ocasional).

5.3.9. Comorbilidad

Definido como la coexistencia de al menos 2 de 9 patologías seleccionadas, los profesores presentaron para ambos sexos mayor frecuencia de comorbilidad que el grupo de referencia. El Odds Ratio crudo fue de 3,47 (95% IC: 2,2 - 5,4), indicando casi 3,5 veces mas de riesgo de presentar comorbilidad en profesores. El análisis según sexo muestra para los varones profesores un riesgo de 4,0 veces (95% IC: 1,5 -11,2) y para mujeres de 3,4 (95% IC:2,1 - 5,6).

5.3.10. Actividad física

El grupo de referencia muestra mayor nivel de actividad física regular que el grupo de profesores evaluados. Señalan tener actividad física el 30,4% de funcionarios del grupo de referencia en comparación con 20% del grupo de profesores. La frecuencia de quienes no tienen ningún nivel de actividad física es significativamente mayor entre los profesores) (X^2 8,4 p = 0,015).

La frecuencia de personas que realizan sesiones de actividad física eficiente (30 minutos o más) fue algo mayor en el grupo de referencia, sin alcanzar valor estadísticamente significativo (32,9% vs 25,4%). La información anterior revela una conducta menos favorable a la actividad física entre los profesores.

6. RESUMEN DE ENFERMEDADES POTENCIALMENTE ATRIBUIBLES A LA CONDICIÓN DE PROFESOR

Como se ha señalado en la descripción de los métodos utilizados en esta investigación, los diseños epidemiológicos de carácter transversal tienen limitaciones significativas al momento de estudiar relaciones de causalidad entre variables y por tanto, evaluar el peso atribuible en la explicación de daños en salud.

No obstante lo anterior, estos diseños permiten acopiar información que permite avanzar en el estudio de tales relaciones, recurriendo a procedimientos técnicos de control de variables.

Adicionalmente, el nivel de conocimiento disponible sobre la historia natural de las relaciones entre variables permite matizar mejor el análisis de este tipo de relaciones

Los elementos que se han considerado en esta investigación para proponer un listado de patologías o condiciones de salud eventualmente atribuibles a la condición de profesor, son los siguientes:

- a) El nivel de evidencia estadística encontrada en la asociación univariada de los factores estudiados (asociación estadística)
- b) La consistencia de tal evidencia al evaluar los daños mediante diferente aproximaciones (por ejemplo: a partir del uso de fármacos específico para una enfermedad y el antecedente de declarar la misma enfermedad, el antecedente de haber tenido consulta o control profesional por la misma condición).
- c) El control de variables potencialmente confundentes, utilizando procedimientos de análisis multivariado. En un primer nivel de análisis, se utilizó un conjunto de variables confundentes tradicionalmente empleado en investigaciones de esta naturaleza (sexo, edad, región de residencia, estado civil, paridad, nivel de dependencia, etc).
- d) El control de otras variables que, a la luz de la presente investigación, pudieran ser relevantes como eventuales variables de confusión (por ejemplo; la situación previsional en salud, los años de ejercicio profesional docente, presencia de hijos en el sistema escolar, la existencia de riesgo ambiental, etc).
- e) La detección, por medio de indicadores de riesgo (Odds Ratio de prevalencia) epidemiológicamente concordantes con el nivel de conocimiento y estadísticamente significativos (Intervalos de Confianza del 95%). Se entiende que los Odds Ratio calculados que cumplen con esta condición han sido ajustados por las variables señaladas anteriormente y constituyen una buena aproximación a la magnitud del riesgo.
- f) El conocimiento de la historia natural de las patologías o condiciones estudiadas, considerando los fenómenos de multicausalidad subyacentes
- g) El conocimiento de mecanismos mediante el cual se produce la exposición al factor estudiado.

- h) El conocimiento de asociación entre el daño estudiado con el quehacer docente, documentado en el marco de referencia (especificidad),
- i) La existencia de un supuesto de plausibilidad (biológica, psicológica) entre el daño observado y la exposición
- j) La distinción entre aquellos daños que se expresan como una posible enfermedad profesional y aquellos daños más vinculados con el fenómeno de accidentabilidad laboral.

Análogamente a lo propuesto por Bradford Hill (epidemiólogo, que ha efectuado importantes contribuciones en el área de atribuciones de causalidad), ninguno de estos criterios *per se* adjudica a estas patologías el rótulo de específicos e inequívocamente producidos por el ejercicio docente.

Habiendo satisfecho el criterio de asociación estadísticamente significativa, el primer listado de patologías eventualmente atribuible a la condición de profesor es el siguiente

Tabla 42. Patologías seleccionadas sobre la base de exceso de riesgo, controlando el efecto de potenciales variables confundentes

PATOLOGÍA	ODDS RATIO *
Bajo peso	11,7
Antecedente de fractura	6,2
Problemas vocales	4,4
Ansiedad	4,3
Hipercolesterolemia	3,6
Alergias	3,5
Hemorroides	3,4
Depresión	3,2
Bruxismo	3,0
Pérdida piezas dentales	2,9
Várices	2,7
Problemas visuales	2,4
Jaqueca	2,4
Obesidad	2,4
Lumbago	2,0
Tratamiento de conducto	1,9

(*) Interpretación del valor del Odds Ratio:
 Valores mayores a 1,0, con intervalo de confianza con valores siempre mayores que uno, se interpretan como un exceso de riesgo derivado de la exposición, siendo ésta, poseer o no la condición de profesor.

En consecuencia, y considerando la aplicación de la totalidad de las condiciones señaladas previamente, además de la mera asociación estadística de variables, las condiciones que

mejor representan la relación entre daño a la salud y condición de profesor, son las siguientes:

- Problemas nutricionales: bajo peso, sobrepeso – obesidad, colesterol elevado.
- Problemas vocales en la emisión de la voz.
- Problemas de salud mental: depresión, ansiedad.
- Problemas circulatorios: hemorroides, várices.
- Alteraciones visuales
- Lumbago

Se hace sin embargo la salvedad de los siguientes tres aspectos relevantes en materia de prevención y control de enfermedades en el profesorado:

a)El hecho de no encontrar diferencias significativas entre la prevalencia de patologías al comparar profesores con su grupo de referencia, no significa de modo alguno que dichos problemas no sean relevantes ni tampoco que no sea necesario intervenir técnicamente sobre ellos. Valga señalar que una interpretación de sentido común, indica que la ausencia de evidencia estadística puede ser la simple consecuencia de que en los grupos estudiados (profesores y personal de salud) la prevalencia sea desusadamente elevada. El grupo utilizado como referencia posee sin duda, elevada prevalencia para algunas de las condiciones estudiadas en esta investigación.

b)El conocimiento científico de estas enfermedades, y eventualmente de otras, puede progresar y generar información técnicamente muy robusta. Investigaciones posteriores, con hipótesis de trabajo derivadas de esta investigación, podrían aportar información adicional.

c)Los mecanismos íntimos de exposición no son del todo conocidos, puesto que la taxonomía de exposición a agentes de riesgo no considera, al menos desde la perspectiva legal, los eventos psicosociales como vehículo de daño. Esto explica, por ejemplo, la no-inclusión en el listado siguiente de los problemas dentales y nutricionales.

7. ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

Para medir la prevalencia de patología mental se utilizó el SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I), según la clasificación de trastornos mentales DSM-IV. Este instrumento fue diseñado para efectuar estimaciones de prevalencia en el último mes y prevalencia de vida de trastornos mentales de la población estudiada.

Participó como entrevistadores un grupo de psiquiatras con entrenamiento formal, con la finalidad de otorgar las mejores condiciones de evaluación en la aplicación de este instrumento, relativamente nuevo en nuestro medio. En futuras aplicaciones de éste es posible recurrir a otros profesionales adecuadamente entrenados.

La encuesta se compone de un conjunto de preguntas que sigue el modelo de una entrevista psiquiátrica clínica. En esta modalidad, el algoritmo diagnóstico se halla integrado internamente al proceso de entrevista. En la medida que se desarrolla la evaluación, el entrevistador va probando y descartando sucesivas hipótesis diagnósticas.

El SCID-I se estructura en dos partes. La primera parte es la llamada "visión general" (*overview*) y posteriormente, se agrupan las preguntas que utilizan los criterios DSM-IV por módulos sucesivos según el tipo de patología (en las esferas afectiva, ansiosa, abuso de sustancias, somatomorfias, alimentarias, etc).

La visión general u *overview* tiene por objetivo que el entrevistador obtenga una visión global del entrevistado. Se aplican diferentes preguntas abiertas, comenzando por las que dan cuenta de aspectos más generales, finalizando con preguntas más específicas sobre la salud mental del sujeto en el último mes de vida.

Se pregunta también sobre la ocurrencia de eventos vitales importantes, posibles de desencadenar algún cuadro psiquiátrico.

Para este estudio se ocupó la versión para investigación en población "no-psiquiátrica" en su versión traducida al español y utilizada en Puerto Rico.

La aplicación se llevó a efecto en una muestra de 177 profesores, sobre la base del diseño muestral del proyecto de investigación. (53 profesores en la tercera, 38 en Santiago, 66 en la séptima y 20 en la Quinta Región). Las entrevistas se llevaron a cabo en la ciudad de Copiapó, Santiago, Viña del Mar y Talca.

Los psiquiatras responsables de las aplicaciones, reportaron diferencias en cuanto a la disposición a colaborar por parte de los profesores de Santiago, en comparación con los de otras regiones. Estos últimos tuvieron muy buena disposición a la entrevista, sin presentarse inconvenientes de ninguna naturaleza. En Santiago, sin embargo, se observaron problemas derivados de inasistencia a las aplicaciones o quejas por períodos de espera, que en general no fueron prolongados.

Este comportamiento no se observó entre los funcionarios de salud entrevistados en Santiago respecto de regiones.

7.1. Descripción de la muestra

La muestra estuvo constituida por dos grupos de funcionarios de cinco ciudades de Chile, profesores (177 participantes) que constituían el grupo de interés y funcionarios del sector salud que constituían el grupo de referencia (79 participantes).

Al concluir la entrevista, las personas evaluadas no recibieron diagnóstico. No fue necesario utilizar prescripción de medicamentos ni derivaciones urgentes por detección de patologías con carácter urgente.

7.2. Prevalencia de vida de trastornos mentales

El trastorno más común en la muestra completa fue la depresión mayor con una prevalencia de vida de 29,1%, seguida por trastorno de ansiedad no específico, con una prevalencia de vida de 21,3%. Estas cifras son más altas que las obtenidas por estudios hechos por el Ministerio de Salud (MINSAL, 1999) (Por ejemplo, la prevalencia de vida de depresión mayor en 3 ciudades del país varió entre 7,6% y 16,3%). Fobias (social y no específica) y trastorno de pánico fueron los trastornos que siguieron a la depresión y ansiedad, sin embargo, son menos comunes, presentando una prevalencia de 10,6% y 5,9% respectivamente.

De forma similar, la prevalencia de vida de trastornos ansiosos, como categoría general, es más alta en esta muestra que en la población general (rango entre 12,5% y 16,6%). El resto de los trastornos examinados en este estudio (ver tabla 43) fueron bastante menos frecuentes en comparación con los trastornos antes mencionados, estando el rango de la prevalencia entre 3,5 y 0,08%. Es importante notar que depresión no especificada no fue reportada por los participantes de este estudio.

Tabla 43. Prevalencia de vida y últimos mes en la muestra total

Trastorno	Prevalencia Vida	Prevalencia Mes
Depresión mayor	29,1	3,9
Depresión no especificada	0	0
Abuso alcohol	1,2	2,4
Abuso ansiolíticos	0,8	0,8
Abuso marihuana	0,4	0
Estrés postraumático	3,5	0,8
Trastorno de pánico	5,9	1,6
Fobia social	3,5	3,5
Fobia específica	7,1	7,1
Trastorno obsesivo-compulsivo	2	0,8
Ansiedad no especifica	21,3	20,1
N válido	254	254

Los resultados que evalúan la prevalencia de vida de trastornos mentales mostraron que las mujeres tienen una mayor prevalencia que los hombres en 5 trastornos (ver tabla 44). Es importante recalcar que de estas diferencias, cuatro corresponden a mayor prevalencia de mujeres (depresión mayor, fobia social, fobia específica y ansiedad no especificada) y una se observó en varones (trastorno obsesivo compulsivo). Estos resultados que muestran una mayor prevalencia en mujeres, coinciden con estudios anteriores realizados en muestras de otros países (MacIntyre, Hunt & Sweeting, 1996). Llama la atención el que todas las personas que reportaron abusar de ansiolíticos y marihuana eran mujeres. Esto muestra un patrón diferente, especialmente respecto del abuso de marihuana, dado que varios estudios muestran que los hombres tienden a abusar de sustancias más que las mujeres (Reddy, Fleming & Adeso, 1992).

Tabla 44. Prevalencia de vida y último mes de trastornos mentales según sexo

Trastorno	Prevalencia Vida		Prevalencia último mes	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Depresión mayor	12,9	35,3	0	5,4
Depresión no especificada	0	0	0	0
Abuso alcohol	2,9	0,5	7,1	0,5
Abuso ansiolíticos	0	1,1	0	1,1
Abuso marihuana	0	0,5	0	0
Estrés postraumático	4,3	3,3	1,4	0,5
Trastorno de pánico	7,1	5,4	1,4	1,6
Fobia social	0	4,9	0	4,9
Fobia específica	2,9	8,7	2,9	8,7
Trastorno obsesivo-compulsivo	5,7	0,5	1,4	0,5
Ansiedad no especifica	12,9	24,5	12,9	22,8
N válido	70	184	7,1	0,5

La prevalencia por grupos (profesores versus grupo de referencia) mostró que de los trastornos mentales examinados, los profesores mostraban mayor prevalencia de vida en todos menos uno (abuso de ansiolítico; Ver tabla 45). De estas diferencias en prevalencia, la única estadísticamente significativa fue la diferencia en la prevalencia de ansiedad no especificada. Las diferencias en depresión mayor y fobia específica fueron marginalmente significativas, mientras que el resto de los resultados fueron no significativos. La falta de significación estadística de estas diferencias, puede estar dada por una falta de poder, puesto que hay diferencias que desde un punto de vista teórico son importantes (diferencia de casi 10% en depresión mayor).

Tabla 45. Prevalencia de vida y últimos mes de trastornos mentales según grupo de pertenencia

Trastorno	Prevalencia vida		Prevalencia último mes	
	Profesores	Referencia	Profesores	Referencia
Depresión mayor	32	22,8	4,3	2,5
Depresión no especificada	0	0	0	0
Abuso alcohol	1,7	0	3,4	0
Abuso ansiolíticos	0,6	1,3	1,1	0
Abuso marihuana	0,6	0	0	0
Estrés postraumático	4,6	1,3	1,1	0
Trastorno de pánico	6,9	3,8	2,3	0
Fobia social	4,6	1,3	4,6	1,3
Fobia específica	8,6	3,8	8,6	3,8
Trastorno obsesivo-compulsivo	2,3	1,3	1,1	0
Ansiedad no especifica	25,7	11,4	24	11,4
N válido	175	79	175	79

7.3. Prevalencia en el último mes de trastornos mentales en la muestra total

Como se puede observar en la tabla 45, los resultados de prevalencia en el último mes para depresión fueron bastante más modestos que los resultados de prevalencia de vida. La prevalencia de depresión mayor en el último mes (3,9%) fue el tercer trastorno más común en esta muestra. El trastorno más común fue ansiedad no específica, con una prevalencia de un 20,1%. Llama la atención que el segundo trastorno más prevalente son las fobias tanto sociales como las no específicas, con un 10,6%. El rango de los otros trastornos varió entre 2,4% (abuso de alcohol) y 0,8% (estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo y abuso de marihuana).

Las diferencias de prevalencia por sexo de trastornos en el último mes mostraron un patrón similar a la prevalencia por vida, con cifras más alta en el grupo de mujeres (ver tabla 44).

Las excepciones estuvieron dadas por abuso de alcohol, estrés postraumático y trastornos obsesivo compulsivos (mayor prevalencia en hombres que en mujeres). De estas diferencias, solamente la de abuso de alcohol fue estadísticamente significativa, mientras que de las diferencias que favorecen a las mujeres, depresión mayor, fobia social, fobia específica y ansiedad no especificada fueron estadísticamente significativas.

Tal como se observó en la prevalencia de vida de depresión mayor por grupo, la prevalencia en el último mes fue mayor en el grupo de profesores. La única diferencia estadísticamente significativa fue la de ansiedad no especificada. Las consideraciones respecto de la potencia del estudio en este aspecto son válidas también para estos resultados.

7.4. Factores sociodemográficos asociados con la prevalencia de vida y del último mes de trastornos mentales

Es importante analizar cómo estos factores en conjunto con otros factores demográficos se relacionan con la prevalencia en esta muestra. Por esta razón se examinó en modelos de regresión logísticos la asociación de sexo, edad, estado marital (vivir solo o con compañía), el número de hijos, si la persona trabaja actualmente, y el grupo de pertenencia (profesor o referencia). Es importante señalar que se examinaron sólo tres tipos de prevalencias en tres respectivos modelos (prevalencia de vida: depresión mayor y ansiedad no especificada; prevalencia último mes: ansiedad no especificada). Esta decisión fue tomada sobre la base de sus prevalencias.

Los resultados para depresión mayor (prevalencia de vida) mostraron que el modelo presentó una buena adecuación a los datos ($\chi^2(8) = 11,50$, $p = 0,18$, y pseudo $R^2 = 0,11$). Los coeficientes de asociación (*odds ratios*) indicaron que la única variable significativa fue el sexo (OR = 4,21, IC al 95%: 1,91- 9,33), indicando que la probabilidad de haber sufrido depresión durante la vida para las mujeres es cuatro veces mayor que la de los hombres (ver tabla 40). Del resto de las variables, sólo el número de hijos estuvo cerca de alcanzar significación estadística (OR = 1,28, IC al 95%: 0,98-1,67) mostrando que las chances de haber sufrido depresión aumenta con el número de hijos.

