

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Aproximación a las condiciones laborales
y de salud en un colectivo de policías
de Ecatepec, Estado de México.
Una mirada desde la Promoción de la Salud**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADAS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTAN:

ELIZABETH CASTELLANOS APREZA

KAREN LIZBETH MUÑOZ BACA

DIRECTORA

Lic. Joyce Britt Rivera Granados

Ciudad de México, octubre de 2018.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

ÍNDICE

	Página
AGRADECIMIENTOS	6
DEDICATORIA	7
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO 1	
CONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE SALUD Y LAS NUEVAS CORRIENTES PARA SU ESTUDIO	14
1.1 ANTECEDENTES DEL CONCEPTO	16
1.2 PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DESDE LA MEDICINA SOCIAL	36
1.3 NUEVAS PERSPECTIVAS CON VISIÓN SOCIAL QUE ABORDAN LA SALUD	39
CAPÍTULO 2	
VISIONES QUE HA ADOPTADO LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	45
2.1 ANTECEDENTES SOBRE EL CONCEPTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	47
2.2 CONFERENCIAS Y DOCUMENTOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	52
2.3 PRINCIPALES VISIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SUS CARACTERÍSTICAS	56
CAPÍTULO 3	
EL TRABAJO Y SU RELACIÓN CON LA SALUD	63
3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS SOBRE EL ESTUDIO DE LA RELACIÓN TRABAJO Y SALUD	64
3.2 PERSPECTIVAS TEÓRICAS QUE ABORDAN LA RELACIÓN DEL TRABAJO Y LA SALUD: MEDICINA DEL TRABAJO, SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA SOCIAL	73
CAPÍTULO 4	
CONTEXTUALIZACIÓN DEL COLECTIVO DE ESTUDIO	89
4.1 ANTECEDENTES DE LA POLICÍA COMO MEDIO DE CONTROL SOCIAL	90

4.2 CONSTRUCCIÓN DEL APARATO POLICIAL EN MÉXICO	94
4.3 ESTRUCTURA DE LOS CUERPOS POLICIALES EN MÉXICO	97
4.3.1 TIPOS DE CUERPOS POLICIALES	98
4.3.2 TAREAS ESPECÍFICAS DE LA LABOR POLICIAL PREVENTIVA	99
4.3.3 DATOS ESTADÍSTICOS DE LA POLICÍA EN MÉXICO	102
4.4 INVESTIGACIONES EN RELACIÓN A LAS CONDICIONES LABORALES Y DE SALUD DE LOS POLICÍAS	105
4.5 PANORAMA GENERAL DEL MUNICIPIO EN DONDE SE UBICA EL COLECTIVO	111
4.5.1 PARTICULARIDADES DEL COLECTIVO DE ESTUDIO	115
4.5.2 ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA	118
CAPÍTULO 5	
SELECCIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN	122
5.1 DELIMITACIÓN DEL TEMA	123
5.2 OBJETIVOS	124
5.2.1 GENERAL	124
5.2.2 ESPECÍFICOS	124
5.3 JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	125
5.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	126
5.5 HIPÓTESIS	127
CAPÍTULO 6	
MARCO METODOLÓGICO	128
6.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	129
6.1.1 TIPO DE ESTUDIO	131
6.2 UNIVERSO	131
6.3 MUESTRA	132
6.4 RECOLECCIÓN DE DATOS	133
6.4.1 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	133
6.4.2 HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS	134

6.5 ESCENARIO	137
6.6 RECOPIACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN	137
CAPÍTULO 7	
RESULTADOS Y ANÁLISIS	138
CAPÍTULO 8	
CONCLUSIONES	187
REFERENCIAS	198
ANEXOS	218
ANEXO 1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA	219
ANEXO 2. GUIÓN DE ENTREVISTA	220
ANEXO 3. CERTIFICADO MÉDICO	224
ANEXO 4. FOTOGRAFÍAS	225

AGRADECIMIENTOS

Antes que nada, queremos agradecer a nuestra casa de estudios la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), por permitirnos formar parte de ella. Nos abrió las puertas del conocimiento para poder estudiar la Licenciatura en Promoción de la Salud, desde una visión humanista y científica. “Porque nada humano, nos es ajeno”.

Así como también por otorgarnos su apoyo para la impresión y empastado de este trabajo.

Nos gustaría agradecer a nuestros profesores, quienes nos brindaron sus conocimientos, su apoyo, quienes nos exigieron y fomentaron nuestro aprendizaje. Nunca desistieron al enseñarnos. Gracias a ellos, hoy es posible culminar esta etapa universitaria.

Agradecemos a nuestra directora de tesis, la profesora Joyce Britt Rivera Granados a quien admiramos profundamente por la excelente persona que es. Para nosotras es un privilegio haber podido contar con su guía y apoyo incondicional. Sin olvidar la paciencia, confianza, dedicación, motivación y tiempo que nos brindó. Gracias por poder hacer fácil lo difícil durante todo el desarrollo de nuestra tesis. Sin ella, esto no hubiese sido posible.

Gracias a nuestras lectoras, las profesoras: María Eugenia Covarrubias Hernández, Natividad Almanza Beltrán y Alma Nora Nava Martínez, quienes aceptaron revisar nuestra tesis y enriquecieron nuestro trabajo con sus observaciones.

Agradecemos al colectivo de policías de las “Fuerzas de apoyo y reacción”, que a pesar de tener sus problemáticas personales y laborales, accedieron a colaborar en este estudio confiando en nosotras. Por último, agradecemos a las personas que de una manera u otra han sido clave esencial en nuestra vida, tanto profesional como personal.

Eli y Karen

DEDICATORIAS

Dedico esta tesis a mis padres Ignacio Muñoz y María Baca quienes con su afecto y cariño me han apoyado en todo momento, quienes con sus palabras de aliento no me dejan decaer para seguir adelante y cumplir con mis ideales, por darme la oportunidad de seguir estudiando esta licenciatura y por ser un ejemplo a seguir.

A mis hermanas y mi hermano, por apoyarme en los momentos más difíciles de mi vida, y por llenar mis días de grandes momentos que hemos compartido.

A mi hija Renatha quien me alienta día a día para seguir adelante, por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y aún a su corta edad, me ha enseñado y me sigue enseñando muchas cosas de la vida.

A mis amigos y amigas quienes fueron un gran apoyo emocional durante el tiempo en que escribía esta tesis, quienes me apoyaron y alentaron para continuar, cuando parecía que me iba a rendir.

A todos los que me apoyaron incondicionalmente para escribir y concluir esta tesis.

Con todo mi cariño esta tesis se las dedico a ustedes.

Karen

Dedico esta tesis a mi familia.

En especial a mi esposo Jorge De la Cruz, quien me alentó para culminar este sueño, me apoyó incondicionalmente, me levantó cuando ya no podía más y me impulsó a seguir por mí y nuestros hijos. Quien hoy en día es y será un ejemplo de perseverancia para mí y nuestra familia, porque él me ha enseñado a luchar.

A mis hijos Johana, Armando y Sami, que son la fuerza y constancia que hacen de mí una mujer con ganas de salir adelante y ser un ejemplo de lucha para ellos.

A mis padres Teresa Apreza y Javier Castellanos, quienes siempre han estado a mi lado en las buenas y en las malas, motivándome a ser mejor en la vida a base de amor, cariño y disciplina, mostrándome siempre el camino a la superación.

A mis hermanos José y Bernabé que a pesar de la distancia y los años siempre los sentí cerca en este camino profesional, ya que siempre me apoyaron de forma incondicional sin escatimar en nada.

A mis profesores y amigos, quienes han contribuido en mi desarrollo profesional y me han brindado su mano cuando lo he necesitado.

Gracias por creer en mí, este logro, es su logro. Los quiero mucho.

Eli.

*"Donde haya un árbol que plantar, plántalo tú.
Donde haya un error que enmendar, enmiéndalo tú.
Donde haya un esfuerzo que todos esquivan, hazlo tú.
Se tú el que aparta la piedra del camino."*

- Gabriela Mistral

INTRODUCCIÓN

Desde hace siglos, el trabajo es un factor determinante en los procesos de salud enfermedad que afectan a los trabajadores, cualquiera que sea la rama de actividad a los que éstos se dediquen. Pareciera que el trabajo tendría que ser un concepto clave para explicar los orígenes sociales de la enfermedad, dado el lugar que ocupa en la sociedad. El trabajo y las condiciones en las que éste se realiza, pueden actuar como factores que favorezcan y estimulen el desarrollo humano, o bien por el contrario, convertirse en agentes causantes de enfermedades.

Es por eso que la presente investigación tiene como propósito principal “conocer y analizar las condiciones de trabajo y salud de un colectivo de policías de Ecatepec, Estado de México”, a través de una aproximación a diversos factores como son: jornada laboral, antigüedad, remuneración, prestaciones que perciben, derechos laborales, organización laboral, funciones del personal y roles de trabajo, cargas laborales, medidas de seguridad, equipo de trabajo, herramientas, infraestructura dentro y fuera de la institución, y accidentes; además de las condiciones de salud de los individuos. Permitiéndonos comprender el proceso salud-enfermedad como un hecho social que adquiere un carácter histórico y social, a partir de la relación trabajo y salud.

Para la realización de este trabajo se llevó a cabo una investigación documental partiendo de tres ejes de análisis: la salud, el trabajo y la promoción de la salud. Dando como resultado el siguiente capitulado teórico que desarrolla los temas: la construcción histórica del concepto de salud y las nuevas corrientes para su estudio, las visiones que ha adoptado la promoción de la salud, el trabajo y su relación con la salud y por último, la contextualización del colectivo de estudio.

En el primer capítulo se da un panorama general de la construcción del concepto de salud, el cual ha evolucionado de acuerdo a diversas condiciones culturales, sociales, políticas, económicas y subjetivas, mismas que han originado determinadas prácticas en el campo de la salud. Esta

evolución histórica del concepto de salud se ha visto permeada por tres concepciones principales: un planteamiento mágico-religioso, un planteamiento científico y una etapa de reconocimiento de la dimensión social de la salud; etapas que si bien se presentan de forma cronológica, es importante aclarar que han tenido avances y retrocesos; momentos en donde han estado en pugna y otros en los cuáles se ha complementado. Así también, se mencionan los momentos históricos claves, como la aparición de la “medicina científica” y el nacimiento de una disciplina alterna ante la necesidad de dar respuesta a los problemas de salud desencadenados por la “revolución industrial” conocida como “medicina social”, la cual considera que las condiciones de vida repercuten en la salud. Asimismo, se retoman las nuevas corrientes de estudio de la salud a través de dos concepciones fundamentales las “Determinantes sociales” y la “Determinación social” del proceso salud-enfermedad. Incluimos esta revisión histórica con la idea de explicar que el proceso de salud enfermedad no debe ser entendido sólo desde el planteamiento médico, sino que está determinado por factores sociales, en este caso el trabajo, como se pretende enfatizar en el estudio que presentamos.

En el capítulo dos, se realiza un análisis de cómo ha sido el proceso de conceptualización de la Promoción de la Salud a lo largo de la historia, haciendo referencia a las cartas y documentos internacionales así como a las diferentes visiones que ha ido adoptando. Destacando que dentro de la promoción de la salud ubicamos tres principales visiones: visión médico preventivista, visión de estilos de vida saludables o enfoque conductual individual y por último una visión de los determinantes sociales de la salud, en donde vemos una perspectiva social y no una visión histórico-social; las cuales a lo largo de este recorrido se irán vislumbrando, sin dejar de mencionar que existen otras clasificaciones de la promoción de la salud, como la propuesta en el plan de estudios de la licenciatura.

En cuanto a nuestro capítulo número tres, lo que se pretende es dar un panorama de la relación que existe entre el trabajo y la salud como procesos complejos, vinculados dialécticamente, así como analizar las diferentes perspectivas teóricas que abordan dicha relación, para finalmente enfatizar en la nueva salud colectiva latinoamericana desde la perspectiva de la medicina social. Actualmente uno de los ejes más importantes de ésta, aborda la relación entre condiciones de vida y salud, sin embargo, históricamente el primer eje de investigación lo constituyó el estudio de la relación entre el trabajo y la salud.

Nuestro capítulo cuatro brinda un breve recorrido histórico de cómo se ha construido la policía en México, posteriormente enfatiza en las particularidades del colectivo de estudio, con la finalidad de contextualizar el grupo a investigar. Para finalizar se hace una breve revisión bibliográfica de las investigaciones sobre condiciones laborales que viven estos trabajadores del sector terciario (servicios); permitiendo así vincular el trabajo y la salud.

El capítulo cinco aborda la selección del tema, en él se muestra nuestro interés por indagar sobre este tema, el cual surge principalmente de la historia de la policía en México, ya que se han visto como sujetos de poder que representan la protección de los intereses del sistema capitalista, dejando a un lado su principal función, que es brindar seguridad a la ciudadanía; tal objetivo queda mermado por el mismo Estado. Pretendemos evidenciar las condiciones laborales a las que se enfrentan diariamente y que difícilmente son conocidas, porque el mismo sistema mantiene la figura del policía como un sujeto de control social. Se busca visibilizar las condiciones laborales y de salud que vivencia este colectivo desde la mirada de la Promoción de la Salud, proponiendo algunas líneas generales de acción desde esta profesión. Nuestro interés personal por indagar más sobre este tema surge principalmente por un amigo en común quien es policía específicamente de

este colectivo y quien nos comentaba cuáles eran las condiciones laborales con las que viven a diario y cómo éstas han afectado su salud.

En el capítulo seis se explicita el “Marco metodológico” utilizado. Cabe resaltar, que para el estudio de este colectivo se utilizó una metodología cualitativa con carácter “descriptivo”, ya que se intenta visibilizar las condiciones laborales y de salud desde las propias palabras de los policías. Se seleccionaron a los informantes claves por técnica de bola de nieve y se implementaron entrevistas estructuradas en relación a las condiciones de trabajo. Los datos fueron sistematizados y analizados de forma manual; así también se recopilaron certificados médicos de los entrevistados, con la finalidad de contar con información de las condiciones de salud de los trabajadores.

En nuestros últimos capítulos, finalmente se presentan los resultados obtenidos y se elaboran conclusiones sobre las condiciones laborales y de salud del colectivo de estudio. De manera adicional, se presenta desde la perspectiva de la Promoción de la Salud, una propuesta general para llevar a cabo algunas acciones enfocadas a mejorar las condiciones de trabajo y de salud del colectivo estudiado.

CAPÍTULO 1

CONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE SALUD Y LAS NUEVAS CORRIENTES PARA SU ESTUDIO

CAPÍTULO 1

CONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE SALUD Y LAS NUEVAS CORRIENTES PARA SU ESTUDIO

En el presente capítulo, se esbozará un panorama general de la construcción del concepto de salud. Incluimos esta revisión histórica con la idea de explicar que el proceso de salud enfermedad no debe ser entendido sólo desde el planteamiento médico, sino que está determinado por factores sociales, en este caso el trabajo, como se pretende enfatizar en el estudio que presentamos.

El concepto de salud se ha ido transformando de acuerdo a las diversas condiciones culturales, sociales, políticas, económicas y subjetivas, mismas que han originado determinadas prácticas en el campo de la salud. Por ello, es necesario comprender algunas concepciones en los diferentes momentos históricos de la humanidad (Parafita, s.f).

Es importante mencionar que esta evolución histórica del concepto de salud se ha visto permeada por tres concepciones principales: un planteamiento mágico-religioso, un planteamiento científico y una etapa de reconocimiento de la dimensión social de la salud; etapas que, si bien se presentan de forma cronológica, es importante aclarar que han tenido avances y retrocesos; momentos en donde han estado en pugna y otros en los cuáles se ha complementado. Parafita (s.f) recalca, que los momentos históricos claves surgen con la aparición de la “medicina científica” que ha tenido carácter hegemónico en la mayor parte del mundo hasta la actualidad y con el nacimiento de una disciplina alterna ante la necesidad de dar respuesta a los problemas de salud desencadenados por la “revolución industrial” conocida como “medicina social”, la cual considera que las condiciones de vida repercuten en la salud. A continuación, se realizará un breve recuento histórico para la

comprensión de este concepto y cómo se ha transformado el análisis del proceso de Salud-Enfermedad.

1.1 ANTECEDENTES DEL CONCEPTO

Para poder comprender el panorama histórico, es importante mencionar que la concepción de salud de acuerdo a diferentes momentos históricos se ha ido transformando. Durante periodos se consideró a la enfermedad, en otros momentos a la salud. Sin embargo, hoy en día se conceptualiza como un proceso, es decir, la salud y la enfermedad están vinculadas entre sí. Este proceso Salud-Enfermedad (PSE) es determinado de acuerdo a las circunstancias en las que suceda, dicho de otra forma, la salud no es una condición que se alcanza hoy y se mantiene así siempre, sino en realidad, constantemente está cambiando. A continuación, se describirá la construcción del concepto de salud y enfermedad en diferentes épocas de la evolución de la humanidad. Esto mediante la recopilación bibliográfica de diferentes autores para una mejor comprensión¹.

- **Pueblos primitivos**

Los primeros indicios para conocer la construcción del concepto salud, surgen de las prácticas terapéuticas que desempeñaban los primeros pueblos primitivos, algunas de las cuales en la actualidad siguen perdurando en ciertas culturas (Pérez, 1995).

Estos pueblos tenían un pensamiento del mundo desde una concepción mágico-religiosa y el empirismo, es decir, que los hechos anormales eran atribuidos a una causa de origen sobrenatural como la violación a algún tabú, ley religiosa (o transgresión de una ley moral) o a causa de brujos o hechiceros. En esta etapa se consideraba a la enfermedad como un castigo, una impureza o

¹Es importante mencionar que la estructura cronológica es retomada de los periodos históricos propuestos por el médico y científico Ruy Pérez Tamayo (1995) y del libro “Historia universal 1” (Gómez, Lugo y Vázquez, 2002).

purificación, dado por alguna divinidad y para subsanar esto, era necesario realizar intervenciones mediante cultos o ritos a los dioses de su cultura (Laín, 1978).

Aunque, Ponce y Rodríguez (2007) mencionan que se podían enfermar por otras situaciones como: introducir algún objeto al cuerpo, posesión por algún espíritu, por alguna piedra o un hueso, la pérdida del alma, el susto, el mal de ojo, heridas de guerra, mordeduras de animales, embarazo; que en algunos casos hacían evidentes las causas de la enfermedad.

Los encargados de dar un diagnóstico o curar a una persona eran los sacerdotes, chamanes o brujos los cuales en ocasiones cumplían funciones de los tres. Mientras que en algunas otras zonas se consideraban a los curanderos, pastores, espiritistas, según fuese la cultura (Piña, 1990).

Es importante mencionar que la concepción mágico-religiosa de los pueblos primitivos tiene variaciones de acuerdo a su ubicación geográfica. Es decir, las civilizaciones de Mesopotamia, Mesoamérica, Europa, Egipto y África, creen en su propia deidad con prácticas similares que a continuación se describirán de forma breve (Pérez, 1995).

❖ Mesopotamia:

En la época de los sumerios y los acadios, aproximadamente en el año 3500 a.C., en Babilonia el rey Hammurabi, escribió sobre el cuerpo y las cirugías, dejando como antecedente el “Código Hammurabi”, descubierto en el año de 1902. En éste se encuentra una descripción de “Las leyes médicas” que hacen referencia a las prácticas de cirugía y sanciones posibles por negligencia e impericia, así como también a los honorarios correspondientes de acuerdo al nivel social, económico y al mismo resultado (Botella, Rico y Vargas, 2001).

Dentro de este mismo sitio, la medicina asiria tenía una concepción mágico-religiosa ya que la enfermedad era considerada como posesión, es decir, un espíritu maligno entraba al cuerpo y

dependiendo del lugar a donde se hacía presente el dolor, se atribuía a determinado espíritu maligno. Para poder liberarse de estos demonios era necesario acudir con un médico o “*asu*” y de esta forma llevar a cabo exorcismos, purificaciones, sacrificios, penitencias y medidas terapéuticas locales. Estas últimas, eran implementadas mediante plantas, lodos, vendajes, emplastos y ungüentos que poseían poderes mágicos y tenían efectos en el enfermo. Se dice que también los médicos colocaban estatuillas de monstruos amenazantes para ahuyentar al demonio responsable de la enfermedad (Pérez, 1995).

❖ Egipto:

Pérez (1995), menciona que en esta parte del mundo la preservación de la salud fue a través de una medicina especializada, es decir, cada médico se especializaba en determinada enfermedad para así curarla. Aunque el pensamiento mágico-religioso predominaba mediante la adoración a sus dioses como Ra, el dios-Sol, Osiris, dios del Nilo, Isis, Ptah, entre otros. Entre sus creencias se encontraban la inmortalidad del alma y la resurrección del cuerpo, tal vez fue una de las razones por las que momificaban sus cadáveres.

Otro dios muy importante era Imhotep, el cual era adorado en sus templos a donde acudían los enfermos; allí llevaban a cabo diversos ritos. Uno de ellos era mediante el sueño, es decir, dormían y en el mismo aparecía el dios Imhotep para indicarles cuál era el tratamiento (Pérez, 1995).

Este mismo autor, señala que entre las máximas aportaciones de la cultura egipcia se encuentran papiros antiguos como: los papiros de Edwin Smith que básicamente hablan de la cirugía; los papiros de Ebers en donde se recopilan textos médicos; los papiros de Kahun que se especializan en ginecología; los papiros de Hearst que son formularios médicos; papiros de Londres en donde se abordan encantamientos; entre algunos otros.

❖ Mesoamérica precolombina²

En esta zona se desarrollaron diversas culturas como la náhuatl, maya, purépecha, otomí, etc. Sin embargo, las prácticas más sobresalientes se encuentran en la cultura náhuatl, principalmente con los aztecas.

Se dice que adoraban a dioses como: Tláloc dios de la lluvia el cual producía padecimientos como catarros, enfriamientos, neumonías, reumatismos; Xochiquetzal como diosa del amor podía mandar enfermedades relacionadas con problemas con el embarazo o parto, infertilidad o enfermedades venéreas; la diosa Tezcatlipoca quien se relacionaba con enfermedades graves; Xipe-Totec que se enfocaba en padecimientos de la piel; mientras que Coatlicue como diosa de la tierra y de la muerte adoptaba a mujeres jóvenes que morían durante su primer parto; entre otros dioses, los cuales eran adorados mediante ritos y sacrificios (Pérez, 1995).

Es importante mencionar, que cuando los aztecas tenían algún padecimiento natural, es decir, una fractura por alguna caída, enseguida lo atribuían a una causa sobrenatural, como la presencia de chaneques³ y espíritus malignos.

Durante esa época, el que estaba facultado para diagnosticar y dar tratamiento de alguna enfermedad, era el ticitl (médico). Cuando acudían con él, identificaba al dios que se había ofendido por la violación de algún mandamiento, posteriormente dependiendo el dios se llevaban a cabo rezos, ceremonias y medios terapéuticos entre ellos la herbolaria (Pérez, 1995).

² Mesoamérica precolombina se desarrolló antes del año 1492. Sin embargo, en el continente americano se consideran entre los primeros pueblos primitivos que aportaron diversas prácticas respecto a la salud-enfermedad, esto por su diversidad cultural (Pérez, 1995).

³ Chaneques de acuerdo a Ávila (2009), señala que desde la cultura mexicana son considerados como pequeñas criaturas como un “tipo duende” que viven en regiones selváticas, en zonas boscosas, de montes y lugares cercanos a cuerpos de agua. Se cree que estas entidades pequeñas son malas y tienden a realizar “travesuras” con las personas.

Cabe destacar que, en esta primera etapa, los pueblos primitivos se enfocan a la sanación de la enfermedad atribuida desde una concepción mágico-religiosa que hasta nuestros días han dejado y preservado un acervo cultural, por las prácticas que han sobrevivido en las distintas culturas. Entre las más destacadas se encuentra la “Herbolaria” (Pérez, 1995).

- **Edad Antigua**

En la “*Edad Antigua*” considerada aproximadamente desde el año 476 a.C. al siglo V; dependiendo del autor se puede extender hasta el siglo VI d. C. en la parte occidental del mundo, la cultura romana y griega dan lugar al inicio de una concepción racionalista y naturalista (Gómez *et al.*, 2002). Sin embargo, aunque se dio inicio a una nueva perspectiva siguió permeando una concepción mágico-religiosa y por momentos ambas se complementaban (Pérez, 1995).

En el caso de la cultura de la Antigua Grecia, se mantenía un pensamiento mágico-religioso. Desde la mitología griega se consideró a Apolo como “Dios de la medicina”. Además de contar con diferentes deidades, entre ellos Asclepio (o Esculapio para la cultura romana) que era su hijo y que desde niño hacía curas milagrosas y ya de adulto llegó a ser considerado como el primer médico. Al igual, Hygieia y Panacea hijas de Asclepio, acudían a templos para sanar a enfermos mediante ritos en donde alimentaban a serpientes sagradas. Para los griegos este animal ayudaba a curar la enfermedad. Hygieia fue considerada como “Diosa de la salud”, a partir de su nombre deriva la palabra “higiene” que hace referencia al cuidado de la salud física y mental; mientras Panacea era la Diosa griega de los medicamentos para recuperar la salud a través de una medicación adecuada y efectiva (Jaramillo-Antillón, 2001).

En sitios como el Pérgamo, Éfeso, Delfos, Epidauro, Atenas, entre otros lugares habían edificado templos, estatuas, calzadas y recintos en honor a Asclepio; en donde los pacientes acudían a dejar ofrendas u obsequios, para tener una curación. Eran tratados por médicos o iatros, que eran

sacerdotes que estaban facultados para llevar a cabo cultos y tratamientos; estos últimos mediante encantamientos, curas milagrosas y medidas terapéuticas, entre ellas las prácticas de Higiene (Pérez, 1995).

Por otra parte, en el Oriente los primeros indicios en torno al cuidado de la salud se encuentran en los textos sanscritos como el Rig Veda base de la cosmología Ayurvédica⁴ y que da pie a nuevas prácticas como el yoga. Enfatizando en el Ayurveda, se consideraba como un sistema curativo, o “la ciencia de la vida”, en esta concepción se considera al cuerpo, la mente y al espíritu como sistemas curativos vinculados directamente con la vida y la conciencia (Guerrero y León, 2008).

Esta visión también se relacionó con la cultura de la antigua Grecia, la cultura tibetana y la China. Esta última conceptualizó a la salud como todo lo que existe en el universo, que está relacionado a un ente inmutable y eterno, en donde consideraba como dios a “Tao”. Además, también se pensaba que la naturaleza estaba conformada por elementos como el metal, agua, madera, tierra y fuego; tales elementos interactuaban con fuerzas del ying y yang (Guerrero y León, 2008).

Más tarde en el siglo V a. C. en la Grecia Clásica, Hipócrates, como médico seguidor de Asclepio, aporta uno de los descubrimientos más importantes en la historia que alude a que “la enfermedad es un fenómeno natural” (Pérez, 1995).

Hipócrates da origen a la medicina científica. Desarrolló un método de aprendizaje que se apoyaba en la experiencia, la observación, interrogación y exploración minuciosa al paciente, para así conocer sus costumbres y saber las repercusiones de éstas en su salud. La conservación de la salud

⁴La cosmología ayurvédica de acuerdo a Botella *et al.* (2001), está constituida por cinco elementos:” dhātu: éter o vacío; kâsha: viento; vayû: fuego; agni: agua, y bhûm: tierra”. Desde esta concepción el cosmos (micro y macro), está conformado por estos elementos además de que también se distribuyen en el organismo de acuerdo a sus cualidades; es decir, el viento se ubica en los soplos y el aliento; mientras que el agua en los líquidos del organismo, posteriormente el fuego en el calor interno y la tierra en los músculos (considerando como fundamentales el viento, el fuego y el agua). Es por ello que la salud se relaciona con el equilibrio de los elementos y la enfermedad con su desequilibrio.

la consideró como la base de la medicina, analizaba el equilibrio del hombre con la naturaleza para dar tratamientos desde un punto de vista preventivo, fomentando la higiene individual y del ambiente (Jaramillo-Antillón, 2001).

Desde esta perspectiva se comienzan a realizar los primeros estudios en donde se considera que las causas de las enfermedades no eran de origen divino, sino que eran cambios que ocurrían dentro del mismo organismo producto de la interacción con el medio que los rodeaba. Es aquí en donde se pasa de un pensamiento mágico-religioso al comienzo de una concepción racional, es decir, se considera el cuidado de la higiene personal y pública. En ese momento la escuela hipocrática comenzó a buscar las causas de las enfermedades en la naturaleza (Guerrero y León, 2008).

Es importante mencionar, que a la par, en el Imperio Romano durante los siglos III a.C. al VI d.C., también se dieron aportes determinantes para preservar la salud. Pensadores como Herófilo, Erasístrato y Celso, contribuyeron a la investigación para conocer el funcionamiento del cuerpo humano (Pérez, 1995).

Herófilo llevó a cabo prácticas de diseccionar cadáveres para posteriormente estudiarlos y conocer su funcionamiento. Entre sus contribuciones se encuentran los libros sobre la anatomía, ojos, partos, los nervios motores y sensoriales, la próstata, el duodeno; reconoció que el sitio donde se desarrolla la inteligencia está en el cerebro, además lo separó del cerebelo (Siliau, 2005).

También Erasístrato contemporáneo de Herófilo, mantenía un pensamiento racional ya que concebía que la naturaleza tenía un funcionamiento externo que de alguna forma configuraba las funciones del organismo. Pensaba que los tejidos estaban formados por una malla fina, compuesta de arterias, venas y nervios; investigó el cerebro y el corazón (Pérez, 1995).

Celso (ca. 30 a.C.) escribe su libro “De Medicina”, el cual divide en tres partes: dietética, farmacéutica y quirúrgica. En éste menciona que existen diferentes causas de las enfermedades como: el clima, las estaciones, la edad del paciente, además de su complejión física. También se describen diferentes enfermedades, síntomas, y tratamientos los cuales en su mayoría se basan en medidas dietéticas e higiénicas (Puigbó, 2002).

Como máximos aportes de la cultura romana se encuentran: la creación de hospitales militares para brindar atención a las personas dentro de zonas militares; el saneamiento ambiental dentro de la ciudad para evitar la propagación de enfermedades (Aporte de la Ley de las Doce Tablas en los años 450 a.C.); y la legislación de la práctica y enseñanza médica (Siliau, 2005).

Dentro de la legislación de la práctica y enseñanza médica se impusieron cuatro escuelas: los *dogmáticos* (seguidores de Herófilo), practicaban disecciones para el estudio de la anatomía, además pensaban que las causas de la enfermedad tenían que ver con el desequilibrio de los humores; los *empíricos* (seguidores de Erasístrato) desaprobaban las disecciones, ya que no consideraban importante a la anatomía así como tampoco buscaban las causas de las enfermedades, sino que le daban más peso a la experiencia médica tomando en cuenta los síntomas; los *metodistas* señalaban que las enfermedades tenían unas cuantas causas en común con otras enfermedades y que se podían tratar mediante dietas; y por último los *neumatistas* que en un principio se consideraron dogmáticos, sin embargo, ellos consideraban que el *pneuma*⁵ eran el único responsable de las enfermedades (Puigbó, 2002).

⁵ La Universidad de Valencia (s.f) señala que para Galeno “el pneuma, el aire, el soplo o el spiritus” (en latín) era el que ponía en ejercicio las actividades de las partes orgánicas. A cada tipo de facultad le correspondería un tipo de pneuma. Así, habría un pneuma natural, que iba del hígado a las venas; un pneuma vital, que llegaría del corazón a las arterias; y un pneuma animal, que, desde el cerebro iría a los nervios.

También, Claudio Galeno (130-200 d.C.) escribió muchos textos que sintetizaban el conocimiento médico antiguo. Entre sus contribuciones, Galeno adoptó la teoría hipocrática de la enfermedad mediante un desequilibrio de los humores que en ocasiones tienen deficiencias o excesos a causa de los cambios dentro de sus propiedades (frio, calor, sequedad y humedad). Es importante mencionar que distinguió tres causas de la enfermedad: una externa desarrollada por cosas no naturales (excesos en la comida, ejercicio o actividad sexual); la segunda causa de tipo interno (dada por la constitución del paciente); y por último una causa conjunta (determinada por la enfermedad y sus manifestaciones clínicas) (Romero y Huesca *et al.*, 2011).

Por último, se puede rescatar que esta etapa está permeada de un pensamiento mágico-religioso, aunque ya se empezaban a buscar las causas de las enfermedades mediante hipótesis o prácticas médicas que eran condenadas por las corrientes religiosas que predominaban en aquella época (Pérez, 1995).

- **Edad Media**

Etapa que se ubica entre el siglo V (Caída del Imperio Romano) y XV en Occidente (Gómez *et al.*, 2002). Permeando un pensamiento religioso debido a la dominación por parte de la Iglesia Católica, quien sostiene una interpretación mística de las causas de las enfermedades. Surgiendo la enseñanza escolástica, corriente teológico-filosófica, la cual tenía el papel de coordinar la fe y la razón, predominando la creencia religiosa (Grabmann, 1928).

Durante esta época la aparición de las plagas fue de suma importancia, generaban sufrimientos constantes y miedo a la muerte, desencadenando un desánimo generalizado. Por ello, nuevamente la gente volvió a tener esperanza en los ritos religiosos y creencias sobrenaturales, ya que de esta forma tenían la oportunidad de salvarse frente a la catástrofe y la miseria. La religión cristiana fue una solución para tener la sanación mediante el estudio y la guía de la biblia. El cristianismo

permitió que se llevarán a cabo prácticas médicas religiosas que tenía que ver con la caridad, el amor al prójimo, los rezos, la unción de aceite sagrado y el toque de algún personaje considerado santo para garantizar la curación de los enfermos (Pérez, 1995).

Esta concepción del cristianismo se implementaba como un deber de caridad, ya que la enfermedad era aceptada como la voluntad de dios. Los encargados para llevar estas prácticas eran los médicos cristianos, que elevaban plegarias a Jesús para curar las enfermedades (Universidad de San Carlos de Guatemala, 2016).