Los resultados del modelo para ansiedad no especificada (prevalencia de vida) mostraron que el ajuste del modelo a los datos fue similar al anterior ($\chi^2(8) = 11,76$, $p = 0,162$, y pseudo $R^2 = 0,09$). Los coeficientes de asociación (*odds ratios*) indicaron que tanto sexo

(OR = 2,27, IC al 95%:1,01- 5,09) y grupo de pertenencia (OR = 3,22, IC al 95%: 1,42-7,32) se asociaron significativamente con prevalencia de vida de ansiedad.

Estos coeficientes señalan que la probabilidad de haber sufrido ansiedad durante la vida es mayor para las mujeres y para profesores respectivamente (ver tabla 46). Los resultados para prevalencia en el últimos mes para ansiedad no especificada fueron similares a los resultados de prevalencia de vida de los participantes. En este modelo, grupo de pertenencia fue el único factor significativamente asociado con prevalencia (OR = 2,88, IC al 95%:1,26-6,56) y sexo fue marginalmente significativo (OR = 2,16, IC al 95%:0,96- 4,87).

Tabla 46. Modelos logísticos de factores demográficos y depresión mayor (prevalencia vida) y ansiedad no especificada (prevalencia vida y último mes)

Variables	Depresión Mayor (vida)		Ansiedad específica (vida)		Ansiedad no específica (último mes)	
	OR	IC (95%)	OR	IC (95%)	OR	IC (95%)
Sexo	4,21	1,91-9,27	2,27	1,01-5,09	2,16	0,96- 4,87
Edad	0,98	0,95-1,01	0,97	0,94-1,01	0,97	0,94- 1,01
Estado marital	1,01	0,52-1,96	0,92	0,44-1,92	1,18	0,56- 2,52
No, Hijos	1,28	0,98-1,67	1,18	0,88- 1,58	1,17	0,87- 1,56
Grupo *	1,72	0,88-3,38	3,22	1,42- 7,33	2,88	1,26- 6,56

Profesores vs grupo de referencia

7.5. Prevalencia de vida de trastornos mentales según regiones

En la muestra total, los análisis por regiones mostró que no existían diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de vida entre la Región Metropolitana (RM) y el resto de las regiones (tabla 47). Algo similar se observó al comparar la prevalencia de vida entre los profesores. Estos datos señalan que los profesores de la RM y los profesores de otras regiones no difieren en términos de la prevalencia de vida de los trastornos mentales estudiados.

Tabla 47. Prevalencia de vida y últimos mes de trastornos mentales según región

Trastorno	Prevalencia Vida		Prevalencia último mes	
	RM	Regiones	RM	Regiones
Depresión mayor	28,2	29,5	0	5,5
Abuso alcohol	1,4	1,1	1,4	2,7
Abuso ansiolíticos	1,4	0,5	0	1,1
Abuso marihuana	1,4	0	0	0
Estrés postraumático	2,8	3,8	0	1,1
Trastorno de pánico	5,6	6	1,4	1,6
Fobia social	4,2	3,3	4,2	3,3
Fobia específica	4,2	8,2	4,2	8,2
Tratorno obsesivo-compulsivo	0	2,7	0	1,1
Ansiedad no especifica	21,1	21,3	18,3	20,8
N válido	71	183	71	183

7.6. Prevalencia en el último mes de trastornos mentales en la muestra total según regiones

El análisis mostró resultados similares a la prevalencia de vida, esto es, personas de RM y personas de otras regiones no mostraron diferencias significativas en términos de la prevalencia de trastornos mentales en el últimos mes. La única excepción fue la prevalencia de depresión mayor (tabla 48). Este resultado indicó que la prevalencia en regiones (5,5%) fue mayor que en la RM (0%). El mismo patrón se observó en la muestra de profesores, es decir, la única diferencia significativa en prevalencia fue la dada por depresión mayor.

Tabla 48 Prevalencia de vida y últimos mes de trastornos mentales entre profesores según regiones

Trastorno	Prevalencia vida		Prevalencia últimos mes	
	RM	Regiones	RM	Regiones
Depresión mayor	36.8	30.7	0	5.8
Abuso alcohol	2.6	1.5	2.6	3.6
Abuso ansiolíticos	0	0.7	0	1.5
Abuso marihuana	2.6	0	0	0
Estrés postraumático	5.3	4.4	0	1.5
Trastorno de pánico	5.3	7.3	2.6	2.2
Fobia social	7.9	3.6	7.9	3.6
Fobia específica	7.9	8.8	7.9	8.8
Trastorno obsesivo-compulsivo	0	2.9	0	1.5
Ansiedad no específica	28.9	24.8	23.7	24.1
N válido	38	137	38	137

8. INFORME ECONÓMICO

8.1. Introducción

Los términos de referencia del Estudio de Salud Laboral de los Profesores incorporan como objetivos específicos "- la evaluación de los cambios esperados en las conductas de los agentes (los administradores, los empleadores y los trabajadores) como producto de la introducción de eventuales modificaciones a la Ley 16.744 y - la determinación del impacto económico global del sistema, esto es, sobre los costos agregados de la educación, como producto de la incorporación de patologías nuevas a ser cubiertas por el seguro laboral. Para dimensionar el impacto, en ambos casos, se plantea la realización de un estudio de evaluación económica.

En esta introducción revisamos, en términos generales, algunos de los aspectos que nos han permitido abordar el propósito señalado. Entre estos aspectos están:

- 1.1. Revisión del estado actual del sistema de salud chileno
- 1.2. Cómo evaluar económicamente los programas de cuidados de la salud
- 1.3. Consideraciones Generales de la Evaluación Económica

8.1.1. Revisión del estado actual del sistema de salud chileno

Un estudio de esta naturaleza debe basarse en las características particulares de nuestro Sistema de Salud. Este ha sido definido como un sistema mixto público-privado el que actualmente se encuentra en revisión en el llamado proceso de reforma.

A nuestro Sistema Público de salud le corresponde, a través del Ministerio de Salud, la función normativa por excelencia. Además cuenta con una red de servicios de salud (S.S.) a lo largo del territorio a través de la cual ejerce la función fiscalizadora y presta los servicios de atención de salud de las personas y del ambiente. Cada uno de los 28 servicios de salud desarrolla y articula actividades en los niveles primarios, secundarios y terciarios de manera descentralizada. El sistema público cuenta además con una entidad autónoma, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que cumple funciones de recaudación de las cotizaciones, los copagos y los aportes fiscales; de distribución de estos recursos a los SS y de fiscalización en el manejo local de dichos recursos. FONASA es el organismo público financiador por excelencia tanto de la modalidad de servicios institucional como de la libre elección.

Además del ámbito público, en nuestro país tenemos un sector privado bastante desarrollado. Entenderemos por "privada" cualquier actividad desarrollada por personas naturales o jurídicas, de manera individual o asociada, financiada preferentemente con capitales privados. De esta forma el ámbito privado en salud comprende toda actividad formal emprendida por dichas personas. El ánimo que las inspira es preferentemente lucrativo.

Las Isapres constituyen las entidades responsables de la función financiera en el sector privado. Sin perjuicio de lo anterior, algunas de ellas se han integrado verticalmente con clínicas, centros médicos, otros organismos prestadores y grupos médicos. Además realizan alianzas estratégicas mediante convenios con instituciones de salud incluyendo los hospitales universitarios.

El, hasta hace dos décadas, heterogéneo subsistema privado, se ha ordenado progresivamente en su función prestadora usando como referente el desarrollo de las Isapres.

En una situación intermedia se encuentra un importante subsistema al que dió origen la *Ley 16.744*, de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Esta Ley determinó, entre otras materias, la obligación del empleador de financiar la solución de los problemas de salud laboral de sus trabajadores y creó el subsistema de mutualidades para dar cuenta de las prestaciones pecuniarias y no pecuniarias de los trabajadores con infortunios laborales. Esta Ley estableció una alternativa fiscal a las mutualidades constituida por el Instituto de Normalización Previsional (INP) para fines impositivos y financieros por una parte y por el SNSS para la provisión de servicios por otra.

En nuestro país el rol financiador de las prestaciones de salud es desempeñado por FONASA, para el sector público y la libre elección, por las Isapres para el sector netamente privado y por el sistema de mutualidades de empleadores y el INP para el caso particular del financiamiento de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

8.1.2. ¿Cómo evaluar económicamente los programas de cuidados de la salud?

Existen dos características comunes a todo análisis económico, independiente de las actividades a las cuáles se le aplique (incluyendo los servicios de cuidados de la salud).

La primera es que toda evaluación económica trata con egresos y resultados, también llamados costos y consecuencias, de las actividades. Pocas personas estaríamos preparadas para pagar un precio específico por un paquete que no sabemos lo que contiene. Asimismo, pocos aceptaríamos un paquete, incluso conociendo y necesitando su contenido, hasta no saber el precio específico que se pide por él. En ambos casos, la relación entre costos y consecuencias es la que nos permite tomar nuestras decisiones.

La segunda es que el análisis económico en sí mismo se relaciona con elecciones entre alternativas. Los escasos recursos y nuestra inhabilidad consecuente para producir todas las ganancias deseadas (tratamientos eficaces por ejemplo) precisa de alternativas, hecho por lo demás común a todas las áreas de la actividad humana. Estas elecciones están basadas en criterios, algunas veces explícitos pero mucho más comúnmente implícitos. El análisis económico busca identificar y hacer explícito algún criterio, para ser usado en la elección entre los diferentes usos que se les puede dar a los escasos recursos.

Estas dos características del análisis económico nos permiten definir una evaluación económica como “el análisis comparativo de los cursos alternativos de acción en términos tanto de costos como de consecuencias.” Por lo tanto, las tareas básicas de cualquier evaluación económica son identificar, medir, valorizar y comparar los costos y las consecuencias de las alternativas que están siendo consideradas. Estas tareas caracterizan todas las evaluaciones económicas, incluyendo las concernientes a la prestación de los servicios de salud.

Una evaluación económica es usualmente formulada en términos de una elección entre dos alternativas que compiten entre sí. Aquí consideramos una elección entre dos alternativas, A y B. La alternativa a comparar con el Programa A, que es el que nos interesa, es el

Programa B. Sin embargo esta alternativa de comparación no tiene que ser un tratamiento. Podría ser “no hacer nada”. Incluso cuando dos tratamientos activos están siendo comparados, aún puede ser importante considerar la línea de base de no hacer nada, o una opción de costo más bajo. Esto es porque el programa alternativo (Programa B) puede ser en sí mismo ineficiente. De hecho, estas dos características del análisis económico pueden ser empleadas para distinguir y clasificar las distintas categorías de evaluación económica que comúnmente encontramos en las evaluaciones del cuidado de la salud.

En el cuadro 1, las respuestas a las dos preguntas: ¿Hay comparación de dos o más alternativas?, y, ¿son examinados tanto costos (egresos) y consecuencias (resultados) de las alternativas? Ellas definen una matriz de seis celdas para identificar las evaluaciones económicas.

En las celdas 1A, 1B y 2 no hay comparación de alternativas (se evalúa sólo un programa de cuidado de salud). En rigor, el programa o servicio está siendo *descrito* y no *evaluado*, ya que la evaluación requiere de comparaciones. En la celda 1A, sólo las consecuencias del servicio están siendo examinadas y así la evaluación es clasificada como una *descripción de resultados*. Por el contrario en la celda 1B dado que sólo se examinan los costos, hablaremos de una *descripción de costos*. Lo descrito en la literatura como costos de la enfermedad o carga de enfermedad (burden of disease) caen en esta categoría. Estos estudios describen los costos de enfermarse para la sociedad, pero no son evaluaciones completas porque las alternativas no son comparadas (Drummond 1992).

En el Cuadro nº 1, se describen tanto resultados como costos de un solo servicio o programa y la evaluación es llamada *descripción de costos y consecuencias*.

Un ejemplo de este tipo de estudio es el de Reynell y Reynell (1972) en unidades coronarias. Ellos presentaron datos de los costos de unidades como esa y dieron una estimación del número de vidas salvadas. Sin embargo, no hay una intención explícita para comparar los costos y los resultados de la unidad coronaria con alguna alternativa, o el status quo. Reynell y Reynell describen su estudio como un "análisis de costo-beneficio" lo que claramente no corresponde a la naturaleza de dicho estudio.

Las celdas 3A y 3B contienen las situaciones evaluadas en las cuales dos o más alternativas son comparadas, pero donde los costos y consecuencias de cada alternativa no son examinados simultáneamente. En la celda 3A, sólo las consecuencias de las alternativas son comparadas, razón por la cual la llamamos *evaluación de eficacia o efectividad*. Esta es la celda en la cual cae la más abundante e importante literatura sobre ensayos clínicos controlados. En la celda 3B, sólo los costos de las alternativas son examinados. En tales situaciones los estudios realizados pueden llamarse *análisis de costos*. Un ejemplo de estos estudios fue hecho por Lawson et. al. (1981) sobre los costos comparativos de tres métodos para proveer oxigenoterapia domiciliaria: cilindros de oxígeno, oxígeno líquido y el concentrador de oxígeno (máquina que extrae oxígeno del aire). Los autores argumentaron que el análisis del costo fue suficiente dado que la efectividad relativa de los tres métodos no estaba en duda.

CUADRO N° 1. MODELOS DE EVALUACION ECONOMICA

Se examinan Costos y Consecuencias			
NO			
Sólo consecuencias		Sólo costos	
SI			
Hay comparación de dos o más alternativas	No	Descripción de consecuencias 1ª	Descripción de costos 1B
	Si	3A Evaluación de eficacia o efectividad	3B Análisis de costos

Fuente: Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Michael F. Drummond et al. -2nd ed. (Oxford Medical Publications)

Nótese que ninguna de las celdas antes mencionadas cumple enteramente ambas condiciones de la evaluación económica. Por esta razón, el autor las ha denominado *evaluaciones parciales*. Esto no implica que los estudios con estas características sean menos importantes. Ellos representan una etapa intermedia importante para nuestro entendimiento de los costos y consecuencias de los programas de cuidados de la salud. Sin embargo, el concepto de *evaluación parcial* nos indica que ellos no nos permitirán responder preguntas de eficiencia. Para esto necesitaríamos estudios que empleen las técnicas mostradas en la celda 4 bajo la categoría *evaluación económica completa*.

8.1.3. Consideraciones Generales de la Evaluación Económica

De acuerdo a las consideraciones formuladas en los términos de referencia, la evaluación económica que aquí se realiza, supone que el estudio epidemiológico que la precedió identificó un conjunto de enfermedades que aquejan a la población objetivo y que actualmente se encuentran tratadas, subdiagnosticadas o subtratadas. En este escenario se propone, de acuerdo al conocimiento actual, un conjunto de acciones o canasta de prestaciones de salud que incluyen, cuando exista evidencia que lo respalde, a aquellas de carácter preventivo, diagnóstico, terapéutico y de rehabilitación que den cuenta de esas patologías y de sus consecuencias conocidas, de acuerdo a la prevalencia observada de los daños en la población en estudio. Así también se consideran prestaciones pecuniarias relacionadas con la cobertura de invalidez temporal (licencias). Dado el alcance de esta investigación, la metodología propuesta no incorporó la ejecución de la canasta y, obviamente, tampoco la evaluación del impacto o resultado que sobre la salud de las personas puede tener la aplicación de la misma.

8.2. Objetivo

- Determinar el impacto económico de declarar una o más enfermedades de los profesores como enfermedad(es) laboral(es).
- Evaluar los cambios esperados en las conductas de los agentes (los administradores, los empleadores y los trabajadores) como producto de la introducción de eventuales modificaciones a la Ley 16.744

8.3. Metodología

Para determinar el impacto económico global que tendría sobre el sistema la incorporación de nuevas patologías a ser cubiertas por el seguro de la Ley 16.744, se ha definido un modelo de evaluación económica del tipo *descripción de costos*, que implica un examen de los costos de las prestaciones asociadas a una de las enfermedades identificadas en el estudio epidemiológico como potenciales enfermedades profesionales del grupo objetivo. De este modo se estimarán los costos asociados a la enfermedad, según niveles de gravedad (leve, moderada, severa) y su distribución en los diferentes agentes involucrados en el caso estudiado, para la situación actual y para la situación potencial de declarar una determinada enfermedad como enfermedad laboral en el grupo de los profesores.

Para evaluar los cambios esperados en las conductas de los agentes se establecieron distintos escenarios posibles para identificar eventuales reacciones de los agentes y sus relaciones. La información utilizada como insumo básico se obtuvo a partir de entrevistas a informantes claves.

8.3.1. La determinación del impacto económico.

La determinación del impacto económico de declarar una enfermedad como profesional en el grupo de los profesores, consiste básicamente en comparar los costos directos asociados a las enfermedades y su distribución en los agentes involucrados para dos situaciones claramente definidas: la situación actual, que consiste en que dicha patología no corresponde a enfermedad laboral, y la situación potencial futura, que significa incorporar dicha enfermedad como laboral para el grupo de los profesores. Lo anterior se traduce, de acuerdo al modelo propuesto, en un traspaso de responsabilidades y absorción de gastos de salud en el tratamiento de la enfermedad, desde los sistemas previsionales público, privados y copago del profesorado, a los organismos administradores de la Ley 16.744, y como les es propio por el rol que les confiere la misma, deben ser incorporados los gastos en actividades de prevención y rehabilitación, entre otros.

La metodología utilizada para dicha evaluación consiste en determinar protocolos de tratamiento para la enfermedad identificada en sus distintos niveles de gravedad (leve, moderada y severa), para posteriormente llevar a cabo una estimación de los costos directos asociados a estos protocolos, asignándolos a cada agente involucrado según corresponda.