Una práctica similar que se desarrolló fue la monástica, aunque realmente surge a raíz de la Iglesia Católica. Allí los monjes de los monasterios eran los encargados de atender la creciente demanda médica. Ellos se basaban en documentos clásicos, sin embargo, estas prácticas médicas se terminaron prohibiendo ya que los monjes dejaban a un lado sus deberes religiosos (Pérez, 1995).

Mientras que, en Salerno durante el siglo IX, se desarrolló una escuela de medicina, donde se atendían a los enfermos, integrando de forma positiva la cultura griega, la judía, la árabe y la latina. En ella, se llevan prácticas dedicadas al tratamiento de los enfermos basados en textos clásicos; con el tiempo se fueron deslindando del control clerical y en año 1000 la práctica fue totalmente secular (Vega, 2002).

Por otra parte, en la Universidad de Bolonia, la enseñanza médica era escolástica, como en la mayoría de universidades, donde se intentaba utilizar la razón humana para la comprensión de los conocimientos ya adquiridos e integrarlos con el cristianismo. En su carta fundacional “Authentica habita” alude a que las prácticas provenían de una enseñanza directa de Dios pues le debían obediencia para su aprendizaje, por ende, tenía un impacto sobre la razón natural. Aunque años más tarde la universidad se deslindó del control de la iglesia (Carañana, 2012).

En esta misma época, pero en la cultura árabe, se comenzó a realizar la disección de cadáveres, la observación y generación de experimentos, para encontrar una explicación de la salud y de la enfermedad. Ellos particularmente, tomaban en cuenta el equilibrio o desequilibrio de seis elementos como: el aire puro, el descanso y el trabajo, la moderación del comer y beber, el sueño y la vigilia, la evacuación de lo superfluo y las reacciones emocionales; generando aquí un pensamiento racional de la salud. Avicena representante de la medicina árabe, proponía que la salud es el resultado de armonías entre los humores corporales y la enfermedad, basándose en la dietética y la naturaleza como tratamiento (Botella *et al.*, 2001).

Entre los aportes de los árabes se encuentra la preservación de las tradiciones y el rescate de textos griegos, que permitieron el ejercicio de la medicina de forma independiente a la religión a diferencia de los países cristianos. Es decir, continuaban con un pensamiento relacionado con la teoría de Galeno (Ponce y Rodríguez, 2007).

Se puede decir que durante esta época no hubo un gran avance. Ya que la teoría humoral de la enfermedad que había propuesto Galeno seguía imperando, eso sí con tintes religiosos y agregados de astrología. En aquel entonces para conocer cuál era la causa de la enfermedad se inspeccionaba la orina, la sangre y el moco o flema. Mientras que el tratamiento se basaba en sangrías, la dieta, la purga y el uso de drogas, para poder restablecer el equilibrio humoral. En casos extremos se llevaban a cabo exorcismo y otros procesos sobrenaturales (Pérez, 1995).

Es importante mencionar que durante esta época no se llevaban a cabo las cirugías por parte de los médicos, sino que eran implementadas por cirujanos o barberos, los cuales eran considerados como gente poco educada y de clase inferior. Aunque en algunos casos, los barberos habían adquirido tal conocimiento en monasterios (Pérez, 1995).

Por último, Paracelso (1493-1541), como preámbulo al Renacimiento distingue cinco causas de la enfermedad que son: la influencia de las estrellas, el ambiente, la complejidad del organismo, el alma y los padecimientos enviados por Dios (Pérez, 1995).

En este periodo, a pesar de que en algunas zonas del mundo se realizaron los primeros experimentos científicos, éstos no tuvieron gran éxito y la mayor parte del mundo se sometió al cristianismo limitando solo la práctica monástica, prevaleciendo un pensamiento mágico religioso imprimiendo el papel de venganza de Dios (Botella *et al.*, 2001).

- **Edad Moderna**

Periodo que se desarrolla entre el siglo XV y el siglo XVIII, ubicándose históricamente entre la toma de Constantinopla y la Revolución Francesa en 1789, tiempo en el que ocurren cambios culturales y económicos (Gómez *et al.*, 2002). Entre los más importantes, la caída de la inquisición y por ende, el abandono de las creencias religiosas vinculadas a la forma de enfermar, comenzando la búsqueda de un conocimiento racional mediante secularización de la profesión médica (Torres *et al.*, 1997).

En esta etapa, ocurre un proceso de transformación cultural y científica conocida como “Renacimiento”, en donde se retoman conocimientos de la antigüedad como el de los pensadores Hipócrates y Avicena. Época que se le reconoce por grandes aportaciones, distinguiéndose por un pensamiento humanista, evolucionista y científico. Dentro de este lapso ocurren eventos muy importantes como la invención de la imprenta por Gutenberg (1453), hecho que hizo posible que el conocimiento se expandiera. Entre los principales sucesos se encuentra la conquista de América y por ende, el conocimiento de una nueva cosmogonía; también hubo una fractura de la hegemonía religiosa, surge el concepto secular del Estado (laicización) y finalmente el surgimiento de la ciencia moderna. A partir de esta época F. Bacon (1561-1626), considera que la ciencia comienza

a permearse de un pensamiento pragmático con la finalidad de mejorar las condiciones de vida de los seres humanos (Hernández y Salgado, 2010).

Sin embargo, en términos de salud el “Renacimiento” se caracterizó por diversos avances científicos dados por las diferentes revoluciones dentro de la misma ciencia. A continuación, se aborda lo más sobresaliente de acuerdo a Pérez (1995), que distingue cinco revoluciones. Entre ellas surgió la “*Revolución Anatómica*” en el siglo XV, se da a conocer la autorización de la disección de cadáveres humanos, condicionada anteriormente por autoridades eclesiásticas. Posteriormente, fueron posibles los dibujos por parte de grandes artistas que estudiaban anatomía en donde plasmaban con exactitud el cuerpo humano para su estudio. También hubo una “*Revolución quirúrgica*” debido a que los médicos no llevaban a cabo las cirugías, sino los cirujanos y barberos, ya en el siglo XV por medio de la Facultad de Medicina estos últimos podían tomar cursos de anatomía y cirugía; mientras que cirujanos podían obtener grados académicos.

A su vez, se desarrolló la “Teoría del contagio”, ésta la propuso Girolamo Fracastoro, basándose en observaciones clínicas y epidemiológicas. Él mencionaba que existían diferentes tipos de infección: por contacto, por fómites (es decir, cosas inanimadas que tienen la capacidad de preservar algún germen) y por último, por contagio a distancia; además de distinguir entre infección y envenenamiento (Imbert, 1994).

Posteriormente, William Harvey inicia una “*Revolución en la Fisiológica*” ya que se comienza a tener una perspectiva de investigar, plantear y resolver problemas en términos objetivos desde la mecánica, física, química o anatomía, deslindándose un poco del pensamiento sobrenatural. Como uno de sus máximos aportes se encuentra la descripción del fenómeno de la circulación sanguínea (Imbert, 1994).

Más tarde, se dio la “*Revolución microscópica*”, ésta ocurrió en el siglo XVII, al igual que las anteriores, contribuyó en el desarrollo de la transformación científica de la medicina, ya que se descubrió el mundo microscópico, y de esta forma permitió conocer las causas de las enfermedades. Entre los representantes que tuvieron aportaciones para este avance científico se encuentra Anton Van Leeuwenhoek (1632-1723), precursor de la aparición de microscopio simple, por su gran habilidad de tallar lentes biconvexos, fue el primero en ver y describir diferentes estructuras anatómicas; mientras que Robert Hooke fue pionero de las ilustraciones microscópicas y quien definió la estructura de la célula (Pérez, 1995).

De igual manera la “*Revolución patológica*” dio lugar a que fuese posible la implementación de la autopsia, con la finalidad de conocer cuál era la causa de la muerte, esto mediante breves descripciones clínicas de la enfermedad que servían posteriormente para tratamientos. Realmente esta evolución en la patología, dio pie a que, en el siglo XVI, la autopsia se integrara como un interés generalizado para el saber médico, que ayudó a tener una nueva forma de estudio de la enfermedad (Pérez, 1995).

De esta misma forma ocurrió la “*Revolución clínica*”. A finales del Renacimiento la relación médico-paciente se basaba en escuchar las quejas del enfermo, tomarle el pulso y posteriormente tomar una muestra de orina, para determinar la causa de la enfermedad, dando siempre un tratamiento basado en las teorías hipocráticas. Sin embargo, era necesario realizar un cambio en el modo de atender al paciente así que Thomas Sydenham (1624-1686) fomenta un cambio radical en la conducta del médico ante el paciente, impulsando el retorno de la observación cuidadosa de los síntomas (Pérez, 1995).

Sydenham propone también la idea de la historia natural de la enfermedad, en donde decía que la naturaleza contribuía de forma uniforme para la misma enfermedad, demostrando que las personas

que enfermaban, tenían síntomas similares. Este análisis fue posible realizarlo por diversas epidemias que surgieron en Londres en aquella época, pues Sydenham se basaba en la razón, la experiencia y la observación (Ponce y Rodríguez, 2007).

Cabe mencionar que este periodo fue determinante para la “Revolución Científica”, ya que todos los avances y descubrimientos en torno a la ciencia, fueron parteaguas para la aparición de nuevas disciplinas. De esta forma se posicionó el pensamiento científico en el estudio de la enfermedad (Hernández y Salgado, 2010).

- **Edad Contemporánea**

Este último periodo se desarrolla a partir de la “Revolución francesa” en el siglo XVIII a la época actual (Gómez *et al.*, 2002). Es importante mencionar que, para otros autores, existe la Edad Barroca que se puede incorporar inicialmente en este periodo, ya que se desarrolla entre los siglos XVII al XIX (Pérez, 1995).

Durante la Edad Barroca se siguió tomando en cuenta la propuesta de Sydenham sobre la enfermedad. Aunque también se desarrollaron nuevas disciplinas para la comprensión de la enfermedad como: la “Iatroquímica” que establece que todos los fenómenos de tipo patológico o fisiológico son producto de diversas reacciones químicas y mediante su estudio se puede brindar sanación (López, 2011); mientras que la “Iatromecánica” es una doctrina que compara al cuerpo humano con una máquina artificial y se explica su funcionamiento desde la física (Pérez, 1995).

Entre los precursores de la iatromecánica se encuentra Friedrich Hoffmann (1660-1742), quien en su libro “Fundamenta Medicinæ de 1695”, desarrolló el Sistema Hoffmann. Éste se basaba en principios de anatomía y física. Dentro de la anatomía se abordaba fisiología y en la física, el movimiento de los cuerpos. De esta forma le permitió comprender mediante observaciones

cuidadosas que los cambios ocurrían por el movimiento dentro del organismo, los cuales eran determinantes en la salud y la enfermedad. Es decir, él mencionaba que “la vida y la muerte están condicionados mecánicamente y depende solamente de causas físicas y mecánicas siguiendo leyes necesarias” (p. 7). Entre las prácticas para el tratamiento se recomendaba la regularización de los movimientos anormales: relajar los espasmos y, por el contrario, si los órganos están muy relajados, aumentar su movimiento (Pérez, 1995).

La Iatroquímica es desarrollada por Van Hellmont y Willis quienes proponen el animismo. Una primera postura surge del ánimo, que se encuentra dentro del mismo estómago y bazo; mientras que una segunda postura habla de dos ánimas distintas, una racional y una inmortal (Pérez, 1995).

Posteriormente George Ernst Stahl, menciona que el ánimo imparte vida en la materia muerta. Cuando se establece allí, da vida, la protege, y cuando la abandona, el cuerpo muere. Esta postura se basa en el movimiento del ánimo que hace cambios dentro del cuerpo, los cuales son responsables de la conservación de la salud, si ésta sufría alguna alteración, el cuerpo por si solo estaba facultado para restablecerse considerándolo como un tratamiento (Ponce y Rodríguez, 2007).

Es de suma importancia mencionar que, durante la Edad Barroca, hubo una evolución en el estudio de la enfermedad, ya que surgió como principal interrogante: ¿Dónde está localizada la enfermedad? Dando respuesta en esta época, Bichat y Morgagni, desde una postura localista. Ellos atribuían a que toda enfermedad se originaba en los órganos y tejidos (Pérez, 1995).

Durante esta primera etapa, continuaron diferentes hallazgos para conceptualizar a la enfermedad desde varias concepciones biologicistas. Además, la aparición de los hospitales y la invención de las vacunas fueron determinantes para el tratamiento de las enfermedades (Pérez, 1995).

A partir del siglo XIX, la medicina científica consolida su hegemonía, ya que era la corriente principal de conocimiento y de la misma práctica médica. Sin embargo, en esta etapa, la “*Revolución Industrial*” juega un papel determinante, pues comienzan a desplegarse diferentes formas de producción industrial (los oficios de artesanos fueron reemplazados por la producción en serie), surgiendo nuevas necesidades en torno a las enfermedades, que se vinculan directamente con las condiciones de trabajo y salud (enfermedades ocupacionales) (Arias, 2012).

La dimensión social, comenzó a considerarse a partir de las condiciones de trabajo y de vida del individuo y su población. Foucault (1977) en su texto “Historia de la medicalización”, caracteriza tres etapas desarrolladas en Alemania, Francia e Inglaterra respectivamente para reconocer que la práctica médica tiene una función social de acuerdo a los intereses del Estado.

Hace la distinción del surgimiento de la “Medicina del Estado” a finales del siglo XVIII y principios del XIX en Alemania, caracterizada por ser una práctica médica burocratizada, estatizada y colectivizada, dicho de otra forma, el Estado asume la responsabilidad del cuidado médico mediante la “policía médica” organismo que se encarga de realizar un minucioso sistema de observación de la morbilidad y la normalización de la práctica médica, con la finalidad de tener una población sana para el correcto funcionamiento de la maquinaria estatal (Foucault, 1977).

A la par, a finales del siglo XVIII en Francia, por la creciente urbanización, el Estado decide tener un mayor control sobre las ciudades, particularmente sobre París. Surge la higiene pública y el cuidado de las condiciones del ambiente que afectan la salud (Foucault, 1977).

Posteriormente se desarrolla en Inglaterra la “Medicina de la Fuerza Laboral”, producto de la “*Revolución Industrial*” que generó la distinción entre ricos y pobres y dividió las ciudades; naciendo el proletariado y la burguesía. Los trabajadores y los sectores pobres de la población

tenían necesidades sanitarias por lo que el Estado pone en marcha “La ley de los pobres y los Health Services” con la finalidad de reproducir la fuerza laboral y evitar que la burguesía contraiga enfermedades por contagio de las clases pobres (Foucault, 1977).

Entre los máximos aportes de esta época se encuentra la “Teoría general de la enfermedad”, propuesta por Rudolf Virchow (1821-1902), en ésta concluía que el origen de la enfermedad no era dentro de los tejidos u órganos, sino dentro de las células. Tal aporte incorporó bases teóricas de patología celular que evolucionó la biología (Guerrero y León, 2008).

Sin embargo, Ponte (s.f) en la revisión que realiza menciona que Virchow consideraba también la dimensión social del proceso salud-enfermedad. En el año de 1848, participó en Alemania en el movimiento de reforma de la medicina como una ciencia social. Ya que él consideraba que: “la salud, no sólo es un problema médico, la salud es la otra cara de un problema de naturaleza política” (p. 2); de esta forma, da pie a otra concepción que asocia las condiciones de vida con la enfermedad. Hace énfasis en distintos ejes como: la necesidad de reformas sociales radicales, la democracia completa y sin restricciones, la educación, la prosperidad y la libertad; considerándolos como elementos indispensables para la salud.

En esta misma línea, Virchow hace una reflexión sobre tres puntos: primero es necesario tener en cuenta que la salud pública le compete a toda la población y al mismo Estado que está obligado a ver por ella; segundo, es importante considerar que las condiciones sociales y económicas afectan la salud y la enfermedad y, por último, es necesario promover la salud y combatir la enfermedad a través de la adopción de medidas sociales (Ponte, s.f).

Sin embargo, esta dimensión social fue desplazada por el desarrollo de la “Teoría microbiana de la enfermedad” con ella, se demostró que la enfermedad humana era desencadenada por un agente

biológico, prueba realizada por Agostino Bassi (1773-1856). Mientras que Louis Pasteur (1822-1895) y Robert Koch (1843-1910), hacen contribuciones importantes a la “Teoría infecciosa de la enfermedad”, ya que ellos identificaron microorganismos en las enfermedades infecciosas que posiblemente eran de naturaleza parasitaria (Volcy, 2007).

Estas teorías, fueron fundamentales para la invención de los antibióticos como medio de tratamiento. Además de que dieron pie a la creación de nuevas disciplinas de estudio como la inmunología, endocrinología, epidemiología, biotecnología, biología molecular, entre otras. También se comenzó a usar el laboratorio clínico y el consultorio médico, así como también se empezaron a usar nuevas técnicas como los rayos X, la endoscopia, por mencionar algunas, para conocer las causas de la enfermedad (Pérez, 1995).

Conforme trascurió el tiempo, el modelo biomédico adquirió prestigio por sus múltiples avances científicos en las ciencias naturales y en la biología, basados en la medicina científica moderna. Se consolidó un pensamiento centrado en los hallazgos clínicos con datos de laboratorio, es decir, priorizando la búsqueda del agente causal de la enfermedad. De esta forma, a partir de esta época, se consolida el modelo médico científico como hegemónico, imperante en la mayor parte de las sociedades, cuyo rasgo estructural central se basa en el biologicismo a través de una concepción mecanicista y naturalista (Baeta, 2015).

Sin embargo, hubo médicos que recuperaron el análisis de la dimensión social en el proceso salud enfermedad. Entre ellos se ubica Henry Sigerist en 1940, perfilando una noción desde una perspectiva de la Promoción de la Salud. Él consideraba que “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso” (Ponte, s.f, p. 3). Mientras que Cannon en el año de 1941, acuña el

término “homeostasis social” considerando que la salud dependía de un equilibrio armónico entre todos los elementos que participan dentro de la sociedad (Guerrero y León, 2008).

Es importante mencionar, que a partir del análisis del eje social, la construcción del concepto salud, trata de comprender las circunstancias que se viven dentro de las colectividades (Guerrero y León, 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año de 1948, conceptualizó la salud “como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades” (Guerrero y León, 2008, p. 612). Concepto que en un primer momento recupera el eje social del proceso.

En la década de 1970, Millon Terris, cuestiona el concepto salud de la OMS ya que él considera que la salud no se puede considerar como un estado “completo” sino que es necesario considerar los diferentes grados de ésta. Por ello, también fue necesario comprender la salud no como un estado, sino como un proceso que es complejo y a su vez dialéctico; que tanto puede ser biológico, pero también social; y que en ocasiones puede o no estar en equilibrio por dinámicas culturales, ecológicas, económicas, políticas, de vida e históricas que intervienen continuamente como mecanismos de acción (Ponte, s.f).

Recientemente en la década de 1970 en Latinoamérica Berlinguer, Laurell y Breilh, proponen el “Modelo histórico social” en donde en el proceso salud-enfermedad tienen vital importancia el contexto histórico, las clases sociales y los modos de producción. Existen variables fundamentales como la dimensión histórica, la clase social, la reproducción de la fuerza de trabajo, la producción del individuo y el desgaste laboral. Este modelo incorpora el análisis de nuevas categorías desde el eje social e histórico (Arredondo, 1992).

1.2 PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DESDE LA MEDICINA SOCIAL

Para poder comprender la construcción del Proceso Salud Enfermedad (PSE) desde su dimensión social es necesario retomar a la “medicina social”, disciplina nacida en Europa y que tiene como papel fundamental estudiar las condiciones de vida del individuo que desencadenan el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva biohistórica, cultural, económica y política (Rosen, 1985).

Entre los precursores de esta disciplina, antes de ser considerada como tal, se puede ubicar a Bernardino Ramazzini (1700)⁶ y a Johann Peter Frank (1770)⁷, quienes comenzaron a considerar las condiciones de vida y salud; el primero escribió sobre las enfermedades de los trabajadores incorporando los factores sociales y el segundo fue nombrado pionero de la Medicina Social (Rosen, 1985).

Posteriormente, en el siglo XIX en Inglaterra, Alemania y Francia varios investigadores comenzaron a considerar el eje social. En caso de Francia entre los años de 1830 a 1840, personajes como Villerme, Benoiston de Chateauneuf, Guepin y Constantin Pecquer, fueron algunos de los que consideraron esta línea. Posteriormente en Inglaterra, James Phillips Kay, Turner Thackrah & Greenhow, Peter Gaskell & John Simon, Henry Rumsey & Duncan, realizaron contribuciones en su país. Mientras que en Alemania hicieron aportes importantes Virchow, Neumann, Leubuscher, Reich, Petterkoffer, Nicolas Abis y Heinrich Rohlfs; sólo por mencionar algunos. Estos fueron

⁶ Bernardino Ramazzini, (Padre de la medicina ocupacional) contribuyó con el estudio de enfermedades profesionales conforme a la evaluación de los factores sociales, así como los peligros en la salud desencadenados por el tipo de trabajo. También promovió medidas de protección para los trabajadores, a partir de las leyes de protección de las fábricas (Villanueva-Meyer, s.f).

⁷ Johann Peter Frank, fue considerado precursor de la medicina social, ya que durante su época mostró interés por las condiciones sociales y médicas de su región, posicionándose a favor de las reformas sociales y económicas para la población (Sigerist, 2006).

Ambos fueron considerados precursores de esta disciplina, que se consolidó hasta el año de 1848.

reformadores de la medicina, ya que comenzaron a considerar las condiciones de vida, los factores de riesgo y la calidad de vida; tanto en la sociedad como en el trabajo (Rosen, 1985).

Posteriormente en el siglo XX, países como Alemania e Inglaterra continuaron colaborando con diversas investigaciones. En el caso de Alemania realizó aportes Grotjahn (Higiene social), Teleky, Mosse y Tugendreich, Franz Ickert & Johanes, así como Welcksel; mientras que en Inglaterra Scott Williamson, Ryle, Crew y Lancelot Hogben contribuyeron en el eje social. Por otro lado, a partir de la década de los 20's se comenzó a desarrollar este enfoque desde la medicina, considerándose como un problema público, de esta forma autores como Francis Lee Dunham, Edgar Sydenstricker, Josep Hirsuh & E. Pritchael, Sigerist y Winstow Carlton, participaron en esta línea (Rosen, 1985).

En América Latina la “medicina social” es una disciplina relativamente nueva, pues recientemente el movimiento se consolidó con las contribuciones de Juan Cesar García, Miguel Márquez y María Isabel Rodríguez; así como también con aportes de Edmundo Granda, Saúl Franco, Asa Cristina Laurell, Jaime Breilh, Sergio Arouca, Mario Testa, sólo por mencionar algunos; que han recuperado el carácter social del PSE (Borde, Concha-Sánchez, Eslava-Castañeda y Morales, 2013). Entre los principales enfoques se ubica a Laurell mediante la relación trabajo-salud; mientras que Breilh aborda las condiciones de vida y salud (Blanco y Sáenz, 1994).

Es importante destacar, que una de las propuestas desarrollada por Laurell (1989) en el estudio del proceso productivo y su impacto en la salud y en el campo de la medicina social, es el planteamiento de abandonar la concepción biomédica ahistórica con el fin de construir otra concepción de los procesos biológicos como formas históricas específicas que reside en el carácter social del Proceso de Salud-Enfermedad en sí mismo. Es decir, destaca que la enfermedad tiene una historia y que ésta determinada por los procesos sociales que desarrolla un individuo, una clase

y una sociedad. Todos se vinculan y no son elementos aislados que se desarrollen en un solo momento si no que van interactuando entre sí generando un proceso.

Laurell (1982), menciona que la medicina social como disciplina tiene tres tareas principales, la primera es demostrar que la salud y la enfermedad tienen carácter histórico y social, la segunda tarea es comprender el proceso salud-enfermedad como un hecho social para poder definir un nuevo objeto de estudio y como tercera tarea es necesario conceptualizar la determinación, es decir, analizar cómo los procesos sociales determinan los procesos de salud-enfermedad.

Esta misma autora, para comprender el carácter histórico analiza colectividades humanas para conocer las características de enfermar y morir, es decir, analiza los perfiles patológicos (el tipo de patología y la frecuencia con que se presenta en el grupo, de acuerdo a diferentes parámetros). A través de tres casos empíricos logra demostrar el carácter histórico y social del proceso⁸. Ya que esto permite distinguir y analizar en diferentes momentos, las transformaciones que vive una sociedad por su organización, su división de clases sociales, o hasta su nacionalidad, demostrando su historicidad y el carácter social del proceso.

Posteriormente, es necesario definir un nuevo objeto de estudio, a partir de la epidemiología crítica.

Este nuevo objeto de estudio se ubicará en lo grupal, el cual estará determinado por los modos de

⁸ En este estudio Asa Cristina Laurell, en primer lugar analiza las diferencias a lo largo del tiempo en una sociedad mostrando así sus transformaciones (análisis de las causas de muerte en México de 1940 a 1970); en segundo lugar analiza las diferencias en un mismo momento histórico, pero en diferentes países que tienen un desarrollo económico y organización social diferente (Perfil patológico de México, Estados Unidos y Cuba); y por último, analiza las diferencias en una misma sociedad de acuerdo a su división de clase evidenciando que las condiciones de salud son diferentes (Descripción de clases sociales de Costa Rica, México e Inglaterra).

Con el estudio se logró demostrar el carácter histórico y social del proceso S-E, ya que el análisis señala que el perfil patológico sufre transformaciones de acuerdo a diferentes contextos: cambia en una misma población conforme al momento histórico, también de acuerdo a la formación social que deja ver el modo de combinar las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción y por último, en una misma sociedad puede cambiar la enfermedad y la frecuencia en que se presenta, dependiendo de la clase social a la que se pertenece.

producción, basándose en el materialismo histórico; estudiando de esta forma el proceso salud-enfermedad en las diferentes clases sociales (Laurell, 1982).

“La propuesta es aprehender las formas históricas de los procesos biopsíquicos, sociales y biológicos humanos incorporando un nuevo objeto de estudio a través del “nexo biopsíquico humano históricamente específico” (Laurell, 1989, p. 66) (expresión concreta en la corporeidad humana del proceso histórico en un momento determinado), éste evita la ambigüedad del concepto Proceso Salud-Enfermedad y enfatiza en la historicidad del proceso. “Es por ello la importancia del estudio de las características sociales de cada momento histórico y no buscar sólo explicación en la biología ni en la práctica médica” (Laurell, 1982, p. 6). Es decir, que es necesario enfatizar en la historicidad de todos los elementos que conforman e intervienen con el ser humano, en sus procesos psíquicos, sociales, y biológicos, ya que en conjunto determinarán el PSE en un momento específico y se expresan en el cuerpo del ser humano.

1.3 NUEVAS PERSPECTIVAS CON VISIÓN SOCIAL QUE ABORDAN LA SALUD

A partir de lo anterior, es importante enfatizar que en los últimos años se han desarrollado nuevas perspectivas que analizan el Proceso Salud-Enfermedad, desde la corriente social. A continuación, se describen algunos de estos enfoques sociales:

- **DETERMINANTES SOCIALES**

Es un enfoque que propone la Organización Mundial de la Salud, que surge de la epidemiología social anglosajona a finales del siglo XX, con la finalidad de comprender el proceso salud enfermedad asumiendo a la sociedad en su realidad poblacional (Borde *et al.*, 2013).

A partir de la constitución de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) en el 2005, las determinantes sociales han sido objeto de investigación y estudio, así como también el

marco para debates y bases conceptuales de las políticas públicas en diferentes países (Mejía, 2013). De esta forma las determinantes sociales en salud se conciben como:

las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el Sistema de Salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (...). (Organización Mundial de la Salud, 2005, párr. 1).

Explican en su mayoría las inequidades sanitarias, es decir, que es una forma de comprender las diferencias injustas y evitables que existen entre los países en cuanto a su situación sanitaria. Se perciben como condiciones sociales en las que una persona vive y trabaja, dicho de otra manera, son los contextos en los que se desarrolla a lo largo de todo el ciclo de vida, retomando también el acceso a sus derechos y su protección social (Dimensión social y humana) (Carmona, Escudero y López, 2008).

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud considera dos tipos de determinantes que actúan sobre la salud: las estructurales y las intermedias. Entre las determinantes estructurales se encuentra el contexto socioeconómico y político, posición socioeconómica, estructura social y clase social las cuales impactan en la situación educativa, la ocupación e ingreso, además de determinaciones de género y étnicas; mientras que las determinantes intermedias se vinculan con las estructurales respecto a la salud, constituyendo circunstancias materiales como son las condiciones de vida y trabajo, elementos biológicos y conductuales, factores psicosociales y el mismo sistema de salud. Ambos determinantes repercutirán en la equidad de salud y el bienestar (González, 2009).

Al respecto, en el 2011 en la Conferencia Mundial sobre las Determinantes Sociales de la Salud, se estableció que los gobiernos definieran políticas de salud sobre los determinantes que abordan las condiciones de vida y salud en la población; además de construir sociedades integradoras, equitativas, económicamente productivas y sanas (Mejía, 2013).

A partir de lo anterior, la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y la Medicina Social-Salud Colectiva (MS-SC), mencionan que para hacer viable lo que propone la CDSS es necesario realizar un cambio estructural ya que las inequidades sanitarias y sociales se encuentran en la sociedad capitalista que impera, por lo que consideran su visión como limitada (Carmona *et al.*, 2008).

De esta forma, asumiendo una visión crítica, la ALAMES considera que la propuesta de la OMS ve lo subjetivo del individuo separado de lo objetivo y de lo social. Las condiciones de vida se perciben como factores de riesgo, pero sin historia, es decir, como determinantes aisladas. En este mismo sentido, las condiciones de salud se relacionan con el contexto social y tratan de dar a conocer la causa de las enfermedades como producto de la exposición de los factores de riesgo tanto del individuo como de la estructura social, pero sin analizar la estructura misma del sistema capitalista (Borde *et al.*, 2013).

Es importante mencionar que bajo la perspectiva de la OMS las determinantes sociales tienen mayor impacto en acciones estatales orientadas a mejorar y reforzar políticas, programas sociales, acuerdos económicos y la gestión política, pero sin cuestionar la estructura social que desencadenan las inequidades en salud (Borde *et al.*, 2013). Básicamente generan recomendaciones políticas abstractas (sin contexto) para disminuir las desigualdades sociales, limitándose a “repartir recursos” para así “mejorar las condiciones de vida” (Carmona *et al.*, 2008).

En el siguiente capítulo se retoman nuevamente las Determinantes Sociales de la Salud, ya que desde la Promoción de la Salud se han generado acciones que buscan incidir en la salud de la sociedad.

- **DETERMINACIÓN SOCIAL**

Este concepto surge a partir de la disciplina de la medicina social latinoamericana o salud colectiva, con un enfoque teórico-práctico desde la epidemiología crítica. Se desarrolla en el movimiento de la medicina social y colectiva a finales de 1960 y comienzos de 1970 basado en el materialismo histórico. Sus bases teóricas se sustentan en las teorías de conflicto y teorías críticas de las ciencias sociales, con la finalidad de comprender el proceso salud-enfermedad de los colectivos (Borde *et al.*, 2013)⁹.

Este enfoque tiene como objetivo, abordar una concepción integral de la medicina, incluyendo la dimensión biológica y social, contextualizando de mejor manera la realidad. La concepción de la salud, es abordada desde esferas macro, visualizando lo que ocurre entre el cuerpo humano y el organismo social; y de esta forma demostrar que tienen la capacidad de interrelacionarse de forma dialéctica. En el caso de la salud colectiva, se construyen alternativas conforme a las necesidades de la población (Zuliani, 2010).

Breilh (2013), menciona que esta nueva propuesta nace de la lucha de los pueblos, con la finalidad de superar el régimen social que solamente se preocupa por la acumulación de riquezas y su modo de producir. Se enfoca en la relación que existe entre el modo de producción capitalista, como

⁹En esta corriente se retomaron ideas revolucionarias, como la de Howard Waitzkin en Europa en el siglo XIX, quien hace una crítica hacia la salud pública y la medicina, en donde menciona que estaban al final de su imperio; mientras que Rosen y Sigerist hacen un razonamiento epidemiológico crítico del sistema integral y social (Breilh, 2013).

orden social, y las consecuencias que tiene sobre la salud, con el objetivo de construir modos de vivir saludables.

Este mismo autor también señala que la determinación social de la salud establece una ruptura con el paradigma positivista que fundamenta la salud pública clásica. Esta construcción latinoamericana rompe también con la epidemiología clásica y la propuesta del multicausalismo lineal, así como con el enfoque de los Determinantes sociales de la salud propuesto por la OMS.

Considera al proceso salud enfermedad, como un proceso dialéctico en donde lo individual y grupal debe de analizarse en el contexto social el cual lo determina, dicho de otra forma, se dará la determinación social del proceso salud enfermedad en sí, es un enfoque más completo en donde se articula lo individual, particular y general, retomando a la sociedad como totalidad irreductible (Borde *et al.*, 2013).

Breilh (2013), desde esta perspectiva nos habla que el Proceso de Salud-Enfermedad se interpreta desde tres dimensiones: en la reproducción social en lo general, en una dimensión particular de los grupos y una dimensión individual de las familias. Es decir, la reproducción social en general toma en cuenta la estructura capitalista desde los ámbitos económicos (acumulación de riquezas), políticos (formas de relación política), culturales-ideológicos (configuración cultural) que a su vez se relacionan con el movimiento biológico y su naturaleza, que determinan los modos de vivir de los grupos y de los individuos. Es decir, estos grupos en lo particular se van a desarrollar conforme a la lógica de la estructura social a la que pertenecen y la cual determina sus modos de vivir; refiriéndose a sus modos de trabajar, consumir, organizarse (soportes sociales y colectivos) e identificarse dentro de los grupos en donde se desarrollan los individuos. De esta forma los procesos de salud-enfermedad se abordan desde su complejidad, esto visto desde la epidemiología crítica, por ello se dice que lo social determinará a lo biológico (Lo subsume).