La definición de protocolos para cada uno de los casos se obtuvo mediante bibliografía especializada y consulta a expertos, y los costos asociados a éstos fueron trabajados sobre la base de los costos definidos en el arancel FONASA y una prospección de costos en el sector privado.

8.3.2. Selección de la(s) enfermedad(es) objeto de la evaluación económica.

Tal como se dijo en párrafos precedentes, la evaluación económica que aquí se realiza supone que el estudio epidemiológico que la precedió identifica un conjunto de enfermedades que aquejan a la población objetivo y que actualmente se encuentran tratadas, sub-diagnosticadas o sub-tratadas. A partir de este conjunto de enfermedades se selecciona aquella que mejor permite realizar el modelamiento económico. Esta selección se realizó de acuerdo a los siguientes criterios:

- Se trata de enfermedades que exhiben una mayor presencia entre el grupo de profesores respecto de la población general y/o el grupo de referencia, con diferencias significativas de acuerdo a los tests estadísticos convencionales
- Son enfermedades nítidamente descriptibles, de fácil identificación con baterías diagnósticas convencionales y sin mayores dificultades en el diagnóstico diferencial
- Son enfermedades a las que se les conoce su historia natural y para las cuales existe un tratamiento reconocido y protocolo de manejo, en algunos casos, validado a nivel nacional
- Son enfermedades cuyas acciones de intervención pueden ser valorizadas de acuerdo a aranceles predefinidos (En nuestro caso arancel FONASA y precios de mercado)
- Son enfermedades en cuya génesis interactúan, en distinta proporción, factores somáticos y psicológicos

Las enfermedades preseleccionadas se someten al juicio de expertos para identificar aquellas que mejor responden al modelamiento económico. Bajo este marco de análisis la enfermedad seleccionada para dar origen al análisis económico es la depresión.

8.3.3. Caracterización de la Enfermedad a evaluar

(Extractado de “Guía Clínica para la Atención Primaria. La Depresión. Detección, Diagnóstico y Tratamiento”. DISAP. Unidad de Salud Mental. Ministerio de Salud)

Los trastornos depresivos son hoy un problema de primera importancia para la salud Pública en Chile y el mundo. A pesar de los progresos en el control de la morbilidad y mortalidad por diferentes enfermedades físicas, los trastornos mentales aumentan su frecuencia, siendo responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas.

Están demostrados los elevados costos directos e indirectos que los trastornos mentales y en particular la depresión representan para todas las sociedades modernas. La mayoría de las personas que sufren depresión consultan por primera vez en el nivel primario de atención, sin embargo, frecuentemente este tipo de trastornos no es reconocido por el equipo de salud y, cuando lo son, no siempre son tratados en la forma correcta, con los métodos y conocimientos que se dispone en la actualidad. Esta situación es muy preocupante, pues cuando la depresión no es tratada oportunamente y en buena forma, conduce muchas veces a cuadros recurrentes o de evolución crónica, incapacidades graves, muertes por suicidio o prolongado sufrimiento del paciente y su familia.

Los trastornos depresivos, y sus formas “encubiertas” por síntomas físicos o malestares diversos, frecuentemente producen confusión y frustración en el Equipo de Atención Primaria, generan consultas médicas repetidas, exámenes, tratamientos inadecuados o interconsultas no resolutivas, que sin mejorar a las personas, elevan los costos de la atención médica. La Depresión, sin embargo, puede ser detectada y tratada con éxito por médicos y profesionales de la atención primaria debidamente capacitados.

Los esquemas de tratamiento de los trastornos depresivos que han demostrado ser efectivos, son perfectamente compatibles con los recursos y funcionamiento de nuestro nivel primario de atención, por lo cual es posible considerar al Consultorio o Centro de Salud de Atención Primaria como el espacio privilegiado para:

- reconocer los síntomas de la depresión
- realizar evaluación diagnóstica
- desarrollar tratamientos psicosociales y farmacológicos
- interactuar con el especialista (consultoría)
- derivar en forma adecuada a las personas con Depresión severa al nivel secundario e
- implementar esquemas de seguimiento que apoyen la resolutivez de las acciones y la satisfacción de las personas que reciben atención.

8.3.3.1. Epidemiología

- La prevalencia de trastornos depresivos en la población general mayor de 15 años es de 7.5% a 10% en nuestro país. 30% de las personas consultantes en el nivel primario de atención sufren cuadros depresivos.
- Las tasas de prevalencia de depresión en personas que sufren otras enfermedades físicas de gravedad son aún más elevadas. La depresión es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. Es más alta la prevalencia en el grupo de 20 a 45 años.
- 75% de las personas que sufren depresión concurren a los Consultorios de Atención Primaria.
- La tasa de reconocimiento en el nivel primario es inferior al 60%.
- Menos del 35% de las personas con depresión detectada, reciben tratamiento efectivo en el Nivel Primario de Atención.
- Menos del 20% de las personas en tratamiento lo continúan por más de 4 semanas (se estima que el tratamiento debe prolongarse como mínimo por seis meses).

8.3.3.2. ¿Qué es la Depresión?

Existen variaciones normales y anormales del ánimo, por ejemplo, los sentimientos transitorios de tristeza, desesperanza o desilusión son normales y comunes en la vida de todas las personas. Por esto resulta importante la clara diferenciación entre estas respuestas normales de adaptación a las exigencias, pérdidas o frustraciones de la vida diaria, con las manifestaciones clínicas de la depresión. Aquí se utiliza el término Depresión para hacer referencia al trastorno depresivo, que es un problema de salud muchas veces grave y muy frecuente de encontrar entre las personas que consultan en los establecimientos de atención primaria. Algunos antecedentes claves de esta patología son:

1. Debe tener una duración de por lo menos dos semanas.
2. No debe ser atribuible al uso de sustancias psicoactivas o a otro trastorno mental orgánico.
3. Ocurre en ausencia de síntomas maníacos. Los episodios eufóricos concomitantes o en la historia personal del paciente orientan hacia un trastorno bipolar (antes llamado maníaco-depresivo).

A su vez, presenta una variedad de manifestaciones clínicas, que se pueden ordenar en los siguientes cuatro grandes grupos:

Del estado de ánimo

Tristeza, falta de motivación, desgano, desesperanza, baja reactividad frente a hechos agradables o desagradables, pérdida de interés y placer, disminución de la capacidad de disfrutar, sensación de vacío, sensación de pérdida de sentimientos, apatía, tensión, ansiedad o irritabilidad.

Del pensamiento

Disminución de la concentración, indecisión, fallas de memoria, pérdida de confianza y autoestima, sensación de torpeza, inutilidad o impotencia, sentimientos de culpa, reproches excesivos, pesimismo, desesperación, deseos de muerte e ideación suicida.

De la actividad psicomotora

Inhibición: lentitud de movimientos corporales (hasta el estupor), falta de expresión facial, comunicación empobrecida.

Agitación: inquietud, impaciencia, hiperactividad ansiosa a veces incontrolable.

Manifestaciones somáticas

Cambios en las funciones y ciclos vitales básicos:

- ✓ Alteración del sueño con insomnio de despertar precoz (despierta con angustia, pensando problemas y tareas, con ánimo inquieto, pesimista y sombrío) o con hipersomnia (dormir en exceso).
- ✓ Disminución del apetito o aumento (menos frecuente), con cambios importantes en el peso corporal.
- ✓ Disminución del deseo sexual con desinterés y escasa libido.

Cambios en la vitalidad:

- ✓ Cansancio, fatiga, abatimiento, disminución de energía, falta de fuerza.

Sensaciones corporales

Dolores (cabeza, espalda, osteomusculares) y malestares, sensación de opresión en el pecho, frío, pesadez en las extremidades y otros tipos de sensaciones poco claras y no bien diferenciadas.

Síntomas viscerales

Molestias gastrointestinales, cardiovasculares o ginecológicas y otros síntomas similares relativos a algún sistema corporal.

La evolución de los episodios depresivos únicos es por lo general buena, y en la mayoría de los pacientes se puede lograr una total remisión sin secuelas si reciben el tratamiento y control adecuado.

El curso de la depresión depende de una variedad de factores tales como la severidad del episodio depresivo actual, los antecedentes de episodios anteriores, la existencia o no de un trastorno de personalidad, la tolerancia individual a los fármacos antidepresivos, las características técnicas y humanas del equipo o profesional tratante (asegurar adherencia) y, en forma muy importante, del adecuado respaldo que reciba cada paciente por parte de sus familiares, amigos o grupo de apoyo social.

8.3.4. Caracterización de los protocolos de tratamiento de la enfermedad en sus niveles: leve, moderado y severo.

Para determinar estos protocolos, se procedió a una búsqueda en la literatura nacional e internacional, con la finalidad de obtener protocolos aceptados por la comunidad médica para el tratamiento de la enfermedad. El protocolo debe ser diferenciado para el tratamiento de la enfermedad en su nivel leve, moderado y severo. Obtenido el protocolo y atendiendo

a que la gravedad de la enfermedad en clínica es compleja de definir, describir y calibrar, se procedió a establecer un protocolo simplificado que da cuenta aproximada del tratamiento para los niveles leves, moderados y severos respectivos.

El protocolo de tratamiento en sus distintos niveles de gravedad para población general, lo encontramos caracterizado por el Ministerio de Salud de Chile en sus documentos denominados: “La Depresión: Detección, Diagnóstico y Tratamiento - Guía Clínica Para la Atención Primaria” (1); y “Protocolos para el tratamiento de la depresión severa en el nivel 2° y 3°” (2). Desde ellos se elaboró un protocolo simplificado a objeto del análisis económico para cada nivel.

El protocolo simplificado para la depresión leve, es una adaptación del protocolo contenido en el documento ya citado. El árbol de decisiones original se puede consultar en ese documento, y la adaptación respectiva, se aprecia en el Diagrama n° 1.

Diagrama nº 1: Protocolo de tratamiento simplificado para la depresión leve

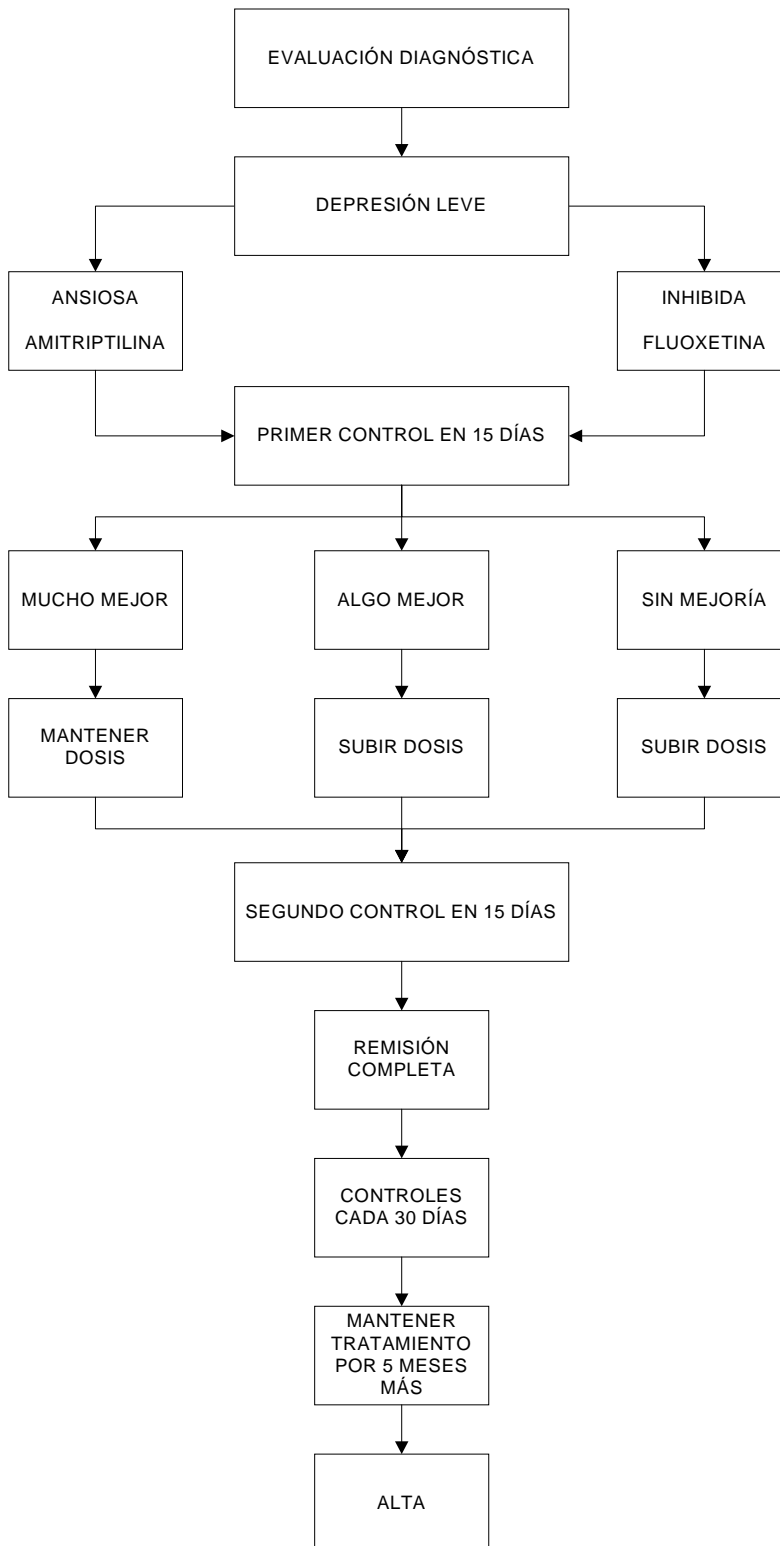


Diagrama nº 2: Protocolo de tratamiento simplificado para la depresión moderada

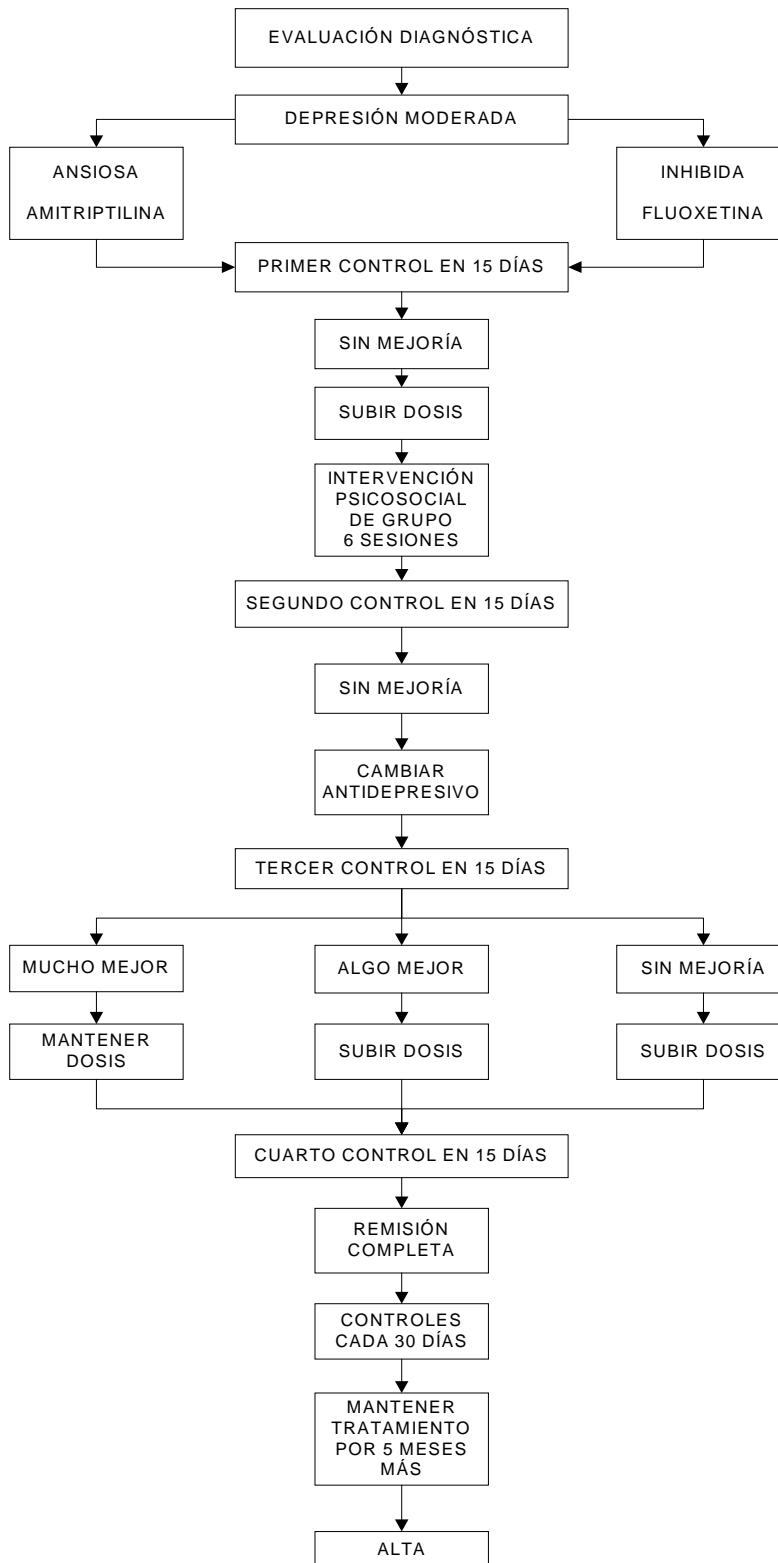
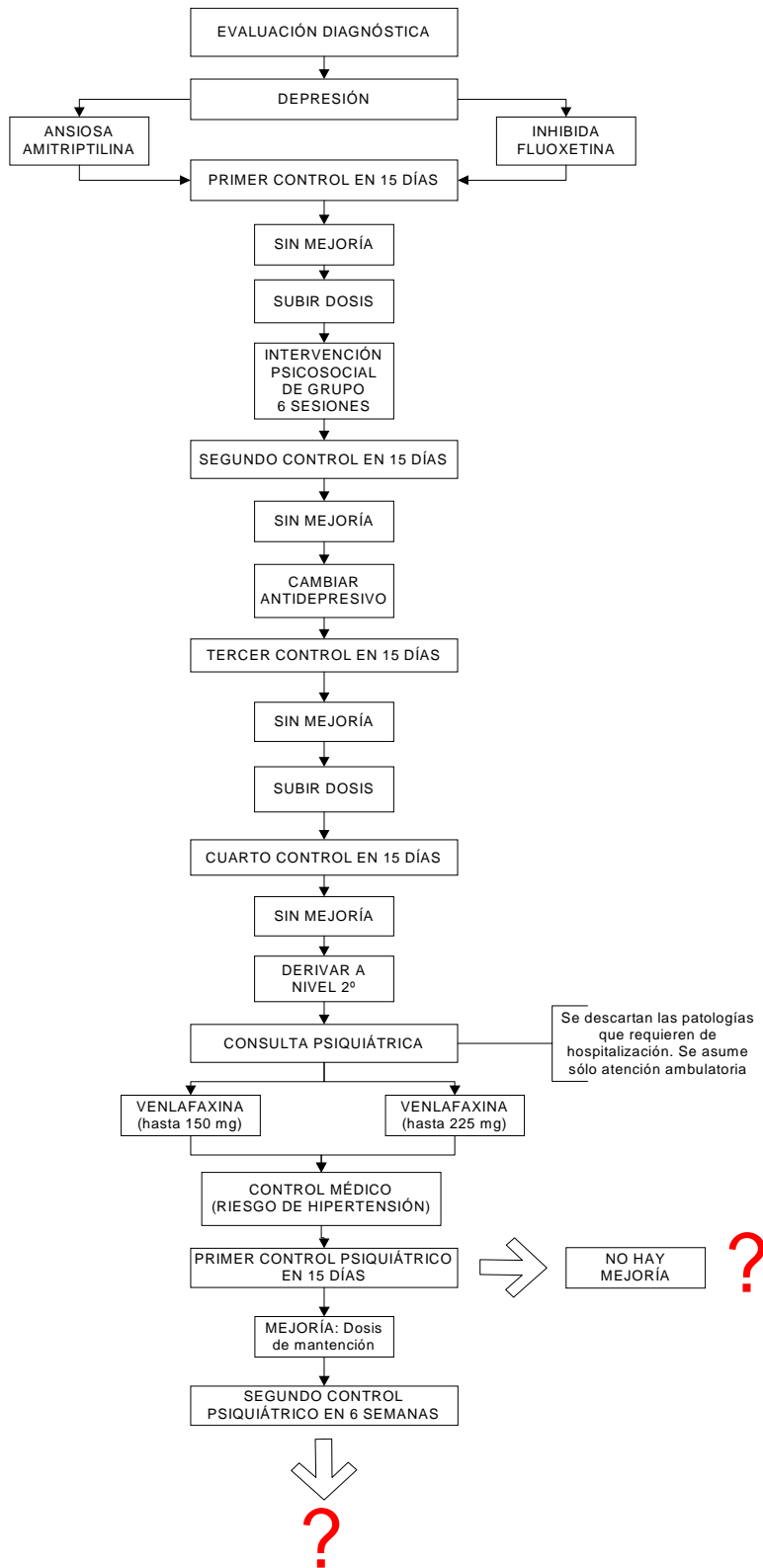