Para finalizar, los enfoques anteriormente desarrollados buscan entender el proceso de Salud-Enfermedad desde la vertiente social. Sin embargo, entre sí mantienen diferencias que hacen evidente nuevas líneas de estudio que pueden ser retomadas de acuerdo al objetivo de investigación y su impacto en la sociedad.

El recuento histórico que se realizó a lo largo del capítulo, permitió comprender los tres planteamientos (mágico religioso, científico y social) que ha adquirido la salud, la enfermedad y el proceso salud-enfermedad; enfatizando en las nuevas perspectivas que se desarrollan en la dimensión social que se relacionan ampliamente con la visión de la Promoción de la Salud, hecho que queremos rescatar en la presente investigación, es decir, reconocer que hay una dimensión social del proceso, que permitirá entender el trabajo, como condición social está afectando la salud de un conjunto de trabajadores.

CAPÍTULO 2

VISIONES QUE HA ADOPTADO LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

CAPÍTULO 2

VISIONES QUE HA ADOPTADO LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

En el siguiente capítulo analizaremos cómo ha sido el proceso de conceptualización de la promoción de la salud, haciendo referencia a las cartas y documentos internacionales y las diferentes visiones que ha ido adoptando. Con el objetivo de identificar que en el PSE la Promoción de la Salud ha puesto, recientemente, su mirada en los factores sociales que determinan la salud, entre ellos el trabajo, objeto de estudio de esta investigación.

Cabe destacar que existen diferentes visiones de Promoción de Salud. Retomando el plan de estudios de la Licenciatura de Promoción de la Salud de nuestra Universidad, se establecen cuatro: la médico preventivista, los estilos de vida saludables, la socio-histórica y por último una visión emancipatoria, sin embargo, no retomaremos dicha clasificación ya que consideramos que algunas de estas visiones como la propuesta socio-histórica, no son propiamente de promoción de la salud, dado que retoma elementos del materialismo histórico dialéctico de Marx, y actualmente no es una visión que opere dentro de nuestra disciplina como práctica dentro de las instituciones, lo mismo ocurre con la visión emancipatoria.

A través de la lectura de artículos que abordan los antecedentes del concepto de promoción de la salud y de la revisión de los documentos internacionales generados por la OMS y las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud, nosotras ubicamos que se han utilizado tres principales visiones: visión médico preventivista, visión de estilos de vida saludables o enfoque conductual individual y por último una visión de determinantes sociales de la salud, es en ésta última, donde podemos observar que el análisis se sitúa desde una perspectiva mucho más social, sin embargo,

no se ve una visión socio-histórica¹⁰. Además, ubicamos una propuesta de Promoción de la Salud que ha surgido desde la academia y no desde la vía institucional. Todas ellas, a lo largo de este recorrido se irán vislumbrando.

Para conocer la disciplina es indispensable hablar sobre sus antecedentes históricos, teniendo como referente el desarrollo de la salud pública que se origina hacia finales del año 1980, siendo ésta una estrategia sanitaria relativamente reciente.

2.1 ANTECEDENTES SOBRE EL CONCEPTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Uno de los primeros autores en hacer referencia al concepto de promoción de la salud fue el historiador Henry Sigerist quien en 1945 definió las cuatro tareas esenciales de la medicina (la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación de los enfermos y la rehabilitación) siendo la promoción de la salud la primera y más importante de las cuatro (Castro, 2013; Marchiori, 2006). Utilizó este término para referirse a las acciones basadas en la educación sanitaria y a las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida.

Sigerist nos menciona que: “la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo” (Castro, 2013, p. 22).

Su planteamiento fue retomado posteriormente por Stampar e incorporado a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1946 (Castro, 2013).

¹⁰ Se ubica una visión social desde los determinantes sociales de la salud generados por la OMS, sin embargo, no se ubica una visión socio histórica ya que ésta retoma elementos del materialismo histórico dialéctico propuesto por Marx que no opera dentro de las instituciones.

Leavell y Clark en la segunda mitad del siglo XX desarrollan un modelo de la historia natural de la enfermedad, el cual comprende tres niveles de prevención (Prevención Primaria, Prevención Secundaria y Prevención Terciaria), (Marchiori, 2006).

Los niveles de aplicación de medidas preventivas de la historia natural de la enfermedad propuestos por Leavell y Clark principalmente consisten en:

Prevención Primaria: Se basa principalmente en a) la promoción de la salud; y b) la protección específica. Como primer nivel de prevención consta de medidas destinadas a desarrollar una salud favorable gracias a la protección específica del hombre contra agentes patológicos, así mismo las medidas para promoción de la salud no se encuentran dirigidas a una sola enfermedad, si no a la obtención general de bienestar (Marchiori, 2006).

Prevención Secundaria: Hace referencia al diagnóstico precoz y al tratamiento del daño de una enfermedad en evolución. De igual forma se divide en dos: 1) diagnóstico y tratamiento precoz, el cual “significa reconocer los factores de riesgo, signos y síntomas de las enfermedades para diagnosticarlas y tratarlas de forma oportuna” (Reyes, 2015, párr. 6); y 2) limitación de la invalidez, “se refiere a las medidas de orden terapéutico, físico, dietético, medicamentoso, ortopédico, quirúrgico y psicoterapéutico” (párr.6). Sus principales objetivos son reducir los deterioros y consecuencias de las enfermedades, así como también erradicar las causas de la enfermedad de acuerdo con las reglas clínico terapéuticas.

Prevención Terciaria: Como lo menciona el autor antes citado se basa en el proceso de rehabilitación para corregir las incapacidades del daño producido, ya sea física, psicológica y socioeconómica. La rehabilitación busca que el individuo se pueda adaptar a sus condiciones de vida, manteniendo al individuo en un estado de bienestar físico y mental.

Las medidas adoptadas para la promoción de la salud en el primer nivel de prevención radican principalmente en la educación médica y sexual, promoción del saneamiento, mejoramiento del ambiente, capacitación, prestaciones y recreación. Sin embargo, con las “revoluciones epidemiológicas y el movimiento de prevención de enfermedades crónicas, la promoción de la salud se asoció a medidas preventivas, sobre el entorno físico y sobre los estilos de vida, y ya no orientadas sólo para individuos y familias” (Marchiori, 2006, p. 23).

En esta etapa podemos ubicar la primera visión de las antes mencionadas. Una visión preventivista de promoción de salud cuya principal función es preparar de manera que se evite el daño, exigiendo una acción anticipada basada en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, donde su principal objetivo es el control de la transmisión de enfermedades infecciosas y la reducción de enfermedades degenerativas, el principal propósito de la prevención en salud va a estar dada por la divulgación de información científica y recomendaciones normativas de cambio de hábitos (Czeresnia, 1999).

Posteriormente, hacia finales del siglo pasado, entre la agrupación científica, surge un debate sobre el concepto de promoción de la salud diferente al preventivista y orientado al cambio de conductas personales, “tal concepto la consideraba como el arte y la ciencia de ayudar a las personas a cambiar su estilo de vida hacia un estado de óptima salud” (Castro, 2013, p. 22).

Este cambio de enfoque tiene relevancia en el Informe Lalonde. En 1974, Marc Lalonde¹¹ (Ministro de salud y bienestar social de Canadá) hace un llamado de atención sobre la salud de las personas, ya que ésta se encuentra influenciada por diversos factores condicionantes, y contempla

¹¹ Mark Lalonde, ministro canadiense de salud, “creó en 1974 un modelo de salud pública explicativo de los determinantes de la salud, aún vigente, que reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente - incluyendo el social en un sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud” (Ávila, 2009, p. 71).

la reconfiguración del campo de la salud en cuatro amplios componentes: la biología humana, los estilos de vida, la organización de la atención en salud y los ambientes sociales y físicos en los que vive la población (Lalonde, 1996).

Estos componentes se identificaron al examinar las causas y factores de mortalidad y morbilidad en Canadá, analizando el modo en que afecta cada uno de estos elementos, dando una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses. “Con este enfoque, la promoción de la salud se convierte en una estrategia institucionalizada que pretende enfrentar los desafíos de reducir la inequidad, incrementar la prevención y fortalecer la capacidad de las personas de hacer frente a los problemas” (Castro, 2013, p. 22).

La promoción de la salud es vista entonces como un “proceso” que va a habilitar a las personas en el control y mejoramiento de su salud, fortaleciendo el autocuidado y la toma de decisiones más saludables para vivir, así como también la creación de ambientes favorables (Segunda visión de Promoción de la Salud).

Este informe tuvo repercusiones en el naciente movimiento de la Promoción de la Salud, que se propuso fomentar los estilos de vida saludables, además de cuestionar la no implicación del Estado en la modificación de determinantes sociales de la situación precaria de salud de algunos grupos de personas, que más tarde daría lugar a la tercera visión de la Promoción de la Salud, a través del análisis de los factores que influyen en la salud.

Entre los años 1970 y 1980 la mayor contribución que tuvo la práctica de la promoción de la salud fue la llamada de atención hacia el papel que tendría la modificación de conductas individuales para mejorar el estado de salud de las personas, lo cual condujo a una visión reduccionista de sus

alcances ya que se centraba en el cambio de estilos de vida, culpabilizando al individuo por su situación de salud, entrando en juego intereses ideológicos y políticos (Restrepo, 2001).

Esta visión conductual-individual fue aplicada principalmente al análisis de los comportamientos socioculturales de las personas, en cuanto a “la aplicación biomédica (...) utilizó el concepto de estilos de vida para describir rasgos específicos de comportamiento relacionadas primero con determinadas enfermedades crónicas y más tardíamente con la violencia y las adicciones” (Menéndez, 199, p. 50).

Al apropiarse de esto, la visión biomédica tiende a trabajar con la noción de que las personas elijan y actúen con responsabilidad, haciendo posible que los estilos de vida se ajusten a determinadas formas de vida.

Otro suceso importante en la construcción de la Promoción de la Salud, surge en 1978 con la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en la Salud en Alma Ata, donde se impulsa la estrategia “Salud para todos en el año 2000”, la cual enfatiza en ciertos aspectos como son: cobertura universal, políticas públicas saludables, colaboración intersectorial y equidad en salud (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978).

Sus aportaciones más relevantes son: la conceptualización de la salud como un derecho fundamental, el fortalecimiento de servicio de salud, busca establecer los medios para alcanzar equidad en salud, el impulso de colaboración entre países y el fortalecimiento de la participación comunitaria, asimismo hace énfasis en la capacitación del personal de salud (Castro, 2013).

De estos planteamientos se derivaron múltiples conferencias internacionales, para discutir los alcances de la Promoción de la Salud, y la publicación de documentos que contribuyeron en todos los países a mejorar la atención de la salud que a continuación se desglosarán.

2.2 CONFERENCIAS Y DOCUMENTOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

La Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud llevada a cabo en Canadá tiene como resultado la Carta de Ottawa. Es considerada el documento más importante y marco referencial de la promoción de la salud, ya que no sólo sentó las bases doctrinarias de ésta, sino que también abrió camino para pasar del discurso a la práctica (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986).

Toma como referencia la meta establecida en Alma Ata, “Salud para todos en el año 2000” con la necesidad de reactivar el compromiso de los países miembros de la OMS para alcanzarla.

Definió cinco áreas estratégicas de Promoción de la Salud:

1. Construir políticas públicas saludables.
2. Crear entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales).
3. Fortalecer la acción comunitaria.
4. Desarrollar aptitudes personales (estilos de vida).
5. Reorientar los servicios de salud.

La Carta de Ottawa (1986), nos dice que Promoción de la Salud:

Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. (párr.1).

Otras declaraciones y documentos internacionales destacados sobre Promoción de la Salud, y en donde cada uno se encuentra enfocado en un problema relacionado con la implantación y seguimiento de la estrategia señalados en la Carta de Ottawa, son:

La Conferencia de Adelaide-Australia en 1988, en la cual se identifican cuatro áreas clave prioritarias para la acción en políticas públicas en favor de la salud, las cuales son: apoyo a la salud de las mujeres, acceso universal a la alimentación y nutrición, políticas en torno al uso y abuso del tabaco y el alcohol y la creación de entornos propicios para la salud (Conferencia Internacional Sobre Promoción de la Salud Adelaide, 1988).

La Conferencia de Sundsvall, llevada a cabo en Suecia en 1991, enfocada a los “Entornos propicios para la Salud”. Hace énfasis en que los gobiernos se basen en la equidad para crear políticas y asignar recursos, sólo así se cubriría y se cumpliría la “Salud para Todos” (Conferencia de Sundsvall- Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: Entornos Propicios para la Salud, 1991).

Conferencia y Declaración de Santa Fe, realizada en Bogotá Colombia en 1992 con la participación de todos los países de América Latina, basada en transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo (Conferencia Internacional de Promoción de la Salud Santa Fe de Bogotá, 1992).

Conferencia y Carta de Trinidad y Tobago de 1993, enfocada en las regiones del Caribe, reafirmó los principios y compromisos con la Promoción de la Salud en esta subregión, haciendo énfasis en el fortalecimiento de las destrezas personales relacionadas con la salud, construcción de alianzas con hincapié en los medios de comunicación, en la formulación de normas públicas saludables,

reorientación de los servicios de salud y potenciación de las comunidades para lograr el bienestar (Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe, 1993).

La Conferencia y Declaración de Yakarta de 1997, después de Ottawa, ésta es considerada como la segunda gran conferencia internacional sobre la Promoción de la Salud. Planteó una oportunidad de reflexionar sobre lo aprendido, reconsiderar los factores determinantes de la salud y señalar las estrategias necesarias para resolver las dificultades de promoción de la salud en el siglo XXI (Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI, 1997). Aquí ubicamos la tercera visión de Promoción de la Salud, haciendo mayor énfasis en las determinantes de la salud y no sólo en los planteamientos ligados al estilo de vida de las personas.

Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en México en el año 2000, uno de los aportes importantes de esta declaración es que la promoción de la salud debe ser un componente fundamental de las políticas y programas de salud en todos los países, en la búsqueda de la equidad y de una mejor salud para todos (Declaración ministerial de México para la Promoción de la Salud, 2000).

En la Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado, en el año 2005, se establecen las medidas y los compromisos para abordar los factores determinantes de la salud mediante la promoción de la salud, afirma que las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad en materia de salud deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional, así como también complementa, los valores, principios y estrategias de acción para el fomento de la salud, establecidos en la Carta de Ottawa (Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado, 2005).

En el año 2009, la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, llevada a cabo en Nairobi, Kenia, apoya las recomendaciones de la Comisión de los Determinantes Sociales de salud de la OMS y reafirma los valores, principios y las estrategias de acción de promoción de la salud, codificados en la Carta de Ottawa y en la Carta de Bangkok (Conferencia Global en Promoción de la Salud, 2009).

La Declaración de Helsinki, en 2013, se encuentra basada principalmente en las ideas, acciones y evidencias inicialmente inspiradas en la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud (Conferencia Global sobre Promoción de la Salud Helsinki, 2013).

En noviembre de 2016 se llevó a cabo la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: La promoción de la salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en Shanghái, China, la cual tiene como lema "Salud para todos y todos para la salud". El objetivo de esta conferencia, fue situar a la promoción de la salud en el centro del desarrollo sostenible, explicitando la función y los logros que ésta ha tenido en la mejora de la salud y la equidad sanitaria, así como también, potenciar el compromiso político con el enfoque de la salud para todos, mediante los objetivos de Desarrollo Sostenible, entre otros (Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: La promoción de la salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2016).

Estos documentos constituyen la amplia gama con que cuenta la salud pública, sin embargo, ha sido un proceso de construcción difícil, en el cual se sigue discutiendo para mejor la calidad de vida de las personas.

A lo largo de esta revisión histórica, podemos analizar cómo ha ido cambiando el enfoque de la promoción de la salud, adoptando una visión mucho más social. En sus inicios centrada principalmente en una visión más preventivista con Leavell & Clark, más tarde, dando énfasis a

una visión de estilos de vida con el Informe Lalonde sobre las conductas de las personas y luego a partir de la conferencia de Yakarta podemos identificar que se han incorporado nuevos elementos de discusión, como lo son: el reconsiderar los factores determinantes de la salud, la búsqueda de la equidad, el potenciar el compromiso político en los programas de salud en distintos países, así como la construcción de entornos favorables para el desarrollo de la salud, entre otros.

2.3 PRINCIPALES VISIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SUS CARACTERÍSTICAS

Recuperando las conferencias y antecedentes previos podemos ubicar tres principales visiones por las que se encuentra regida la Promoción de la Salud: 1) médico-preventivista, 2) conductual-individualista (estilos de vida) y 3) determinantes sociales, que inciden en espacios, conceptualizaciones y prácticas distintas de la salud y la enfermedad.

- **Visión médico preventivista**

La promoción de la salud se fundamenta básicamente en la prevención y la higiene que el mismo paciente ejerce sobre su persona. Esta mirada define a la salud como la ausencia de la enfermedad; es decir, debe de existir un equilibrio entre el agente, huésped y medio ambiente. Mientras que a la enfermedad la conceptualiza como una falla, ruptura, desviación que afecta el proceso biológico, además de que ésta se considera como su principal eje de estudio promoviendo la medicalización¹².

Bajo el enfoque preventivo se guían la mayoría de las intervenciones de las instituciones de salud (...). Promover la salud, desde tal enfoque, significa realizar acciones de protección específica para evitar enfermedades: saneamiento básico del

¹² Medicalización: “El concepto de medicalización refiere a las practicas, ideologías y saberes manejados no sólo por los médicos, sino también por los conjuntos que actúan dichas prácticas, las cuales refieren a una extensión cada vez más asentada de sus funciones curativas y preventivas a funciones de control y normalización” (Menéndez, 1983, p.5).

medio, educación preventiva, favorecer prácticas individuales de higiene, control de riesgos, organizar la atención médica en niveles preventivos, romper la cadena epidemiológica, poner barreras contra agentes de enfermedad, prevenir, atender, asistir. (Carmona et al., 2005, p. 69).

La prevención utiliza el enfoque de riesgo, realiza intervenciones específicas a partir del perfil de riesgo particular de individuos o grupos.

Como ya se había mencionado anteriormente, existen tres niveles de prevención, el enfoque de la prevención primaria presenta similitud con el enfoque de la promoción, ambas, pueden compartir instrumentos y niveles de intervención, sin embargo, la población blanco a quien va dirigido va a ser diferente. Las estrategias de acciones de prevención primaria están dirigidas principalmente a disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud, así como también reducir la incidencia de la enfermedad (Vargas *et al.*, 2003).

Czeresnia (1999), citando a Leavell & Clarck, nos dice que la prevención en salud "exige una acción anticipada, basada en el conocimiento de la historia natural a fin de hacer improbable la expansión posterior de la enfermedad (...). Mientras que la promoción de la salud refiere a medidas que no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la salud y el bienestar generales" (p.54).

- **Visión conductual-individual (estilos de vida)**

El enfoque conductual-individual, introduce un elemento de bienestar individual bajo el precepto "estilos de vida saludables". Es un modelo que surge del paradigma positivista y la epidemiología clásica, conceptualizando a la salud como un equilibrio de la biología humana, medio ambiente, estilo de vida, servicios de atención y enfermedad; donde el estilo de vida representa el conjunto

de decisiones que toma al individuo con respecto a su salud, los hábitos perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo (Buck, 1996). Su intención principal es mantener la calidad y esperanza de vida de los individuos y grupos en la población.

En esta visión surge la intención de dominar las patologías no infecciosas con la propuesta de controlar los factores de riesgo, los cuales fueron agrupados en dos: los provenientes del entorno físico asociados principalmente con la radiación, las sustancias químicas tóxicas, los agentes cancerígenos etc. y los provenientes del entorno social con hábitos como fumar, consumo de alcohol, dietas ricas en grasa y falta de ejercicio, entre otros, siendo estos factores asociados con los estilos de vida en donde las personas pueden tomar sus propias decisiones (Carmona *et al.*, 2005).

Desde esta perspectiva, no se evalúa el papel que desempeñaban las instituciones en cuanto a la salud de los sujetos, sino que se tiende a culpar a estos últimos de su propia enfermedad. En este contexto de búsqueda de la salud por parte de los individuos en la práctica de estilos de vida saludables surge un nuevo concepto con el fin de eliminar o controlar factores de riesgo: el autocuidado, definido como:

Las actividades de salud no organizadas y las decisiones sobre la salud tomadas por individuos, familias, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc.; comprende la automedicación, el autotratamiento, el respaldo social en la enfermedad, es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. (Kickbusch, 1996, p. 235).

Este enfoque del autocuidado se implanta dentro de la promoción de la salud, como promoción de estilos de vida saludable, definiéndola como “la relación con las experiencias colectivas e

individuales y con las circunstancias vitales, al igual que patrones de elección o patrones de conducta hechas a partir de las alternativas de que disponen las personas, según sus circunstancias socioeconómicas y la facilidad con la que pueden elegir unas y otras” (Carmona *et al.*, 2005, p.70).

Adoptar un estilo de vida sano, sólo es posible cuando se cuenta con la voluntad, las oportunidades y los conocimientos para hacerlo. Sin embargo, sabemos que no es fácil buscar y alcanzar este supuesto para adquirir un estilo de vida adecuado y mantener la salud sin tomar en cuenta las condiciones externas que rodean a las personas.

- **Determinantes sociales de la salud**

En 2005, la OMS formó un comité sobre los determinantes sociales, el cual agrupó a países con aspiraciones comunes. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) planteó que para mejorar la calidad de vida y el desarrollo humano de las personas era necesario actuar sobre aquellos determinantes sociales que inciden en la salud, así como en las formas de distribución de dinero y poder que generan esto (Castro, 2013).

Para la CDSS los determinantes sociales de la salud son aquellos elementos que actúan sobre la salud ya sea para bien o para mal y que a su vez van a estar determinados por la forma de distribución de dinero y de poder en el mundo (Castro, 2013).

La CDSS se vio en la necesidad de crear acciones intersectoriales que pudieran modificar las formas de vida de las personas, dicha propuesta supera el enfoque que sólo centran en los estilos de vida individuales y acaban por culpabilizar al individuo por su propia salud.

Impregnar de este enfoque las políticas de salud a escala internacional, nacional y local no es algo automáticamente sencillo sobre todo cuando hay grandes intereses económicos que se oponen a ello (...). Sin embargo, la CDSS de la OMS ha

ayudado a colocar estas problemáticas en la agenda de salud y en muchos lugares se hacen esfuerzos por trabajar en esta forma de abordar la Promoción de la Salud. (Castro, 2013, p. 33).

Dahlgren y Whitehead crearon un esquema donde presentan a las determinantes de la salud como capas centradas, en el cual las capas más al exterior determinan a las capas más cercanas al centro, que es donde se encuentran las personas con sus factores biológicos y donde también las formas de organización social actuarán sobre las determinantes intermedias provocando efectos en la salud (Véase, Figura 1) (Castro, 2013).

Figura 1. Los determinantes de la salud

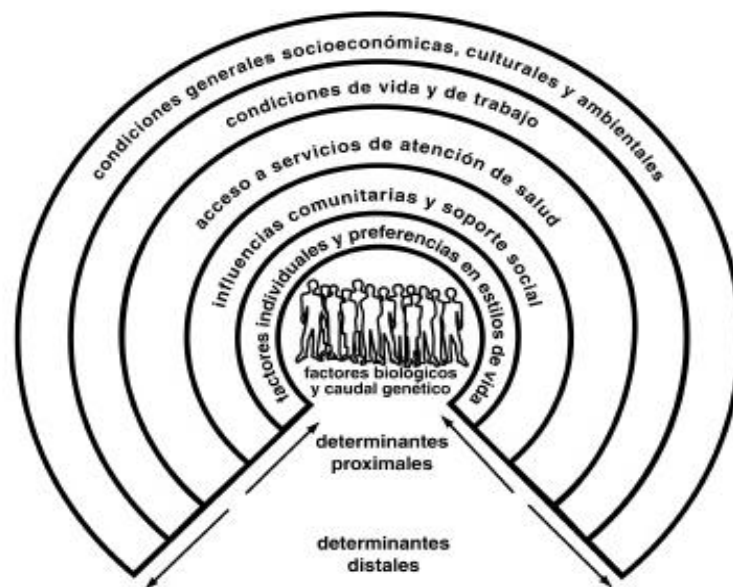


Figura 1. Como se observa en el gráfico de Dahlgren y Whitehead, los determinantes distales como lo son las condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales determinan a las condiciones de vida y trabajo que a su vez pueden ejercer influencia sobre el acceso a los servicios de atención de salud interactuando con las determinantes más proximales como lo son las influencias comunitarias y el soporte social que a su vez puede determinar a los factores individuales y estilos de vida, hasta llegar a un nivel de factores biológicos y caudal genético, determinando el estado de la salud de la población. Adaptado de “Promoción de la salud en el ciclo de la vida” por Castro, J., 2013. En: González, R. et al. *Promoción de la Salud en el Ciclo de Vida* 2ª. Ed. Mc Graw Hill. México, D.F. p.32

- **Nuevas propuestas en Promoción de la Salud**

Existe además una propuesta que se ha desarrollado fuera de lo institucional, a través de la academia, que sus autores han llamado “Promoción de la Salud Emancipatoria”.

Una de las fundadoras es la Dra. María Consuelo Chapela, quien en esta línea ubica al hombre como sujeto cognoscente, es decir con capacidades (sapiens, ludens, económica, política, faber, erótica)¹³ y que además es consciente de sí mismo y de las aspiraciones, actos y metas que desea alcanzar (Chapela, 2007).

A decir de su autora, la salud bajo esta visión se vuelve mucho más amplia que lo que anteriormente se ha considerado. Esta perspectiva, propone una nueva definición de la salud, logrando desprenderse de la perspectiva medicalizada de la salud como lo opuesto a la enfermedad. Chapela y Jarillo (2001), lo resumen como, “la capacidad del sujeto individual o colectivo de mirar al pasado para gobernar el presente para la construcción de futuros viables” (p. 61).

Los problemas de salud estarán relacionados con todos aquellos factores que intervienen en el ejercicio adecuado de las capacidades del individuo y los colectivos, para alcanzar los futuros que se ha trazado, dejando a la enfermedad como un factor más.

La autora hace énfasis en el papel del cuerpo, como una forma biológica que es la base sobre la que se inscriben los símbolos que permiten tomar conciencia de sí y del mundo que lo rodea, alojándose en éste las capacidades dependiendo de sus funciones biológicas como de los símbolos que adquiere durante su vida. En este sentido hablar de salud en una persona se trata

¹³ Es decir, con capacidades humanas, como lo es el razonamiento (sapiens), la imaginación (ludens), de motivarse o apasionarse (erótica), de trabajar (faber) y de la toma de decisiones (política), así como la capacidad económica, entendida como aquella que le permite al ser humano hacer mejor uso de sus recursos para el logro de sus proyectos (Chapela y Jarillo, 2001).

de qué tanto pueden las personas ejercer sus capacidades humanas y qué tanto pueden controlar su medio, de tal manera que logren lo que imaginaron como un futuro deseable (Chapela y Jarillo, 2001).

Las principales características de la promoción de la salud emancipadora, consisten en que ésta es un conjunto de prácticas encaminadas a generar las condiciones para que los sujetos desarrollen sus capacidades de inventar futuros y alcanzarlos, en donde como práctica profesional, el promotor de la salud genera las condiciones que faciliten el fortalecimiento del otro para que este tome conciencia de los discursos de dominación que lo influyen en la formulación de sus proyectos, con la finalidad de elevar sus niveles de salud (Chapela y Jarillo, 2001).

De esta manera se articula el concepto de empoderamiento ciudadano¹⁴, que dirige sus esfuerzos hacia estrategias de participación social y de trabajo intersectorial como alternativa para la resolución de las principales inequidades en salud (Carmona *et al.*, 2005).

Como podemos observar la Promoción de la Salud ha tenido un gran recorrido en su construcción, así como también ha ido adoptando diferentes visiones que de cierta forma han ido cambiando de una visión preventivista a una visión más social, donde se han discutido los alcances de la Promoción de la Salud, contribuyendo así a mejorar la atención de la salud de la población.

¹⁴ Empoderamiento ciudadano: Es el proceso a través del cual tanto individuos como comunidades se movilizan en los ámbitos político y social y obtienen conciencia y control sobre los procesos que inciden o pueden incidir en su calidad de vida (González, 2009).

CAPÍTULO 3

EL TRABAJO Y SU RELACIÓN CON LA SALUD

CAPÍTULO 3

EL TRABAJO Y SU RELACIÓN CON LA SALUD

Hemos revisado en los dos capítulos anteriores que la salud no sólo se puede definir como la ausencia de enfermedad y que a lo largo de la historia se han incorporado nuevos elementos sociales para su comprensión. Asimismo, hemos ubicado que la Promoción de la Salud ha pasado por ese mismo recorrido, enfatizando en los últimos años, en aspectos sociales esenciales para la salud, entre ellos el trabajo.

El objetivo de este capítulo es dar un panorama de la relación que existe entre el trabajo y la salud como procesos complejos, vinculados dialécticamente, así como analizar las diferentes perspectivas teóricas que abordan dicha relación. Finalmente se enfatizará en la nueva salud colectiva latinoamericana desde la perspectiva de la medicina social.

Desde hace siglos, el trabajo es un factor determinante en los procesos de salud enfermedad que afectan a los trabajadores, cualquiera que sea la rama de actividad a los que estos se dediquen (Nieto, s.f). Pareciera que el trabajo tendría que ser un concepto clave para explicar los orígenes sociales de la enfermedad, dado el lugar que ocupa en la sociedad. El trabajo y las condiciones en las que éste se realiza, pueden actuar como factores que favorezcan y estimulen el desarrollo humano, o por el contrario, convertirse en agentes causantes de enfermedades.

3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS SOBRE EL ESTUDIO DE LA RELACIÓN TRABAJO Y SALUD

El trabajo y la salud a lo largo de la historia se han abordado de manera distinta, por eso es importante rescatar datos significativos sobre dicha relación.

- **Trabajo y salud en la antigüedad**

Desde su aparición en la tierra, el hombre, ha obtenido sus alimentos mediante la recolección de frutos, plantas y raíces, así como a través de la caza de animales. Tras su evolución, éste comenzó a elaborar instrumentos y armas más sofisticados que le facilitarían la obtención de productos (Moreno, 2009). De esta forma es como el hombre inició sus primeras actividades laborales, las cuales en ocasiones le implicaban riesgos, accidentes e incluso la muerte. Ante esta situación aparecieron los primeros cuidados médicos, por medio de hierbas y otros remedios sobre aquellas lesiones ocurridas dentro de sus actividades.

En Mesopotamia se creó el código de Hammurabi, en donde estaban planteados los derechos y deberes de la comunidad redactados en el año 2000 a.C., así como también se estableció la protección a los artesanos y las indemnizaciones por accidentes de trabajo. Existían otros códigos como el Urnammu, el Lipit Ishtar o las leyes de Eshuma que contenían normas sobre el control sanitario, el trabajo y la compra y venta de esclavos (Arias, 2012).

En Grecia (1000 a.C.), se desarrolló el trabajo diferenciado (se empieza a dividir el trabajo en manual e intelectual), aquí surgen las diferentes profesiones como el médico, el pintor, etc. Se empieza a conocer el cuerpo humano y se dan interpretaciones más concretas de la salud, los accidentes y la enfermedad. Los mayores aportes sobre medicina en el trabajo se dieron en el campo del trabajo de minas y el de las enfermedades por intoxicación, así como también que el Estado implementó medidas de seguridad contra las plagas y la propagación de enfermedades (Arias, 2012).

- **Precursores de la relación trabajo-salud**

Dentro de la historia de la medicina surgen personajes como Hipócrates (460-370 a.C.), considerado el padre de la medicina y quien se encargó del tratamiento de las enfermedades,

muchas de las cuales tenían su origen en el tipo de trabajo que desempeñaban sus pacientes. Observó, por ejemplo, que los mineros llegaban a presentar enfermedades respiratorias producidas por la inhalación de gases que respiraban dentro de las minas.

Hipócrates escribió un tratado sobre las enfermedades de los mineros, a quienes recomendaba tomar baños higiénicos para evitar la saturación de plomo. Describió, asimismo, los síntomas de la intoxicación por mercurio y por plomo. Indicó además que los determinantes de las enfermedades se relacionaban con el ambiente social, familiar y laboral (...) En su tratado ‘Aires, aguas y lugares’ estableció una metodología para visitar los centros de trabajo e identificar las causas de las enfermedades. Fue, en resumen, un pionero en salubridad, medicina ocupacional y fisioterapia. (Arias, 2012, p. 46).

Enseñaba a sus discípulos que el tipo de trabajo realizado se relaciona con enfermedades específicas.

Plinio (62-113 d.C.) en su enciclopedia de ciencias naturales describe un conjunto de enfermedades ocupacionales, a las que clasifica como “enfermedades de los esclavos”, al referirse a los trabajadores de la manufactura y la minería.

Por otra parte Galeno, continuador de Hipócrates y quien después de él, es considerado el médico más importante del mundo antiguo en occidente, analizó el medio laboral en las minas de sulfato de cobre. Estudió las enfermedades de los mineros, los curtidores y los gladiadores. Asimismo, menciona enfermedades asociadas por los vapores del plomo y enfermedades respiratorias en los trabajadores de minas (Arias, 2012).

Durante el siglo XVII aparecen estudios como los de Glauber que analiza las enfermedades de los marinos. Porcio y Secreta hacen lo propio con las enfermedades de los soldados, Plemp estudia las enfermedades de los abogados, Kircher escribe *Mundus subterraneus* donde describe algunos síntomas y signos de las enfermedades de los mineros como tos, la disnea¹⁵ y la caquexia¹⁶ (Arias, 2012).

En 1633 nace en Italia, el médico Bernardino Ramazzini quien es considerado como el “Padre de la Medicina del Trabajo” gracias a su obra titulado “De morbis artificum diatriba” (De las enfermedades de los trabajadores), en donde hace referencia en especial a las enfermedades de acuerdo con el tipo de trabajo que desempeñaban los enfermos (Moreno, 2009). Sus contribuciones han servido de base para la implementación de leyes que protegen a los trabajadores.