Diagrama 3: Protocolo de tratamiento simplificado para la depresión severa (depresión refractaria a tratamiento APS)



De igual manera se procedió en la especificación del protocolo de tratamiento simplificado para el caso de la depresión moderada, la que se aprecia en el Diagrama n° 2.

La depresión severa en los profesores, para efectos de este análisis, será aquella depresión de individuos que, siguiendo los protocolos de tratamiento para los casos leve / moderado, se muestran refractarios al tratamiento de la atención primaria de salud (APS) siendo necesario derivarlos a la atención por parte de un especialista médico psiquiatra. Junto a ello, hemos descartado las patologías que requieren de hospitalización (nivel terciario), considerando sólo aquellas posibles de tratar en forma ambulatoria.

Como en los casos precedentes, el protocolo simplificado para la depresión severa, es una adaptación del protocolo contenido en los dos documentos ya citados, puesto que muestra en una secuencia única, el paso de un paciente por el tratamiento convencional mostrándose refractario al mismo, lo que implica su derivación al nivel de atención secundario, tal como ya se indicó. (Ver Diagrama n° 3).

Observaciones al Diagrama 3: Las situaciones extremas en el continuum del tratamiento de un paciente severo, hace que se pierda precisión en cuanto a la definición del protocolo y quedan como situaciones no clarificadas. Este es el caso de protocolo descrito en donde “después del segundo control psiquiátrico”, o en el caso de “no haber mejoría” del paciente, resulta imposible sistematizar un protocolo único.

8.4. Restricciones, alcances y supuestos para la evaluación económica

La principal fuente de información para la evaluación económica corresponde al estudio epidemiológico llevado a cabo en los profesores. De sus resultados se desprende información relevante respecto al sistema previsional de salud al que pertenecen los mismos y a sus enfermedades más frecuentes. Sin embargo, debido a las restricciones de información y el número de variables propias de un estudio de estas características fue necesario definir una serie de supuestos, con la debida precaución de que se enmarcasen en un contexto lo más cercano a la realidad y basados en algún tipo de información secundaria. Los principales supuestos de la evaluación económica fueron los siguientes:

8.4.1. Respecto al número de profesores en tratamiento

El número de profesores con depresión se determinó bajo el supuesto que el porcentaje de profesores encuestados que presentan depresión (16,87%), explica el comportamiento del universo de profesores urbanos a nivel nacional. Por otro lado, también se supone que del total nacional de profesores urbanos con depresión sólo un 20% sigue un tratamiento formal y lo concluye (MINSAL. 2001), y el 80% restante lo abandona al día 15 de iniciado el mismo.

8.4.2. Respecto a la variabilidad de aranceles médicos

Se optó finalmente por considerar el valor arancel FONASA como único estándar de precio de prestaciones estandarizado para valorizar las atenciones médicas para FONASA e Isapres.

8.4.3. Respecto a la variabilidad de las coberturas

Para definir el copago de los profesores para cualquiera de las prestaciones médicas fue necesario, para el caso de profesores adscritos a Isapres, evaluar tres posibles niveles de

cobertura para los protocolos, es decir, tres posibles escenarios: cobertura del 50%, 75% y 100%. Particularmente, para el caso de profesores adscritos a FONASA se consideró el valor del bono en la modalidad “de libre elección FONASA” para establecimientos inscritos en el nivel 3, en conformidad al Arancel 2002.

8.4.4. Respetto al Valor de la licencia médica

Para dimensionar el valor de las licencias médicas se consideró una remuneración docente correspondientes a \$544.633 pesos para el año 2002 para una jornada promedio mensual del sector municipal de 36,3 horas. (Fuente: MINEDUC, estimaciones para el año 2002).

8.4.5. Caracterización del sistema previsional de salud.

Puesto que no se conoce la distribución de los profesores enfermos del Universo, la distribución de estos profesores respecto al tipo de sistema previsional, se asumió que responde a la misma distribución de la muestra estudiada, es decir, 3,3% FONASA A y B; 27,4% FONASA C y D; y 66,2% en Isapres.

8.4.6. Distribución de profesores depresivos según nivel de gravedad.

No existen estudios que proporcionen dicha información; sin embargo, en función de una prospección realizada entre especialistas se asume la siguiente distribución como la más probable: leves (50%), moderados (39%) y severos (11%).

8.4.7. Respetto a los protocolos.

Si bien los protocolos de tratamiento para la depresión se encuentran caracterizados por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL, 2000; MINSAL, 2001), dada las variadas alternativas que permiten se establecieron tres protocolos simplificados. Cada uno de ellos requirió además, definir en sus diagramas de flujo los porcentajes de pacientes que siguen una u otra rama del árbol de decisiones, propio de las diferentes respuestas de los mismos a los tratamientos.

8.4.8. Respetto de las medidas de prevención de la depresión.

Sólo unos pocos estudios muestran que intervenciones de prevención para la depresión son efectivas, sin embargo, la mayoría no son concluyentes (OMS, 2001. Mental and Neurological Disorders. Fact sheet N° 265, December 2001). Por esta razón no se incluyen protocolos preventivos para la determinación de costos asociados al manejo de la prevención de la depresión.

8.4.9. Respetto de la metodología de costeo de los protocolos.

La metodología que permitió costear los protocolos contempló el proceso de estimación de gastos basado en información secundaria, a diferencia de lo que sería un proceso de costeo basado en información primaria producto de un diseño experimental, lo que la haría ser más precisa.

8.4.10. Respetto del monto de gastos directos involucradas.

La estimación de gasto es una estimación conservadora del mismo debido al uso del arancel FONASA como único estándar de precio de prestaciones estandarizado para valorizar las atenciones médicas privadas y públicas.

8.4.11. Respeto de la estructura de costos de las prestaciones de salud entregadas por el sistema de mutualidades.

Debido al desconocimiento de la estructura de costos de las prestaciones de salud entregadas por el sistema de mutualidades, se estimó el impacto económico asociado sólo a los costos directos (fármacos antidepresivos, psicoterapia, etc.) de los protocolos simplificados para los niveles de gravedad: leve y moderado. Se descarta el nivel severo en el sistema mutualidades debido a que se asume que estos casos corresponden a depresiones endógenas, las que en rigor no tienen causalidad laboral.

8.4.12. Respeto de la valorización de costos indirectos.

No se estiman costos indirectos asociados a, por ejemplo: Años de vida saludables perdidos por discapacidad o muerte prematura; Aumento de la disposición de las personas hacia otras enfermedades (debido a la depresión); Utilización de los servicios de salud, ausentismo laboral, y disminución de productividad en el trabajo, entre otras.

8.4.13. Respeto del protocolo de tratamiento de la depresión severa.

El protocolo simplificado para el tratamiento de la depresión severa descarta las patologías que requieren hospitalización, considerando sólo aquellas posibles de tratar en forma ambulatoria.

8.5. Resultados

Los principales resultados del estudio económico tienen que ver con la determinación de los costos directos asociados a los protocolos de tratamiento para cada una de las enfermedades identificadas en sus distintos niveles de gravedad, asignándolos a cada agente involucrado según corresponda. Este es el insumo básico para la determinación de los montos de gastos totales en que incurren los profesores, las ISAPRES y FONASA en el tratamiento actual de la depresión, y su empleo para el posterior análisis de reacción de los agentes frente al evento de considerar dicha enfermedad como laboral.

8.5.1. Descripción de costos para la depresión en la situación actual (aproximación cuantitativa)

La descripción de costos para la patología depresión en profesores se realizó por nivel de gravedad, identificando distintos protocolos de tratamiento para cada uno de los tres niveles estudiados lo que evidentemente se traduce en distintos costos de tratamiento. A partir de dichos protocolos se realiza el costeo de los mismos según el sistema previsional que corresponda, en todos los casos y a modo de simplificar los análisis se utilizó como tarifa básica de prestaciones el arancel FONASA, tanto para el servicio de salud público como privado. (Ver Anexo: Determinación de los costos directos asociados a los protocolos.)

El número de profesores que presentan la enfermedad se estimó en función de la información del estudio epidemiológico, considerando un 16,87% como el porcentaje de profesores que presentan la patología en el total de la muestra. Por otro lado, según antecedentes del Ministerio de Salud, se considera que el número de profesores que efectivamente sigue tratamiento completo corresponde al 20% del total que presenta la enfermedad. Se calculó dicha participación sobre el total de profesores urbanos a nivel nacional. En el cuadro n° 2 se muestran los datos utilizados.

Cuadro n° 2. Datos relevantes para la evaluación económica.

<i>Item</i>	<i>%</i>	<i>Valor</i>
Profesores a nivel nacional	100%	144.377
Profesores urbanos	86%	124.164
Profesores enfermos		20.947
	16,87%	
Profesores en tratamiento (6 meses)	20%	4.189
Profesores que abandonan tratamiento (15 días)	80%	16.758
Sueldo mes profesorado (1)		544.633

(1) Remuneración docente para el año 2002 para una jornada promedio mensual del sector municipal de 36,3 horas. (Fuente: MINEDUC, estimaciones para el año 2002).

Por otro lado, para estimar los costos asociados al tratamiento de la depresión en aquellos profesores que no concluye dicho tratamiento (16.758 profesores) se asumió que éstos abandonan el protocolo a los 15 días posteriores a la primera consulta.

Los costos totales asociados al tratamiento de la depresión en profesores (en millones de pesos) se resumen en la tabla 49, según nivel de gravedad.

Tabla 49. Costo total de tratamiento de depresión en profesores según nivel de gravedad (millones de pesos).

<i>Gravedad</i>	<i>Costo</i>
Leve	4.135,9
Moderado	4.200,2
Severo	1.128,4
TOTAL	9.464,5

Los ítem de costos en los que se descompone el costo total de tratamiento de la depresión según los protocolos definidos para la evaluación se muestran en la tabla 50 con los costos correspondientes.

Tabla 50. Estructura del costo total de tratamiento de depresión en profesores (millones de pesos).

<i>Item</i>	<i>Costo</i>
Prestaciones médicas	560,8
Medicamentos	181,9
Licencias médicas	8.721,8
TOTAL	9.464,5

La estructura del costo total de tratamiento de la depresión en profesores evidencia la gran participación relativa del ítem licencias médicas, con un 92,2% del costo total, y en menor medida los de prestaciones médicas y medicamentos, con un 5,9% y 1,9%; respectivamente.

8.6 Análisis de Escenarios (aproximación cualitativa)

A continuación se delinearán algunas consideraciones sobre las reacciones de los agentes (los administradores, los empleadores y los trabajadores) como producto de la incorporación de la depresión u otras patologías del ámbito de la salud mental a la Ley 16.744. El análisis considera los siguientes supuestos y restricciones:

Supuesto 1: Existe viabilidad jurídica de efectuar modificaciones a la Ley 16.744 y a sus reglamentos en materia de revisar y agregar nuevas enfermedades como enfermedades de carácter laboral.

Supuesto 2: La realidad actual de la satisfacción de la demanda de atención por enfermedades de la salud mental en nuestro país es deficitaria. Este supuesto se basa en las siguientes cifras que maneja el Ministerio de Salud

- La prevalencia de trastornos depresivos en la población general mayor de 15 años es de 7,5% a 10% en nuestro país.
- 30% de las personas consultantes en el nivel primario de atención sufren cuadros depresivos.
- Las tasas de prevalencia de Depresión en personas que sufren otras enfermedades físicas de gravedad son aún más elevadas.
- La Depresión es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres.
- Es más alta la prevalencia en el grupo de 20 a 45 años.
- 75% de las personas que sufren Depresión concurren a los Centros de Atención Primaria.
- La tasa de reconocimiento en el nivel primario es inferior al 60%.
- Menos del 35% de las personas con depresión detectada, reciben tratamiento efectivo en el Nivel Primario de Atención.
- Menos del 20% de las personas en tratamiento lo continúan por más de 4 semanas (se estima que el tratamiento debe prolongarse como mínimo por seis meses)

Restricción 1: Por las características del marco legal actual, la incorporación de la depresión u otras patologías del ámbito de la salud mental a la Ley 16.744, debe ser entendida como una medida que beneficiaría a TODOS los trabajadores dependientes, y no sólo al gremio de los profesores.

Restricción 2: La Ley establece que la contribución financiera al sistema de medicina laboral es de cargo del empleador, se calcula como porcentaje de la remuneración imponible del trabajador y se compone de un cotización base (0,95 %), un adicional según actividad laboral (0% para profesores) y otro adicional según siniestralidad.

Dados estos supuestos y restricciones, a continuación se resumen las reacciones que podrían suponerse en los distintos actores:

8.6.1. Usuarios finales

La perspectiva de incorporar la depresión al listado de enfermedades de origen laboral, incentivaría a las personas (profesores) a buscar la solución de sus problemas de salud mental, independientemente de su origen, en el sistema que les ofrece los mejores beneficios (mutualidades).

El Sistema de Mutualidades no contempla copago del usuario final, por lo que se prevé que la demanda aumentaría aproximándose a cifras más cercanas a la prevalencia real de la enfermedad, con tratamientos más caros (uso de protocolos más exigentes) y con indicación de reposo mayor que las cifras que se dan actualmente.

Por otra parte las agrupaciones sindicales pueden interpretar este logro como la puerta de entrada para nuevas reivindicaciones gremiales de índole pecuniario tales como bonos por trabajo riesgoso o pensión anticipada por trabajo en condiciones extremas

8.6.1.1.ISAPRES

La inclusión de la depresión entre el listado de las enfermedades laborales (perspectiva unilateral) podría crear un incentivo perverso para el sistema ISAPRE, en el sentido de estimularlo a aumentar sus barreras de acceso a este tipo de patologías, al existir un argumento legal para rechazar su atención.

La natural resistencia del sistema de mutualidades a recibir esta sobredemanda derivaría el problema a la Superintendencia de Seguridad Social (SSS.), organismo fiscalizador que dirime en caso de pugnas y cuyas decisiones son inapelables. La SSS. debiera determinar la cuota de la carga de enfermedad que corresponde al Sistema Isapre y aquella del Sistema de Mutualidades.

8.6.1.2. EMPLEADORES

La perspectiva unilateral generaría un aumento del costo del empleo por la vía del aumento en el precio del seguro que podrían hacer las mutualidades transfiriendo, total o parcialmente, el exceso del costo a la porción variable de la cotización. Los empleadores más afectados serán aquellos que cuentan con una nómina de personal más numerosa y que incluye además de los profesores, todo el personal de apoyo. Es el caso de los municipios, que reúnen un gran número de colegios. En el actual escenario económico este aspecto es especialmente significativo.