Su obra describe problemas de salud en más de 50 ocupaciones, por ejemplo: las intoxicaciones de los farmacéuticos por el mercurio, los efectos por el uso de antimonio en quienes coloreaban vidrios, las enfermedades que producía el plomo en los pintores, así como los problemas no tóxicos, pero sí causados por prolongadas posturas inadecuadas, por sedentarismo o por hacer movimientos desgastantes o con exceso de peso. (Villanueva-Meyer, s.f, p. 61).

Del mismo modo, estudió molestias producidas por el calor, el frío, la humedad y el ruido. En cada capítulo describe una enfermedad asociada a una ocupación, las condiciones de la misma y tratamientos y consejos para el trabajador.

¹⁵Disnea: “La American Thoracic Society (ATS) la definió como una experiencia subjetiva de malestar respiratorio que consta de sensaciones cuantitativamente distintas que varían en intensidad. Dicha experiencia deriva de interacciones entre factores fisiológicos, psicológicos, sociales y ambientales, que a su vez pueden inducir respuestas secundarias fisiológicas o conductuales” (Aruj *et al.*, 2011, p. 84).

¹⁶*Caquexia*: pérdida acelerada de peso, en particular de masa muscular, es una complicación frecuente en los pacientes con cáncer, un factor de mal pronóstico y en último término una causa importante de muerte (Alberola, s.f).

La importancia que Ramazzini atribuye al trabajo en la patogenia de las enfermedades se puede sintetizar en la siguiente pregunta que él formuló y que se le hace a la mayoría de los enfermos: ¿de qué trabaja usted?, la cual se extiende hasta nuestros días (Nieto, s.f).

También puede encontrarse en él la conciencia del significado económico de la salud, pues consideró el dominio técnico de la salud como garantía del desarrollo económico y del progreso de la civilización (Gomero *et al.*, 2006). Este médico consideraba que el estudio y prevención de las enfermedades de los trabajadores era una práctica particularmente social.

- **Trabajo-salud en la Revolución Industrial**

En el siglo XVIII con la Revolución Industrial y la aparición de la máquina de vapor surgen grandes cambios en la vida laboral y con ello aparecen múltiples problemas de salud en los trabajadores; aumentan los accidentes de trabajo, lo que obligó a los Estados a buscar soluciones propias y especiales ante la muerte de los trabajadores, originando así la necesidad de una nueva disciplina, la salud ocupacional y la definición jurídica de accidente de trabajo (Agudelo, 2014).

Engels (2012/1845), en su obra “La situación de la clase obrera en Inglaterra” describe desde sus propias observaciones las condiciones de trabajo de la industria en Inglaterra, donde aborda lo que él llama condiciones de penuria, ya que los obreros laboraban en un entorno poco saludable y desagradable, donde las jornadas de trabajo eran extenuantes, cediendo su fuerza de trabajo al capitalista a cambio de un salario luctuoso.

Con la industrialización, las ciudades crecieron por la migración del campo a la ciudad. La cantidad de personas migrantes sobrepasaba la capacidad de las ciudades y con ello abundaron enfermedades y epidemias. Los oficios artesanales fueron reemplazados por la producción en serie, los campesinos migrantes no recibían el sueldo que esperaban, se veían obligados a trabajar en

condiciones deplorables porque no tenían otra opción. (Arias, 20127). Asimismo, sus condiciones de vida eran muy precarias:

Todo obrero, incluso el mejor, se hallaba por tanto, constantemente expuesto a la miseria, o sea, a morir de hambre, y buen número de ellos sucumben. Las viviendas de los trabajadores son, por regla general, mal agrupadas, mal construidas, mal conservadas, mal ventiladas, húmedas e insalubres (...). El vestido de los trabajadores es igualmente mediocre (miserable) por término medio, y un gran número de ellos viste andrajos. La alimentación es generalmente mala, con frecuencia casi impropia para el consumo, y en muchos casos, al menos en ciertos períodos, insuficiente, si bien en los casos extremos hay gente que muere de hambre. (Engels, 2012/1845, p. 129).

Dos terceras partes de los obreros eran mujeres y niños que no contaban con las condiciones de seguridad necesarias para laborar, sufrían diversas lesiones, mutilaciones o bien la muerte en accidentes trágicos (Arias, 2012). Estas condiciones ejercían una influencia desfavorable para los obreros ya que de la misma forma un gran número de obreros no contaba con atención médica.

Como resultado de todos esos factores nos dice Engels (2012/1845) que la mayoría de los trabajadores obreros presentaban un debilitamiento general del organismo, entre ellos se encontraban pocos hombres vigorosos, bien formados y saludables al menos entre los obreros industriales que trabajaban la mayor parte del tiempo en locales cerrados, casi todos eran débiles, poseían una osamenta angulosa y poco robusta, estaban flacos, pálidos y su cuerpo, excepto los músculos que requería su trabajo, era decaído por la fiebre, casi todos sufrían de mala digestión y eran más o menos hipocondríacos y de humor sombrío y desagradable. Por consiguiente “su

organismo debilitado no está en condiciones de resistir a la enfermedad y a la menor ocasión son víctimas de ella. Por eso envejecen prematuramente y mueren jóvenes” (p. 168).

En esta época nos menciona Engels (2012/1845) que existen también otras causas que debilitan la salud de un gran número de trabajadores, como lo es la bebida. El aguardiente es casi su única fuente de energía, donde todas las tentaciones posibles se unen para impulsar a los trabajadores al alcoholismo. “El trabajador regresa a su casa fatigado y agotado por su labor; halla una vivienda sin la menor comodidad, húmeda, inhospitalaria y sucia; tiene necesidad urgente de distracción, necesita alguna cosa que haga que su trabajo valga la pena” (pp. 164-165), de este mismo modo el obrero, debido esencialmente a su mala salud, se siente abrumado, se siente mal, su cuerpo debilitado por el ambiente contaminado y la mala alimentación, así que para satisfacer sus necesidades exige un estímulo externo que sólo puede ser encontrado en la taberna.

Como podemos ver, los abusos, la explotación y la miseria, dieron lugar a los movimientos obreros de la época que impulsaron el desarrollo e implementación de leyes que protegían de cierto modo a los trabajadores.

Arias (2012), citando a Letayf y González nos dice que en Inglaterra:

En 1841 surge la ley de trabajo para niños y en 1844 aparecen leyes que protegen a las mujeres. Se inició una legislación sanitaria para la industria en 1848 y posteriormente comienzan las inspecciones para verificar el cumplimiento de las normas, que en 1874 tendrían sustento legal, abarcando diversas empresas, desde fábricas hasta talleres en general (...). La Ley del Trabajo se modifica para incluir más enfermedades ocupacionales hacia los años 1861 y 1867 y a partir de 1868 en Alemania, aparecen las leyes de compensación del trabajador. (p. 48).

Pese a la reglamentación, en 1871 el 50 por ciento de los trabajadores moría antes de cumplir 20 años de edad y para el año 1875 muchos niños de Europa todavía trabajaban en condiciones insalubres, con 15 horas de trabajo (Arias, 2012).

En este proceso de defensa de los trabajadores, durante este siglo, quienes tuvieron un papel fundamental y de quienes ya se ha hecho mención anteriormente en este apartado fueron, Karl Marx (1818-1883) y Frederic Engels (1820-1895), ya que se interesaron por los derechos de los trabajadores y abordaron el estudio desde el punto de vista social. Plantearon que la desigualdad está dada por la división de la sociedad en clases sociales, este pensamiento rechaza el capitalismo y defiende la construcción de una sociedad sin clases y sin Estado. Fundaron las tesis esenciales de una nueva visión de la historia, el Materialismo Histórico Dialéctico (Arias, 2012; Erice, 2012).

Marx y Engels fueron los iniciadores de la sindicalización que serviría como un conducto para la mejora de las condiciones de trabajo, incluyendo la seguridad. Ha sido innegable la trascendencia de sus ideas en las reformas laborales de Europa y de América (Arias, 2012).

Erice (2012), nos menciona que Karl Marx, fue también un tenaz militante que participó en algunos de los movimientos revolucionarios de su tiempo, entre ellos la Asociación Internacional de Trabajadores (1864-1876), luego conocida como Primera Internacional.

Gracias a los movimientos obreros y a la creación de sindicatos de trabajadores en esta época, se fomentó: el mejoramiento de instalaciones e iluminación, reglamentos de trabajo, nombramiento de inspectores y reducción de horarios, etc.

- **Legislación en torno a los trabajadores surgida posterior a la Revolución Industrial**

“Dentro de este panorama, se puede decir que después de 1890 se generaliza en todo el mundo, la legislación que protege a la sociedad y a los trabajadores contra riesgos laborales” (Arias, 2012, p. 49).

En el año de 1919, en el marco de las negociaciones del Tratado de Versalles, aparece la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en la que están representadas tres partes: los gobiernos, los empresarios y los sindicatos (Organización Internacional del Trabajo, s.f).

Palacios (s.f), nos dice que el tratado de Versalles estableció principios universales y esenciales respecto del hombre que trabaja, como son:

- ❖ El trabajo humano no es una mercancía ni puede ser objeto de comercio.
- ❖ Derecho de asociación de los trabajadores y de los empresarios.
- ❖ Pago de salarios dignos.
- ❖ Jornadas de 8 horas diarias o 48 semanales.
- ❖ Descanso hebdomadario¹⁷, como mínimo de 24 horas.
- ❖ Supresión del trabajo de los niños.
- ❖ Limitación en el trabajo de los jóvenes para permitir su normal desarrollo.
- ❖ Igual salario, o igual valor de trabajo para ambos sexos.
- ❖ Igual tratamiento (tratamiento equitativo) para los trabajadores en cada país.

¹⁷Hebdomadario: adj. semanal./ m. semanario (RAE, 2016).

- ❖ Servicios de inspección laboral en cada Estado con participación de la mujer.

En 1981 se publicó el Convenio 155: “Convenio sobre la seguridad y salud de los trabajadores”, que es ratificado por numerosos países, quienes adquieren el compromiso de seguir y aplicar sus indicaciones. La OIT desde 2007 se encuentra integrada por 180 estados nacionales (Moreno, 2009).

Cabe destacar que en México en el año de 1930 se publicó en el Diario Oficial, la Ley Federal del Trabajo la cual entró en vigor a partir de su publicación y fue derogada al entrar la ley actual en 1970.

En el siglo XX, se dieron grandes avances en la industrialización, dando como resultado mayores fuentes de peligro en el área laboral, debido a la utilización de materiales químicos y sustancias radioactivas, teniendo como resultado problemas sociales de gran importancia, como la contaminación ambiental a nivel mundial.

Como pudimos observar, la relación que existe entre el trabajo y la salud son procesos complejos, que han estado presentes desde la aparición del hombre en la tierra y quienes se han preocupado por dicha relación, han tenido como resultado nuevas perspectivas para su estudio, que a continuación de desglosarán.

3.2 PERSPECTIVAS TEÓRICAS QUE ABORDAN LA RELACIÓN DEL TRABAJO Y LA SALUD: MEDICINA DEL TRABAJO, SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA SOCIAL

Desde hace muchos años, tanto investigadores como gobiernos e instituciones académicas han manifestado su preocupación por el estudio de la relación entre la salud y el trabajo. Lo que ha permitido el desarrollo de dos vertientes principales: la medicina del trabajo y la salud ocupacional, sin dejar de lado que, a partir de éstas, ha surgido una nueva propuesta, la medicina social en

América latina para la comprensión de dicha relación. Principalmente hablaremos sobre la diferenciación de las dos principales vertientes para posteriormente retomar la nueva propuesta desde la medicina social latinoamericana.

No es lo mismo hablar de medicina del trabajo que de salud ocupacional, aunque ambas tienen elementos en común. Entre los elementos que las diferencian principalmente podemos encontrar: la forma en que conceptualizan el trabajo, su objeto de estudio, las disciplinas que intervienen, así como también la práctica característica de cada una de ellas.

Tanto la medicina del trabajo como la salud ocupacional están estrechamente unidas en función del trabajo y sobre todo en el binomio salud-enfermedad (Moreno, 2009).

- **Medicina del trabajo o Medicina ocupacional**

La medicina del trabajo o también llamada medicina ocupacional fue conocida como la especialidad médica que se ocupaba de la vigilancia de la salud de los trabajadores, relacionando las condiciones laborales y los procesos de trabajo con la salud. Su principal objeto: las enfermedades ocupacionales (Gomero *et al.*, 2006). “Para la Medicina del Trabajo el objeto de estudio es la enfermedad y en ningún momento es el enfermo” (Moreno, 2009, p. 97).

Se encuentra dirigida por profesionales médicos con la idea de proteger a los trabajadores de las enfermedades que puedan ser producto del trabajo. La medicina del trabajo centró su acción principalmente en la práctica biomédica.

Según Gomero y colaboradores (2006), el concepto de trabajo está definido en función del objeto de estudio. Por lo tanto, esta vertiente plantea que en el ambiente laboral existen agentes que pueden ser las causas determinantes de los problemas individuales de salud de cada trabajador, en donde la mayoría van a ser provocados principalmente por actos inseguros en el área de trabajo.

Según la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud (OIT-OMS), en 1950, la medicina del trabajo era la actividad médica que debía promocionar y mantener el mayor grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones, la protección de los trabajadores frente a todo tipo de riesgo procurando adaptar el trabajo y su ambiente a las capacidades fisiológicas y psicológicas de los trabajadores. (Gomero *et al.*, 2006, p. 106).

La prevención tomó prioridad como elemento fundamental para abatir los riesgos costosos de los accidentes profesionales, haciendo énfasis en curar la enfermedad producto del trabajo.

Gomero *et al.* (2006), por otra parte, nos mencionan que actualmente los servicios de medicina ocupacional están dirigidos desde varias disciplinas, en su mayoría por médicos de especialidades diferentes. Algunas de las prácticas y objetivos que debe tener todo servicio de medicina ocupacional principalmente son:

1. Proteger a las personas en sus trabajos de los riesgos a la salud y seguridad,
2. Proteger el ambiente,
3. Facilitar ambientes de trabajos saludables y seguros, de acuerdo a sus capacidades físicas, mentales y emocionales,
4. Proveer adecuado cuidado médico y rehabilitación frente a enfermedades y daños derivados del trabajo, y
5. Asistir en las medidas necesarias para el mantenimiento de la salud de los trabajadores.

La medicina del trabajo sólo contempla la enfermedad, por lo tanto, la salud ocupacional no forma parte de ésta, ni es una rama de ella. Para comprender mejor la diferencia entre estas dos vertientes, a continuación, analizaremos el objeto de estudio y la práctica de la salud ocupacional.

- **Salud ocupacional**

Al contrario de la medicina del trabajo, la salud ocupacional tiene como principal objeto de estudio, la salud. Esta vertiente analiza como el trabajo repercute en la salud y señala que lo que realmente se tendría que cambiar son las condiciones de trabajo. Propone no sólo la mediación de la práctica médica si no la intervención multidisciplinaria. Es decir, no son sólo los médicos los que van a preocuparse por la salud de los trabajadores si no todo un conjunto de disciplinas.

Palacios (s.f), nos menciona que la salud ocupacional tiene como objeto de estudio la relación entre el proceso de producción y las consecuencias hacia la salud de los trabajadores, orientándose, entonces, hacia los procesos sociales, para lo cual utiliza tanto a las ciencias naturales como a las sociales.

La salud ocupacional se ha enfocado a la búsqueda del máximo bienestar posible en el trabajo; no sólo en la realización del mismo sino de sus consecuencias. Este bienestar debe ser de carácter integral, o sea, físico, mental y social. Para que ese bienestar se logre se requiere de un trabajo multidisciplinario donde intervienen principalmente profesionales de distintas áreas, que serán los encargados de este fin, entre ellos podemos mencionar a la medicina, la psicología, la enfermería, la sociología, la ingeniería, la ergonomía, entre otras (Moreno, 2009).

Todas estas áreas de trabajo sirven de gran apoyo para el desarrollo de la salud laboral y existen muchas otras también involucradas como la economía, el derecho, la educación etc., dado que la salud laboral debe ser estudiada desde un campo multidisciplinario.

En el caso de la salud ocupacional, lo que más le interesa es la salud de la clase trabajadora, considerando que su objetivo de estudio no debe centrarse en individuos sino en colectivos. (Moreno, 2009). Aquí, podemos analizar otra diferencia importante con respecto a la medicina del trabajo ya que como pudimos notar, ésta trabaja con individuos, mientras que la salud ocupacional como ya se mencionó, lo hace con colectivos.

En 1986, la reunión de expertos de la Región de las Américas, pertenecientes a la Organización Panamericana de la Salud, utilizó la siguiente definición sobre salud ocupacional:

Es el conjunto de conocimientos científicos y de técnicas destinadas a promover, proteger y mantener la salud y el bienestar de la población laboral, a través de medidas dirigidas al trabajador, a las condiciones y ambiente de trabajo y a la comunidad, mediante la identificación, evaluación y control de las condiciones y factores que afectan la salud y el fomento de acciones que la favorezcan. (Gomero et al., 2006, p. 107).

Ambos enfoques, tanto la medicina del trabajo como la salud ocupacional se encuentran basados en el estudio de la salud de los trabajadores, la diferencia central se encuentra en las categorías de análisis utilizadas para la investigación de la información y en su nivel de compromiso con los propios trabajadores (Palacios, s.f).

Existe otro enfoque planteado por investigadores latinoamericanos, que abordan el objeto de estudio desde un análisis histórico social y que a continuación se analizará.

- **Medicina social en América Latina para la comprensión de la relación trabajo-salud**

Actualmente uno de los ejes más importantes de la medicina social latinoamericana aborda la relación entre condiciones de vida y salud, sin embargo, históricamente el primer eje de investigación lo constituyó el estudio de la relación entre el trabajo y la salud, el cual se aborda a continuación en este apartado.

Esta corriente de pensamiento se comenzó a desarrollar en América Latina a partir de la década de 1970. En esta línea encontramos como principales representantes a María Arouca, Jaime Breilh y Asa Cristina Laurell, quienes retomaron el pensamiento y la obra de personajes como Rudolf Virchow y Georges Canguilhem. Las aportaciones de estos tres autores han sido valiosas pues a pesar de que la medicina social surge en un contexto histórico y social diferente, como es el europeo, han retomado estos aportes para analizar y entender la realidad latinoamericana.

La mayoría de autores propone como categoría central la clase social. Breilh por su parte ha centrado sus investigaciones en la categoría de reproducción social mientras que Asa Cristina Laurell lo hace desde la categoría de producción, analizando el proceso de trabajo, el cual nos interesa analizar en este apartado.

Lo que pretende principalmente la medicina social es apoyar el avance en las condiciones de vida y de salud de la mayoría de la población, así como también, del trabajo y la salud interpretando la situación actual, con una mirada crítica que permita generar cambios (Zuliani, 2010).

La medicina social se ha caracterizado por la persistencia en el tratamiento de los problemas que reflejan el atraso, la injusticia, la opresión y la desigualdad. La medicina social se opone a concebir la salud y la enfermedad como eventos biológicos ajenos o independientes en su producción y distribución de lo social y económico (Mercer, 1987).

Asa Cristina Laurell, adscrita a esta corriente, se apoya en los planteamientos teóricos del Materialismo Histórico Dialéctico, para analizar la relación entre el hombre y la naturaleza a través del trabajo.

Desde la postura de Marx (1975/1867) conceptualiza al trabajo como el proceso a través del cual el hombre se apropia de la naturaleza, transformándola y transformándose a sí mismo. Es un proceso entre el hombre y la naturaleza, con el fin de apoderarse de los materiales de la naturaleza bajo una forma útil para su propia vida, mediante su fuerza de trabajo, que es el conjunto de las facultades físicas y mentales que existen en la corporeidad en la personalidad viva de un ser humano y que él pone en movimiento cuando produce valores de cualquier índole.

Por tanto, el trabajo es considerado como la actividad específicamente humana, consciente, orientada a un fin; o como la capacidad de crear nuevos objetos y nuevas relaciones entre los hombres (García, 1983).

Para poder analizar su relación con la salud, necesitamos entender principalmente: las formas históricas que asume el trabajo en el capitalismo, así como las categorías de análisis entre salud y trabajo.

El Materialismo Histórico Dialéctico considera al trabajo bajo el modo de producción capitalista como un proceso técnico generador de bienes, donde el determinante fundamental de éste va a ser, crear el máximo de plusvalía¹⁸ (Rojas, 1988).

El proceso de producción capitalista no se guía por la producción de bienes útiles o necesarios para la sociedad, sino por la producción de plusvalor. Marx (1975/1867) nos señala que en cada etapa

¹⁸Plusvalía: De acuerdo a Marx, “la plusvalía consiste en el valor que el obrero que percibe un salario por su labor genera por encima del dinero que representa su esfuerzo laboral” (RAE, 2013, párr. 2). Es decir, el trabajo no pagado al obrero, el cual se queda el capitalista en su poder, generando una acumulación monetaria.

de la producción capitalista hay distintas estrategias de extracción de éste a partir de las diferentes formas de articular los elementos que integran el proceso laboral: la extracción del plusvalor absoluto: donde se incrementaba la jornada laboral y se prolonga el uso de la fuerza de trabajo; y la del plusvalor relativo: donde se incorporan avances tecnológicos y se tiene la misma jornada de trabajo pero hacen que el trabajador realice su trabajo más rápido.

Bajo este modo de producción, la fuerza de trabajo es considerada una mercancía, cuyo valor está vinculado a lo esencial para que el trabajador pueda subsistir y reproducirse.

Marx (1975/1867), nos dice que “el proceso del trabajo no es más que el consumo de la mercancía fuerza del trabajo comprada por el capitalista (...) y el proceso de consumo de la fuerza de trabajo es al mismo tiempo, proceso de producción de la mercancía y de la plusvalía” (p. 128). Esto quiere decir entonces, que el capitalista compra la fuerza de trabajo como un objeto que se va consumiendo a través de un proceso en donde intervienen otros elementos adquiridos del mismo modo por el capitalista, donde lo único que le interesa es el máximo de la fuerza de trabajo que puede generarse durante una jornada laboral para alcanzar la máxima acumulación de capital, quedando de lado el desgaste físico y espiritual del obrero.

La clase trabajadora se encuentra sometida a una mayor explotación por parte del capital, lo que repercute directamente en sus condiciones de trabajo en general propiciando que se genere una patología propia del capitalismo, demostrando así el carácter social del proceso salud-enfermedad, dado que se encuentra determinado por las condiciones materiales de la sociedad (Rojas, 1988).

En cuanto a lo anterior y con relación al proceso productivo y la salud, Rojas (1988), a partir del materialismo histórico desarrolla cuatro tesis:

- ❖ Primera tesis “cada formación social crea su propia patología y produce las condiciones sociales para la reproducción de la misma, en consonancia con el modo de producción prevalente” (p. 24). Es decir, que cada modo de producción crea sus propias patologías.
- ❖ Segunda tesis “existe una situación diferencial entre las dos clases sociales fundamentales presentes en las formaciones sociales capitalistas con respecto a la morbilidad, la esperanza de vida y el acceso real a los servicios médicos” (p. 31). Se identifican las patologías de la pobreza e industrial dadas por las condiciones materiales en las que está inmerso el proletariado. Es decir, que las personas según su clase social mueren de diferentes enfermedades, su esperanza de vida no es igual, etc.
- ❖ Tercera tesis “dentro del proletariado existe una situación diferente entre los diversos sectores que lo componen con respecto a las características de la morbimortalidad, la esperanza de vida, el nivel de conciencia sobre los problemas de salud y el acceso real a los servicios médicos” (p. 43). Se plantea que existe una situación diferencial entre los trabajadores ya sea por el área de trabajo en la que se desempeñan, sus condiciones de vida o la conciencia social, circunstancias que se relacionan con el tipo de padecimiento o enfermedades que presentan.
- ❖ Cuarta tesis, se establece una diferenciación entre el campo y la ciudad respecto a la morbilidad y en el nivel de esperanza de vida, ya que Marx y Engels se interesaron en demostrar cómo el desarrollo de la industria en la ciudad podía perjudicar la salud de los obreros.

Como pudimos observar, el determinante primordial del proceso de trabajo es que se organiza para crear el máximo de plusvalía y de ganancia, bajo el modo de producción capitalista.

Asa Cristina Laurell (1989), desarrolla una propuesta metodológica para el estudio de la relación entre el proceso productivo y la salud. Plantea de este modo un nuevo concepto: el nexo biopsíquico-social con el que describe la salud y la enfermedad como un proceso biológico, psíquico y social, en donde todos estos elementos se relacionan y se determinan de manera específica.

Este es uno de los aportes más significativos que desarrolla Laurell, en contraste con la postura médica hegemónica, que concibe a la salud y a la enfermedad como dos entes aislados, que son causados exclusivamente por factores biológicos sin relación con el contexto histórico de los colectivos.

Para el análisis de la relación trabajo salud, recuperando el materialismo histórico dialéctico, Laurell (1989), propone hacer énfasis en el estudio de los siguientes cuatro elementos:

- ❖ **Proceso de Valorización:** Toda mercancía tiene un valor de uso y un valor de cambio, donde el primero se refiere al uso que se le da a una mercancía en sí y el segundo representa el valor que se obtiene al vender dicha mercancía.

La riqueza de las sociedades en las que domina el modo de producción capitalista se presenta como un enorme cúmulo de mercancías y la mercancía individual como la forma elemental de esa riqueza (...). La mercancía es, en primer lugar, un objeto exterior, una cosa que merced a sus propiedades satisface necesidades humanas del tipo que fueran (...) La utilidad de una cosa hace de ella un valor de uso. El valor de uso se efectiviza únicamente en el uso o en el consumo. (Marx, 1975/1867, p. 43).

El valor de cambio se presenta como relación cuantitativa, proporción en que se intercambian valores de uso de una clase por valores de uso de otra clase, una relación que se modifica constantemente según el tiempo y el lugar. (Marx, 1975/1867, p. 45).

En este proceso productivo lo que el capitalista busca es generar plusvalor (ganancia), es decir, la producción de una mercancía que su valor cubra y rebase la suma de los valores invertidos por la fuerza de trabajo y los medios de producción.

- ❖ Proceso Laboral: Laurel (1989), retomando a Marx, nos dice que este proceso se da en la producción de bienes o mercancías, en donde intervienen tres elementos básicos: a) el objeto de trabajo, es decir, la materia prima, productos intermedios o productos finales que son transformados en bienes y servicios en el proceso de trabajo, b) los instrumentos de trabajo que usa el trabajador para realizar sus actividades laborales y c) el trabajo mismo, entendido como los procesos corporales pero también como una expresión concreta de la relación de explotación a través de su organización y división.
- ❖ Cargas laborales: son elementos del proceso laboral que interactúan dinámicamente entre sí y con el cuerpo del obrero, generando procesos de adaptación que se traducen en desgaste, entendido como pérdida de la capacidad corporal y psíquica potencial y/o afectiva (Laurell, 1989).

Estas pueden ser externas (materialidad externa al cuerpo), que pueden ser físicas (ruido, sol, frío, calor), químicas (humo, compuestos químicos, contaminación), biológicas (bacterias, microorganismos, virus) y mecánicas (el uso continuo de objetos pesados); y las internas (adquieren materialidad en el cuerpo) que pueden ser fisiológicas (proceso

interno, esfuerzo físico pesado, rotación de turnos, consumo calórico) y psíquicas (Sobrecarga psíquica: tensión sostenida, presión y subcarga psíquica: imposibilidad de desarrollar la capacidad psíquica), entendiéndolas como elementos que tiene una relación entre si y no como factores de riesgo aislados, ya que son producto de la dinámica del proceso laboral.

- ❖ **Desgaste:** El proceso de desgaste de acuerdo a la autora antes citada, es la pérdida de la capacidad efectiva o potencial por alteraciones biológicas, psíquicas y fisiológicas. Pueden ser transformaciones negativas que producen las cargas laborales, aunque no son irreversibles necesariamente, pueden o no manifestarse como patologías y/o generar enfermedades particulares. Son difícilmente observables, pero se utilizan indicadores como: signos y síntomas específicos, perfil patológico, años de vida útil perdidos, envejecimiento acelerado, muerte prematura.

Los estudios de desgaste se realizan en colectividades y no de manera individual, ya que, aunque el desgaste se manifiesta en el individuo no depende de él sino de las condiciones de la colectividad.

La autora antes mencionada trata de esclarecer como el patrón social de desgaste determina el marco dentro del cual la enfermedad se genera, permitiendo crear un nuevo conocimiento sobre el proceso salud- enfermedad que contempla lo social. Es sólo a través del desgaste que se puede entender el PSE pues lleva detrás de sí, las condiciones de explotación, subyacentes al modo de producción capitalista.

La articulación entre el proceso social y el proceso de salud enfermedad le imprime a la enfermedad y a la muerte características distintas según el modo diferencial que cada uno de los grupos tenga en la producción y en su relación con el resto de los grupos sociales y en donde a su

vez, el perfil patológico de una misma población cambia según las características del momento histórico.

Por tanto, esta autora hace una crítica al pensamiento clásico de salud ocupacional que conceptualiza al trabajo como: un problema ambiental, dado que el trabajador entra en contacto con agentes químicos, físicos, biológicos y psicológicos que le causan enfermedades o accidentes (Laurell, 1978). En esta conceptualización, se observa claramente la reproducción de la forma tradicional de la medicina, la cual ve a la enfermedad como un fenómeno biológico que ocurre en el individuo.

Estos elementos son vistos desde la medicina social latinoamericana de otra forma, ya que se comprende la salud partiendo del análisis del proceso de trabajo para de esta forma explicar la patología colectiva como una oposición concreta, haciendo énfasis en que, diferentes tipos de proceso de trabajo se expresan en distintos momentos del ciclo de la vida.

Así, los que han trabajado desde la medicina social intentan una innovación, demostrando que: “los riesgos ocupacionales no son independientes del funcionamiento de la industria capitalista, y que, por eso, la implementación de soluciones depende más de problemas de poder y capacidad reivindicativa que de problemas técnicos” (Laurell, 1978, p. 59).

Esta autora, nos dice respecto al estudio de trabajo y salud que, trabajo es una categoría social, de este modo debe ser tratado en sus determinaciones múltiples y no sólo como un factor de riesgo ambiental más.

Podemos argumentar que esta corriente de pensamiento cuestiona la eficacia de las formas de prevención y control de la enfermedad que mantienen intactas las relaciones de explotación que la generan.

Como pudimos observar este objeto de estudio está dado por la relación entre el proceso de producción, el proceso de trabajo y las consecuencias en la salud de los trabajadores, conformado básicamente por procesos sociales. De la misma forma, podemos rescatar que la medicina social estudia a las poblaciones como colectivos y no sólo como individuos aislados; mira a la salud y a la enfermedad de una forma dialéctica, siendo parte de un proceso histórico y por último la medicina social hace énfasis en que los procesos sociales e históricos son determinantes de la relación salud-enfermedad para los grupos sociales.

- **¿Cómo el marco de la medicina social permite analizar las condiciones laborales y de salud en otros sectores económicos?**

Cabe destacar que existen otras investigaciones que han retomado el marco teórico que propone Asa Cristina Laurell para desarrollar estudios sobre el objeto salud–enfermedad laboral, sin embargo, estos han tenido limitaciones y han enfrentado algunas dificultades.

Como nos menciona Téllez (2014), en algunas investigaciones realizadas en México entre los años 1989 y 2013, que incluían términos como trabajadores, evaluación, condiciones laborales, desgaste, proceso de trabajo, buscadas en bases de datos electrónicas, se halló que existían 13 documentos en donde se analizaba si contenían o no la propuesta teórico-metodológica de Laurell, sin embargo, se encontró que su abordaje era nulo ya que los documentos “se dedicaban a la cuestión de la salud obrera sustentada en una concepción ambientalista e ingenieril del trabajo, clínico biologicista de la enfermedad o en una práctica marcada con un sesgo tecnocrático y legalista”(p. 183).

Estos documentos evidenciaron que, a partir de la publicación de “La salud en la fábrica”, ninguno de los trabajos ha contenido un abordaje global o siquiera parcial de la propuesta de Laurell, dado que la inclusión de esta perspectiva de la medicina social ha sido nula, ya que existe la posibilidad

de que el desarrollo teórico metodológico de la autora expuesta, “no tuvo tanta resonancia académica, en tanto que se dedicó a su desempeño en el sector gubernamental del DF en México” (p. 183).

Si bien, es importante identificar que la propuesta de Asa Cristina Laurell puede tener dificultades metodológicas en el análisis de PSE, también reconocemos que es uno de los estudios más sistemáticos en la comprensión de la relación trabajo salud, específicamente en el ámbito obrero. Nuestra intención no es utilizar la propuesta desde un abordaje global, sino retomar algunos elementos que sean de utilidad e incluir otros que consideramos necesarios para analizar las condiciones de trabajo y salud de los policías, por lo que no todos los elementos planteados en la propuesta de Laurell han sido utilizados, como se explica a continuación:

La autora antes mencionada, hace énfasis en el proceso de trabajo, el cual divide en 4 elementos: proceso de valorización, proceso laboral, cargas laborales y desgaste, que anteriormente se describieron; cabe destacar que este análisis lo hace para el estudio del proceso salud-enfermedad de la industria (en el sector obrero), sin embargo, existen algunos elementos que se pueden rescatar y utilizar para realizar el análisis de dicho proceso para otros sectores como lo es el sector terciario que se basa en brindar servicios a terceras personas desde un ámbito gubernamental.

Dentro del proceso de valorización como lo menciona Laurell (1990), nos señala que es el proceso en donde se genera el plusvalor (relativo o absoluto). Sin embargo, para el sector terciario perteneciente a servicios, no se puede llevar a cabo el análisis de este proceso, ya que no es un sector productivo que genere mercancías.

El proceso laboral, de acuerdo a esta autora, ocurre por la producción de bienes o mercancías, en donde intervienen tres elementos: los instrumentos de trabajo, el trabajo mismo y el objeto de

trabajo, sin embargo, este último no se podría analizar en el sector servicios dados lo que ya se mencionó que no es un sector que produzca bienes en donde se haga uso de materia prima.

En cuanto a las cargas laborales, como sabemos estas se dividen en dos: cargas externas e internas las cuales, si es posible analizar en este sector, ya que nos permite ver cómo estos elementos se desencadenan en desgaste, el cual es un elemento del proceso laboral que se refiere a la pérdida de las capacidades tanto efectivas como potenciales, y que de igual forma puede ser analizado en las personas que laboran tanto en el sector obrero, como en otros sectores económicos.

De esta manera resulta de gran utilidad el modelo analítico propuesto por Asa Cristina Laurell ya que nos permite ver el proceso salud-enfermedad en los trabajadores, a pesar de que fue diseñado para el sector obrero, aportando herramientas para el estudio de nuevos problemas de las enfermedades ocupacionales.

Como podemos apreciar el sector terciario (sector servicios), incluye aquellas actividades que no implican la producción de bienes materiales y es donde se localiza el trabajo de los policías, pero que al igual que el sector obrero se encuentran sujetos a ciertas condiciones de trabajo, cargas laborales y desgaste, producto del papel que desempeñan en el sistema capitalista y a las funciones que se les asignan, en este caso a los colectivos de policías, mismas que serán analizadas en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 4

CONTEXTUALIZACIÓN DEL COLECTIVO DE ESTUDIO

CAPÍTULO 4

CONTEXTUALIZACIÓN DEL COLECTIVO DE ESTUDIO

El presente capítulo brinda un panorama general de cómo se ha estructurado la policía durante el Estado moderno. Asimismo, se indaga en las particularidades del colectivo de estudio, con la finalidad de contextualizar el grupo a investigar.

Es importante mencionar, que si bien los cuerpos represivos como medio de control ¹⁹ y coacción social ²⁰ tienen larga data, el desarrollo del Estado moderno fue determinante para su institucionalización a nivel mundial y posteriormente en México. Es por ello, que a continuación se dará un breve recorrido histórico para así comprender la aparición de la policía en México, conociendo su organización y estructura. Posteriormente se enfatizará en las particularidades del colectivo de estudio que pertenece a la policía preventiva. Para finalizar se hará una breve revisión bibliográfica de las investigaciones sobre condiciones laborales que viven estos trabajadores del sector terciario; permitiendo así vincular el trabajo y la salud.

4.1 ANTECEDENTES DE LA POLICÍA COMO MEDIO DE CONTROL SOCIAL

Para el materialismo histórico, los primeros indicios de control social nacen desde la aparición del Estado, considerándose su surgimiento a partir del declive de los pueblos primitivos y su forma de organización en gens. Desde esta institución aseguraron las nuevas riquezas de los individuos contra las tradiciones comunistas de la constitución gentil, además de consagrar la propiedad privada antes tan poco valorada. Afirmando Engels (2008/1884) que se:

¹⁹ Control social, de acuerdo a Carillo (s.f) lo define como “un conjunto de instrumentos de que se vale el poder político para dirigir a la sociedad” (p. 1).

²⁰ Coacción social, de acuerdo a Gabaldón (2015) “es fuerza, constreñimiento, activación muscular proyectada hacia un cuerpo que resiste, se opone, se defiende. Fuerza física dirigida a someter, a hacer ceder, a convenir, a tolerar, bien dirigida (...)” (p. 6).

imprimió el sello del reconocimiento general de la sociedad a las nuevas formas de adquirir la propiedad, que se desarrollaban una tras otra, y por tanto a la acumulación, cada vez más acelerada, de las riquezas; en una palabra, faltaba una institución que no sólo perpetuase la naciente división de la sociedad en clases, sino también el derecho de la clase poseedora de explotar a la no poseedora y el dominio de la primera sobre la segunda. Y esa institución nació. Se inventó el Estado. (p. 54).

De esta forma se desarrolló el Estado a partir “de la transformación de los órganos de la constitución gentil, en parte, desplazándolos mediante la intrusión de nuevos órganos y remplazándolos por auténticos organismos de administración del Estado” (Engels, 2008/1884, p. 55). Estableciendo una “fuerza pública armada” que estaba al servicio de la administración del Estado la cual podía ser conducida en contra del mismo pueblo, usurpando el lugar del pueblo en armas que se había creado como “autodefensa en las gens, las fratrias y las tribus”. Constituyéndose así los cuerpos represivos (Engels, 2008/1884).

Siglos más tarde, en el Estado Moderno se da una nueva institucionalización de los cuerpos represivos ya que se experimenta una crisis del sistema feudal reemplazado por un nuevo modo de producción: el capitalismo, proceso que se origina por el crecimiento, la expansión e intercambio de mercancías a nivel mundial; generando nuevas relaciones socio políticas (Revueltas, 1988).

En el capitalismo, al igual que en otros estadios históricos caracterizados por la división de la sociedad en clases, ha sido necesario para las clases dominantes, mantener el control social e implementar diversos aparatos (ideológicos y represivos), entre ellos, las fuerzas policiales, para que el poder político y económico mantenga a salvo sus intereses (Revueltas, 1988).

Max Weber definió al Estado Moderno como el monopolio de la fuerza legítima, el cual tenía la facultad de hacer uso de la fuerza en un territorio específico. De acuerdo a la revisión histórica, los primeros estados modernos surgen en el continente europeo entre los siglos XV y XVI, los cuales tenía entre sus funciones la de centralizar el poder para establecer su control sobre la población (Salazar, 2010).

En esta misma línea, Osorio (2004), señala que el Estado es la única institución que tiene la capacidad de representar los intereses de toda la población o viceversa (restringirlos). Mientras que para Hegel (1968), el Estado surgió como una necesidad externa, subordinando y haciendo dependientes de leyes a la familia y a la sociedad civil; pues éste realmente tiene intereses particulares.

Entre las teorías más destacadas, se encuentra la de Marx y Engels. Ésta considera que el Estado capitalista es un estado de clase, porque representa los intereses de la burguesía. Funciona como un aparato represivo en muchos sentidos, ejerciendo violencia de manera sutil y de forma cotidiana. Es un aparato represivo que busca alcanzar sus propios objetivos, así como adquirir el poder (Ozollo, 2005). En esta teoría se retoma que el Estado en sí mismo es un aparato represivo por las características que tiene, ya que se puede decir que es una “máquina” de represión que permite que las clases dominantes sometan a la clase obrera para mantenerse en el poder y extraer de ella la máxima plusvalía posible (Althusser, 1989).

Althusser (1989), hace hincapié en la teoría marxista tomando en cuenta la estructura de la sociedad, la cual está compuesta por diferentes niveles o instancias que están vinculadas entre sí (infraestructura y superestructura). Dentro de la infraestructura, se encuentran las fuerzas productivas y las relaciones de producción, mientras que la superestructura retoma las estancias jurídicas y políticas y la ideología.

Desde esta misma perspectiva, el Estado, mediante sus aparatos (represivos e ideológicos) busca que las exigencias jurídicas se cumplan. Ya sea a través de la policía, tribunales y prisiones, pero si éstas no son suficientes, el ejército puede intervenir como fuerza represiva de apoyo para salvaguardar los intereses del jefe de Estado, el gobierno y su administración.

En el caso de los aparatos represivos se pueden evidenciar de forma clara en situaciones al límite. Es decir, el Estado puede hacer uso de la violencia permitiendo unificar su dominio público ante la sociedad y de forma sutil se puede ejercer mediante leyes, normas, castigos o la cárcel (Althusser, 1989).

Mientras que los aparatos ideológicos del Estado, de acuerdo a la definición de Althusser (1989) “son cierto número de realidades que se presentan de modo inmediato al observador (que están al alcance de todos) en forma de instituciones diferenciadas y específicas” (p. 14) esto quiere decir, que actúan de manera disimulada y simbólica en el pensamiento. Este tipo de aparatos puede utilizarse para imponer una ideología dominante, a través de las instituciones como la familia, la escuela, la religión, el sindicato, algún tipo de cultura, sólo por mencionar algunas.

Desde la perspectiva de Foucault (1976), la imposición de reglas, normas y castigos ha desarrollado una sociedad disciplinaria, es decir, el poder se vuelve evidente en la forma de actuar de las personas en un territorio determinado. Y no sólo por el mismo Estado, sino por todas las instituciones que se internalizan a lo largo de la vida del sujeto. Es por ello que el sujeto adopta las leyes, normas o acciones. Las instituciones han grabado, codificado y marcado comportamientos que resultan más eficaces para el Estado.

Como resumen de esta primera parte es importante identificar que la aparición y consolidación del Estado fue parteaguas en la creación de los cuerpos represivos. En la etapa actual de globalización,

el Estado tiene funciones aún más complejas, sin embargo, sigue manteniendo entre sus tareas reprimir, regular y ejercer control social para mantener a salvo los intereses de la clase que se encuentra en el poder.

Actualmente la reestructuración del capitalismo mundial, ha dado lugar a un “Estado Policiaco Global” como lo menciona Robinson (2015), que ha desencadenado una crisis global intensificada, desarrollando problemas de desigualdad, colapso del tejido social, criminalización de los marginados y el aumento de los medios de violencia, hechos de los que son partícipes el colectivo de estudio a investigar.

4.2 CONSTRUCCIÓN DEL APARATO POLICIAL EN MÉXICO

Para entender el surgimiento de la policía en México, nos remontamos a la primera etapa independiente de nuestro país, ya que el proceso de institucionalización se dio alrededor del siglo XIX.

Vanderwood (2002), en su investigación “Los rurales. Una mirada a los orígenes de la policía mexicana” realiza una recopilación histórica de este colectivo. A partir de éste señala que en el año de 1850 durante la presidencia de José Joaquín Herrera, los policías rurales fueron los primeros en ser una policía federal ya que llevaban a cabo tareas de patrullaje en el campo, las vías férreas y algunas áreas problemáticas del país, es decir, se buscaba direccionar al país restableciendo la paz y tranquilidad pública.

El autor también menciona, que los primeros policías (aproximadamente 3000 elementos) mantenían el estereotipo del hombre mexicano, de gran fuerza y coraje; aunque en contraparte también eran arbitrarios y brutales en sus acciones. Cabe señalar, que cada municipio o estado formó su propia versión de los policías rurales.

Durante la Guerra de Reforma (1857-1861) la policía rural detuvo su crecimiento. Años más tarde, el gobierno mexicano decidió integrar a grupos de bandidos como parte de ésta, para proporcionar a la policía una imagen de organización, dedicación y salvajismo, tener entre ellos una visión de combate y aminorar el vandalismo; pues con esta nueva forma de constitución, los grupos de bandidos estarían controlados por el Estado (Vanderwood, 2002).

Retomando estos antecedentes, a mediados del siglo XIX en México, se comienza a institucionalizar la policía rural, y se establece en la Ley, la incorporación de la policía federal en México, bajo la presidencia de Benito Juárez (López, 2000).

Durante su mandato, estas instituciones tenían la función de anular a las fuerzas de sus opositores y combatir la delincuencia. Aunque con ésta última, se comenzó a tener cierta tolerancia, según convenía a los intereses del propio Estado, ya que negociaban la aplicación de la ley, pues como se mencionó anteriormente se incorporaron a los bandidos para resguardar la paz pública.

De esta forma, se hacía evidente la creciente corrupción interna dentro de las instituciones y el vínculo entre el Estado y la delincuencia. En aquella época se vendía el armamento nuevo de los policías a los delincuentes. A cambio de ello, a los policías responsables, les daban dinero y las armas viejas para así equiparar el cambio y de esta forma la institución continuara teniendo artillería para sus elementos (López, 2000).

Vanderwood (2002), menciona otro caso similar, fue el que surgió en 1880 con el inspector general de los rurales Rafael Cuéllar a quien se le atribuyó la venta de las armas y las municiones a los grandes hacendados, quedándose él con las ganancias. Aunque tal hecho no se le pudo comprobar porque sus contactos en el gobierno evitaron que la investigación formal saliera a la luz.

Claramente se hizo evidente que la prioridad de los gobernantes no era la ley, sino tener un control político centralizado en el gobierno de la República. La calidad profesional era nula, ya que no se realizaba ninguna selección, esto realmente desestabilizaba estos grupos; el tiempo de servicio oscilaba entre cuatro y cinco años evidenciando la alta deserción (López, 2000). No obstante, las evidentes ineptitudes, deserciones y la corrupción en la que estaba envuelta la administración, la policía rural fue considerada como un eficaz agente del gobierno central y recibió reconocimiento mundial (Vanderwood, 2002).

El escritor de los rurales, hace énfasis que más tarde se demostró que estas fuerzas policiacas fueron consolidándose meramente por intereses políticos. Durante el gobierno de Porfirio Díaz la seguridad pública fue ficticia, porque realmente era difícil de alcanzar. Los rurales de alguna forma, ocultaban el desorden y destacaban una imagen de una supuesta tranquilidad nacional, para de esta forma atraer capital extranjero para la modernización del país.

Durante el gobierno de Díaz ya no se incluyeron a los bandidos dentro de sus filas, sino optaron por un cambio. En su mayoría los nuevos elementos tenían oficios de artesanos, jornaleros y campesinos, provenientes de diferentes lugares como: el Bajío, Puebla, Tlaxcala, San Luis Potosí y Zacatecas (Vanderwood, 2002).

Entre los años de 1880 y 1910, trabajaron más de 30,000 policías con lapsos de tiempo muy variables laboralmente. El autor describía el perfil del policía de aquella época con las siguientes características: la mayoría provenía de zonas rurales, principalmente pequeños pueblos, oscilaban entre los 25 y 29 años de edad (aunque a partir de 1890 se enlistó personal de más de 30 años), la mayoría eran analfabetas y más de dos tercios solteros; un gran número de ellos venían con la mentalidad de probar suerte, tener un mejor porvenir en su vida laboral, ya que había escasez de

empleos en sus comunidades de origen. Cuando lograban formar parte de estos agrupamientos su vida laboral era aproximadamente 10 años de servicio.

Durante los últimos diez años del porfiriato, fue claro que los policías no estaban cumpliendo su deber, ya que la reasignación de puestos (a familiares, amigos y compadres) fue a conveniencia de Díaz, pagando bien la lealtad (sobresueldos) y dejando a un lado sus verdaderas obligaciones. Ante esto, se elaboraron reglamentos y decretos para evitar abusos, pero estos no eran adecuados para el nivel de corrupción en la que esta corporación estaba envuelta. La policía rural para esa época, fue el resultado del desarrollo del país, con una incompleta centralización política y con severos efectos de un cambio económico. Realizaban una buena labor política de acuerdo a los intereses presidenciales (Vanderwood, 2002).

De esta forma el modelo policial más que una institución para brindar seguridad se convirtió en un recurso político para ejercer dominio sobre los sujetos. Dicho de otra forma, la ley se aplicaría en caso de que fuera políticamente necesario (López, 2000).

Para cerrar esta primera parte, se puede concluir, que la policía fue creada como medida política para proteger intereses, donde la corrupción siempre ha permeado, desde sus orígenes. Recuperamos lo que menciona López (2000) en su reflexión, la policía mexicana no fue creada para proteger, fue creada para controlar a la sociedad mediante acciones como represión, extorsión y soborno a cambio de mantener la lealtad a la autoridad que impera.

4.3 ESTRUCTURA ACTUAL DE LOS CUERPOS POLICIALES EN MÉXICO

Para entrar en materia sobre la estructura policial actual, es necesario entender cómo están conformadas las instituciones de este tipo en nuestro país.

Al igual que los niveles de gobierno, las instituciones policiales están conformadas en tres niveles: Municipal, Estatal y Federal. Las cuales tienen funciones diferentes de acuerdo al nivel al que pertenecen. Particularmente los policías estatales y municipales se ubican dentro del ámbito preventivo; mientras que los policías federales tienen una función más amplia dentro de jurisdicciones consideradas como áreas federales. Cabe señalar que las fuerzas federales también pueden desempeñar funciones preventivas de acuerdo al tipo de agrupamiento al que pertenezcan (Olivares, 2010).

López (2000), hace una descripción formal de la policía tomando en cuenta dos criterios generales de organización, el primero retoma la competencia por función y el segundo la competencia por jurisdicción.

El autor anterior señala que el criterio de competencia por función dentro de la policía mexicana, se relaciona con la división de la policía en preventiva y judicial. Entre las funciones de la policía preventiva, se indica que está facultada para aplicar normas administrativas, con la finalidad de “vigilar el orden de las poblaciones y ciudades”, además de ayudar al ministerio público si éste lo requiere. En el caso del policía judicial también apoya al ministerio público; pero actúan bajo su mando inmediato y su propia autoridad. Mientras que, en el caso del criterio de competencia por jurisdicción, se retoma el sistema federal conforme a sus tres niveles de gobierno (municipal, estatal y federal). Particularmente, en el municipio sólo se llevan a cabo funciones preventivas, mientras que dentro de los estados se implementan labores preventivas y judiciales.

4.3.1 TIPOS DE CUERPOS POLICIACOS

A continuación, se describirá brevemente la diferencia entre los tipos de policías, posteriormente se profundizará en las funciones que desempeña el colectivo de estudio.

De acuerdo al Manual Básico del Policía Preventivo (2009), un policía preventivo (nivel estatal y municipal), tiene como papel principal el vigilar el orden de las poblaciones y de las ciudades, cuidando la vida e integridad de la población para que ésta pueda ejercer sus derechos de forma libre. Mientras que el policía federal, es aquel que previene y combate los delitos, así como salvaguarda la integridad de la ciudadanía, mediante acciones de inteligencia en áreas federales (Policía Federal, 2015).

La Secretaría de Turismo del Distrito Federal (s.f) diferencia a los policías preventivos y a los policías judiciales o ministeriales. La policía preventiva se ocupa de la vigilancia del orden público; y entre sus principales tareas están: realizar sanciones administrativas o llevar a los infractores al Ministerio Público. Mientras que la policía judicial o ministerial pertenece al Ministerio Público de cada estado o a nivel federal; ellos tienen como función llevar a cabo la investigación de los casos ya denunciados o en su defecto, perseguidos de oficio; además de que pueden llevar a cabo aprehensiones y detenciones.

4.3.2 TAREAS ESPECÍFICAS DE LA LABOR POLICIAL PREVENTIVA

Estrictamente un policía preventivo como se mencionó anteriormente, tiene funciones específicas de acuerdo al Manual Básico del Policía Preventivo (2009) que tienen que ver con la preservación de la vida e integridad de las personas, garantizando la libertad para ejercer sus derechos (constitucionales, sociales, patrimoniales, públicos o privados).

Asimismo, este documento señala que los policías preventivos deben de llevar tareas específicas como la “Intervención policial” en donde se tiene un contacto directo con la ciudadanía. Esta es una actividad indispensable ya que se tiene que tener la atención necesaria para desarrollar actividades de prevenir, impedir y reaccionar frente a situaciones de riesgo (delitos o faltas

administrativas) a las que se enfrentan día a día; obligando al policía a apearse a principios de legalidad, eficiencia, honradez y profesionalismo.

Cabe recalcar que existen medidas de seguridad básicas antes, durante y después de cada intervención. Las medidas de seguridad que se toman antes, tienen que ver con conocer las novedades que ocurrieron en el turno anterior, revisar las herramientas y equipo de trabajo, así como también conocer las unidades de apoyo más cercanas. Durante la intervención, es importante saber identificar un probable delito y determinar qué estrategia es la más adecuada, ya que a partir de ella se buscará un lugar que ofrezca protección ante la situación para posteriormente actuar ante los presuntos responsables del delito, si es necesario, se solicita apoyo para continuar con un plan en conjunto. Después de la intervención, se inspecciona el lugar; si existen personas lesionadas, se les da atención médica oportuna, posteriormente tendrán que realizar las puestas a disposición²¹ correspondientes y elaborar el parte informativo (documento descriptivo de las actividades del día) con las novedades que surgieron durante las intervenciones, para que finalmente se entregue al turno siguiente (Manual Básico de Policía Preventivo, 2009).

En estas intervenciones se implementa diferentes técnicas y tácticas, que dependerán del tipo de situación en que esté implicados los policías. A continuación, se describirán algunas brevemente (Manual Básico de Policía Preventivo, 2009):

❖ Patrullaje:

Esta tarea de acuerdo al Manual Básico de Policía Preventivo (2009), es una técnica policial, que tiene como objetivo prevenir y atender delitos o fallas administrativas, en donde el policía puede

²¹ Una puesta a disposición, según Aquiahuatl (2015) es un documento en donde se presenta a una persona ante el ministerio público, por una presunción a un hecho ilícito. En tal documento, se narran los datos generales de la persona imputada, la descripción de los hechos delictivos, se elabora un croquis del área geográfica en donde ocurrió el suceso, así como también se enfatiza en las características físicas del sujeto.

actuar oportunamente ante un delito en flagrancia (que esté ocurriendo en ese momento o que ocurrió horas antes). Existe el patrullaje pie a tierra y el patrullaje en vehículo, en ambos casos simultáneamente se vigila, se observa y se hace evidente la presencia policial, misma que se clasifica en “estacionaria, móvil y mixta”, que a continuación se describirán conforme al manual.

La vigilancia “estacionaria” es la que responde a instrucciones estratégicas específicas, ya que los policías permanecen en un punto fijo con un objetivo determinado, allí se llevan a cabo labores de observación y presencia policial.

En el caso de la vigilancia “móvil” se relaciona con el despliegue de las fuerzas policiales a zonas estratégicas, con horarios y rutas diferentes, con la finalidad de aumentar la presencia policial en un área determinada.

Y, por último, la vigilancia mixta es una de las más usadas ya que se combina la vigilancia móvil y la estacionaria, en ésta el policía al mando de la patrulla toma la decisión de optar por una u otra según las necesidades del servicio que se les presente.

❖ Revisión corporal o cacheo:

Es una técnica que tiene como propósito detectar objetos (armas) o productos (sustancias prohibidas por la ley) que sean obtenidos de forma ilícita. En ésta se pretende mantener la seguridad en el curso de una detención, un patrullaje, una revisión, al momento de cometer una falla administrativa o alguna situación que se amerite preservar la seguridad de un hecho (Manual Básico de Policía Preventivo, 2009).

El cacheo en términos prácticos, se realiza después del esposamiento (o según lo amerite la situación) estando otro policía de cobertura (que lo apoye al momento de inspeccionar). Es una intervención corporal en donde se controla rigurosamente a la persona mediante una palpación

minuciosa de ésta, su indumentaria y los objetos que porte en el momento. Estas revisiones también se pueden implementar en vehículos si se sospecha de algún acto ilícito (Manual Básico de Policía Preventivo, 2009).

❖ Defensa personal:

Son técnicas para la protección y sobrevivencia del mismo policía, ya que involucra enfrentamientos con personas sospechosas, que posiblemente estén armados. Estas son técnicas que se basan en el control y sometimiento de los individuos, para neutralizar cualquier ataque al mismo policía o a un tercero que está siendo afectado (Manual Básico de Policía Preventivo, 2009).

❖ Entrevista:

Es una técnica que tiene como propósito indagar sobre algún suceso, ya que se obtiene información para llevar un análisis criminal y así poder planificar e implementar estrategias de prevención, disuasión y reacción ante hechos delictivos o de riesgo. Por lo general se abordan preguntas de ¿Qué?, ¿Quién?, ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Cómo?, ¿Por qué? y ¿Para qué? Ésta se implementa sin caer en una actitud acusatoria y buscando esclarecer los sucesos ocurridos (Manual Básico de Policía Preventivo, 2009).

Existen más técnicas y tácticas policiales, sin embargo, estas son las más usuales en el trabajo diario del policía.

4.3.3 DATOS ESTADÍSTICOS DE LA POLICÍA EN MÉXICO

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Empleo y Ocupación (ENEO) que levanta el Instituto Nacional de Estadística y Geografía²² (INEGI) durante primer trimestre del año 2017 se contaban con 331 mil trabajadores ocupados como policías a nivel nacional en donde se contemplan a la

²² Retoma datos de la encuesta levantada en el 2015.

policía federal de caminos, policía ecológica, agentes judiciales, policías preventivos y penitenciarios; excluyendo a la policía bancaria e industrial. Asimismo, se hace la distinción que el 82.1% son hombres y 17.9% son mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2017).

Respecto a lo anterior la Organización de las Naciones Unidas (ONU) señala que lo ideal es que por cada 100 mil habitantes existan 280 elementos policiacos (Zepeda, 2010), sin embargo, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015) menciona que existen 231 policías por cada 100 mil habitantes en toda la República Mexicana cifra lejana a lo que señala la ONU.

De acuerdo al ENEO, el perfil del policía promedio cuenta con una edad de 37.7 años, predominando el grupo etario de 30 a 39 años. En el caso de su estado civil de cada 100 policías, 76 se encuentran casados o en unión libre, 17 se encuentran solteros y siete se encuentran separados, divorciados o viudos. Mientras que respecto al nivel de escolaridad se menciona que el 54.1% cuenta con educación media superior, el 37% con el nivel básico (primaria y secundaria) y el 8.9% restantes tienen educación superior. Otro dato importante es que 5 de cada 100 policías en todo el país hablan algún tipo de lengua indígena junto con el español (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2017).

Particularmente el Estado de México, al que pertenece nuestro colectivo de estudio, cuenta con 18,876 personas que se desarrollan en el ámbito de seguridad pública estatal, de los cuales 19.44% son mujeres y 80.55 % son hombres, sin puntualizar la jerarquía a la que se pertenece, es decir, se incluye tanto personal operativo como administrativo (Véase, Figura 2). Ya puntualizando, en los

policías que desempeñan labores operativas el Estado de México cuenta 16,080 policías operativos (Véase, Figura 3) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015)²³.

Figura 2. Total de personas ocupadas en el área de seguridad pública estatal por entidad federativa.

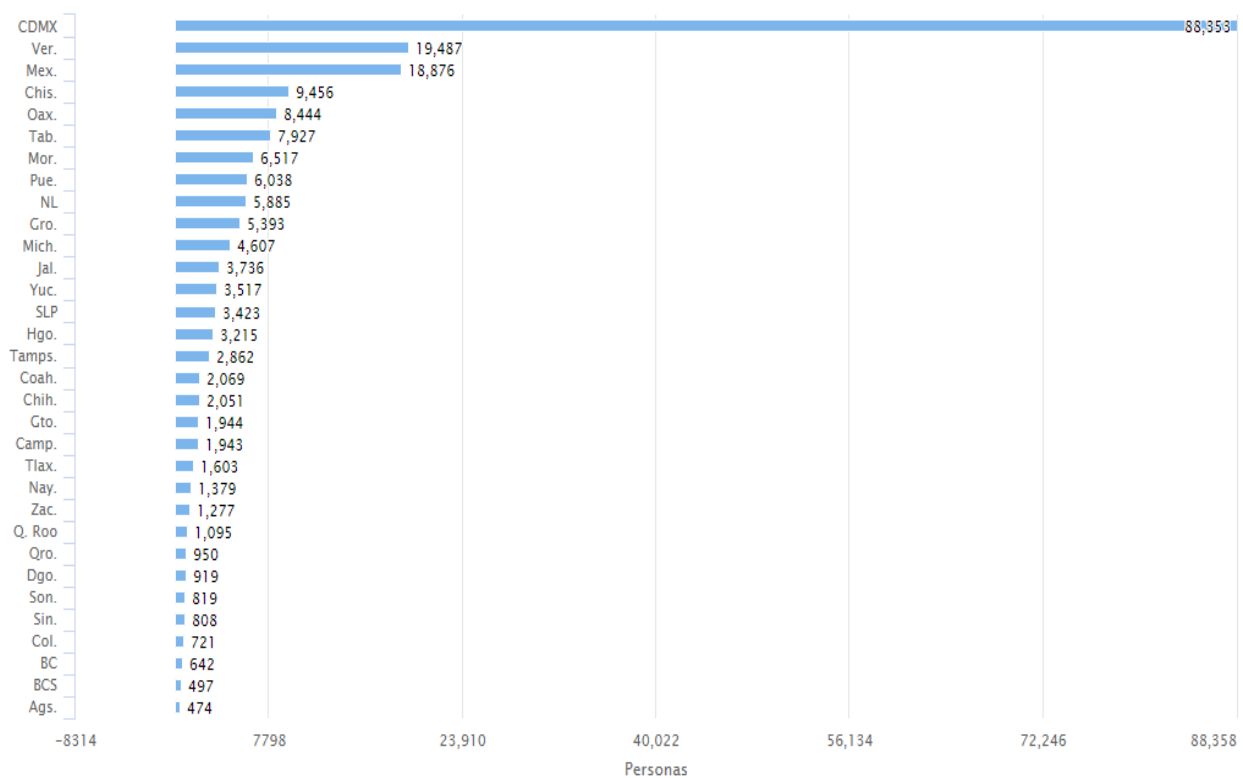


Figura 2. Total de personas ocupadas en el área de seguridad pública estatal por entidad federativa. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015.

²³ Olivares (2010) realizó un estudio previo evidenciando que para el año 2009 a nivel nacional, se consideraban alrededor de 409,536 elementos policiacos mexicanos, de los cuales el 7.88% correspondía a policiales federales, el 43.63% a policías estatales, 39.00% a policías municipales; mientras que aproximadamente el 10% restante correspondía a elementos de la Procuraduría Nacional de Justicia, de la Procuraduría General de la República y de Instituciones Nacionales de Migración.

Cabe señalar, que si de género hablamos dentro de estas corporaciones predominan los hombres con un 90%, con rangos de edad promedio de 31 a 42 años y el 10% restante eran mujeres, que en su mayoría pertenecen al área administrativa. En parámetros etarios, se encontraban laborando como personal operativo, policías de entre 18 y 80 años; y entre los mandos de 27 a 65 años (Olivares, 2010).

En cuanto a nivel educativo Olivares (2010), también menciona que existen muchas inconsistencias ya que aunque se promueve la profesionalización, los datos manifiestan otra cosa. Se dice que en promedio un 42% los policías preventivos (estatales y municipales), cuentan con el nivel educativo de secundaria concluida, el 4% tienen la secundaria trunca, otro 10.7% tiene primaria completa, el 3.2% la primaria incompleta y un 1% no tiene estudios; el 39.1% restante no se especifica.

Figura 3. Policías operativos de seguridad pública estatal por entidad federativa.

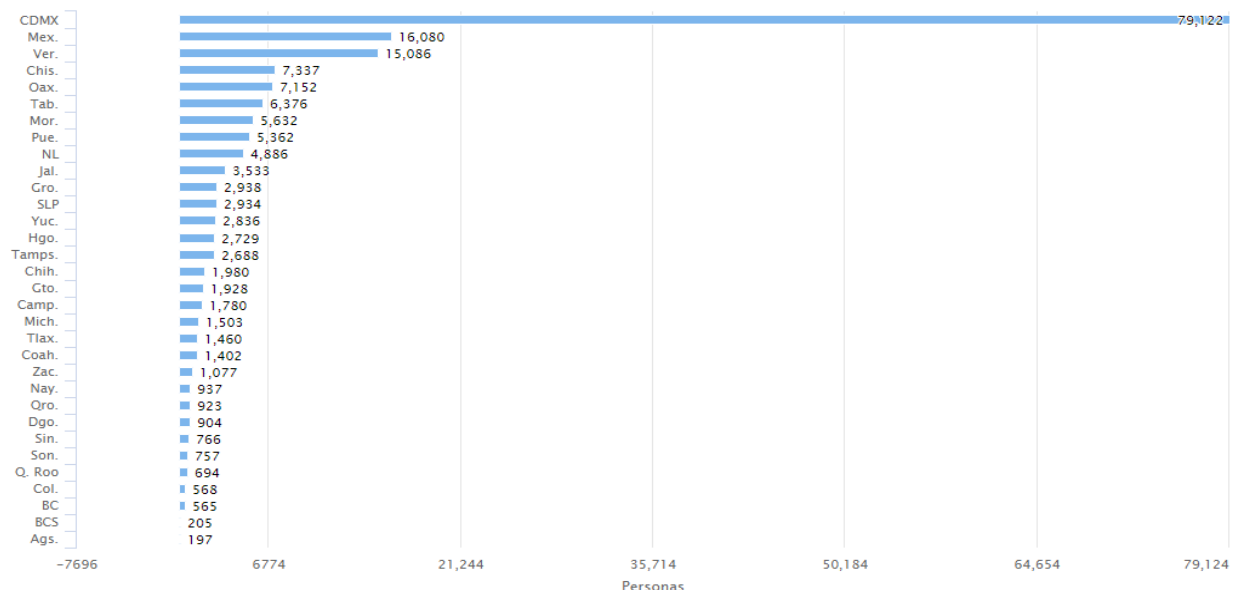


Figura 3. Policías operativos de seguridad pública estatal por entidad federativa. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015.

4.4 INVESTIGACIONES EN RELACIÓN A LAS CONDICIONES LABORALES Y DE SALUD DE LOS POLICÍAS

De acuerdo a Arteaga (2000) los colectivos de policías son trabajadores que se encuentran marginados, ya que sus derechos laborales son mínimos y en su mayoría estas condiciones están impregnadas de violencia.

Arteaga (2000) realizó un estudio en un agrupamiento de un municipio del Estado de México. Analizó el contexto social en la que están inmersos, así como las condiciones de trabajo y sus efectos en el proceso de salud-enfermedad a partir de la antropología médica. En esta investigación se evalúan las condiciones sociales, económicas y experiencias colectivas, retomando factores

estructurales patógenos dentro del ámbito social para construir lo que denomina “epidemiología del policía”.

Arteaga (2000), señala que todas las determinantes, anteriormente mencionadas, dan pauta a padecimientos biológicos y psicológicos. Entre los que destaca: el estrés, una mala nutrición, irritabilidad, paranoia, delirios de persecución, neurosis, ansiedad por la continua tensión, adicciones, enfermedades gastrointestinales, entre otras; generadas por una condición física deteriorada.