8.6.1.3. MUTUALIDADES

De concretarse la perspectiva unilateral, el sistema de mutualidades debería absorber la demanda de atención por patologías de salud mental de todos sus trabajadores afiliados. Frente a esta situación el sistema mutualidades podría reaccionar con alguno de los siguientes planeamientos:

- El sistema de mutualidades no podría absorber el total de la demanda de atención por patologías de salud mental, en las actuales condiciones de precio. Algunas aproximaciones al problema realizadas por las mutualidades indican que el traspaso al sistema de mutualidades del 25% de las licencias médicas por causa de salud mental registradas por las isapres en el año 1997, tendrían un costo de M\$ 5.759.639, lo que superó el monto total de excedentes generados por el sistema de mutualidades en el año 1998. Con todo, y por las razones indicadas en el supuesto 2, es posible que los datos de licencias autorizadas por las ISAPRES no represente el total de la demanda de atención en salud mental, por lo que los costos pueden ser superiores a la estimación indicada precedentemente.
- Recibir la mayor carga de atención, en la esperanza de poder transferir los mayores costos al precio del seguro a las empresas de donde provengan los trabajadores que

crean la demanda (ajustes de cotización por mayor siniestralidad - Decreto 67). Esta alternativa transfiere parte de los costos a los empleadores de los trabajadores que demandan atención, con una latencia de dos años, que es el período estipulado para las evaluaciones de fijación de precio a las empresas. En el caso de los profesores, esta medida afectaría directamente a las Municipalidades, a los Colegios Privados y a los Subvencionados que estén afiliados al sistema mutualidades.

- Realizar un fuerte lobby con las autoridades políticas tendiente a aumentar el precio global del seguro (cotización básica), para financiar el aumento de la cobertura que implica la atención de las patologías de salud mental. Esta medida afectaría a todos los empleadores, indistintamente del uso que sus trabajadores hagan de la atención, lo que permite mantener el principio de la SOLIDARIDAD del sistema de mutualidades.
- Aumentar las barreras de ingreso al sistema (rechazos), en una forma similar a la utilizada por el sistema ISAPRES, lo que llevaría a una sobrecarga del trabajo del ente fiscalizador (Superintendencia de Seguridad Social), quien tendría que resolver caso a caso cada una de las apelaciones. Si 10% de los profesores demandara atenciones de este tipo, la Superintendencia tendría que resolver 14.000 casos.
- Realizar un fuerte lobby de oposición a la perspectiva unilateral, sobre la base del encarecimiento del costo del empleo que significa cualquier aumento en el precio del seguro.
- Realizar un fuerte lobby ante las organizaciones gremiales empresariales y de trabajadores y ante el mundo político, para oponerse a la medida fundamentado en el inminente desfinanciamiento y quiebra del sistema mutualidades, producto de los mayores costos que significaría absorber la atención de las patologías de salud mental.

8.7. Análisis de escenarios (aproximación cuantitativa)

De acuerdo al análisis precedente se plantea complementar la evaluación económica (descripción de costos) valorizando los siguientes tres escenarios:

- a. **Escenario 1.** La situación sin cambios
Este escenario ocurre si los actores no logran generar cambios en el Sistema y particularmente en la Ley. Corresponde a la situación de base y es aquella con la que cualquier otra alternativa debiera contrastarse.
- b. **Escenario 2.** La demanda de atención por depresión de origen laboral es satisfecha por el Sistema Mutualidades y la demanda por depresión como enfermedad común es atendida por el Sistema ISAPRE-FONASA
Esta situación corresponde a un escenario ideal en que cada Sistema asume naturalmente, la cuota de la demanda que le corresponde de acuerdo al origen de la enfermedad. Además supone la existencia de un mecanismo capaz de identificar eficazmente el origen de la enfermedad en el total de los casos.
- c. **Escenario 3.** La demanda de atención por depresión es rechazada por los Sistemas ISAPRE-FONASA y Mutualidades.
En este escenario los actores reaccionan, los usuarios sobredemandan atención y los financiadores-prestadores se resisten a satisfacer dicha demanda rechazando porcentajes variables de pacientes. La SSS. debe fallar asignando origen laboral o común caso a caso.

8.7.1. Escenario 1: Valorización de la situación sin cambios

Este escenario corresponde a la situación actual. El análisis global del sistema considera el caso de los profesores adscritos en FONASA A y B (3,3%); en FONASA C y D (27,4%); e ISAPRE (66,2%). Particularmente, como la distribución de los profesores en el sistema previsional FONASA es conocida, se lleva a cabo el análisis considerando dichos valores. No así para el caso del sistema ISAPRE, en que el número de combinaciones posibles en cuanto a planes es inmensurable. Por ello es que se planteó evaluar tres posibilidades, correspondientes a distintos grados de cobertura, definidos como: 50%, 75% y 100%, considerando para cada uno de ellos al 100% de los profesores adscritos a dicho sistema previsional.

En el caso de profesores adscritos a FONASA A y B se tiene que FONASA cubre completamente las prestaciones médicas, no así los medicamentos, por lo que el paciente debe costearlos. Se trabajó bajo el supuesto que aquellos profesores adscritos a FONASA letras A y B, en la práctica reciben atención médica gratuita, antecedente obtenido desde el estudio epidemiológico, y consistente con la realidad de atención de quienes pertenecen a este grupo.

El mismo protocolo de tratamiento y valorización presenta otra distribución en sus costos si se considera aquellos profesores adscritos a FONASA letras C y D, que para efectos de la determinación de costos directos se considera el valor del bono en la modalidad “de libre elección FONASA” para establecimientos inscritos en el nivel 3, en conformidad al Arancel 2002.

Los resultados del análisis de costos para este escenario de evaluación se proporcionan según nivel de gravedad y grado de cobertura ISAPRE.

La tabla 51 muestra los costos totales de tratamiento de la depresión en profesores para cada una de los grados de cobertura ISAPRE estudiadas.

Tabla 51. Estructura del costo total de tratamiento de depresión en profesores según cobertura ISAPRE (millones de pesos)

<i>Gravedad</i>	<i>FONASA</i>	<i>Cobertura 50%</i>		<i>Cobertura 75%</i>		<i>Cobertura 100%</i>		<i>TOTAL</i>
		<i>ISAPRE</i>	<i>Profesor</i>	<i>ISAPRE</i>	<i>Profesor</i>	<i>ISAPRE</i>	<i>Profesor</i>	
Leve	1.261,2	2.714,5	160,1	2.750,2	124,5	2.785,9	88,8	4.135,9
Moderado	1.271,1	2.743,5	185,5	2.789,9	139,2	2.836,2	92,8	4.200,2
Severo	320,1	692,1	116,3	705,8	102,6	716,5	88,9	1.128,5
TOTAL	2.852,4	6.150,1	462,0	6.245,9	366,2	6.341,7	270,4	9.464,5

Por otro lado, un análisis detallado de la estructura de los costos de tratamiento de la depresión en la situación actual, permite obtener información respecto a como se comportan los ítemes de costos según nivel de gravedad y cobertura por parte de las ISAPRES.

La tabla 52 muestra la distribución de los costos por concepto de prestaciones médicas, según cobertura de ISAPRES.

Tabla 52. Costo por concepto de prestaciones médicas asociadas al tratamiento de depresión en profesores (millones de pesos)

<i>Grado de cobertura</i>	<i>FONASA</i>	<i>ISAPRE</i>	<i>Profesores</i>	<i>TOTAL</i>
<i>ISAPRE</i>				
Cobertura 50%	89,1	191,6	280,1	560,8
Cobertura 75%	89,1	287,4	184,3	560,8
Cobertura 100%	89,1	383,1	88,6	560,8

Las tablas 53 y 54 muestran la distribución de los costos por concepto de medicamentos y licencias médicas asociadas al tratamiento de la depresión según nivel de gravedad.

Tabla 53. Costo por concepto de medicamentos asociados al tratamiento de depresión en profesores (millones de pesos)

<i>Gravedad</i>	<i>Profesores</i>	<i>TOTAL</i>
Leve	58,1	58,1
Moderado	48,6	48,6
Severo	75,2	75,2
TOTAL	181,9	181,9

Cabe señalar que los costos asociados a medicamentos son de cargo del paciente (profesor) independiente del sistema previsional al que esté adscrito, debido que ninguno de ellos absorbe o cubre dichos gastos.

Tabla 54. Costo por concepto de licencias médicas asociadas al tratamiento de depresión en profesores (millones de pesos).

<i>Gravedad</i>	<i>FONASA</i>	<i>ISAPRE</i>	<i>TOTAL</i>
Leve	1.225,8	2.643,2	3.869,0
Moderado	1.229,3	2.650,7	3.880,0
Severo	308,2	664,6	972,8
TOTAL	2.763,2	5.958,5	8.721,8

El costo de las licencias médicas corresponde al 92,2% del costo total de tratamiento, distribuido en los sistemas previsionales FONASA e ISAPRE con un 32% y 68% del costo total por licencias médicas en la situación actual, respectivamente.

8.7.2. Escenario 2: Valorización de la situación en que el Sistema Mutual se hace cargo de la depresión laboral

Este escenario considera que la demanda de atención por depresión de origen laboral es satisfecha por el Sistema Mutualidades y la demanda por depresión como enfermedad común es atendida por el Sistema ISAPRE-FONASA. Esta situación supone necesariamente la existencia de un mecanismo capaz de identificar eficazmente el origen de la enfermedad en el total de los casos, a objeto de que cada sistema asuma el tratamiento de la depresión según le corresponda (depresión común o laboral).

Con el fin de modelar económicamente esta situación se estimarán los costos asociados al tratamiento de depresión en profesores para los siguientes casos: 1) en que el Sistema Mutual atienda el 100% de las depresiones laborales y 2) en que el Sistema Mutual atienda sólo un 75% de las depresiones laborales por razones de adaptación al cambio. En este último caso, se entiende que el porcentaje diferencial (25%) será atendido por el sistema ISAPRE-FONASA.

8.7.2.1 Caso 1: Sistema Mutual atiende el 100% de los casos.

Los datos de entrada para este análisis corresponden principalmente al número de profesores que acusan depresión laboral y cuánto de éstos son realmente aceptados por el Sistema Mutual. La tabla 55 muestra los datos de entrada respectivos.

Tabla 55. Datos de entrada análisis caso 1.

<i>Item</i>	<i>%</i>	<i>Número</i>
Profesores urbanos	100	124.164
Total profesores enfermos	16,87	20.947
Profesores c/ depresión laboral (P.D.L)	10,8	13.410
P.D.L Atendidos por Sistema Mutual	100	13.410
Profesores c/ depresión no laboral	6,07	7.537
Total atendidos Sistema ISAPRE-FONASA	6,07	7.537

En el análisis de costos de tratamiento de la depresión laboral su valorización es distinta a la realizada para depresión no laboral, debido a la modificación de los protocolos, atendiendo que la atención en el Sistema Mutual considera medicamentos de última generación, mayor cantidad de días de licencia y la atención desde el comienzo de un especialista, lo que evidentemente se traduce en un aumento significativo de los costos de tratamiento, en relación a la estructura de costos del protocolo MINSAL.

El análisis de costos para el caso de la depresión no laboral responde a los mismos supuestos establecidos para la situación actual, puesto que considera la atención en el sistema ISAPRE-FONASA en las proporciones correspondientes y bajo los protocolos definidos previamente.

Los resultados del análisis de costos para este escenario de evaluación se proporcionan según la causa de la enfermedad (laboral y no laboral), y por ende, del sistema que le compete el tratamiento. En la tabla 56 se muestran los costos asociados al tratamiento de la depresión laboral en profesores, llevado a cabo por el Sistema Mutual.

Tabla 56. Costos totales depresión laboral - 100% de los casos (millones de pesos)

<i>Gravedad</i>	<i>P. médicas</i>	<i>Medicamentos</i>	<i>Licencias</i>	<i>Total</i>
Leve	1.528,3	1.528,4	4.103,0	7.159,8
Moderado	1.629,2	1.848,0	5.443,8	8.921,0
TOTAL	3.157,5	3.376,4	9.546,8	16.080,8

Cabe señalar que para este caso la distribución de la enfermedad según nivel de gravedad sólo considera los niveles leve y moderado, debido a que la depresión severa no califica como laboral ya que presenta características endógenas.

Un análisis desagregado permite observar que los costos por concepto de licencias médicas tienen la mayor participación (59,4%), y las prestaciones médicas (21,0%) y medicamentos (19,6%) se distribuyen de manera más uniforme. Lo anterior se explica por los mayores costos de estos ítem en el protocolo Mutua, según lo señalado precedentemente.

La tabla 57 muestra el costo total de tratamiento de la depresión no laboral, llevada a cabo por el sistema ISAPRE-FONASA, según nivel de gravedad y grado de cobertura ISAPRE.

Tabla 57. Estructura del costo total de tratamiento de depresión no laboral en profesores, según gravedad y cobertura ISAPRE (millones de pesos)

<i>Gravedad</i>	<i>FONASA</i>	<i>Cobertura 50%</i>		<i>Cobertura 75%</i>		<i>Cobertura 100%</i>		<i>TOTAL</i>
		ISAPRE	Profesor	ISAPRE	Profesor	ISAPRE	Profesor	
Leve	453,8	976,7	57,6	989,5	44,8	1.002,3	31,9	1.488,1
Moderado	457,3	987,1	66,8	1.003,8	50,1	1.020,4	33,4	1.511,1
Severo	115,2	249,0	41,8	253,9	36,9	258,9	32,0	406,0
TOTAL	1.026,2	2.212,7	166,2	2.247,2	131,8	2.281,7	97,3	3.405,2

Los costos por concepto de licencias médicas corresponden a un 92,2 % del costo total de tratamiento de la depresión no laboral en profesores. En la tabla 58 se muestra el desglose del costo total para el tratamiento de la depresión no laboral en profesores, asumiendo que se atienden, en el Sistema ISAPRE-FONASA, 1.507 profesores siguiendo un tratamiento completo de 6 meses, y 6.030 profesores que no concluyen el tratamiento, abandonándolo a los 15 días de comenzado el mismo.

Tabla 58. Estructura del costo total de tratamiento de depresión no laboral en profesores para Sistema ISAPRE-FONASA (millones de pesos).

<i>Item</i>	<i>Costo</i>
Prestaciones médicas	201,8
Medicamentos	65,4
Licencias médicas	3.138,0
TOTAL	3.405,2

8.7.2.2. Caso 2: Sistema Mutua atiende el 75% de los casos.

Los datos de entrada para este análisis corresponden principalmente al número de profesores que acusan depresión laboral, cuánto de éstos son realmente atendidos por el Sistema Mutua y cuántos acuden al sistema tradicional ISAPRE-FONASA por desconocimiento. La tabla 59 muestra los datos de entrada respectivos.

Tabla 59. Datos de entrada análisis caso 2.

<i>Item</i>	<i>%</i>	<i>Número</i>
Profesores urbanos	100	124.164
Total profesores enfermos	16,87	20.947
Profesores c/ depresión laboral (P.D.L)	10,8	13.410
P.D.L Atendidos por Sistema Mutua	75	10.057
Profesores c/ depresión no laboral	6,07	7.537
No atendidos por Sistema Mutua	25	3.352
Total atendidos Sistema ISAPRE-FONASA	8,77	10.889

El análisis de costos es realizado bajo los mismos alcances del caso 1, considerando protocolo MINSAL para la proporción de profesores afectos a depresión no laboral (7.537) y también para aquellos que siendo depresión laboral, no son atendidos por el Sistema Mutual (3.352). Por el contrario, aquella proporción de profesores que están afectos a depresión laboral y son atendidos por el Sistema Mutual (10.057), lo hacen bajo el protocolo Mutual respectivo.

Los resultados del análisis de costos para este escenario de evaluación se proporcionan según el tipo de enfermedad (laboral y no laboral), y por ende, del sistema que le compete el tratamiento. En la tabla 60 se muestran los costos asociados al tratamiento de la depresión laboral en profesores, llevado a cabo por el Sistema Mutual

Tabla 60. Costos totales depresión laboral (75% de los casos)

<i>Gravedad</i>	<i>P. médicas</i>	<i>Medicamentos</i>	<i>Licencias</i>	<i>Total Mutual</i>
Leve	1.146,2	1.146,3	3.077,3	5.369,8
Moderado	1.221,9	1.386,0	4.082,8	6.690,8
TOTAL	2.368,1	2.532,3	7.160,1	12.060,6

En este caso los costos de tratamiento de la depresión por el sistema Mutual se distribuyen de igual manera que en el caso 1, manteniendo las licencias médicas la mayor participación (59,4%). Por su parte, los costos por concepto de prestaciones médicas y medicamentos corresponden a un 21,0% y 19,6%, respectivamente.

Por otro lado, el costo de tratamiento de la depresión no laboral, es decir, tratada bajo el sistema tradicional ISAPRE-FONASA, incluye a los profesores afectos de depresión causa común y aquellos que teniendo depresión por causa laboral no se atienden por el Sistema Mutual.

La tabla 61 muestra el costo total de tratamiento de la depresión no laboral, llevada a cabo por el sistema ISAPRE-FONASA, según nivel de gravedad y grado de cobertura ISAPRE.

Tabla 61. Estructura del costo total de tratamiento de depresión no laboral en profesores, según gravedad y cobertura ISAPRE (millones de pesos).