En otra investigación titulada “Ambiente laboral violento y salud mental en los policías de la zona Metropolitana de Guadalajara” se dan a conocer las condiciones laborales que vivencian y que inigualablemente afecta la salud mental de los policías de esta zona (Hyemin *et al.*, 2013).

En este estudio se demuestra que la salud mental de los policías se ve afectada por el trabajo violento, desarrollando sintomatología como ansiedad, angustia, pesadillas, sentimientos de culpa y miedos. Cuando se entrevistó a los policías, planteaban que trabajan en este oficio para solventar la educación de sus hijos, aunque se tenga un sueldo precario y la convivencia social sea limitada dentro del trabajo y con la misma familia. Se concluye que la salud mental de los policías es afectada por el ambiente laboral violento, además de que no contar con apoyo psicológico dentro del trabajo (Hyemin *et al.*, 2013).

Olivares (2010) en la investigación “Condiciones sociolaborales de los cuerpos policiales y seguridad pública”, realiza un interesante análisis en torno a todas las condiciones laborales en las que se encuentra este colectivo. Hace hincapié que los policías estatales y municipales cuentan con prestaciones laborales mínimas con excepción del aguinaldo, menciona que los salarios son muy bajos. Además, cumplen jornadas laborales que incluyen días festivos, es decir laboran todo el año

sin días de asueto o descanso. Las jornadas laborales en su mayoría son extenuantes, ya que en ocasiones se someten a las necesidades institucionales del país.

Otro punto de vital importancia, es el equipo de trabajo con el que cuentan estas instituciones, en su mayoría son de mala calidad. Si tienen la necesidad de tener algo mejor, son los propios policías quienes tienen que gestionarlo (o comprarlo). Asimismo, sucede con los puestos de trabajo, ya que Olivares (2010) menciona que ellos hacen las gestiones necesarias para ascender o ponerse en contacto con algún jefe de prestigio que los ayude a posicionarse dentro de la agrupación.

En su investigación, se concluye que en el año 2008 al menos el 71% de policías tenía algún problema de salud. Entre ellos obesidad, diabetes, hipertensión, deficiencias o algún problema visual. Se menciona que es necesario tener un buen estado de salud, ya que es un derecho que se tiene como ser humano. De esta manera los policías viven en una realidad incierta, ya que la corrupción, estancamiento por falta de profesionalización y explotación ponen en jaque su calidad de vida (Olivares, 2010).

Otro estudio titulado “Una aproximación a las enfermedades profesionales del policía”, realizado por Brufao (1994) resalta puntos importantes respecto al hecho de ser policía. Al realizar su trabajo se establece una relación al tú por tú con las personas que interactúa; muchas de las cuales se convierten en situaciones conflictivas que desarrollan efectos negativos en su salud. Entre los efectos dados por sus condiciones de trabajo se ubica los cambios y modificaciones de personalidad, la modificación de los hábitos sociales (la forma de relacionarse con su entorno), estrés, angustia, temor, síndrome de burnout, entre otros síntomas que afectan severamente su estado físico y emocional (Brufao, 1994).

Pérez (2011), también elaboró un documento acerca de “La protección socio jurídica laboral de los policías en México” en este análisis se abordan lo que la ciudadanía hoy en día vive con el actuar policial, pero también recupera al policía como ser humano. Dentro de este análisis se reconoce que el policía es un trabajador que cumple jornadas laborales excesivas, con un ejercicio laboral que pone en riesgo su vida y un sueldo precario, conduciendo a una escasa seguridad laboral.

Pérez (2011), concluye que todo policía debe de gozar de garantías laborales que por derecho le otorga la Constitución Mexicana y la Ley Federal del Trabajo y debe ser visto como un empleado público. También menciona que el Estado debe de garantizarle mejores condiciones laborales para que de esta forma brinde confianza a la sociedad (no aceptar sobornos). Y por último, considera que es necesario que el Estado elabore políticas públicas para la propia policía, para que ésta mejore.

Otro de los estudios en relación a los cuerpos policiacos es el realizado por la investigadora Elena Azaola, publicado en el libro “Crimen, castigo y violencias en México”. En este impreso del 2008 retoma documentos previos de su autoría y aborda la criminalidad, la violencia y los derechos humanos en nuestro país. Con relación a los policías centra su trabajo en tres temas de interés. En el primero aborda las “Las debilidades de la fuerza pública de la Ciudad de México”, en él describe las condiciones de trabajo de los policías; en el segundo analiza la “La imagen y autoimagen del policía” a través de su propia percepción y de cómo es visto por la ciudadanía, y por último, se habla de un estudio de caso titulado “De Tláhuac hacia la sociedad que queremos: notas para una agenda”.

Azaola analiza las condiciones laborales de los policías preventivos, mediante 150 entrevistas y 115 autobiografías. Muestra las deficiencias y limitaciones a las que se enfrentan en el trabajo. Las

conclusiones a las que llega es que en general los policías perciben un salario bajo, realizan jornadas laborales extenuantes, tienen pocas posibilidades de obtener un ascenso, su equipo de trabajo y uniformes son de mala calidad o tienen que pagar por su adquisición; además de que en este tipo de colectivos hay una profunda red de corrupción. Destaca que los policías piensan que su trabajo es poco valorado y expresan la necesidad de que sus superiores escuchen sus necesidades porque, aunque en ocasiones han hecho las cosas bien en vez de reconocerlos son desalentados.

Otro tema interesante que analiza Azaola, y que ha sido poco investigado, es la imagen y autoimagen del policía. La autora busca recuperar como se percibe el sujeto antes y después de ser policía, es decir, cómo se ha transformado su auto percepción. Además, considera la imagen que tienen ante la sociedad y como ellos se miran a partir de su función; convergiendo en un conjunto de miradas. En el caso de la autoimagen, antes de pertenecer a este grupo los percibían de forma negativa con un sin fin de adjetivos (rateros, corruptos, entre otros más), al formar parte de estos colectivos algunos intentaron matizar tal imagen y otras más la mantuvieron. Mientras que en la imagen que perciben los ciudadanos, los policías son considerados como prepotentes, corruptos e incapaces de seguir las normas; adquiriendo un papel de seres menospreciados y ridiculizados que algunos creen deben soportar las agresiones por parte de la población.

Entre los principales hallazgos de esta investigación se encontró que la población de la Ciudad de México se siente insatisfecha ante el desempeño de las instituciones policiales, por ello, es necesario aplicar la normatividad de forma adecuada. Asimismo, se identificó que dentro de las instituciones existe una falta de confianza en las relaciones con los altos mandos y con los pares; deplorables condiciones de trabajo (provocando una sensación de abandono, desprotección y pérdida de interés en el desempeño laboral), así como también continuas faltas de respeto por parte de la ciudadanía.

Posteriormente Azaola y Ruiz (2010), trabajaron la investigación intitulada “Papeles policiales: abuso de poder y eufemismo punitivo en la Policía Judicial de la Ciudad de México”, dicho estudio se basa en un análisis etnográfico de grupos de policías judiciales (166 personas en grupos de discusión en donde comparte opiniones y experiencias). En él se investigan las prácticas que desempeñan en torno al abuso de autoridad y corrupción generadas a partir de la reproducción institucional de este colectivo.

En relación a las condiciones laborales, se visibiliza que este grupo se ha desarrollado conforme a prácticas de precariedad y abuso de poder, dentro de la misma institución y hacia la misma ciudadanía. Cabe señalar que se han creado diferentes instancias de control de la actuación de los funcionarios (contralorías, visitadurías y fiscalías), sin embargo, tales órganos no han tenido éxito en la mejora de su desempeño como servidores públicos, debido a la negligencia y corporativismo intrainstitucional.

En este mismo documento, se habla de la violación de los derechos humanos de los policías a raíz de las condiciones deficientes y la precariedad en la que desarrollan su trabajo diario, y por la reproducción cultural de corrupción que impera en estos grupos. Concluyendo que en general, en este colectivo, existe una falta de respeto a su integridad, su honor y su salud psicofísica.

Existen algunos otros documentos que abordan el eje anterior. Vargas (s.f) elabora un ensayo llamado “Servidores excluidos del apartado B del artículo 123”. En él se analiza como a los servidores públicos se les excluye de ciertos derechos constitucionales, precarizando sus condiciones de trabajo. Entre algunos puntos de discusión, se destacan la libertad a la sindicalización, así como la salud y seguridad social, que ponen al descubierto las inequidades jurídicas y legales que vive este sector y la necesidad, a partir ello, de hacer un cambio en la estructura legal del país.

Para cerrar este apartado, es importante mencionar que existen pocos estudios e investigaciones que aborden de forma integral las condiciones de salud de los policías, ya que algunos de estos le dan mayor importancia a la parte psíquica, a la biológica, a la política o a la jurídica y legal. Existen algunos otros documentos que enfatizan en las reformas de los sistemas policiales y como éstas no han tenido un impacto positivo ante su actuar en la sociedad.

Es por ello, que a partir de esta investigación se pretende realizar una aproximación a las condiciones laborales y de salud de los policías, recuperando categorías que no han sido trabajadas, como las cargas laborales, el desgaste, la infraestructura interna y externa; entre algunas otras categorías que ya se han desarrollado en otras investigaciones. Además de considerar que se desarrolla en Ecatepec de Morelos que es uno de los municipios que la ciudadanía percibe como uno de los sitios más inseguros de todo el país.

4.5 PANORAMA GENERAL DEL MUNICIPIO EN DONDE SE UBICA EL COLECTIVO

El Estado de México, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015), es la entidad federativa con mayor población ya que cuenta con 16, 187,608 habitantes. Está dividido en 125 municipios, entre ellos se encuentra Ecatepec de Morelos sitio en donde se localiza el colectivo de estudio.

El municipio de Ecatepec de Morelos tiene 1 677 678 habitantes, distribuidos en 549 localidades considerándose: 1 ciudad, 8 pueblos, 6 ejidos, 12 barrios, 163 fraccionamientos y 359 colonias. Se encuentra ubicado en el noroeste de la entidad (región V) y forma parte de la Zona Metropolitana del Valle de México, cuenta con una extensión territorial de 156.25km². De acuerdo a su localización limita al norte con los municipios de Jaltenco y Tecámac; mientras que para el sur colinda con Texcoco, Nezahualcóyotl y la Ciudad de México (con la alcaldía de Gustavo A.

Madero); al oeste se encuentra con Coacalco de Berriozábal, Tultitlan y Tlalnepantla; y en el este con los municipios de Acolman, Tezoyuca y San Salvador Atenco (Sistema Municipal de Información Estadística y Geográfica, 2013).

A continuación, se desarrollan algunos indicadores sociodemográficos que brindan un panorama general de las condiciones sociales de este municipio, a partir de datos del Sistema Municipal de Información Estadística y Geográfica (2013) de Ecatepec de Morelos.

-Pobreza

Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política en Desarrollo Social (CONEVAL) en su glosario 2018, la pobreza la define como:

Una persona se encuentra en situación de pobreza cuando tiene al menos una carencia social (en los seis indicadores de rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación) y su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias. (párr. 13).

De acuerdo a este indicador se considera a Ecatepec de Morelos como el primer municipio con el mayor número de personas en situación de pobreza ya que para el 2010 se tenían 723,559 habitantes en esta condición, que equivalen al 40.8% de la población²⁴; seguidos los municipios de Nezahualcóyotl y Toluca, en segundo y tercer lugar respectivamente.

²⁴ Datos obtenidos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política en Desarrollo Social (CONEVAL) y del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el año de 2010, en el análisis que hace el Ayuntamiento de Constitucional 2013-2015 de Ecatepec de Morelos.

En cuanto a datos de Carencia Social (2010), la entidad reporta un 17.8% de su población con rezago educativo. Únicamente el 40.3% cuenta con acceso a los servicios de salud y el 55.3% con acceso a la seguridad social.

-Vivienda

De acuerdo a la última Encuesta Intercensal 2015 que elaboró el INEGI, este municipio registró 436,963 viviendas particulares habitadas (sin especificar los servicios básicos con los que cuentan), siendo un reflejo del crecimiento demográfico del municipio asociados a la migración.

-Educación

Para cubrir la población de este municipio se tienen escuelas públicas y privadas para cada nivel de educación: para el nivel preescolar están consideradas 671 escuelas, 618 para nivel primaria, 254 para la educación secundaria, 116 para educación a nivel bachillerato y 12 para el nivel profesional técnico (10 del sistema público y 2 del sistema privado) (Sistema Municipal de Información Estadística y Geográfica, 2013). Enfatizando que en el último censo de INEGI (2015) se tiene en promedio 9.7 años de escolaridad alcanzados por las personas de 15 años y más.

-Migración

Ecatepec de Morelos en las décadas de 1950, estaba conformado por varios pueblos originarios y comunidades que se encontraban dispersas. Posteriormente, a la localidad, llegaron miles de migrantes, constituyéndose como el municipio más poblado de México. Para el 2010, al menos 710,306 habitantes son considerados nativos y el resto pertenecen a otras entidades federativas o provenientes de Estados Unidos u otro país, otros mas no reconocen su lugar de nacimiento (Sistema Municipal de Información Estadística y Geográfica, 2013).

-Servicios de Salud

Este municipio cuenta con 81 unidades médicas de diversas instituciones, en las cuales laboran 2,120 médicos y 2,961 enfermeras. Cabe señalar que en total se tiene una población usuaria de alrededor de 1,296,430 derechohabientes, de los cuales 67.1% asiste al Instituto Mexicano de Seguro Social, el 17.6% al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), 5.9% al DIF del Estado de México (DIFEM), el 5.8% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el 3.6% al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y sus Municipios (ISSEMyM) (Sistema Municipal de Información Estadística y Geográfica, 2013).

-Incidencia delictiva e inseguridad.

De acuerdo al informe de “Incidencia delictiva del fuero común 2017” elaborado por el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, se muestran estadísticas delictivas de acuerdo a las carpetas de investigación que dan a conocer las Procuradurías Generales de Justicia y Fiscalías Generales de todos los estados de la República²⁵. A partir de este documento, los datos reportados de enero a diciembre de 2017 reflejan que el Estado de México es la entidad que tiene mayor incidencia delictiva con 16.09% a nivel nacional de los casos que se presentan en todo el país, es decir, ocurren alrededor de 291,003 actos criminales anuales. Conforme a lo anterior, se denunciaron 92,154 robos (con violencia 67.94% y sin violencia 32.06%), 47,145 lesiones (dolosas 79.13% y culposas 20.86%), se registraron 3,057 homicidios (dolosos 66.76% y 33.23% culposos), 19,631 delitos patrimoniales, 173 secuestros, 1,944 delitos sexuales y 126,899 catalogados como otros delitos (estupro, amenazas, otros delitos sexuales, etc.).

²⁵ En el informe se excluyen los delitos no denunciados o las denuncias que no tuvieron suficientes elementos para la comisión de un delito.

Particularmente, Ecatepec de Morelos de acuerdo a las estadísticas de Incidencia Municipal 2011-2017, se considera uno de los municipios más violentos pues en el 2017 se registraron 38,154 actos delictivos, de los cuales se denunciaron 16,920 robos, 4,315 lesiones, 383 homicidios, 1,639 delitos patrimoniales, 261 delitos sexuales, 18 secuestros y 14,618 se consideraron otros delitos (Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, 2017). Aunado a esto, recientemente la Encuesta Nacional de Seguridad Pública Urbana (INEGI, 2018) recupera que el 75.9% de la población de 18 años y más residente de Ecatepec, considera que vivir en su ciudad es inseguro. Entre las ciudades que muestran mayor percepción de inseguridad se encuentra Ecatepec con 93%, así como la Región Norte de la Ciudad de México con el 93.7% (zona colindante del municipio de estudio); mostrando que actualmente es un municipio que se percibe con mayor índice de violencia por parte de la ciudadanía.

Por último, es importante recalcar que debido a la incidencia delictiva a nivel estatal se ha considerado al Estado de México como el primer lugar en feminicidios²⁶ en todo el país, ya que de enero a diciembre de 2017 se registraron 301 muertes violentas en mujeres.

A partir de los datos anteriores se visibiliza que el colectivo estudio se desarrolla en un municipio sobrepoblado, violento, en situación de pobreza, con carencias sociales, con altos niveles de inseguridad por la elevada incidencia delictiva; situaciones que influyen en su labor policial diaria.

4.5.1 PARTICULARIDADES DEL COLECTIVO DE ESTUDIO

A continuación, se retomará la institución a la que pertenece nuestro colectivo de estudio, con la finalidad de brindar un panorama general de éste.

²⁶ Desde la perspectiva de género, el termino feminicidio alude a la muerte violenta de una mujer (Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, 2017).

La Comisión de ESTATAL de Seguridad Ciudadana (CESC) pertenece al gobierno del Estado de México, es un órgano descentralizado del Estado, que tiene la obligación de garantizar la seguridad estatal.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015) existen 18,876 personas que son destinadas a la seguridad pública estatal (pertenecen a la CESC) y 24,440 personas que desarrollan funciones de seguridad pública municipal, dando el total de 43,316 personas que se encargan del Estado de México. Diferenciando a los policías que llevan a cabo labores operativas, corresponden 16,080 policías estatales y 16,280 policías municipales, dando como resultado 32,360 policías que operan en 125 municipios del Estado de México.

Estas agrupaciones tienen como misión “Avanzar decididamente en la consolidación de una sociedad protegida, en la que todos los ciudadanos gocen de seguridad, cuenten con las condiciones de confianza y certidumbre en las cuales fincar el desarrollo personal” (párr. 1). Y como visión institucional “Construir una sólida seguridad ciudadana como la forma de seguridad primordial de las personas y los grupos sociales, que considere a la persona en el centro de la política pública, misma que se fundamente en la prevención social del delito, en la adecuada reinserción social y el respeto irrestricto a los derechos humanos” (párr. 2) (Comisión Estatal de Seguridad Ciudadana, 2014).

Entre sus objetivos se encuentra el fomento de la seguridad ciudadana, mediante la prevención como una manera de combatir la delincuencia. También que se fortalezcan los mecanismos de coordinación entre las diferentes instituciones, y que a su vez se tenga un avance en el uso de tecnologías para que de esta forma se tenga una sociedad protegida de los diferentes riesgos (Comisión Estatal de Seguridad Ciudadana, 2014).

La CESC cuenta con distintos agrupamientos los cuales desempeñan tareas de acuerdo al objetivo de cada grupo, entre ellos, se puede ubicar a los colectivos de intervención policial, de inteligencia, de recuperación de vehículos, de servicios especiales, de apoyo y reacción Inmediata Popocatépetl, las fuerzas de apoyo y reacción, Grupo Venus (agrupamiento femenino tránsito), caninos y montados (Edomex al día, 2012).

El colectivo, sujeto de estudio de esta investigación, son las “*Fuerzas de Apoyo y Reacción (FAR)*” agrupamiento de la CESC, que tienen como función ser un grupo de choque, es decir, está facultado para controlar y replegar situaciones de riesgos para la ciudadanía. Se rigen por los “principios de legalidad, objetividad, eficiencia, honradez y respeto a los derechos humanos previstos en la Constitución” (párr. 3). Deben ser “servidores públicos confiables, honestos y altamente preparados, con el objetivo de proteger a las personas, sus libertades, patrimonio y derechos fundamentales” (párr. 7) (Comisión Estatal de Seguridad Ciudadana, 2014).

Los agrupamientos de las “*Fuerzas de Apoyo y Reacción*” (FAR) se consideran la columna vertebral de la CESC, ya que tienen la función de mantener el orden público y dar seguridad. El objetivo de las FAR, es tener la habilidad para responder ante cualquier contingencia siempre respetando las garantías constitucionales del ciudadano (Gómez, Comunicación telefónica, 20 de enero de 2017).

De acuerdo al Jefe de Servicios (2017) de este colectivo, menciona que los miembros de las FAR están capacitados para llevar a cabo diferentes tareas como: el control de multitudes, revisión y control en los centros de readaptación social, apoyo a sectores (patrullaje en áreas de alto índice delictivo), apoyo a eventos deportivos, culturales y religiosos. En el caso del control de multitudes “nosotros participamos de forma rápida con la finalidad de brindar seguridad durante los mítines” (párr. 1); cuando les toca cubrir sectores tienen que apoyar con vigilancia en lugares como bancos,

reclusorios, sedes del gobierno, patrullaje y desalojos; en el caso de los eventos deportivos tienen la función de brindar seguridad y vigilancia para evitar el desorden en estos eventos, al igual que en los culturales y religiosos.

4.5.2 ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA.

Particularmente la Comisión Estatal de Seguridad Ciudadana a través de sus distintos agrupamientos tiene la obligación de garantizar la seguridad estatal. En la cual existen diferentes instancias que tienen diversas funciones de acuerdo al Manual de Organización de la Secretaría de Seguridad Ciudadana (2013) (Véase, Figura 4):

Figura 4. Organigrama de la Comisión Estatal de Seguridad Ciudadana (2016).

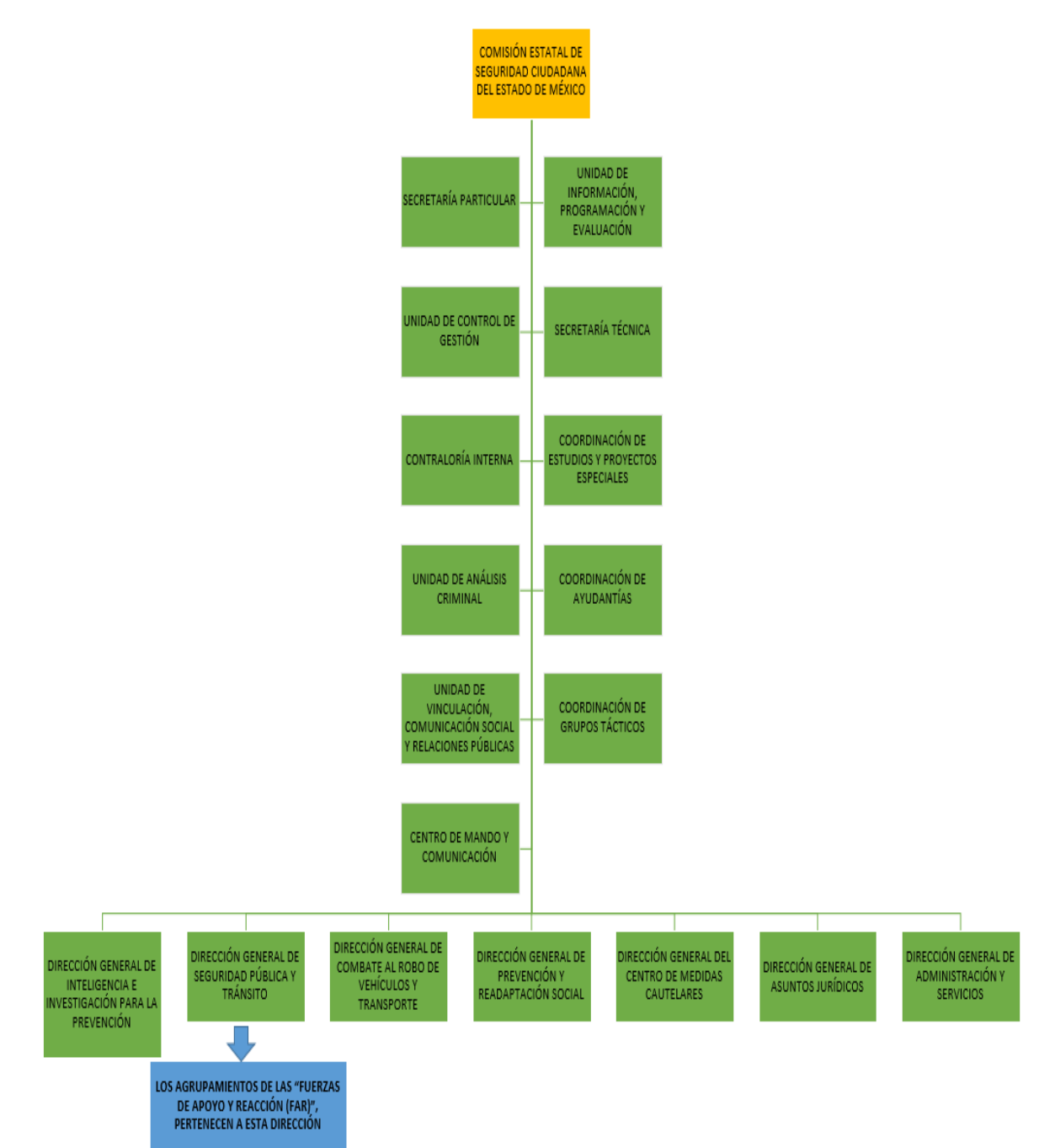


Figura 4: Organigrama de Comisión Estatal de Seguridad Ciudadana, señalando jerárquicamente las áreas administrativas de la institución, particularmente el colectivo de estudio pertenece a la “Dirección General de Seguridad Pública y tránsito”, el cual marcamos en el organigrama ya diseñado. Comisión Estatal de Seguridad Ciudadana, 2016.

Figura 5. Estructura de la Dirección General de Seguridad Pública y Tránsito.

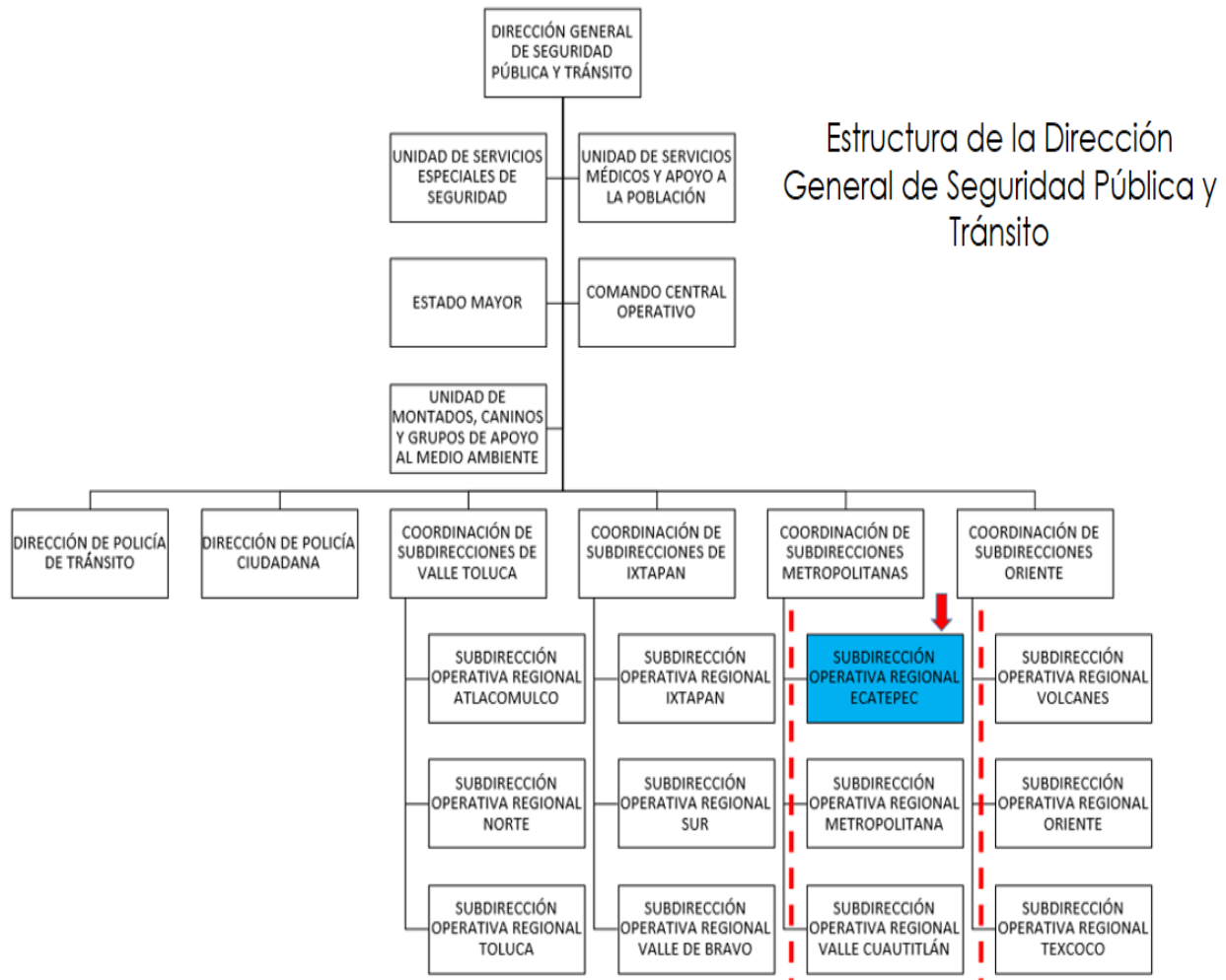


Figura 4: Estructura de la “Dirección General de Seguridad Pública y Tránsito”, en ella se muestra la jerarquía y señalamos específicamente la Coordinación de Subdirecciones Metropolitanas y posteriormente la Subdirección Operativa Regional Ecatepec; área a la que está adscrito el agrupamiento de las “Fuerzas de Apoyo y Reacción” (colectivo de estudio). Comisión Estatal de Seguridad Ciudadana, 2016.

La Comisión Estatal de Seguridad Ciudadana está estructurada en su mayoría de forma administrativa. Sin embargo, en los últimos niveles la CESC se organiza de forma operativa a partir de las Direcciones Generales que tienen diferentes objetivos y tareas. Particularmente las FAR pertenecen a la “Dirección General de Seguridad Pública y Tránsito” (Véase, Figura 5). Esta dirección también coordina a: Grupos de Intervención Policial (GIP), el Grupo de Servicios

Especiales (ASES), el Grupo de Apoyo y Reacción Inmediata Popocatépetl (GARIP), Grupo Venus, Grupo Canino y Montado (Edomex al día, 2012).

En general, como hemos observado en este capítulo, existen condiciones laborales que afectan a los policías. A lo largo del presente trabajo se investigaron algunas de ellas en nuestro colectivo de estudio y se elaboró un análisis para su comprensión.

A manera de resumen, se retoma el inicio del capítulo, el cual narra la historia de la aparición de las instituciones policiales por la necesidad de someter y controlar al pueblo para que éste no afecte los intereses del grupo en el poder y reflexionando sobre ello, actualmente sigue ocurriendo lo mismo con estas instituciones, sin embargo, en este último apartado y desmenuzando un poco esta institución, los policías también viven situaciones de precariedad y violencia que se describirán en los capítulos posteriores en esta investigación.

CAPÍTULO 5

SELECCIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

5. SELECCIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

5.1 DELIMITACIÓN DEL TEMA

La presente investigación pretende realizar una aproximación a las condiciones laborales de un grupo de policías del Estado de México dadas por diversos factores como la jornada laboral, antigüedad, remuneración, prestaciones que perciben, derechos laborales, organización laboral, funciones del personal y roles de trabajo, cargas laborales, medidas de seguridad, equipo de trabajo, herramientas, infraestructura dentro y fuera de la institución y accidentes, además de conocer las condiciones salud de los individuos.

En este mismo sentido, la Promoción de la Salud, retomando sus bases multidisciplinarias nos permite comprender el proceso salud-enfermedad como un hecho social que adquiere un carácter histórico y social, abordado desde los ejes de trabajo y salud. Además, se pretenden aportar elementos necesarios para una futura propuesta de intervención para el colectivo de estudio desde esta licenciatura, a través del análisis de los ejes señalados.

La presente investigación se desarrolló bajo una metodología cualitativa, seleccionado diferentes categorías de análisis en relación a las condiciones de laborales y de salud. De esta forma se trató de describir la naturaleza a la que se enfrenta el colectivo y proponer algunas líneas generales para mejorar la condición de este colectivo desde el propio Estado, las instituciones y la Promoción de la salud.

Se optó por abordar un colectivo de policías estatales que están inmersos en un sector gubernamental, que, a pesar de ser un aparato represivo del Estado, se encuentran vulnerables al

mismo sistema capitalista, por la función social que representan y por las condiciones laborales en las que se encuentran.

Se desarrolló una investigación documental y de campo, durante el período de septiembre 2016 a diciembre de 2017, de un colectivo de policías estatales de las “Fuerza de Apoyo y Reacción” del Municipio de Ecatepec, Estado de México.

5.2 OBJETIVOS

5.2.1 Objetivo general

- ❖ Conocer y analizar las condiciones de trabajo y de salud de un colectivo de policías de Ecatepec, Estado de México.

5.2.2 Objetivos Específicos

- ❖ Analizar la jornada laboral, antigüedad, remuneración, prestaciones, derechos laborales, organización laboral, funciones del personal y roles de trabajo, cargas laborales, medidas de seguridad, equipo de trabajo, herramientas, infraestructura dentro y fuera de la institución y accidentes, así como las condiciones de salud.
- ❖ Comparar los datos de enfermedades, obtenidos mediante los certificados médicos y las entrevistas.
- ❖ Proponer líneas generales de acción desde la Promoción de la Salud para que el colectivo de policías mejore sus condiciones laborales y de salud.

5.3 JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

El desarrollo de esta investigación tiene varios motivos que la justifican. En primer lugar, se busca realizar una aportación en la línea de trabajo y salud, ya que contribuye al conocimiento de las condiciones laborales y de salud de un colectivo que, si bien ejerce una función social de control, también está inmerso en condiciones de violencia y maltrato con graves consecuencias en la salud.

En segundo lugar, la importancia de seleccionar este colectivo de policías surge a partir de su historia en México, ya que se han visto como sujetos de poder que representan la protección de los intereses del sistema capitalista, dejando a un lado su principal función, que es brindar seguridad a la ciudadanía; tal objetivo queda mermado por el mismo Estado.

Nuestro interés personal por indagar más sobre este tema, surge principalmente por un amigo en común quien es policía específicamente de este colectivo y quien nos comentaba cuales eran las condiciones laborales con las que viven a diario. Nos pareció un tema pertinente para realizar una investigación que nos permitiera relacionar el trabajo con la salud, visibilizando las situaciones a las que se enfrentan día a día.

Desde esta línea de investigación se evidenciarán las condiciones laborales a las que se enfrentan diariamente y que difícilmente son modificadas, porque el mismo sistema las promueve. Hecho que desencadena mínimas condiciones laborales por la represión que se vive dentro del mismo colectivo, ocasionadas por el abuso de poder de las altas jerarquías, sumando también jornadas de trabajo extenuantes que generan un impacto en la salud; entre otros aspectos importantes que fueron necesarios abordar en el presente trabajo para su investigación.

En tercer lugar, la investigación de la salud del colectivo desde el ámbito de la Promoción de la Salud, pretende tomar en cuenta dos aspectos importantes: uno, entender el estudio de la salud

como hecho social y a su vez analizar el eje de la salud ocupacional. A partir de lo anterior, establecer algunas líneas generales para mejorar las condiciones laborales y de salud de los policías con base a las necesidades particulares del colectivo, enriqueciendo así nuestro saber profesional.

5.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trabajo en cualquiera de sus formas es necesario para la vida humana, sin embargo, en muchos casos ese trabajo es capaz de dañar la salud de quienes lo realizan ya sea de una forma individual o colectiva, convirtiéndose así en uno de los determinantes de la salud.

La fuerza de trabajo saludable no sólo contribuye al bienestar de una comunidad o país y a la productividad y riqueza del mismo, sino a la satisfacción y calidad de vida de las personas (Nieto, s.f).

La población económicamente activa se encuentra constituida principalmente por adultos, personas de edad avanzada, jóvenes y algunos menores de edad que realizan trabajo remunerado o no. En todo caso, el trabajo actúa como determinante del estado de salud y de los procesos de salud enfermedad. Por ende, la protección de la salud debe ser considerada como un derecho fundamental que debe ser garantizado a toda la ciudadanía en condiciones de igualdad.

Particularmente hablando del colectivo a estudiar, los policías ante la población se consideran sujetos de poder, represión y autoridad. Sin embargo, ellos también viven desigualdad e inequidades sociales ya que, indagando más sobre el tema, es un sector con mínimos derechos laborales y condiciones permeadas de violencia (Arteaga, 2000). Sujetos a mínimas condiciones laborales, a constante represión dentro del mismo colectivo, y a abuso de poder de las altas jerarquías, además de jornadas de trabajo extenuantes, así como también a condiciones de salud precarias, entre otras circunstancias.

Es por ello que el presente trabajo tiene, como pregunta orientadora del proceso de investigación, conocer:

¿Cuáles son las condiciones de trabajo y de salud que vive el colectivo de policías de Ecatepec, Estado de México?

5.5 HIPÓTESIS

Tenemos la hipótesis de que los policías se encuentran sometidos a condiciones laborales en donde se les ejerce hostigamiento y acoso laboral por parte de los jefes; aunado a factores como jornadas laborales largas, roles de trabajo con explotación, una remuneración económica baja, prestaciones mínimas, poca organización laboral, cargas laborales extenuantes, nulas medidas de seguridad, herramientas en mal estado y que además están expuestos a accidentes de trabajo. Creemos que estas condiciones laborales y de salud deterioran al individuo.

CAPÍTULO 6

MARCO METODOLÓGICO

6. MARCO METOLÓGICO

6.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Para la realización de la presente investigación se utilizó una “Metodología cualitativa” ya que este tipo de investigación recopila datos descriptivos, es decir, se basa en la persona a partir de sus propias palabras habladas o escritas, así como en su conducta; de esta forma ve al escenario y a las personas de forma holística percibidas como un todo desde las situaciones en que se encuentran (Taylor y Bogdan, 1996). De esta forma se pretende visibilizar las situaciones a las que se enfrentan los policías de las “Fuerzas de Apoyo y Reacción (FAR)” en su actuar diario, a partir de las descripciones proporcionadas a viva voz, respecto a las condiciones de trabajo y de salud.

Es una forma de enfrentar el mundo empírico ya que es un proceso “inductivo”, porque parte de los datos y se sigue un diseño de investigación flexible (Taylor y Bogdan, 1996). Es decir, se desarrolla en espiral o circular²⁷ y no de forma lineal, debido a que las etapas de investigación interactúan entre si y no tiene una secuencia estandariza, pero si sistemáticamente conducida (Hernández *et al*, 2006).

Los investigadores adquieren un carácter naturalista, pues interactúan con el informante de manera natural y no intrusiva, así como también tratan de comprender a las personas desde la perspectiva de ellos mismos, por tanto, los investigadores suspenden o apartan sus propias creencias, predisposiciones y perspectivas; es un método humanista que permite ver al individuo desde su aspecto humano en su vida social. Se optó por una metodología de investigación cualitativa,

²⁷ Zabala (2009) menciona que los procesos de investigación cualitativa se dan de forma circular o espiral. Llamándolo como un proceso metodológico de “tipo engranaje circular” ya que todas las fases de la investigación deben de engranar de forma coherente para su funcionamiento. De acuerdo a lo anterior, se toma en cuenta como eje el problema contextual de la investigación para que posteriormente se retomen componentes como: el contexto de la investigación, la teoría que lo fundamenta, los medios metodológicos, recogida de contenido y el informe final.

porque desde esta perspectiva nos permitió tener una mirada de las condiciones laborales de aquellos que vivencian el trabajo policial acercándonos a su mundo empírico, dando validez a lo que hablan y dicen desde su vida social (Taylor y Bogdan, 1996).

En nuestra investigación partimos de tres ejes principales, los cuales son: trabajo, salud y promoción de la salud; donde, a partir de ellos fuimos conduciendo el estudio. Fue necesario establecer categorías de análisis y subcategorías (Véase, Tabla1), que permitieran darle claridad a la investigación y poder describir de forma amplia cuáles son las condiciones laborales y de salud de los policías de las FAR.

TABLA 1. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Condiciones laborales	Condiciones de salud
<ul style="list-style-type: none"> • Antigüedad • Jornada laboral • Remuneración • Prestaciones • Derechos laborales • Organización laboral • Funciones del personal y roles de trabajo • Cargas laborales • Medidas de seguridad • Equipo de trabajo • Herramientas 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de salud • Enfermedades

- **Accidentes**
- **Infraestructura dentro y fuera de la institución.**

Nota: Columna uno de condiciones laborales y columna dos de condiciones de salud. Elaboración propia.

6. 1.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio de tipo “Descriptivo”. Ya que los datos son ricos desde las “propias palabras pronunciadas o escritas de la gente y las actividades observables” (Taylor y Bogdan, 1996, p. 152).

A través de la información se trata de estar en la piel de los informantes y se ven las cosas desde su propia perspectiva, dando lugar a una “descripción íntima” de la vida social a la que pertenecen.

Emerson (1983) citado en Taylor y Bogdan (1996, p. 153) señalan que “Las descripciones íntimas presentan detalladamente el contexto y los significados de los acontecimientos y escenas importantes para los involucrados”.

Particularmente, mediante las entrevistas, se buscó una aproximación a las condiciones de trabajo y de salud en las que están inmersos los policías, narrando con sus propias palabras lo que vivencian día a día dentro de su oficio y de esta forma se presenta los datos de acuerdo a lo que ellos piensan dentro de este escenario en particular.

6.2 UNIVERSO

Colectivo de policías Estatales del agrupamiento de “Fuerzas de Apoyo y Reacción” en Ecatepec Estado de México.

6.3 MUESTRA

Una muestra en una investigación es “a quienes, y a cuántas personas se les aplicarán los instrumentos de investigación”, ésta dependerá de la naturaleza de la investigación y de la técnica de muestreo que se implemente (Rojas, 2013).

La muestra se seleccionó través de un “muestreo por redes (bola de nieve)” ya que de esta forma se identifican informantes clave, posteriormente se les pregunta si conocen a alguien más que pueda proporcionar información en torno al tema y en caso de ser posible se les contacta y agrega a la muestra (Hernández *et al*, 2014).

Para nuestra investigación, se comenzó desde un amigo en común que se desempeña como “policía” el cual se mostró con accesibilidad para participar en torno a la presente investigación. Posteriormente, él nos comentó que tenía un compañero de trabajo que podría acceder a la entrevista y aportar información importante a la investigación. Y así consecutivamente, fuimos agregando a los informantes de la investigación. El tamaño final se determinó por la saturación de información en las categorías de análisis, es decir, cuando los datos no aportaron nuevos conocimientos y la información fue repetitiva, realizando un total de 10 entrevistas.

Esta fue la forma más apropiada para la obtención de información, ya que es un tema complicado por toda la corrupción que existe dentro del colectivo y la represión por parte de sus jefes. Es importante mencionar que los datos obtenidos se manejan de manera anónima en toda la investigación (manejaudo seudónimos para garantizar la confidencialidad) y para no poner en riesgo la integridad y el trabajo de los entrevistados.

Características sociales de los sujetos

Se entrevistaron a diez policías, con una antigüedad mayor o igual de 5 años de servicio, que quisieran aportar información de forma libre, ya que se indagó sobre sus condiciones laborales y su salud. Es importante mencionar que se consideraron 5 años o mayor antigüedad, porque nos permite aproximarnos a las condiciones laborales ya que han vivenciado esta situación por amplio periodo de tiempo.

También se consideró que llevasen a cabo funciones operativas, es decir, que estuviesen inmersos en roles de trabajo en donde se brinda atención a la comunidad ya que es uno de los principales objetivos de estas corporaciones policiales; se consideró así porque el personal de mando lleva a cabo otro tipo de actividades.

6.4 RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se llevó a cabo por instrumentos y herramientas metodológicas que se diseñaron conforme a los objetivos de la investigación.

6. 4.1 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

❖ Entrevista

Una entrevista, en sí misma en una reunión para conversar de una persona a otra, con el objetivo de intercambiar información. Esta técnica de carácter cualitativo es más íntima y abierta. En una entrevista, través de las preguntas y repuestas, se busca una comunicación y construcción de significados respecto a un tema en particular (Hernández *et al.*, 2014).

Hernández (2014), dice que “el entrevistador realiza su labor siguiendo una guía de preguntas específicas y se sujeta exclusivamente a ésta (el instrumento prescribe qué cuestiones se

preguntarán y en qué orden)” (p. 403). En esta misma línea, los informantes están conscientes de la información que aportan, mientras que el entrevistador juega un papel clave para orientar la conversación hacia el tema de investigación, promoviendo un mayor desenvolvimiento (Taylor y Bogdan, 1996).

En el caso particular del estudio se utiliza una entrevista estructurada que de acuerdo a Rojas (2013), es una técnica de carácter exploratorio, es decir, da lugar a la recopilación de información abundante y básica sobre un tema en particular. Una entrevista estructurada se apoya en un guion de entrevista, el cual contiene preguntas abiertas derivadas de ejes que se desean investigar. Ideal para la aplicación en informantes clave, ya que poseen experiencias y conocimientos relevantes en torno al tema de investigación.

6.4.2 HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS

❖ Certificado médico

Posteriormente, para obtener información sobre la salud del grupo a investigar (una forma de traducir objetivamente a la salud, es a través de la enfermedad), se indagó su condición de salud a partir de un certificado médico (exploratorio). El cual es un documento médico-legal, que se redacta a partir del contacto entre algún profesional del área de salud (médico, enfermera, psicólogo, etc.) y paciente.

En este caso se les informó el uso de este documento (investigación) a los policías entrevistados y se les pidió que solicitaran un certificado médico, expedido por algún médico con cédula profesional. Sin embargo, por la carga de trabajo y las jornadas laborales extenuantes, hacían caso omiso de asistir a practicarse dicho examen.

Por ello, optamos por pagarles la realización de éste para así obtener este documento, ya que a los entrevistados se les había pedido que se los hicieran por su cuenta y no lo pudieron hacer, entonces decidimos pagarlos con un médico cercano a su área de trabajo para que, en cuanto ellos tuvieran tiempo pasaran y se les aplicara sin problema dicho examen. El certificado explora aspectos como peso, talla, temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, caries dentales, índice de masa corporal, así como las enfermedades que refieren han desarrollado previamente (No se consideraron estudios de laboratorio por la falta de recursos económicos por parte de las investigadoras).

Precisamos que el certificado médico por ser un documento exploratorio y de referencia, para los fines de esta investigación sólo tomaremos los datos que fueron recabados por la exploración física como: el peso, la talla, el Índice de Masa Corporal (IMC) y la detección de las caries. Mientras que las enfermedades expuestas dentro del consultorio médico sólo serán referentes para elaborar la comparación entre éstas y las enfermedades expuestas durante la entrevista.

Se optó por el documento anterior, porque en un primer momento se les había pedido que solicitarán un historial clínico en su servicio médico, situación que no fue posible porque era necesario realizar la solicitud mediante un oficio dirigido al director general del hospital de Instituto de Seguro Social del Estado de México y sus Municipios (ISSEMyM) (señalando los motivos del por qué solicitaban tal documento así como la institución a quien iba dirigido) y esperar un lapso de dos semanas de respuesta, si la institución creía pertinente la solicitud, expedían la historia clínica del paciente, si no, este documento era negado, condicionando de esta forma la obtención de tal documento en todos nuestros entrevistados.

❖ **Tarjeta de identificación (Breve cuestionario de detección de informantes)**

Se elaboró una tarjeta de presentación con datos personales de los entrevistados. Este documento incluye edad, lugar de residencia, estado civil, número de hijos, tipo de vivienda, años de trabajo, ingresos (ingresos extra por parte de otra persona), puesto actual y años de antigüedad (Véase, Anexo 2). Ésta se elaboró con la finalidad de tener información general de los entrevistados, además de detectar si eran candidatos a la investigación y en caso de no ser así (tener menor antigüedad al rango señalado), agradecerles su tiempo y atención.

❖ **Guion de entrevista**

En un primer momento, se elaboró un guion de entrevista en donde se abordaban preguntas para cada categoría de análisis, sin embargo, en el transcurso de la investigación nos dimos cuenta que podían explorarse más elementos de algunas categorías, por lo que se rediseñó esta herramienta conforme avanzaba la investigación.

Finalmente, esta herramienta contiene 74 preguntas abiertas, agrupadas en siete rubros diferentes que engloban las condiciones laborales y el estado de salud de los policías, a continuación se enlistan: antecedentes en el trabajo, organización, medidas de seguridad y herramientas, actividades que realizan, antecedentes relacionados con el proceso salud enfermedad, deterioro laboral y servicios de salud (Véase, Anexo 3). De esta forma, se hace posible tener matices de la respuesta que nos permite ir entrelazando temas, particularmente en el caso de los policías, temas en relación con las condiciones laborales y de salud, permitiendo realizar el análisis (Taylor y Bogdan, 1996).

6.5 ESCENARIO

Las entrevistas se realizaron en un lugar cercano al sector de policías en Ecatepec, Estado de México. Se eligió un sitio próximo a su área de trabajo, para que ellos se sintieran en confianza, además de garantizar la confidencialidad de nuestros informantes y mantener nuestra integridad como investigadoras, ya que de alguna forma se pone al descubierto las condiciones laborales que vive el colectivo.

La forma en la que se garantizó la confidencialidad de los policías fue mediante un consentimiento verbal informado, ya que se les dio a conocer el objetivo de la investigación y los fines de ésta, aceptando con plena libertad ser parte del presente estudio.

6.6 RECOPIACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN

La recopilación de información se llevó a cabo por medio de la entrevista. En sesiones de aproximadamente dos horas y en su mayoría en un horario posterior a su jornada laboral (evidenciando el cansancio de 24 horas de trabajo).

Las entrevistas fueron grabadas en audio con pleno conocimiento y autorización de los policías, a través de su consentimiento. A partir de la grabación obtenida en cada sesión, se transcribió de forma manual cada entrevista y se recopiló la información de los certificados médicos.

Posteriormente, la información recabada, se organizó en categorías de análisis. En un inicio se utilizó el software Atlas ti, sin embargo, la falta de conocimiento del programa no nos permitió realizar una organización adecuada de la información. Por tal motivo, se optó por una sistematización manual, organizando y agrupando cada categoría de análisis obteniendo de esta forma los resultados. A partir de estos últimos, por ser un rubro extenso se decidió abordar un apartado conjunto de resultados y análisis, como a continuación se desarrolla el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 7

RESULTADOS Y ANÁLISIS

7. RESULTADOS Y ANÁLISIS

La presente investigación pretende mostrar los resultados y análisis de las condiciones laborales y de salud del estudio que se realizó entre los miembros de la policía estatal de las Fuerzas de Apoyo y Reacción de Ecatepec, Estado de México.

Para la obtención de datos, como ya se mencionó, se utilizó una ficha de identificación y una entrevista estructurada que permite sistematizar los datos en categorías de análisis que a continuación se describirán.

Cabe señalar que durante las entrevistas surgieron situaciones relevantes. Aunque ya previamente se había acordado que se iban a realizar algunas preguntas; algunos de los policías se sentían un tanto nerviosos, otros cansados, con sueño y otros más de alguna manera sentían la sensación de miedo (previamente habían trabajado su jornada laboral). Sin embargo, se recalcó que la información sería totalmente confidencial sin poner en riesgo su integridad, ya que la principal intención es que a través de la información que nos brindaron, nosotras como investigadoras podamos desarrollar el estudio de este sector únicamente con fines académicos.

❖ CONTEXTO GENERAL DEL COLECTIVO

Para entrar de lleno en materia, retomaremos como antecedente lo que señala la Organización de las Naciones Unidas en donde hace mención de que lo ideal es que por cada 100 mil habitantes existan 280 elementos policiacos.

Particularmente a nivel nacional se tienen en promedio 366 policías por cada 100 mil habitantes, proyecciones elaboradas hasta el 2009. En el caso del Estado de México para esas fechas había 407 policías por cada 100 mil habitantes (Zepeda, 2010).

Sin embargo, con datos más actuales el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el 2015 señala que se cubren 231 policías por cada 100 mil habitantes de la República Mexicana. Conforme a la investigación, el Estado de México (entidad donde se ubica el municipio de estudio) según estadísticas del INEGI (2015) cuenta con 16, 187, 608 habitantes. Tomando en cuenta el dato anterior y confrontándolo con los 32,360 policías operativos de corporaciones municipales y estatales (Comisión Estatal de Seguridad Ciudadana); se puede observar que para ese número de habitantes eran necesarios aproximadamente 45,325 policías para que cumplieran con los 280 policías por cada 100,000 habitantes. Sin embargo, con estos datos las corporaciones policiales cubren 199 policías por cada 100,000 habitantes y esto sin contar que en la mayor parte de las corporaciones existen policías “voladores” los cuales son considerados como personal activo sin que vayan a trabajar, ya que pagan quincenalmente a los mandos para no asistir y seguir cotizando, mencionándolo así uno de nuestros informantes.

Actualmente en este agrupamiento FAR, menciona uno de los entrevistados, “asisten por turno de 30 a 40 elementos” (Gerardo, comunicación personal, 4 de marzo de 2017). En la corporación se registran los turnos “A” y “B”, por lo que regularmente trabajan de 60 a 80 policías aproximadamente, pero ante la comisión están registrados más de 150 personas por turno. Los llamados “voladores” “pagan por no ir a trabajar y ese dinero va para los jefes de servicios, jefes de turno, el jefe de las unidades vehiculares y mandos superiores” (Gerardo, comunicación personal, 4 de marzo de 2017²⁸) (como jefes regionales, etc.); personal que saben de tal situación y la pasan por alto ya que les beneficia económicamente.

²⁸ Gerardo fue nuestro informante clave, es por ello que a lo largo de los resultados aparecen continuamente sus testimoniales en comparación con los demás informantes.

Vanderwood (2002), menciona que hechos similares ocurrían desde la época de Porfirio Díaz, cuando pagaba lealtad y puestos a su conveniencia, dejando a un lado sus verdaderas obligaciones. Azaola y Ruiz (2010) denominan como “corrupción administrativa” a las situaciones mencionadas anteriormente, porque hacen alusión al intercambio de alguna dádiva en relación a la gestión de un recurso material o humano según sea el caso. Situación que continuamente vive el colectivo de estudio dentro de la Institución.

❖ PERFIL DE LOS POLICÍAS

Los policías entrevistados tienen un perfil similar a lo que menciona el INEGI (2017) ya que cuentan con las siguientes características: tienen un rango de edad que va de los 27 a los 40 años, la mayoría están casados o se encuentran en unión libre, tienen escolaridad de secundaria y preparatoria²⁹. Mencionan que “se les exigen más estudios por parte de la institución y los condicionan” (es decir, los hacen firmar un documento en donde se comprometen a que, en un lapso de tiempo, tienen que concluir con la preparatoria) pero no se les da la oportunidad de seguir estudiando. Asimismo, la profesionalización es nula, ya que los conocimientos en su área de trabajo se quedan en lo básico con el “Curso de formación inicial” que toman desde que se incorporan en estos grupos policiales; ya que la capacitación posterior dentro del colectivo, se enfoca en otras áreas (materia jurídica y legal) que en los apartados siguientes se aborda.

La mayor parte de los entrevistados mencionan que decidieron formar parte de estas corporaciones, básicamente por “la necesidad” de tener un empleo, de salir adelante y porque creían poder recibir un mejor sueldo ya que formarían parte del “gobierno”, para de esta forma salir adelante con su

²⁹ Contabilizando los datos de los entrevistados: ocho se encuentran casados o en unión libre, uno soltero y uno separado. En el caso de escolaridad: seis tienen educación preparatoria y cuatro educación secundaria.

familia. La mayoría antes de desempeñarse como policías de las FAR, trabajó de obrero, empleados y algunos otros, de policías dentro de otra corporación.

Vanderwood (2002), menciona que durante los años 1880 y 1990 el perfil del policía se caracterizaba porque la mayoría provenía de zonas rurales (pueblos), con un rango de edad entre los 25 y más de 30 años, la mayoría eran analfabetas, dos tercios eran solteros y pues se acercaban a este trabajo para probar suerte, mejorar su vida laboral ya que en sus pueblos había escasez de empleos. De esta forma, nos permite ver que en realidad este perfil de policía si ha cambiado al de hace más de 100 años, ya que la mayoría son casados y les exigen cierto nivel académico para ser admitidos en este trabajo. Sin embargo, las condiciones que los llevaron a enlistarse dentro de estas corporaciones son las mismas ya que llegaron a este sector por “la necesidad”, buscando “mejores oportunidades de trabajo” ya que pretendían “mejorar su vida laboral”, ante la escasez de empleos en otros sectores.

Algo similar menciona Hyemin *et al.* (2013) en su investigación “Ambiente laboral violento y salud mental en los policías de la Zona Metropolitana de Guadalajara”, al describir que los policías trabajan en este oficio para solventar la educación de sus hijos, aunque el sueldo sea precario y la convivencia dentro del trabajo y con la misma familia sea limitada.

❖ ORGANIZACIÓN LABORAL

En cuanto a este aspecto, en la bibliografía revisada no se encontraron datos específicos de cómo es realmente la organización laboral dentro de las corporaciones policiacas, sin embargo, podemos rescatar que la Comisión Estatal de Seguridad Ciudadana (2016), en su organigrama nos dice que el agrupamiento de las Fuerzas de Apoyo y Reacción pertenecen a la Dirección General de Seguridad Pública y Tránsito, coordinando a su vez a diferentes grupos policiales.

De acuerdo a la información obtenida, los entrevistados coinciden que existen jerarquías que permiten la organización, así como la diferenciación de tareas, que a continuación se describen y se elabora un organigrama a partir de los datos que mencionaron los policías (Véase, Figura 6):

1. Administrativos (Jefe de servicios (JS), Jefe de turno (JT) (existen tres jefes de turno, uno para turno “A”, otro para turno “B” y un tercero para el que coordina la banda de guerra del agrupamiento), Jefe de cuartel (JC) y los que hacen la papelería que se les conoce como los del “RADIO”).
2. Encargado del comedor en donde proveen alimentación a los policías de las FAR.
3. Jefe del área vehicular (VEO) responsable del mantenimiento de las unidades de la base.
4. Encargado de la armería, responsable de almacenar las herramientas de trabajo y de proveerlas a los policías.
5. Personal operativo que son todos los policías que salen a la calle a trabajar con la ciudadanía. Entre ellos se pueden considerar a los patrulleros y su tripulación.

Figura 6. Organigrama interno de las “Fuerzas de apoyo y reacción”

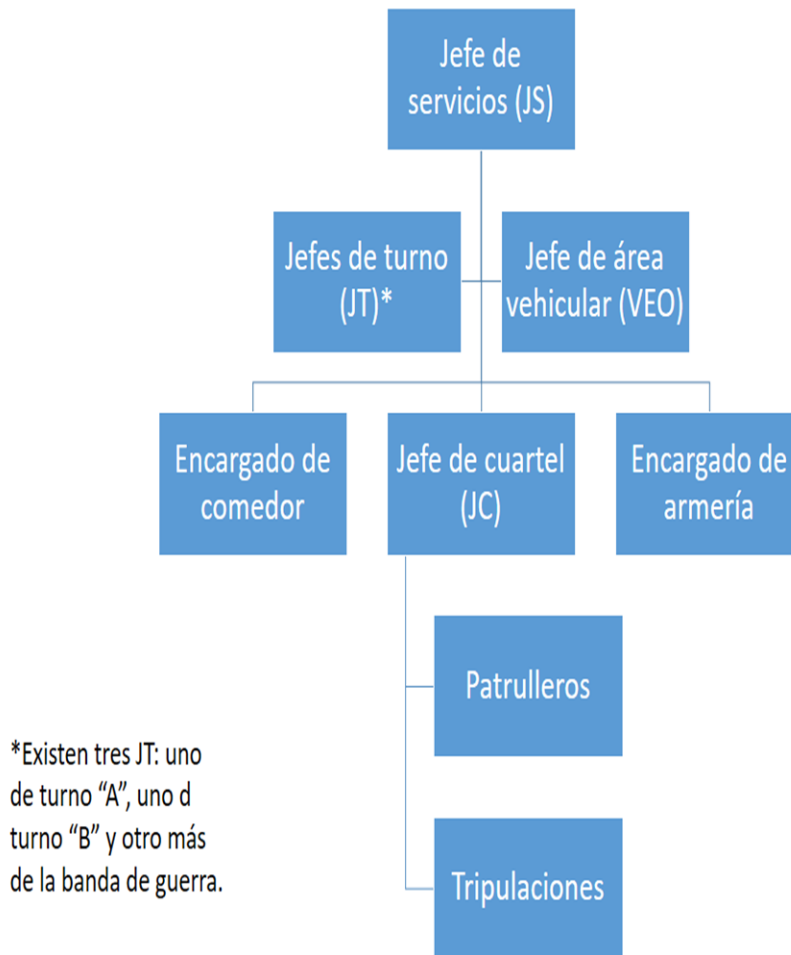


Figura 6: Organigrama interno de las “Fuerzas de Apoyo y Reacción”, en él se muestra las jerarquías dentro de este agrupamiento; diseñado mediante la información proporcionada por integrantes de un sector de policías del Estado de México durante agosto 2016 a diciembre 2017. Elaboración propia.

Diariamente las actividades se desarrollan a partir de las 7:00 am pues Carlos menciona que “llega la orden del día a la base y de ahí nos mandan a lo que se necesite, el JS recibe las novedades y el JT nos dice que se hará, o vamos a un punto fijo o vamos a patrullaje por zonas o a cuidar al gobernador depende” (Comunicación personal, 25 de abril de 2017). Es claro que el tipo de actividades van cambiando diariamente de acuerdo a las necesidades institucionales. Ya durante,

los patrullajes grupales (convoy), es decir, con más patrullas siempre hay un responsable; mientras que en los patrullajes individuales toman decisiones el chofer y escolta en conjunto con los policías que van a bordo de la unidad (implementando patrullaje mixto o estacionario, según sea la tarea impuesta) (Véase, Figura 7).

Figura 7. Patrullaje en Ecatepec de Morelos



Figura 7. Policía Estatal implementando patrullaje estacionario en áreas de alto índice delictivo. Policías de las Fuerzas de Apoyo y Reacción, 2017. Reimpreso con permiso.

Por ello es necesario que este colectivo se capacite conforme al Manual Básico del Policía Preventivo (2009), para que estén actualizados para el desarrollo de sus actividades frente a la sociedad. Ya que es importante definir las tareas que se llevaran a cabo en la jornada (antes, durante y después) para poder lograr una organización.

Es importante recalcar que ciertamente la organización es poca, ya que comentan que la distribución de tareas no es equitativa pues mencionan “realmente se ven beneficiados unos

cuantos y a los que pertenecemos al área de brindar un servicio nos presionan demasiado, mientras que los de más arriba están relax” (Jesús, comunicación personal, 6 de mayo del 2017).

La situación es complicada para los trabajadores de este colectivo, los policías entrevistados mencionaron que para que les den un servicio con mejores condiciones, tienen que aportar un beneficio económico a los jefes, y de esta manera les dan un servicio menos cansado y si no, les dan el servicio al que nadie quiere ir. Claro ejemplo son los “servicios lejos de la base de 2 o 3 días, en diferentes municipios en donde sólo nos mandan, pero no contamos con viáticos, los gastos los tenemos que cubrir nosotros. Mientras que dando dinero tienes la opción de escoger tu servicio a conveniencia propia” (Francisco, comunicación personal, 9 de mayo de 2017).

En el peor de los casos cuando los castigan no hay opción, pues comentan situaciones como estas: “me mandaron a Tejupilco como dos semanas y pues está feo, te manda al cerro y allá esta duro el narcotráfico y uno ya no puede hacer nada porque imagínese con veinte balas cada uno, que hace uno. Mejor cuando llegan los carros o camionetas, mejor nos ocultamos entre las yerbas porque allí nos dejan sin patrulla y luego los teléfonos sin señal” (Carlos, comunicación personal, 25 de abril de 2017), tales situaciones provocan que muchos de los policías deserten por la presión a la que se enfrentan, además de que el contacto familiar se comienza a perder.

Por otra parte, pero en la misma línea, se les exigen las detenciones mediante “puestas a disposición” considerando al menos una puesta a disposición al día por patrulla implementado como una forma de evaluar el desempeño policial. Si no cumplen con éstas, los castigan o en su defecto les cobran multas que oscilan entre 400 y 500 pesos. Tal hecho deja en evidencia que el único interés de los mandos superiores es hacia la entrega del documento y no hacia la integridad o presunción de inocencia del detenido.

Estas prácticas evidencian que existe una elevada corrupción administrativa dentro del mismo colectivo, como hace referencia Azaola y Ruiz (2010) relacionada con el intercambio económico y sujeta a relaciones de poder, desigualdad y jerarquización que se generan en la reproducción del colectivo de forma normalizada.

La organización dentro del agrupamiento y en general en las demás corporaciones, es un problema grave, las corporaciones que pertenecen a la Secretaría de Seguridad Ciudadana están envueltas en una gran esfera de corrupción. Los policías comentaron que “por necesidad económica trabajan ahí” o “porque tienen el sentido de vocación de ayudar a los demás” (Juan, comunicación personal, 27 de abril de 2017), que hace evidente que, aunque algunos policías tengan la visión de ayudar y rescatar el papel del policía, el mismo sistema los corrompen ya que sólo ve por los intereses de unos cuantos.

Es importante mencionar que en el estudio “Padecimiento y enfermedad en la policía: un estudio de caso” que realizó Arteaga (2000), quien toma como muestra a miembros de la policía de un Municipio de la Zona Metropolitana del Valle de México, se detectan problemas centrales similares a los que describen en el presente cuerpo del trabajo, mostrando en su investigación participante que esta problemática surge por una falta de visión global e integradora, ya que estas corporaciones tienen una organización policial desde una perspectiva administrativa apoyada en modelos hegemónicos funcionales, por tal motivo, existe una excesiva desigualdad social en este sector. Es claro que sólo vela por los intereses de unos cuantos, y no de la clase trabajadora de este colectivo.

A continuación, se describe las funciones y roles laborales que les corresponden en su día a día.

❖ FUNCIONES Y ROLES LABORALES

De acuerdo a la Comisión Estatal de Seguridad Ciudadana, los policías tienen funciones específicas como mantener una “sociedad protegida, en la que todos los ciudadanos gocen de seguridad, cuenten con las condiciones de confianza y certidumbre en las cuales fincar el desarrollo personal” (Comisión Estatal de Seguridad Ciudadana, 2014, párr.1).

En el caso de las FAR los policías preventivos de este agrupamiento, tienen la capacidad para llevar a cabo diferentes tareas, el Jefe de Servicios de este agrupamiento menciona que “ellos tienen el control de multitudes, revisión y control en los centros de readaptación social, apoyo a sectores (patrullaje en áreas de alto índice delictivo), desalojos, apoyo a eventos deportivos, culturales y religiosos” (Gómez, comunicación telefónica, 20 de enero de 2017) (Véase, Figura 8).

Figura 8. Desalojo en alguna colonia del municipio de Ecatepec.



Figura 8. Desalojo en alguna colonia del municipio de Ecatepec. Muestra a los policías estatales de los agrupamientos “FAR” y “ASE”, desalojando a una colonia que está invadiendo una propiedad federal, esta fue la orden del día. Policías de las Fuerzas de Apoyo y Reacción, 2017. Reimpreso con permiso.

Particularmente adentrándonos en el colectivo, los entrevistados coinciden con las diferentes funciones que desempeña cada personal asociado en este corporativo. Como lo son:

- ❖ **Jefe de servicios (JS)**, es el encargado de tomar todas las decisiones de la FAR. Mencionan que “es el que toma las decisiones en el agrupamiento, es el encargado de transmitir la información que viene directamente del comandante de región a nivel Ecatepec, de los diferentes operativos a realizar en vías públicas o a su vez algún tipo de gira en especial de algún funcionario de gobierno” (Gerardo, comunicación personal, 4 de marzo de 2017).
- ❖ **Jefe de turno (JT)**, es el encargado de transmitir y supervisar que se cumplan las tareas que el JS le indica que hagan los policías. El JT funge como un supervisor inmediato para el turno que le corresponda.
- ❖ **Responsable del comedor**, es el encargado de elaborar los alimentos y de mantener el lugar en condiciones adecuadas. Sin embargo, Francisco y Alberto (Comunicación personal, 2017) mencionan que el servicio que brinda esta área es de muy mala calidad, existe un desvío de fondos ya que se tiene un presupuesto asignado y este no se ocupa para lo que debería de ser; mientras que, si se reciben insumos para la preparación de los alimentos, estos se venden a los locales de comida de la zona.
- ❖ **Responsable vehicular (VEO)**, es el encargado de las patrullas y camiones, así como proveer de viáticos a los que utilizan los vehículos propiedad de las FAR. Sin embargo, mencionan Francisco y Gerardo (Comunicación personal, 2017) que “las patrullas están en pésimas condiciones” y que “los mismos policías al mando son los que le dan

mantenimiento, y muy pocas veces reciben dinero para la gasolina. Eso mismo ocurre con los camiones pues están en malas condiciones. Existe un desvío de fondos, porque esta área recibe presupuesto y no hace lo necesario para mantener las unidades en condiciones adecuadas” si los policías requieren que les arreglen las patrullas tienen pagarle al VEO para agilizar la compostura y así mandarlos al taller; si no es así, ellos absorben el gasto de las composturas por su cuenta.