<i>Gravedad</i>	<i>FONASA</i>	<i>Cobertura 50%</i>		<i>Cobertura 75%</i>		<i>Cobertura 100%</i>		<i>TOTAL</i>
		<i>ISAPRE</i>	<i>Profesor</i>	<i>ISAPRE</i>	<i>Profesor</i>	<i>ISAPRE</i>	<i>Profesor</i>	
Leve	655,6	1.411,0	83,2	1.429,6	64,7	1.448,1	46,2	2.149,9
Moderado	660,7	1.426,0	96,4	1.450,1	72,3	1.474,2	48,2	2.183,2
Severo	166,4	359,7	60,5	366,9	53,3	374,0	46,2	586,6
TOTAL	1.482,6	3.196,8	240,1	3.346,6	190,3	3.296,4	140,6	4.919,6

Un análisis desagregado permite observar que los costos por concepto de licencias médicas tienen la mayor participación (92,2%), le siguen las prestaciones médicas (5,9%) y, finalmente, el costo por medicamentos (1,9%). En la tabla 62 se muestra el desglose del costo total para el tratamiento de la depresión no laboral en profesores, asumiendo que se atienden, en el Sistema ISAPRE-FONASA, 2.177 profesores siguiendo un tratamiento completo de 6 meses, y 8.712 profesores que no concluyen el tratamiento, abandonándolo a los 15 días de comenzado el mismo.

Tabla 62. Estructura del costo total de tratamiento de depresión no laboral en profesores para Sistema ISAPRE-FONASA (millones de pesos).

<i>Item</i>	<i>Costo</i>
Prestaciones médicas	291,5
Medicamentos	94,5
Licencias médicas	4.533,6
TOTAL	4.919,6

8.7.2.3. Escenario 3: La demanda de atención por depresión es rechazada por los Sistemas ISAPRE-FONASA y Mutualidades.

En este escenario los actores reaccionan, los usuarios sobredemandan atención y los financiadores-prestadores se resisten a satisfacer dicha demanda rechazando porcentajes variables de pacientes. La SSS. debe fallar asignando origen laboral o común caso a caso.

La dinámica de este escenario se supone tiende al equilibrio, es decir, cada sistema tiende a asumir la cuota de la demanda que le corresponde de acuerdo al origen de la enfermedad. Sin embargo, durante dicho proceso de ajuste se incurre en costos administrativos adicionales por concepto de: a) Tramitaciones de rechazo por parte de los Sistemas ISAPRE-FONASA y Mutuales; b) Solicitudes de fallo por parte de la SSS. para las discrepancias; c) Análisis por parte de la SSS. de las solicitudes pronunciándose caso a caso.

En este sentido y considerando que el equilibrio corresponde a que cada sistema termine asumiendo la proporción de enfermos según causal, es válido asumir que en el mediano plazo este escenario será muy similar al escenario de evaluación 2; sin embargo, los costos asociados al mismo serán siempre superiores, por cuánto el incremental está dado por los costos asociados al proceso de tramitación, apelación y fallo, que en rigor es absorbido por los Sistemas ISAPRE-FONASA , Mutualidades y, principalmente, por el organismo gubernamental competente (S.S.S.).

8.8. Conclusiones.

En el contexto de los supuestos hechos para este análisis económico, se concluye que el tratamiento de la depresión en los profesores, para sus tres niveles, presenta actualmente un costo total de \$9.464,5 millones de pesos anuales, considerando que se atienden en el sistema un total de 20.947 profesores afectados de depresión (según estimaciones basadas en los valores de incidencia arrojados por el estudio epidemiológico). Este monto se distribuye entre los diversos actores de la siguiente manera: \$2.852,4 millones son desembolsados por el Sistema FONASA; por su parte al Sistema ISAPRE le corresponde un desembolso que, dependiendo del nivel de cobertura, está en el rango \$6.150,1 - \$6.341,7 millones; y por último, al sector de profesorado dicho tratamiento le implica un costo que está en el rango de \$270,4 a \$462,1 millones aproximadamente, dependiendo del nivel de cobertura según contrato previsional.

En la eventualidad de incorporar la depresión como enfermedad laboral, los costos de diagnóstico y tratamiento de la fracción de profesores que efectivamente presenten depresión laboral serán absorbidos por el Sistema Mutua, cubriendo además los costos asociados a prevención y rehabilitación, entre otros gastos. En estricto rigor el monto debiera corresponder al gasto real en recursos que la Mutua realizaría en diagnóstico,

tratamiento, prevención, rehabilitación, y otros. De acuerdo a los resultados de las aproximaciones económicas para dicho evento, se estima que este agente debe responsabilizarse del tratamiento total de aproximadamente 13.410 profesores (caso 1), lo que implica un costo de \$16.080,8 millones. Por su parte, el Sistema Tradicional ISAPRE FONASA se haría cargo de la proporción de profesores afectados a depresión común (no laboral), que se ha estimado en 7.537 profesores, a un costo aproximado de \$3.405,2 millones.

Que el sistema Mutual se responsabilice de los costos del tratamiento de la depresión laboral en su totalidad (caso 1), puede representar un impacto positivo en la búsqueda de la solución de la depresión laboral en profesores, puesto que de este modo se espera que ninguno de ellos abandone su tratamiento por razones de solvencia económica, lo que no deja de ser relevante a la luz de los antecedentes del Ministerio de Salud que señalan que menos del 20% de las personas con depresión lo continúan por más de 4 semanas.

Por otro lado, los beneficios sociales de dicho evento trascienden lo netamente económico, por cuánto el estado de salud mental de los profesores puede estar influyendo de una u otra manera en la formación y estructura mental de los educandos. Por ejemplo, si se considera que bajo la situación actual aproximadamente un 80% de los profesores con depresión están siendo subtratados (16.758), ello podría tener un efecto negativo importante sobre aproximadamente 368.937¹⁶ alumnos de enseñanza básica y media, es decir, un 11,6% del total de matriculados al año 2000. En cambio, al decretar la depresión como enfermedad laboral, el total de profesores con dicho diagnóstico, completará su tratamiento con excelentes resultados, quedando una porción de profesores afectados a depresión común, la cuál será tratada en el Sistema tradicional ISAPRE-FONASA. De estos profesores (7.537), se asume que un 80%, es decir, aproximadamente 6.030, no completarán su tratamiento, por lo que, en esta situación, el total de alumnos expuestos a los potenciales efectos negativos de recibir educación por parte de educadores depresivos disminuirá a 132.754, eso implica una disminución del 64% respecto a la situación actual, es decir 236.183 alumnos. Esta disminución de alumnos expuestos se traduce en un impacto social incalculable con los antecedentes disponibles.

Que el sistema Mutual se responsabilice de los costos del tratamiento de la depresión laboral de los profesores en su totalidad, y que el Sistema tradicional ISAPRE-FONASA asuma los costos de la depresión común con el consecuente gasto complementario de los profesores, significa un incremento de gasto para el Sistema global de 10.021,5 millones de pesos. El beneficio de este gasto se expresa en 236.183 alumnos no expuesto a efectos negativos, lo que equivale a 42.431 pesos anuales por “alumno beneficiado”.

En virtud del análisis de reacción de los actores es importante examinar en detalle los mecanismos de ajuste que permitirían incorporar la depresión como enfermedad laboral sin causar un efecto financiero negativo en las Mutuales, esto implica que necesariamente se deba estudiar los conductos regulares e implicancias sociales de aumentar la contribución financiera al sistema de medicina laboral.

¹⁶ El total de profesores país es de 144.377 profesores, y el total de alumnos en enseñanza básica y media es de 3.178.540. El proporcional de alumnos que le corresponde al número de profesores con depresión subtratada (16.758) es de 368.937, esta cifra se muestra como una aproximación al número de alumnos expuestos.

El desembolso adicional en el que debiera incurrir el Sistema de Mutualidades por concepto de tratamiento de la depresión laboral (16.080,8 millones de pesos), es equivalente al 1,79 veces los ingresos que hoy las mutuales tendrían desde los establecimientos de educación de todo el país. En efecto, dado el sueldo mensual promedio de \$544.633 como unidad base imponible afecto a la cotización de 0,95%, multiplicado por el número de profesores del país (144.377 educadores) y llevando la cifra a un monto anual, tenemos que el ingreso aproximado de las mutuales por este concepto sería de \$8.964,1 millones de pesos anuales. Si se asume que los \$16.080,8 millones de pesos deben recaudarse adicionales a este valor base, la Mutual debiera recaudar \$25.044.9 millones de pesos en total. Para lograr lo anterior, una alternativa sería realizar ajustes de cotización por mayor siniestralidad (Decreto 67), lo que se traduce en un incremento de la cotización variable para la actividad laboral profesores de 1,704%, (actualmente la cotización variable para esta actividad es de un 0%), la que sumada a la cotización base de 0,95% da como resultado una cotización de 2,654% para el cálculo de la contribución financiera al sistema de medicina laboral por parte de los establecimientos educacionales. Considerando dichos antecedentes, cada establecimiento educacional debería contribuir con aproximadamente \$173.469 pesos al año por profesor, a objeto de financiar completamente el tratamiento de la depresión laboral en dicho grupo objetivo.

Si existiesen antecedentes científicos que sustentaran que producto de las actividades de prevención se disminuye la incidencia de la depresión común y laboral, una depresión evitada equivale a un “ahorro” en el Sistema actual (ISAPRE-FONASA, Profesorado) del orden de 1,19 millones de pesos (valor de tratamiento unitario ponderado considerando los tres niveles de gravedad). Por otra parte, una depresión laboral evitada equivale a un “ahorro” en el Sistema Mutual del orden de 2,15 millones de pesos (valor de tratamiento unitario ponderado considerando los dos niveles de gravedad que aplican en el caso de depresión laboral).

9. CONCLUSIONES

9.1. Aspectos generales

La salud del profesorado chileno ha sido objeto de un interés histórico por parte de las instancias Ministeriales y sindicales. El objetivo de esta investigación ha sido profundizar en este aspecto y contribuir al conocimiento del problema investigándolo en una muestra representativa del profesorado que labora en los sectores urbanos del país.

El presente estudio ha utilizado como base fundamental, el conocimiento producido por numerosos estudios nacionales sobre el tema, los que han entregado elementos conceptuales y teóricos que permiten establecer *a priori* la situación general y particular de este gremio.

Se han derivado de este análisis crecientes evidencias de concentración de algunos problemas de salud física y mental en este grupo laboral, lo que podrían guardar cierta especificidad con el ejercicio de labores docentes.

El diseño de este estudio ha permitido evaluar, a partir del mismo profesorado, algunas de las hipótesis de trabajo que circulan respecto de la participación de eventuales factores de riesgo inherentes a la docencia y algunos daños asociados.

La naturaleza de este diseño, transversal y descriptivo, sólo permite establecer asociaciones generales entre variables, sin poder pronunciarse acerca de su peso etiológico. Esta es una característica propia de este tipo de estudios, lo que ciertamente no invalida la posibilidad de generar información de alto interés epidemiológico.

En los análisis de la información disponible se han efectuado los ajustes y manejos técnicos necesarios para permitir avanzar en el conocimiento de la forma en que se comportan los factores de riesgo conocidos del profesorado, la forma en que éstos se podrían ordenar etiológicamente y las magnitudes de daños con los que se asocian.

Al evaluar la carga de daño o de enfermedad es preciso establecer un referente para poder pronunciarse respecto de la magnitud relativa de estos daños. Magnitudes de exposición a variadas situaciones de riesgo pueden parecer a primera vista elevadas y explicar directamente un mayor riesgo de padecer determinadas enfermedades o daños. Sin embargo, la constatación de que un grupo diferente tiene los mismos niveles de exposición y magnitudes de daño comparables señala claramente que este juicio inicial no es correcto.

En el análisis de la numerosa información disponible en este estudio, se ha considerado necesario no olvidar que los profesores, por ser personas viviendo en comunidad, tienen por así decirlo, un riesgo basal de enfermar o de presentar problemas en el área de la salud mental que guarda relación con su edad y su sexo.

La hipótesis de trabajo implícita en los numerosos estudios efectuados es que a este riesgo basal, se agregaría riesgo adicional atribuible directa o indirectamente al ejercicio docente.

9.2. Acerca de los principales resultados

En primer término, debe señalarse que la aplicación *in situ* de los instrumentos de evaluación, permitió observar un interés y compromiso notable de los entrevistados con los contenidos de este material. Esto se observó en ambos grupos evaluados pero fue particularmente notorio en los profesores. La extensión de los instrumentos y el tiempo en dar respuesta a sus contenidos no fueron impedimentos para manifestar un buen nivel de identificación con los ítemes consultados.

Posiblemente por razones locales que este estudio no puede precisar, este compromiso se mostró algo más débil en la región metropolitana, región en la cual el equipo en conjunto con el coordinador local, debieron extremar sus recursos para lograr convocar a los profesores seleccionados.

Un estudio de esta naturaleza genera necesariamente inquietud en los participantes, quienes pueden libremente especular acerca de las razones por las cuales son convocados a participar en él. Entre los profesores encuestados fueron recogidas observaciones que aludían, por ejemplo a : - el propósito real de la investigación (asumiendo un propósito diferente al que el estudio tiene), - las consecuencias personales que podría acarrear la participación o no participación, -la confidencialidad en el manejo de la información y las expectativas positivas o negativas en relación con la utilidad real que podrían tener los resultados en lo personal o lo gremial.

Contribuyó a poder tener un diálogo abierto sobre estos, el conocimiento que tuvieron los profesores acerca del origen de esta investigación, que respondió a una inquietud del Colegio de profesores canalizada por el Ministerio de Educación.

Durante el desarrollo de esta investigación, el equipo de investigación participó también en una actividad académica (Seminario) organizada por el colegio de profesores en conjunto con la universidad de Chile en el mes de Septiembre. En esta actividad se presentaron con extenso detalle los alcances y características más relevantes de la investigación, además de la experiencia del trabajo en terreno con los profesores hasta entonces participantes. En opinión del equipo de investigación, estos antecedentes contribuyeron positivamente al desarrollo técnico de la investigación.

9.2.1. Condiciones ambientales de trabajo

Riesgos físicos y ambientales significativamente elevados fueron detectados por el estudio. Algunos de éstos guardan relación con condiciones físicas, climáticas y de estructura de los establecimientos (temperatura, acceso, hacinamiento) y otros, con la percepción de inseguridad personal por situaciones como ambiente agresivo, contacto con situaciones en las cuales participa el consumo o tráfico de drogas.

Mención aparte merece el riesgo ambiental secundario a la exposición elevada a ruido ambiental, la que en relación con el trabajo docente podría explicar la alta frecuencia de problemas vocales detectados (este factor resultó positivamente asociado con el daño vocal).

Alto porcentaje del profesorado señaló exposición permanente a este factor de riesgo.

9.2.2. Uso de servicios médicos, contacto con el sistema de salud

La información disponible indica que el profesorado representativo de la realidad urbana del país tiene una alta frecuencia de consulta al sistema médico tradicional, casi doblando a la frecuencia de consulta del grupo de referencia y comportándose de manera similar a la

tasa de consulta de afiliados a Isapres cerradas¹⁷, generalmente aludidos en términos comparativos por las mínimas barreras de acceso financiero que presenta este grupo a la atención de salud. La frecuencia de consulta fue estadísticamente mayor en las profesoras.

La frecuencia de hospitalización (excluyendo aquellas hospitalizaciones por causas maternas) resultó ser de 16%, cifra elevada, considerando que en el año 2001 en los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, que incluyen los egresos por causas maternas, la tasa de hospitalización para los usuarios del sistema público fue aproximadamente de 12% en el mismo año.

La mayor parte de estas hospitalizaciones se resuelve en establecimientos privados, por la afiliación previsional del profesor. Sin embargo un subgrupo significativo debe hacer copagos directos en las hospitalizaciones, revelando que las características de los planes de afiliación no tienen necesariamente coberturas adecuadas para cubrir esta demanda de atención.

9.2.3. Acceso a protección médica durante el trabajo

Un porcentaje alto de los profesores evaluados tiene acceso al sistema de mutualidades o, a través del Instituto de Normalización previsional (INP), a prestaciones médicas por problemas de salud vinculados con su actividad laboral. Resulta significativo sin embargo conocer que un porcentaje cercano al 10% de los entrevistados desconoce su situación personal de afiliación, cifra que es significativamente mayor en el caso de profesores a contrata

Sin duda, esto expone a este subgrupo a no hacer uso de este sistema y a incurrir en gastos personales por la vía de resolver esta problemática de salud a través del sistema de medicina curativa. Asociadamente, se produciría una suerte de subsidio cruzado entre ambos subsistemas.

9.2.4. Percepción del estado de salud

Llamó la atención una suerte de discordancia entre la identificación de un perfil de mayor daño específico para algunas patologías y problemas de salud de este grupo laboral y la mejor percepción de salud que ellos tienen de sí mismos. Esta percepción difiere de la percepción que tiene la población general sobre este aspecto.

Según se desprende de la revisión bibliográfica disponible sobre el tema de salud en los profesores, este fenómeno podría explicarse por la tendencia del profesorado a asumir por defecto la existencia de ciertos padecimientos como una condición propia de la labor docente. Así, más que ser percibidos estos como problemas de salud, podrían ser interpretados como una circunstancia propia, y aceptada del trabajo habitual (ausencia de conciencia de enfermedad).

9.2.5. Uso de fármacos

La utilización regular de fármacos específicos es una forma útil de delimitar inicialmente la magnitud de un problema de salud. Para estos fines es necesario analizar la información considerando la relación existente entre el uso del fármaco y una patología específica tratada con él. También debe considerarse la obligatoriedad de contar con una prescripción

¹⁷ Superintendencia de Isapres: 4,3 cons./afiliado Isapre cerrada (2001). 1,4 cons/100 afiliados al sistema público (1999)

formal y escrita para el uso de fármacos. Finalmente, dado que en la compra de fármacos puede influir el acceso económico, este factor debe ser considerado en el análisis.

En el análisis comparativo y tomando en consideración lo anterior, se constató que un subgrupo reducido de fármacos muestra un perfil de consumo algo mayor para el grupo de profesores en relación con su grupo de referencia.

Considerando que en esta variable pueden influir numerosos factores, algunos no evaluados en esta investigación, se le ha dado un valor relativo a esta información como estimador de carga de morbilidad.

9.2.6. Necesidad de atención por problemas de salud y consultas efectivas realizadas en el último año

Se valoró en forma simultánea la frecuencia de patología aguda y crónica y la necesidad de asistencia médica en el periodo reciente de un año. La frecuencia de problemas agudos, como episodios respiratorios agudos, influenza y problemas digestivos resultó de alta frecuencia en el profesorado. Sin embargo, esta frecuencia no resultó ser significativamente mayor que la reportada en el grupo de referencia. Fue llamativa la alta magnitud de enfermedades respiratorias relativamente importantes por su severidad (neumonías, bronconeumonía, neumonitis). Algunas categorías diagnósticas son estrictamente dependientes de situaciones epidémicas específicas, como influenza y otros cuadros respiratorios agudos, por ejemplo.

Es necesario recordar, sin embargo, que el grupo de referencia puede representar también niveles elevados de exposición a riesgo. Esto significa que, no obstante no encontrar diferencias entre ambos grupos, ello no significa en lo absoluto minimizar la importancia que estas enfermedades tienen *per se* en ambos grupos. Desde la perspectiva preventiva, algunos de los factores de riesgos ambientales podrían ser modificados buscando reducir este elevado riesgo de presentar estas patologías.

Se perfiló una diferencia estadísticamente significativa entre las patologías referidas y el sexo del entrevistado. Las mujeres presentan un mayor riesgo de padecer de categorías diagnósticas específicas, especialmente en las relacionadas con salud mental, con también mayor frecuencia de consultas por estas causales.

Se optó la selección de los trastornos depresivos como entidad clínica para modelar desde la perspectiva económica, dado que las características que motivaron su inclusión se cumplieron cabalmente y por ser una patología objetivamente evaluada en esta investigación.

El desarrollo efectuado en el modelamiento del efecto económico que significaría asumir esta patología como de eventual origen laboral, son aplicables para otras categorías de diagnóstico.

9.2.7. Licencias médicas

A pesar de no considerarse en el muestreo a profesores que se encontraban cursando licencias médicas, se recogió retrospectivamente este antecedente en la muestra. Se apreció que el 46% de los profesores evaluados hicieron uso de licencias médicas en el año precedente. Este antecedente concuerda con el elevado uso de esta franquicia legal documentado en la literatura. Sin embargo, el contraste con el grupo de referencia no identifica una frecuencia estadísticamente mayor, siendo sin embargo válidas las mismas

consideraciones señaladas previamente respecto de la elevada frecuencia simultánea en ambos grupos estudiados.

En ambos grupos la mayor frecuencia de uso de licencia médica corresponde a la categoría de licencia por enfermedad común.

Surge algún grado de evidencia que sugiere un mayor riesgo de licencias por salud mental en el grupo de profesores, especialmente en el sexo femenino. Sin embargo este hallazgo pareciera ser explicado parcialmente por la diferente conformación por edad de ambos grupos.

9.2.8. Comorbilidad

Se ha sugerido también en diferentes investigaciones que el profesorado no tan sólo acumularía mayor nivel de daño sino también que mayor cantidad de daño simultáneo, expresado en la coexistencia de más de una patología.

El análisis de un subgrupo de 9 categorías de diagnóstico, seleccionadas principalmente por su frecuencia, demuestra que independiente de la edad, el sexo del entrevistado y su situación de previsión en salud, los profesores tienen 3,3 veces más riesgo de padecer en forma simultánea al menos dos de las enfermedades del listado y 1,97 veces más de padecer tres enfermedades simultáneas. Este exceso de riesgo no se modifica significativamente al ajustar según sexo, edad y sistema previsional en salud del entrevistado.

En materia de salud mental, depresión y problemas de ansiedad estuvieron estadísticamente asociadas en ambos grupos, pero con un significativo mayor nivel de asociación en el grupo de profesores.

9.2.9. Conductas en salud, factores de riesgo conductuales

El análisis de los factores de riesgo de enfermedad crónica es de extrema importancia, fundamentalmente por dos razones: - por su conocida influencia en la historia natural de innumerables enfermedades crónicas en el profesorado y - por constituir un elemento susceptible de modificar como estrategias de prevención primaria.

El primer acercamiento a esta área estratégica de evaluación corresponde a las conductas activas de cuidado personal de la salud, manifestado en controles y exámenes de pesquisa usualmente aceptados como tal en población adulta.

Se esperaba en algunas de estas categorías de evaluación, que el personal de salud manifestara mejores conductas por su relación directa de estas actividades con su área laboral.

Ajustando estas frecuencias según el sistema previsional de salud, se mantienen significativamente mejores la frecuencia para controles médicos y control de presión arterial en los profesores, no así para el control con glicemia y medición de niveles de colesterol en los últimos 5 años. Estas categorías corresponden a exámenes de laboratorios, lo que significa considerar la influencia del acceso financiero para el pago de estos tests, aún considerando que el monto de su precio no es elevado.

9.2.10. Tabaquismo

Con relación al tabaquismo llama la atención la elevada prevalencia de tabaquismo actual (tabaquismo diario y ocasional) detectado en las profesoras, cuyas cifras son estadísticamente superiores a la de los varones. En el grupo de referencia las prevalencias

son elevadas en ambos sexos. Podría concluirse del análisis de este factor de riesgo en la muestra que las mujeres tienen mayor frecuencia de tabaquismo actual y que los varones presentan menor prevalencia de consumo que el grupo de referencia, aunque sin ser estadísticamente significativa esta diferencia.

La tasa de ex -fumadores en profesores fue estadísticamente mayor (37,5%) que la del grupo de referencia y mayor también que la reportada en estudios previos (Berríos X. 17% en mujeres). Este antecedente permite suponer expectativas positivas en cuanto a modificar conducta frente al tabaco en este grupo.

Información en vías de publicación generada por la institución que desarrolló este estudio señala que en escolares desde primer año básico hasta alumnos de cuarto año de enseñanza media la prevalencia de tabaquismo femenino es significativamente mayor que la de estudiantes varones, independiente del nivel socioeconómico y región del país (Valdivia G, Simonetti F). Esto concuerda con los resultados de un estudio comparativo de diversos países que explora este antecedente en estudiantes de la enseñanza media (OMS, 2002).

9.2.11. Consumo de alcohol

Fue detectada una mayor frecuencia de bebedores diarios y ocasionales en el grupo de profesores respecto del grupo de referencia, destacando por su importancia el mayor riesgo epidemiológico de este tipo de consumo en las mujeres. Siendo en ambos sexo mayor el riesgo de consumo en esta modalidad, en los varones el incremento del riesgo fue de 2,34 veces y en las mujeres de 5,04 veces respecto a sus pares el grupo de referencia.

En ambos grupos laborales, se observó una concentración del consumo de alcohol fundamentalmente en los fines de semana. La bebida alcohólica más consumida en ambos grupo fue el vino, luego la cerveza y finalmente licores los o combinados. El nivel de consumo de cerveza resultó ser significativamente mayor en el grupo de profesores, lo que es explicado fundamentalmente por el consumo de profesores varones.

No se detectó diferencia significativa en los niveles de bebedores problema entre ambos grupos laborales.

9.2.12. Actividad física

El porcentaje de sedentarismo del profesorado es estadísticamente mayor que el del grupo de referencia, lo que no es explicado por la edad de los entrevistados ni por un mayor grado de incapacidad física para realizar estas actividades. Cualitativamente, la frecuencia de actividad física durante la semana fue menor en el grupo de profesores.

La evaluación global de los factores de riesgo para enfermedad crónica revela que el grupo de profesores tiene un perfil de riesgo mayor que el del grupo de referencia, controlado el efecto de posibles variables confundentes.

9.3. Variables psicológicas

Los profesores presentan mayor riesgo en bienestar psicológico y más burnout que el grupo de referencia. Es probable que este resultado en bienestar psicológico se explique por tensiones crónicas presentes en las condiciones laborales de los profesores y por la naturaleza de su actividad.

La autoeficacia individual y colectiva en los niveles encontrados (medianas y bajas) no protegen de los estresores laborales percibidos, especialmente de aquellos de carácter

crónico, como los que fueron evaluados con la escala de burnout, y son consistentes con el hallazgo de altos niveles de burnout experimentados por los profesores en este y otros estudios anteriores. El burnout podría ser también considerado como una crisis de la autoeficacia.

9.4. Entrevista psiquiátrica

Una fortaleza significativa del proyecto fue la aplicación de un instrumento estandarizado destinado a evaluar la frecuencia de patología de salud mental del eje I del DSM-IV. Este componente de la investigación requirió especial dedicación del equipo responsable debido a la escasa experiencia nacional en el uso del instrumento y la naturaleza preocupante del profesorado participante por ser sometido a una evaluación psiquiátrica. No se registraron incidentes significativos relacionados con la aplicación de este instrumento en los grupos evaluados. La excepción fue un profesor que no fue entrevistado por molestarse por un periodo de espera que consideró prolongado.

El trastorno de salud mental más frecuente encontrado en ambas muestras fue la depresión mayor (29,1%), seguida de trastornos ansiosos (23,1%). Las prevalencias reportadas en el último mes resultaron ser significativamente menores que las prevalencias de vida, manteniéndose un perfil de mayor riesgo en las mujeres evaluadas.

La frecuencia de algunas de estas patologías fue significativamente mayor en las mujeres evaluadas.

En general las prevalencias de vida y del último mes de la mayor parte de las patologías de salud mental fueron mayores en los profesores respecto del grupo de referencia en salud. Sin embargo, el análisis de regresión logística identificó sólo a los trastornos de ansiedad con mayor riesgo en el grupo de profesores. Respecto de depresión mayor y fobias sociales, se encontró asociación pero con diferencias estadísticamente marginales entre ambos grupos.

Sin embargo, y considerando que el tamaño de efectos encontrado entre ambos grupos fue significativamente elevado, es posible que el contraste en las condiciones efectuadas no hay tenido la suficiente potencia para poner en evidencia diferencias reales.

Los niveles absolutos detectados en ambos grupos son extremadamente elevados, lo que sumado a las consideraciones estadísticas señaladas y los hallazgos efectuados en la primera fase del estudio, apoyaron la decisión de considerar a la depresión como una de las patologías asociadas al grupo de profesores.

En ambos grupos, las mujeres presentaron un mayor riesgo de patología psiquiátrica como depresión y trastornos ansiosos.

10. PROPUESTAS A PARTIR DEL ESTUDIO DE SALUD LABORAL DE LOS PROFESORES EN CHILE

Los hallazgos de este estudio permiten delinear un conjunto significativo de estrategias de carácter preventivo con el objetivo de reducir la carga de morbilidad del profesorado. La puesta en marcha de este enfoque preventivo es independiente del curso de acción que puedan tomar las decisiones relativas a la eventual incorporación de las patologías sospechosas de vínculo laboral en nuestra actual legislación laboral.

Se ha podido caracterizar adecuadamente las condiciones asociadas con el riesgo específico para un número significativo de problemas de salud física y mental. Esta información, no disponible hasta ahora, debe ser utilizada para su desarrollo posterior entre los actores involucrados en la acción docente.

Nuevas estrategias deberán ser propuestas y otras deberán ser adaptadas a la luz del conocimiento disponible. Es preciso además tomar en consideración los principales elementos asociados al quehacer docente y que podría ser determinante como posibles factores de riesgo de enfermar para los docentes.

Las acciones en materia preventiva deben también considerar la alta frecuencia de agregación simultánea de daño en el profesorado, condición que ofrece la oportunidad de intervenir modificando factores de riesgo comunes que podrían impactar simultáneamente en varios problemas de salud. El conocimiento epidemiológico actual sugiere la creación de acciones integradas y con permanencia en el tiempo. En síntesis, se explicita la recomendación de intervenir sobre la base de programas preventivos por sobre campañas puntuales sobre problemas aislados. Un apoyo político decidido, con compromiso institucional es fundamental en este enfoque de programa.

Se propone una intervención multimodal de prevención y promoción de salud para docentes y la realización de investigaciones aplicadas. Esta intervención debe estar compuesta por diferentes medios, los que deberían articularse con el nivel central y local.

10.1. Propuestas para la prevención de problemas de salud ocupacional de los profesores

Dada la comorbilidad detectada, la sugerencia técnica es diseñar acciones preventivas integradas como un mecanismo más eficiente en el uso de recursos. En este contexto, resulta indispensable que se produzca la acción intersectorial en las estrategias de intervención, las que podrán desarrollar las siguientes instituciones: INP, superintendencia de seguridad social, MINSAL, MINEDUC, Dirección del Trabajo, Universidad, Colegios Profesionales, Superintendencia de ISAPRES, etc. La tarea es, por lo tanto, buscar la sinergia apoyando y potenciando las iniciativas en marcha.

Las propuestas específicas de estrategias abocadas a la prevención de problemas de salud son: Sistema de selección y reclutamiento de profesores, capacitación en servicio y un sistema de vigilancia de condiciones ambientales apropiadas.

- 1) Sistema de selección y reclutamiento de profesores: Dados los factores de riesgo psicológico y la responsabilidad social de los profesores y considerando las excesivas presiones a las que están expuestos, se sugiere que las instituciones educacionales implementen un sistema de selección que incluya la evaluación de las variables de personalidad que pueden hacerlos más proclives a desarrollar enfermedades laborales. El propósito de esta estrategia, más que discriminar entre los más aptos, protegerlos de los riesgos de una enfermedad ocupacional y buscar el bienestar de los niños que están bajo su cuidado. Este sistema de selección, por indicación, debería orientarse a la selección por competencias y, ligarse al reforzamiento posterior de los factores protectores al ingresar a la carrera docente.
- 2) Capacitación en servicio: Este sistema de capacitación debería descomponerse en tres aspectos: talleres, programas de prevención con temática específicas y diplomados y postítulos. Los que en conjunto deberían incorporar en la formación inicial de los profesores, temas de salud ocupacional y de áreas que se han demostrado crítica en relación con el desgaste emocional, tales como la relación con padres y apoderados, manejo de situaciones críticas y de niños difíciles.
 - a) Talleres: Esta estrategia está dirigida al desarrollo profesional docente, dentro del cual deberían insertarse las temáticas que se relacionan con la salud ocupacional. Las siguientes áreas son las que tendrían que estar cubiertas dentro de esta estrategia:
 - Desgaste profesional y Estrategias de autocuidado
 - Nuevas tecnologías educativas como formas de prevenir enfermedades profesionales en profesores
 - informática educativa
 - utilización de medios audiovisuales en la educación
 - técnicas de trabajo de grupos
 - técnicas sociodramáticas y aprendizaje
 - Talleres de educación de la voz
 - Estrategias de enfrentamiento al estrés
 - b) Programas con temáticas específicas
 - Programas de orientación respecto de la capacidad de endeudamiento de los profesores, ya que el endeudamiento es uno de los eventos vitales más estresantes de los profesores
 - Programas de Prevención de adicciones: tabaquismo drogas y alcohol. En este punto, cabe señalar un aspecto en relación con la cesación de tabaquismo. Los profesores tienen un perfil positivo para el abandono del hábito, por lo tanto, hay que estimular estrategias de cesación y sumar a los alumnos en esta iniciativa
 - Programa de prevención de accidentes, ya que hay evidencia de muchas fracturas, en los profesores, en comparación con el grupo de referencia
 - Programas de Capacitación en reforzamiento de variables protectoras (auto eficacia) con un enfoque más preventivo que paliativo
 - Programas de Capacitación en el adecuado uso del aparato locomotor para la prevención del lumbago y dolencias afines.
 - Cuidado de la salud oral.

Se sugiere que los profesores asistan a un taller de perfeccionamiento anual, de 8 horas, en el área de la salud ocupacional. Se propone que éstos tengan una modalidad vivencial de, de manera que la transferencia de los contenidos a la conducta de las personas, sea lo más alta posible.

Por otra parte, la mayor parte de estos talleres debería ser llevado a cabo en el mismo establecimiento para garantizar la asistencia de un número significativo de profesores. Podrían ser coordinados con el área de educación de las corporaciones municipales. De esta forma se facilita un cambio en la cultura escolar al respecto, al involucrar a actores de distintos niveles del sector.

- c) Postítulos y diplomados: Estos estarían orientados a la capacitación sistemática y conducente alguna certificación de grado, en actualizaciones de temas centrales para adecuarse a los cambios derivados de la reformas educaciones, de los avances científicos y tecnológicos y de los cambios psicosociales en los estudiantes y sus familias tales como aumento de la violencia entre pares, violencia intrafamiliar, familias monoparentales, problemas derivados del uso inadecuado de internet por parte de los niños, niñas y jóvenes, entre otro.
3. Vigilancia de condiciones ambientales apropiadas: Evaluar los establecimientos educacionales en función de sus condiciones físicas tales como iluminación, ventilación, calefacción, aislamiento acústico, lugares de encuentro con otros profesores y de pausas en el trabajo. En este punto es de particular importancia la evaluación de la disponibilidad de instalaciones de servicios higiénicos apropiados y de espacios de tiempo adecuados para hacer uso de ellos. Asimismo, se debería evaluar la dotación de recursos apropiados, entre los que debe contarse una provisión de sillas ergonómicas para los profesores; equipos de computación y de apoyo audiovisual para la docencia eliminación de la tiza. En este punto, se propone que haya una dotación de bibliotecas para profesores con temas específicos en esta área, aspecto que también debería incluir este sistema de vigilancia.

10.2. Propuestas para la promoción salud ocupacional de los profesores

En aspectos de apoyo nutricional, se sugiere sumarse a las iniciativas de alimentación saludable derivados de la JUNAEB y otras instituciones y, promover la disponibilidad de casinos o espacios para estimular la alimentación sana. Asimismo, se deberá estimular dentro de las prácticas docentes habituales, mayores niveles de actividad física eficiente, lo que cumple el rol de disminución de riesgo de enfermedades crónicas y sus factores de riesgo e incrementa el bienestar psicosocial (olimpiadas, actividad física sistemática. Para estos efectos, se proponen estrategias de difusión, talleres y concursos.

1. Estrategias de difusión:

- a. Se sugiere la realización de campañas de reconocimiento social del profesorado, orientadas a la opinión pública, con el propósito de validarlos frente a los estudiantes y apoderados y a la sociedad en su conjunto, con el objeto a mediano o largo plazo, de mejorar el status social del profesor. En este punto, como antecedente relevante cabe señalar que este año 2003, se produjo un repunte en la inscripción de estudiantes a las carreras de pedagogías. Esta motivación por el tema debería

aprovecharse para fortalecer la connotación positiva que se asocia a la profesión de profesor.

- b. Confección de cartillas acerca de las principales enfermedades ocupacionales de los profesores y sus formas de prevención y estrategias asistenciales. Estas as cartillas tendrían que incluir datos de prevalencia, principales síntomas, estrategias de prevención y manejo y centros de atención para estos problemas tales como:

- Lumbago
- Disfonía,
- Depresión
- Cuadros ansiosos
- Síndrome de desgaste profesional
- Adicciones
-

2. Talleres de promoción de salud:

- Talleres de desarrollo personal
- Talleres de manejo de conflicto tensión trabajo-familia
- Talleres de autoestima para profesores
- Talleres de promoción de estilos de vida saludable:
- Factores nutricionales
- factores relacionados con la actividad física

3. Sitio Web: Diseñar sitio web interactivo con información sobre las enfermedades más prevalentes, que incluya la posibilidad de recibir consultas. Esta páginas debería tener *links* a otros sitios relacionados con el tema.

4. Bibliotecas para los profesores: Proponer activación de la iniciativa de bibliotecas para los profesores en los establecimientos educacionales y que en ellas se incluya material sobre salud ocupacional, las principales patologías y temáticas asociadas

5. Concurso de proyecto para la promoción de salud ocupacional: Articular acciones de promoción con iniciativas MINSAL en sus programas de intervención de ambientes laborales saludables. Esta debería constituir una oportunidad de acción intersectorial, de manera que se logre ampliar el contexto de entorno saludable al ambiente de escuelas saludables. Para estos efectos, se propone que el MINEDUC llame a concurso a establecimientos educacionales, los cuales podrían asociarse con contrapartes técnicas para su desarrollo.

10.3. Investigación en salud ocupacional de profesores

1. Se propone un concurso de proyectos de investigación en temas relacionados con salud ocupacional a través de los fondos concursables existentes (FONDECYT, FONDEF)
2. Generación de un **sistema de vigilancia epidemiológica**¹⁸ de salud ocupacional de profesores, con fondos interministeriales (salud, trabajo y educación). Para este efecto, se propone:
 - Conducción de controles médicos específicos que incluyan el reconocimiento de las patologías más frecuentes, de la esfera biomédica y de la salud mental, en este grupo laboral.

¹⁸ Integrada con las acciones de vigilancia propuestas en las estrategias de prevención

- Generación de un sistema de registros sobre ausentismo laboral, diagnósticos, duración de las licencias, eventuales causas. Se espera que este sistema sea capaz de dar cuenta de las diferencias por variables de segmentación, como son género, edad, dependencia y ciclo educacional.

REFERENCIAS

1. Abel, M. & Sewell, J. (1999). Stress and *Burnout* in rural and urban secondary school teachers. The Journal of Educational Research, 92 (5), 287-293.
2. Alchian and H. Demsetz, "Production, Information Costs, and Economic Organization", *Amer. Econ. Rev.*, Dec 1972, 62, 777-95.
3. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. (2001) Common mental disorders in Santiago, Chile. *British Journal of Psychiatry*;178:228-33.
4. Asún, D., Molina, D., Real, C. (2002) *Burnout en educación*. Documento de trabajo en el Seminario de Salud Laboral Docente, Septiembre,. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales.
5. Becker G. S. and Stigler, G. J (1974)"Law Enforcement, Malfeasance, and Compensation of Enforcers", *J. Legal Stud.*, Jan., 3, 1-18.
6. Campos, J. (2001). *Análisis y evaluación de variables presentes en el Estrés Laboral*. Memoria para optar al título de Psicólogo Universidad de Chile. Santiago, Chile.
7. Cantele C, Quiros E, Olea E, Campusano E. (2001) Psico-oncología en el Instituto Nacional del Cáncer. Apoyo al equipo de salud. *Revista El Dolor*;37:24-28.
8. Castro, E. (2000). *La salud mental del profesor en Chile. Antecedentes para un Estado del Arte*. Santiago: Ministerio de Educación.
9. Claro S, Bedregal, P. (2003) Aproximación al estado de salud mental del profesorado en 12 Escuelas de Puente Alto, Santiago Chile.. *Rev Méd Chile*;131:159-67 (En prensa).
10. Esteve, J.M. (1994). *El Malestar Docente*. Barcelona: Paidós.
11. Federación de Enseñanza de CC.OO. (2000) La salud laboral docente en la enseñanza pública. Gabinetes de Estudio y de Salud Laboral: Ulpiano Sevilla, Rafael Villanueva. 2 acción sindical. Madrid, España.
12. Ferber, B. (1993). Stress and *Burnout* in suburban teachers. Journal of Educational Research, 77, p. 325-331.
13. Friedman, I. & Farber, B. (1992). Professional Self-Concept as a Predictor of Teacher *Burnout*, Journal of Educational Research, Sept. Oct. Vol. 86 1, p. 28-35
14. Giaconi, J. (1995) La Salud en el Siglo XXI. Cambios Necesarios.. Editado por el Centro de Estudios Públicos. Santiago de Chile
15. Gray, N, Amaro B., Barilari E., Maynou P., Soto M. (2001) Estudio de la salud laboral de los profesores. Informe Final. Colegio de Profesores de Chile, Octubre (Documento).
16. Guerrero, E. (1999). *"Burnout" o desgaste y afrontamiento del estrés laboral en docentes universitarios*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.
17. Hanke, W., Szeszenia-Dabrowska, N. & Szymczak, W. (2002). Occupational diseases: epidemiologic evaluation of the situation in Poland [Enfermedades ocupacionales: evaluación epidemiológica de la situación en Polonia]. *Medycyna Pracy*, 53, 23-28. Abstract extraído el 23 de noviembre, 2002 de la base de datos de Medline:2002, Abstract 22046953.
18. Harris, M. and Raviv A. (1978) "Some results on Incentive Contracts with Applications to Education and Employment, Health Insurance, and Law Enforcement", *Amer. Econ. Rev.*, March, 68, 20-30

19. Harris, M. and Raviv A., (1976) "Optimal Incentive Contracts with Imperfect Information", *Grand. Sch. Ind. Adm.*, work, paper no. 70-75-76, Carnegie-Mellon Univ., April.
20. Jensen, C.M. and Mecking, W. H (1976) "Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure", *J. Finan. Econ.*, Oct., 3, 305-60.
21. Kenneth J. (1970) *Arrow essays in the Theory of Risk Bearing*, Chicago.
22. Kyriacou, C. (1987). Teacher stress and *Burnout: An international review*. *Educational Research*, 29 (2), 146-152.
23. Ley N0 16.744. Ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Carlos González, Ediciones Publiley, Edición 2002.
24. MacIntyre, S., Hunt, K., & Sweeting, H. (1996). Gender Differences in Health: Are Things Really as Simple as They Seem? *Social Science & Medicine*, 42(4), 617-624.
25. Maslach, C, Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job *Burnout*. *Annual Reviews of Psychology*, (53), 397-422.
26. Medicina Laboral y ambiental. Joseph La Dou, (1999) 2ª Edición. Editorial El Manual Moderno, México (traducción de 2ª edición en Inglés, 1997).
27. Michael B., Spitzer, Robert L, Gibbon Miriam, and Williams, Janet B.W.: Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition. (SCID-I/NP) New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 2001.
28. Miller PR, Dasher R, Collins R, Griffiths P, Brown F. (2001). Inpatient diagnostic assessments: 1. Accuracy of structured vs. unstructured interviews. *Psychiatry Res Dec* 31;105(3):255-64 -
29. Ministerio de Educación: (en Red). Disponible en Internet. http://www.mineduc.cl/zonas/profesores/quienes_somos/estadisticas/c_1.htm
30. Ministerio de Salud (1999) Ed. Unidad de Salud de las personas. Las Enfermedades Mentales en Chile: Magnitud y consecuencias. Santiago de Chile.
31. Ministerio de Salud (2001). La Depresión: detección, diagnóstico y tratamiento: guía clínica para la atención primaria, Unidad de Salud Mental (DISAP, Unidad Modelo de Atención-DIVAP). (www.minsal.cl, <http://www.minsal.cl/sitionuevo/documentos/guia.pdf>)
32. Ministerio de Salud de Chile (2001). Reforma de Salud en Chile. Documento de Trabajo.
33. Ministerio de Salud. (2002). Protocolos para el tratamiento de la depresión severa en el nivel 2º y 3º - Primer borrador. Grupo de trabajo HDS-USM.
34. Miranda, E. (1994) La Salud en Chile. Evolución y perspectivas. Editado por Centro de Estudios Públicos. Santiago de Chile.
35. Organización Mundial de la Salud (2002). Burden of Mental and behavioural disorders. Chapter 2. Ginebra.
36. Pauly, M. V. "Idemnity Insurance for Health Care Efficiency", *Econ. Bus. Bull.*, Fall 1971, 24, 53-59.
37. Pauly, M. V. (1968)"The Economics of Moral Hazard", *Amer. Econ. Rev.*, June, 58, 531-37.
38. Peplonska, B. & Szeszenia-Dabrowska, N. (2001). Occupational risk factors for breast cancer in epidemiological studies [Factores de riesgo ocupacional para el cáncer mamario en estudios epidemiológicos]. *Medicina Pracy*, 52, 483-495. Abstract

- extraído el 23 de noviembre, 2002 de la base de datos de Medline:2001, Abstract 21926685.
39. Ponce, (2002). *Burnout* y Estrategias de Afrontamiento en Profesores de Educación Básica. *Revista Psykhe*, 11, 2.
 40. PSISA (1997). El síndrome de *Burnout* : Estudio empírico en profesores de enseñanza primaria. Facultad de Psicología Universidad de Salamanca, España [En Red]
Disponible en:
<http://fsmorente.filol.es/publicaciones/iberpsicología/iberpsi2/quevedo/burn.htm>
 41. Reddy, D. M., Fleming, R., & Adesso, V. (1992). Gender and Health. In S. Maes, H. Leventhal & M. Johnston (Eds.), *International Review of Health Psychology* (Vol. 1, pp. 3-32). Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd.
 42. Review of ill health retirement in the public sector. The public Enquiry Unit.HM Treasury. Parliament Street. London, UK 2000.
 43. Riley, J. G. (1975)"Competitive Signalling", *J. Econ. Theory*, Apr., 10, 174-86.
 44. Romero, M.I. (1990) Eficiencia y Calidad del Sistema de Salud en Chile. Editado por la Corporación de Promoción Universitaria. Santiago de Chile
 45. Ross, S. A "The Economic Theory of Agency (1973): The Principal's Problem", *Amer. Econ. Rev. Proc.*, May, 63, 134-39.
 46. Sala, E., Laine, A., Simberg, S., Pentti J. & Suonpaa, J. (2001). The prevalence of voice disorders among day care teachers compared with nurses: a questionnaire and clinical study [La prevalencia de desórdenes de la voz entre profesores comparada con enfermeras: un cuestionario y estudio clínico]. *Journal of voice: official journal of the Voice Foundation*, 15, 413-423. Abstract extraído el 23 de noviembre, 2002 de la base de datos de Medline:2001, Abstract 11575637.
 47. Secretary of State for Education and Employment (1999) Physical and mental fitness to teach of teachers of entrants to initial teacher training.. The stationery Office. UK.
 48. Secretary of State for Education and Employment (2000) Fitness to teach. Obtaining occupational health advice on fitness to teach.. The stationery Office. UK.
 49. Seisdedos, N. (1997). Manual MBI Inventario *Burnout* de Maslach (Maslach, C y Jackson, S.). Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones.
 50. Selamé, T. (1998). *Condiciones de trabajo y salud ocupacional de los profesores de la Región Metropolitana- Chile*. Santiago: Centro de Estudios Mujer y Trabajo.
 51. Shaufeli, W., Maslach, C. & Marek, T. (1993). Professional *Burnout*:recent developments in theory and research. Washington: Taylor & Francis.
 52. Simon G.E, Goldberg DP, von Korff M, Üstün T. Undersatnding cross-national differencies in depression prevalence. *Psychological Medicine* 2002;32:585-94.
 53. Sorensen, G., & Verbrugge, L. M. (1987). Women, work, and health. *Annual Review of Public Health*, 8, 235-251.
 54. Spence, M. (1974)"Competitive and Optimal Responses to Signals: An Analysis of Efficiency and Distribution", *J. Econ. Theory*, Mar., 8, 1296-332.
 55. Spence, M. (1976)"Competition in Salaries, Credentials, and Signaling Prerequisites for Jobs", *Quart. J. Econ.*, Feb., 90, 51-74.
 56. Spence, M. and. Zeckhauser, R. "Insurance, Information, and Individual Action", *Amer. Econ. Rev. Proc.*, May 1971, 61,1 380-87.
 57. Spence, M., (1973) *Market Signaling Information Transfer in Hiring and Related Processes*, Cambridge, Mass..

58. Stiglitz, J. E. (1975^a) "Incentives, Risk and Information: Notes Toward a Theory of Hierarchy", *Bell J. Econ.*, Autumn 1975, 6, 552-79.
59. Stiglitz, J. E. (1975^b) "The Theory of 'Screening', Education, and Distribution of Income", *Amer. Econ. Rev.* June 1975, 65, 283-300.
60. Townsend, R. M. "Efficient Contracts with Costly State Verification (1976)", *Grad. Sch. Ind. Admin*, work, paper no. 14-77-78, Carnegie-Mellon Univ..
61. Verdolini, K. & Ramig, L. O. (2001). Review: occupational risks for voice problems [Revisión: riesgos ocupacionales para problemas de la voz]. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 26, 37-46. Abstract extraído el 23 de noviembre, 2002 de la base de datos de Medline:2001, Abstract 21324968.
62. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. (2002). Estudio Chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Rev Méd Chile*;130:527-36.
63. Vicente, B.; Rioseco, P.; Vielma, M.; Uribe, M.; Boggiano, G.; Torres, S.: (1992). Trastornos psiquiátricos en diez comunas de Santiago: prevalencia de seis meses. *Revista de Psiquiatría* . ix: 1050-1060.
64. Walsh, S. J. & De Chello, L. M. (2001). Excess autoimmune disease mortality among school teachers [Exceso de muertes por enfermedades autoinmunes entre profesores]. *The journal of rheumatology*, 28, 1537-1545. Abstract extraído el 23 de noviembre, 2002 de la base de datos de Medline:2001, Abstract 11469459.
65. Weber, A, Weltle, D. & Lerderer, P. (2002). Zur problematik krankheitsbedingter fruhpensionierungen von gymnasiallehrkräften [Retiro prematuro relacionado con enfermedad de profesores de educación media]. *Versicherungsmedizin*, 54(2), 75-83. Abstract extraído el 23 de noviembre, 2002 de la base de datos de Medline:2002, Abstract 22089733.
66. Wilson, R. B. (1968) "On the Theory of Syndicates", *Econometrica*, Jan., 36, 119-32.
67. Wilson, R. B. (1969) "The Structure of Incentives for Decentralization Under Uncertainty", in *La Decision*, París.
68. Zeckhauser, R. "Medical Insurance (1970): A Case Study of the Tradeoff between Risk Spreading and Appropriate Incentives", *J. Econ. Theory*, Mar.,2, 10-26

Referencias informe económico

69. MINSAL. 2001. La Depresión: Detección, Diagnóstico y Tratamiento - Guía Clínica Para la Atención Primaria. Unidad de Salud Mental – DISAP, y Unidad Modelo de Atención – DIVAP. (Sitio web: www.minsal.cl, link al documento: <http://www.minsal.cl/sitionuevo/documentos/guia.pdf>)
70. MINSAL. 2002. Protocolos para el tratamiento de la depresión severa en el nivel 2º y 3º - Primer borrador. Grupo de trabajo HDS-USM.
71. La Salud en Chile. Evolución y perspectivas. Ernesto Miranda et al. Editado por Centro de Estudios Públicos. Santiago de Chile 1994.
72. Eficiencia y Calidad del Sistema de Salud en Chile. María Inés Romero et al. Editado por la Corporación de Promoción Universitaria. Santiago de Chile 1990
73. La Salud en el Siglo XXI. Cambios Necesarios. Juan Giaconi et al. Editado por el Centro de Estudios Públicos. Santiago de Chile 1995

74. Reforma de Salud en Chile. Documentos de Trabajo. Ministerio de Salud de Chile. 2001
75. Kenneth J. Arrow, *Essays in the Theory of Risk Bearing*, Chicago 1970.
76. M. Harris and A. Raviv, "Optimal Incentive Contracts with Imperfect Information", *Grand. Sch. Ind. Adm.*, work, paper no. 70-75-76, Carnegie-Mellon Univ., April 1976.
77. M. Harris and A. Raviv, "Some results on Incentive Contracts with Applications to Education and Employment, Health Insurance, and Law Enforcement", *Amer. Econ. Rev.*, March 1978, 68, 20-30
78. M. V. Pauly, "The Economics of Moral Hazard", *Amer. Econ. Rev.*, June 1968, 58, 531-37.
79. S. A. Ross, "The Economic Theory of Agency: The Principal's Problem", *Amer. Econ. Rev. Proc.*, May 1973, 63, 134-39.
80. Michael Spence and R. Zeckhauser, "Insurance, Information, and Individual Action", *Amer. Econ. Rev. Proc.*, May 1971, 61, 1380-87.
81. R. Zeckhauser, "Medical Insurance: A Case Study of the Tradeoff between Risk Spreading and Appropriate Incentives", *J. Econ. Theory*, Mar. 1970, 2, 10-26