- ❖ **Radio**, son los encargados de toda la documentación de la base, expedientes, puestas a disposición y promoción de cursos. La información sobre estos últimos, sale un día antes del registro y la mayoría de los policías no se enteran.
- ❖ **Policías operativos**, son los que salen a la calle según el servicio que les asignen. Realizan labores respecto a enfrentamientos, control de manifestaciones, control de penales, patrullaje (mixto y estacionario en los que implementa revisiones a la ciudadanía), entre otras actividades. Ellos se pueden dividir en chofer y escolta, que son los que dirigen las actividades en las patrullas y de alguna manera toman decisiones inmediatas cuando es necesario.

-EQUIPO DE TRABAJO

El equipo de trabajo que provee esta institución juega un papel importante ya que de alguna forma les permite desempeñar su labor con seguridad. Aunque los entrevistados dicen que “nos dan un uniforme y botas cada 2 o 3 años, pero nosotros trabajamos 24 horas por 24 horas y este no es suficiente, entonces tenemos que comprarnos otros dos uniformes como mínimo, otras botas. También algunos compañeros se compran chalecos de comando, cangureras, pierneras, cinturón con funda para pistola, porque esto no nos lo dan” (Juan, comunicación personal, 27 de abril de

2017). Es aquí cuando ocurre una grave problemática, ya que si por alguna razón llegase a haber un accidente de trabajo y no traen consigo los uniformes que brindó la corporación, los policías pierden sus derechos en cuanto a seguros de vida o indemnizaciones, ya que deben traer consigo el uniforme institucional.

En el caso del equipo antimotines, las condiciones en las que se encuentran son pésimas. Ya que el casco está viejo y con el visor (protector de los ojos) rayado; apenas se tiene visibilidad; mientras que los escudos, rodilleras y coderas de protección ya no son funcionales porque se encuentran en mal estado. El equipo para inundaciones también está en mal estado, se supone que es impermeable, debe permitir estar bajo el agua, sin embargo, ya no los protegen en lo más mínimo y terminan mojados exponiéndose a virus y bacterias provenientes de las aguas negras (Véase, Figura 9).

Figura 9. Equipo de trabajo



Figura 9. Equipo de trabajo del agrupamiento de “Fuerzas de Apoyo y Reacción”. Muestra el casco y escudo del equipo antimotines. Policías de las Fuerzas de Apoyo y Reacción, 2017. Reimpreso con permiso.

Algo similar menciona Olivares (2010) en su investigación “Condiciones sociolaborales de los cuerpos policiales y seguridad pública”, en ella indica que en realidad el equipo de trabajo con el que cuentan estas instituciones, en su mayoría, es de mala calidad. Por esta razón, los policías tienen la necesidad de tener algo mejor y toman la iniciativa de gestionarlo o comprarlo por cuenta propia.

-HERRAMIENTAS

En el caso de las herramientas de trabajo, mencionan que cuentan con:

- **Arma de fuego larga (AR-15) y corta (9mm)**, la mayoría de estas armas se encuentran en mal estado (están obsoletas), en ocasiones no detonan las balas y hacen que los policías se pongan en riesgo frente a situaciones de peligro. Un dato importante es que si se llega a extraviar un arma, el responsable de ésta tiene que pagar más de 30 mil pesos, además de que se le impone una sanción administrativa hasta que cubra el monto señalado.
- **Cartuchos o balas**, la comisión les “brinda 6 cartuchos por turno que al final de éste tienen que ser devueltos a la armería y que muchas de las veces son rellenos con arena” (Gerardo, comunicación personal, 4 de marzo de 2017) y si quieren más balas, ellos tienen que comprarlas por su cuenta. Comentan también que respecto a los cartuchos rellenos de arena “Los mismos compañeros o el personal de armería los ponen así, y cuando se ha dado la emergencia por una situación para utilizar el arma o alguna situación grave pues no detona, y al momento de revisar los cartuchos se da uno cuenta que es arena” (Gerardo, comunicación personal, 4 de marzo de 2017). Esto provoca un peligro inminente para quien usa este tipo de balas.

- **Chaleco balístico**, en el caso de esta herramienta se encuentra en mal estado ya que algunos de estos ya se encuentran caducos desde el año 2006, además de que ya tienen percusiones de bala, haciendo que se encuentren en una situación de riesgo. Nidec Defense group (s.f), señala con respecto a los chalecos antibalas que tienen una garantía de 5 a 10 años según el nivel de uso, estos pierden su tiempo de vida entre más roces o rasguños tengan.
- **Esposas**, es una herramienta que utilizan para asegurar a un posible delincuente que pone en riesgo su integridad física y la de los policías. Sin embargo, a este colectivo las ocasiones que se les llega a dotar de tal herramienta no les dan la llave y resulta inservible ante dichas situaciones.
- **PR24**, es un arma conocida como bastón o tolete que sirve para la defensa personal, es una herramienta que sirve como prolongación del puño al momento de emitir golpes o defenderse de ellos (Aguilar, 2016).

Patrullas, son herramientas que sirven para vigilancia móvil o mixta según el Manual Básico de Policía Preventivo (2009). Sin embargo, en este agrupamiento estas unidades se encuentran en mal estado y como dicen los policías “jalan de milagro” (Gerardo, comunicación personal, 4 de marzo de 2017) ya que los responsables de esta área no cumplen con su tarea de mantenimiento y los policías terminan absorbiendo el costo de las composturas. Mencionan que en ocasiones durante persecuciones de “delitos en flagrancia” “por cuestiones de la unidad se pierde la estabilidad por la cuestión hidráulica y se termina impactando la unidad en plena persecución” (Gerardo, comunicación personal, 4 de marzo de 2017) poniéndolos a ellos en riesgo. Además, se les responsabiliza de cubrir las reparaciones, como lo menciona uno de los entrevistados: “el gobierno no se

hizo cargo de la unidad indicándonos que para qué los perseguíamos” (Gerardo, comunicación personal, 4 de marzo de 2017).

Las condiciones de las herramientas de los policías preventivos son similares. Ellos mismos deben de comprarlas o pagar, para que les den las que se encuentren en mejores condiciones. Lo mismo sucede con las patrullas o una moto, si quieren usar algún vehículo tienen que pagar, así como también se responsabilizan del mantenimiento periódico de las mismas (Azaola, 2010).

Dado que las condiciones son similares en los colectivos, (policías preventivos y las FAR) es necesario exigir el cumplimiento del artículo 132 de la “Ley Federal del Trabajo” en su párrafo tercero se menciona que los jefes deben “Proporcionar oportunamente a los trabajadores los útiles, instrumentos y materiales necesarios para la ejecución del trabajo, debiendo darlos de buena calidad, en buen estado y reponerlos tan luego como dejen de ser eficientes (...)” (párr. 3). Sin embargo, tal artículo no se cumple como tampoco se cumple como derecho, no hay quien reclame ante dicha situación, porque los mandos superiores terminan tomando represalias contra ellos.

❖ **INFRAESTRUCTURA INTERNA Y EXTERNA**

Con respecto a la infraestructura interna de su área de trabajo, este colectivo no se encuentra en la situación más favorable, ya que como indican nuestros informantes, algunas de las áreas del corporativo se encuentran en malas condiciones (sin mantenimiento) haciendo que la salud de los policías se vea afectada, ya que no son las más óptimas para llevar a cabo su trabajo. Además, es importante recalcar que este agrupamiento comparte instalaciones con la Comisión del Agua del Estado de México y el agrupamiento de la Agencia de Seguridad Estatal, estos últimos pertenecientes a la CESC.

Mencionan que hacen falta más áreas, por ejemplo, un médico de base que les brinde servicio en caso de presentarse un accidente, así también un área de psicología que les pueda dar apoyo en situaciones donde no pueden controlar las emociones.

A continuación, se describirán las áreas, con las que cuentan las FAR (Véase, Figura 10):

Figura 10. Croquis de las instalaciones de las “Fuerzas de Apoyo y Reacción”

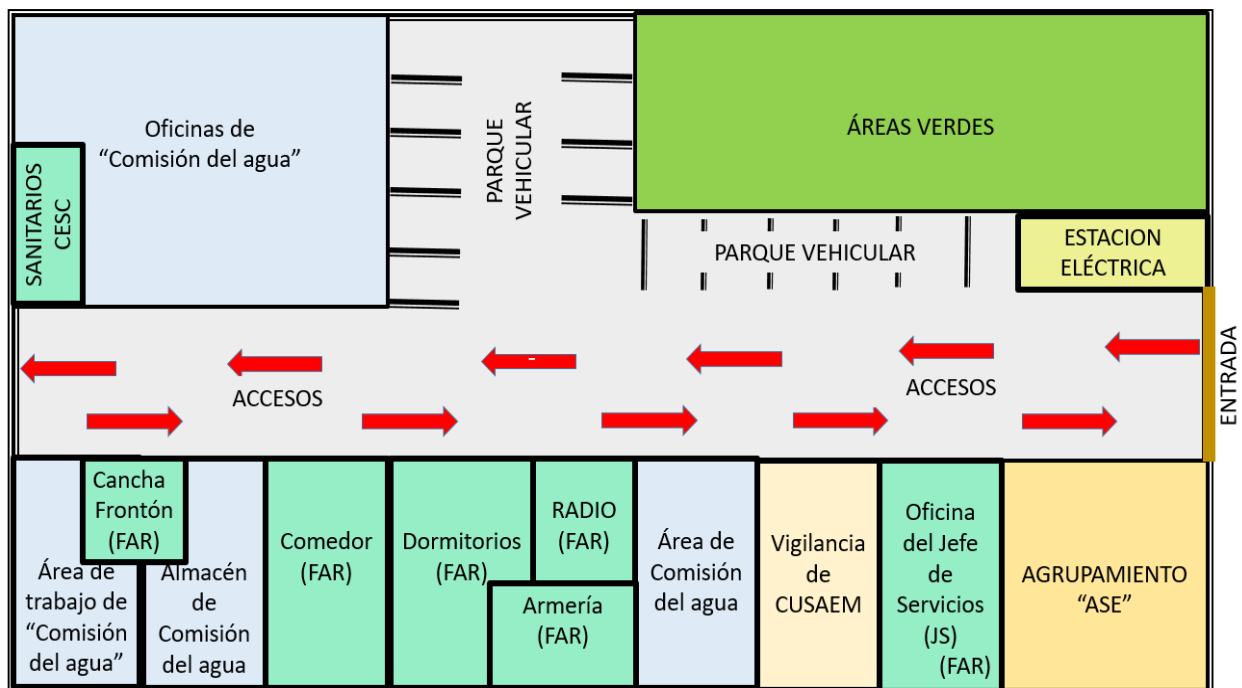


Figura 10: Croquis de las instalaciones de las Fuerzas de Apoyo y Reacción”, en él se muestran las áreas dentro de este agrupamiento, se observa que comparte sus instalaciones con el agrupamiento ASE y la Comisión de Agua. Diseño a partir de la información proporcionada por los policías de un sector de policías del Estado de México durante agosto 2016 a diciembre 2017. Elaboración propia.

- RADIO, es un área dirigida hacia tareas administrativas. Ésta es controlada por 6 personas quienes son los encargados de programar cursos, llevar la papelería de la base y los expedientes, estar alerta de la radio de emergencias, dar conocimiento de oficios y dar aviso al jefe de servicio de las necesidades de urgencia de la comunidad local (es importante destacar que aunque su principal función es estar alerta de la radio, los mismos policías no

ubican esta actividad como la más importante). Gerardo, (Comunicación personal, 4 de marzo de 2017) mencionó que los encargados de esta área no les programan cursos a menos que el área regional administrativa los solicite.

- El área de armería, es el sitio donde se encuentran resguardadas las armas, chalecos, esposas, pr-24, granadas, equipo anti motín, extintores, trajes contra lluvia, caretas. Está a cargo de 4 personas que se encargan del mantenimiento, registro, arme y desarme del personal. Señalan que para que tengan un arma en condiciones adecuadas se les cobra, y en este caso entre mayor sea el calibre aumenta el costo. Fuera de la entrevista, mencionaron que en ocasiones, si han pagado para que les den equipos en buenas condiciones ya que en enfrentamientos sus armas no han detonado y por suerte no les ha tocado un balazo.
- El área de comedor, está asignada para la preparación y el consumo de alimentos de los trabajadores. Regularmente el menú del día que se ofrece consiste: en la mañana café con alguna pieza de pan (duro); en la comida ofrecen a menudo chicharrón en salsa con frijoles, agua y tortillas; y por la noche se vuelve a dar café (Gerardo, comunicación personal, 4 de marzo de 2017). En general mencionan que las condiciones son insalubres y poco higiénicas ya que muchas veces dan la “comida echada a perder”. El lugar está infestado de cucarachas, ya que el encargado del comedor y sus tres ayudantes no realizan las labores necesarias para el mantenimiento. El encargado de esta área vende los productos alimenticios que da el Estado a los locales externos de comida, teniendo un beneficio individual (Rafael, Alberto y Jesús, comunicación personal, 2017),
- Área de dormitorios, es un lugar destinado para el descanso. Cuenta con un aproximado de 25 literas individuales, que se encuentran en malas condiciones, con ropa de cama con más

de tres años sin lavar y colchones con resortes salidos. Situaciones que hacen que se pierda el objetivo de dicha área, ya que las malas condiciones de esta área terminan mermando su estado físico ya que no descansan adecuadamente (Véase, Figura 11).

Figura 11. Área de dormitorios en las instalaciones de las “Fuerzas de apoyo y reacción”



Figura 11. Área de dormitorios en las instalaciones de las “Fuerzas de Apoyo y Reacción”. Como se observa los policías están durmiendo en el tiempo que les asignan descanso. Policías de las Fuerzas de Apoyo y Reacción, 2017. Reimpreso con permiso.

- Área de sanitarios (uso para los integrantes de la CESC, es decir para el agrupamiento ASE y FAR). Lugar que cuenta con 4 baños y un mingitorio en el caso de hombres, y también baños de mujeres, por igual en condiciones poco higiénicas y con poco mobiliario ya que no se cuenta con puertas. Cuenta Rafael (comunicación personal, 17 de mayo de 2017), que “la mayoría de las veces los baños están sucios nadie limpia, no tienen puerta, ni

tampoco luz y la única regadera que hay no tiene regadera solo está el tubo de agua, en donde sale pura agua fría”.

- Área pequeña para frontón, que no dejan usarla, porque los administrativos cuando se les solicita el uso de esta área, comentan que no cuentan con la llave de este lugar (Juan, comunicación personal, 27 de abril de 2017).
- Área de parque vehicular al mando de un encargado, el cual administra 9 patrullas pero sólo funcionan 5 y se encuentran en mal estado; las 4 restantes están abandonadas, pero éstas están dadas de alta ante la Comisión Estatal de Seguridad Ciudadana para que los mandos reciban recursos de refacciones, compostura y apoyo de la tarjeta de gasolina de estas unidades. Los entrevistados mencionan también que de las 5 patrullas en funcionamiento, el encargado se queda con los recursos y hace que los choferes responsables se hagan cargo del mantenimiento y buen estado de las unidades, “sólo en algunos casos se nos brindan apoyo de gasolina” (Alberto, comunicación personal, 2 de mayo de 2017) (comentario mencionado por uno de los policías que se desempeña como chofer).

Esta misma área “tiene registrados ante la Comisión Estatal de Seguridad Ciudadana, cuatro camiones plaza y dos tipo Kodiak (camiones abiertos tipo militar), de los cuales dentro de su base se encuentran dos y sólo es utilizado uno en casos extremos, ya que por lo regular se da la orden de salir en patrullas, para que los choferes responsables paguen la gasolina y los jefes no se vean afectados en el consumo de la misma de los supuestos camiones en funcionamiento” (Francisco, comunicación personal, 9 de mayo de 2017), desviando los fondos que van dirigidos para esas unidades.

Como se puede ver la información anteriormente señalada, hace énfasis en la creciente corrupción interna que se vive, situaciones que se asemejan a las de los policías rurales desde el siglo XIX ya que Vanderwood, (2002) señala que eran evidentes las ineptitudes, deserciones y la corrupción en la que estaba envuelta la administración en esa época. Situación que a pesar del tiempo no ha cambiado, actualmente en las investigaciones de Azaola y Ruiz (2010), se visibiliza la corrupción que existe dentro y fuera de estos colectivos, pues culturalmente es la forma de reproducción de estas instituciones. A partir de esto se ha diferenciado en corrupción operativa y corrupción administrativa; la primera hace referencia al intercambio de dadivas en la relación policía-ciudadano, mientras que la segunda tiene que ver con las relaciones que se dan dentro de los sectores con la finalidad de gestionar recurso materiales o humanos según sea el caso.

En cuanto a la infraestructura externa, tiene que ver con lo que se vive día a día en las calles de Ecatepec, pues básicamente los días son inciertos, con condiciones climáticas buenas y otros días no tanto; retomando que ellos viven situaciones diferentes en su actuar profesional como lo menciona uno de los entrevistados “estamos viviendo en el municipio más peligroso a nivel Latinoamérica, nos sentimos vulnerables, igual que el resto de la sociedad” (Gerardo, comunicación personal, 4 de marzo de 2017). Situación que se confirma con los datos mencionados con anterioridad, en los que se muestra que el Estado de México es la entidad a nivel nacional con mayor incidencia delictiva de acuerdo a las carpetas de investigación (38,154 denunciadas), además de ser el número uno en feminicidios (301 muertes violentas de mujeres) y ser considerado por el 93% de su población como uno de los municipios con mayor inseguridad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2017).

Aunado a todo lo anterior, también están expuestos a diferentes condiciones ambientales como lluvia, calor, frío, inundaciones, explosiones (Véase, Figura 12); situaciones que hacen que se

amplíen las jornadas laborales (de acuerdo a las necesidades del gobierno) e interactúen con sustancias químicas y microorganismos.

Figura 12. Inundación en Ecatepec.



Figura 12. Inundación en Ecatepec. Se muestra como está la patrulla parada sobre una calle llena de agua y restos de basura, se pueden observar algunas llantas. Policías de las Fuerzas de Apoyo y Reacción, 2017. Reimpreso con permiso.

Respecto a lo anterior, Jesús (comunicación personal, 6 de mayo del 2017) narra que el día 20 de diciembre de 2016, después de la explosión ocurrida en el mercado de fuegos artificiales de Tultepec, fueron a “sacar muchos cuerpos entre los escombros de la explosión, los cargábamos entre dos, había niños y adultos muy quemados. También rescatamos a perros y gatos con quemaduras”.

❖ CONDICIONES GENERALES DEL COLECTIVO

-JORNADA LABORAL

El tiempo de trabajo es 24 horas por 24 horas de descanso, sin embargo, mencionan que trabajan regularmente más de su tiempo y no se les paga tiempo extra, argumentando los jefes, que ellos, se apegan a las necesidades del Estado, situación que sucede por lo menos dos veces a la semana. Estos horarios rebasan de 2 a 3 horas, hasta más de dos o tres días sin salir del trabajo, dependiendo del servicio al que asistan. Olivares (2010), en el estudio realizado sobre las condiciones de trabajo de los policías, menciona que muchos cumplen jornadas laborales que incluyen días festivos, dicho de otra forma, no tienen días de asueto o descanso. Además de que la mayoría de las jornadas son extenuantes, también son sometidos a las necesidades institucionales del país, como anteriormente lo comentaron los entrevistados.

Asimismo, menciona Arteaga (2000) que el consumo de drogas en particular marihuana y de alcohol, es previo a su incorporación a la policía, sin embargo, se acentúa al ingresar a ella, sumándose en algunos casos la ingestión de cocaína o inhalación de sustancias para resistir las jornadas de 24 horas. Situación que es reafirmada con las entrevistas, ya que por lo menos ocho de los diez informantes, consumen algún tipo de droga (marihuana, cocaína, piedra y solventes), presentando problemas de adicción.

Otro dato relevante, en cuanto a la jornada laboral es que los policías llegan a salir después de su horario de trabajo por castigos que reciben, los cuales se conocen como “arrestos de 6,12, 24 o 36 horas, según lo señale el Jefe de Servicios” (Manuel, comunicación personal, 29 de abril de 2017). Comentan que “Si por ejemplo hay algún servicio, hasta que termine o nos releve el otro turno, salimos. Eso pasó cuando vino Obama a Toluca o cuando hubo lo de la reforma educativa en el

zócalo, nos dejaban hasta 4 días y en la calle” (Juan, comunicación personal, 27 de abril de 2017) mermando su estado físico y mental (Véase, Figura 13). Alegando sus superiores que son necesidades del Estado y deben de apegarse a ellas.

Figura 13. Policías durmiendo en la calle



Figura 13. Policías durmiendo en la calle, muestra las situaciones a las que se enfrentan en los servicios que exceden sus jornadas laborales. Policías de las Fuerzas de Apoyo y Reacción, 2017. Reimpreso con permiso.

El trabajar en estos tipos de horarios puede traer consigo afectaciones a la salud y a la vida cotidiana de los trabajadores, ya que se pueden sufrir ciertos trastornos de sueño o enfermedades dado que el organismo humano se encuentra configurado a descansar por la noche y trabajar por el día.

“Las personas que trabajan a turnos padecen con frecuencia lo que se denomina desalineación circadiana o interrupción del “reloj biológico”, el encargado de avisar al cerebro para iniciar y

finalizar el sueño, al tener invertidos el ciclo vigilia-sueño. Esto desemboca en hipersomnolencia³⁰ e insomnio (...). Según una investigación reciente, la imposición de horarios opuestos al reloj circadiano eleva la presión arterial, con el consiguiente riesgo de daños en el corazón o cerebro” (Diario Información, 2017).

Podemos observar algunos de estos síntomas en relación con lo mencionado por los policías al inicio de las entrevistas, ya que algunos de ellos se sentían muy cansados o con sueño, siendo esto producto de la desalineación circadiana por la que pasa este colectivo.

-REMUNERACIÓN

En el caso de los sueldos de los policías entrevistados, manifiestan que sus ingresos son bajos, ya que oscilan entre los \$4000 y \$8500 mensuales, considerando que todos tienen el mismo rango de policía³¹ (Véase, Figura 14). Dentro de este salario mensual que perciben, están considerados ciertos descuentos bajo nómina, que hacen que su ingreso sea así, es decir, les hacen descuentos de su seguro médico, de Fonacot (Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores), de caja libertad (banco que realiza préstamo a servidores públicos), descuentos bancarios, entre otros, que hacen que la percepción vaya disminuyendo. Tal remuneración evidencia el descontento de los policías como lo menciona uno de ellos “he pasado 15 años de mi vida con el mismo sueldo” (Manuel, comunicación personal, 29 de abril de 2017).

³⁰ Hipersomnolencia: Es la dificultad para mantenerse adecuadamente despierto, muchas veces se asocia con el cansancio diurno injustificado. La principal causa es la privación de sueño (falta de suficiente sueño reparador) (González, 2016).

³¹ Los ingresos varían dependiendo de las prestaciones que tenga cada policía.

Figura 14. Recibo de pago de uno de los policías.

PERCEPCIONES			DEDUCCIONES		
CLAVE	CONCEPTO	IMPORTE	CLAVE	CONCEPTO	IMPORTE
0102	SUELDO BASE	3,389.85	5408	IMPUESTO SOBRE LA RENTA	614.68
0105	GRATIFICACION BUROCRATA	1,390.85	5414	CREDITO FONACOT	1,132.75
0137	COMPENSACION P/RETABU BUR	693.25	5540	CUOTA \$ SERVICIOS DE SALUD	239.71
0512	DE SPENSA	402.25	5541	CUOT \$ SISTE SOLIDA REPART	316.15
1610	RETRO GRATIF POR CONVENIO	2,218.53	5542	CUOT \$ SIS CAPITA INDIVIDU	103.62
			5569	LIBERTAD SERVICI FINANCI	1,338.95
Total de percepciones		8,094.73	Total de deducciones		3,745.86

Nombre: _____ Clave de SP: _____
 CURP: _____ R.F.C.: _____
 Puesto: POLICIA Clave de ISSEMyM: _____
 Dependencia: SRIA GENERAL DE GOBIERNO Fecha de Pago: 30 de Noviembre de 2016
 Unidad Admva: SUB OPERATIV REG TOLUCA Periodo/Concepto de Pago: 16 - 30 de Noviembre de 2016
 L-Pago: _____ Código de Unidad: _____
 CCT: _____ Total Neto: 4,348.87

SE REALIZO EL ABONO EN LA CUENTA No.: _____ EL DIA: 28 de Noviembre de 2016

Figura 14. Recibo de pago de uno de los policías). En él se muestra que recibe un sueldo neto quincenal de \$4,348.87 que al mes sería un sueldo aproximado de \$8,500. En este documento se describen las deducciones a las que algunos son acreedores como el descuento de crédito Fonacot y el de Libertad Servicios Financieros, documento proporcionado por policías de las “FAR” (resguardada la identidad del informante). Reimpreso con permiso.

La única forma de poder obtener un incremento es mediante una convocatoria de grados, en donde con suerte pueden ganarse una promoción, pues manifestaron que sólo se puede obtener si se es recomendado de algún funcionario de la corporación. Con respecto a esto, comenta Olivares

(2010), que la forma de obtener una mejor remuneración dentro de los cuerpos policíacos, es que ellos hagan las gestiones necesarias para ascender o ponerse en contacto con alguien muy bien posicionado que los ayude a colocarse en algún puesto superior.

En esta misma línea, indagando en la página oficial de la Comisión Estatal de Seguridad Ciudadana (2016) los policías estatales perciben un sueldo básico neto de \$9,411.31 como se muestra en la siguiente tabla (Véase, Figura 15).

Figura 15. Sueldos mensuales operativos del 2016.

SUELDOS MENSUALES OPERATIVOS 2016				
CATEGORÍA	NIVEL Y RANGO	SUELDO BASE	SUELDO BRUTO	SUELDO NETO
INSPECTOR GENERAL	B032024E	13,668.60	22,488.20	16,344.83
INSPECTOR JEFE	T0102233	14,907.70	25,603.00	18,919.07
INSPECTOR	T0106204	11,594.00	22,931.10	17,125.96
SUBINSPECTOR	T0105203	11,594.00	20,351.40	15,368.12
OFICIAL	T0104202	11,594.00	17,854.70	13,638.55
SUBOFICIAL	T0109164	8,768.20	17,046.50	13,078.75
POLICÍA PRIMERO	T0108163	8,768.00	15,539.40	12,034.70
POLICÍA SEGUNDO	T0113144	7,823.90	14,963.30	11,635.65
POLICÍA TERCERO	T0112134	7,440.80	14,081.50	11,024.78
POLICÍA	T0111113	6,779.70	11,752.40	9,411.31

Figura 15. Sueldos mensuales operativos del 2016. Muestra las categorías que puede tener un policía y su respectivo sueldo (base, bruto y neto). En este caso la mayoría de los policías entrevistados se encuentra en la categoría de policía con un sueldo neto que percibe de \$9,411.31. Comisión Estatal de Seguridad Ciudadana, 2016

Sin embargo, dentro de esta tabla no se consideran los descuentos a los que ellos hacen referencia.

Si se considera que ellos cobran quincenalmente, perciben entonces, un promedio de entre \$2100.00 a \$4200.00 pesos cada dos semanas, con los cuales deben de cubrir las necesidades básicas propias, de su familia y laborales (como ya se mencionó compra de equipo y herramientas de trabajo), sin considerar actividades de esparcimiento. Haciendo evidente lo que menciona Olivares (2010), son sueldos realmente bajos, ya que si consideramos datos a nivel nacional, en

promedio se estima un sueldo de policía en \$6,229 pesos mensuales, cifra aún inferior al sueldo básico neto de la CESC.

Respecto a lo anterior, retomamos un análisis que elabora Migueles (2017), quien señala que para cubrir las necesidades básicas, una familia promedio (cuatro personas) que vive en la zona urbana, necesita al menos un ingreso mensual de \$11,146 pesos. Reconociendo el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), que muchos de los trabajadores de este país tienen salarios insuficientes para cubrir sus necesidades básicas, un claro ejemplo son los policías del Estado de México (Citado por Migueles, 2017).

De acuerdo a la canasta básica³² del mes de abril de 2018, para comprar los productos que contiene, se gasta aproximadamente \$2,907.74 según la Secretaría de Desarrollo Económico (SEDECO) (2018); tomando en cuenta que todas las categorías se compran al menos 4 veces al mes a excepción de los abarrotes no consumibles, pescados y mariscos. Conforme a lo anterior, el gasto mensual ascendería \$9,690.32³³, si comparamos con el sueldo mensual del policía que en promedio son \$9411.31³⁴ (sueldo neto, mencionado por CESC), cantidad que queda corta para adquirir los productos de la canasta básica. Evidenciando que el salario no cubre las necesidades básicas de una familia mexicana, pues no alcanza para comprar todos los productos necesarios para la

³² La canasta básica de acuerdo al INEGI (2017, párr. 3) “es un subconjunto de la canasta de bienes y servicios del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) (...)” estos fueron seleccionados por los sectores del Pacto para la Estabilidad y el Crecimiento Económico (PACTO) a finales de 1988. En ella se toman en cuenta 82 conceptos genéricos del INPC además de considerar alimentos elaborados, bienes administrados y concertados, y medicamentos, como básicos. Entre los que se encuentran las categorías siguientes: abarrotes consumibles (\$870.74), abarrotes no consumibles (\$512.88), aves y cárnicos (\$256.11), cereales y tubérculos (\$58.67), frutas (\$232.03), verduras y hortalizas (\$346.91), granos y semillas (\$126.96), pescados y mariscos (\$134.00), salchichonería y lácteos (\$369.45).

³³ Cifra para Abril (2018).

³⁴ Salario sin considerar descuentos que van de \$1,000 a \$1,500, quedándoles un salario mensual entre los \$4,400 a \$8,400, según sea el caso.

alimentación, ni tampoco se garantiza cubrir gastos de renta, servicios, pasajes o gasolina si se tiene vehículo, uniformes para el trabajo, entre otros.

Demostrando que a pesar de ser un colectivo que percibe una remuneración superior al salario mínimo, este no es suficiente, como tampoco son suficientes los \$400 pesos (corroborado en el recibo de pago de uno de los policías) que reciben de despensa dentro de su pago quincenal.

-PRESTACIONES

En el caso de las prestaciones a las que tienen derechos los policías de las FAR, todos coinciden en que cuentan principalmente con seguro médico por parte del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y sus Municipios (ISSEMyM) (cuentan con descuentos especiales en servicios por estar afiliado al seguro médico de salud de trabajadores del Estado), vacaciones dos veces por año, aguinaldo y vales de despensa dentro del mismo sueldo (alrededor de \$400 pesos, según lo mencionado en las entrevistas y que se ve reflejado en el talón de pago que uno de los policías proporcionó).

Es importante rescatar que los entrevistados nos mencionan acerca del seguro médico con el que cuentan, que algunos de los policías sólo asisten cuando es necesario o cuando tienen que cobrar algún tipo de incapacidad. Comentan en general que “el servicio es de buena calidad ya que les han brindado la atención necesaria a pesar de que puede ser un poco tardado” (Rafael, comunicación personal, 17 de mayo de 2017), del mismo modo cuentan con los medicamentos necesarios.

También pudimos encontrar que es un sector que actualmente no cuenta con seguro de vida, quedando los policías desprotegidos, ya que como se observa, es un sector altamente expuesto a riesgos de salud, sufriendo algún tipo de accidente e incluso la muerte. Situación preocupante para

los trabajadores ya que firman seguros de vida por dos o tres meses, y quedan desprotegidos por nueve meses más, sumándole a esto que para hacer válido tal seguro es necesario cubrir ciertas cláusulas. Como lo menciona uno de los policías “tenemos que traer el uniforme oficial expedido por la comisión para que nos hagan válido el seguro de vida, si no traemos botas u overol o alguna otra cosa que dio la comisión, éste es invalidado, esto ocurrió con una compañera que fue atropellada en la vía Morelos, no le pagaron su seguro a la familia ya que no llevaba el uniforme al momento del accidente en el que murió” (Francisco, comunicación personal, 9 de mayo de 2017). Situaciones que evidencian la falta de equipo necesario además de que las corporaciones policiacas no garantizan ningún tipo de seguridad laboral para sus trabajadores ante su actuar profesional diario.

Otro factor importante respecto a las prestaciones, es la antigüedad, ya que de acuerdo a los años que se tienen de servicio se pensaría que las prestaciones mejoran. Sin embargo, los policías entrevistados mencionan que ellos cuentan con cinco, siete, quince y veinte años de trabajo en esta corporación policial y que durante este tiempo de servicio todos los policías han tenido el mismo puesto de “policía” y las prestaciones siguen igual como el seguro y la despensa (o incluso se las van disminuyendo como la compensación burócrata y los días de vacaciones). En esta misma línea Manuel (Comunicación personal, 29 de abril de 2017) comentó una situación particular “mi papá duró 35 años como servidor público, él era Oficial A y a pesar de haber trabajado tantos años como ASE (Agencia de Seguridad Estatal) apenas se jubiló y la comisión le dio poco dinero como liquidación. Tantos años no nos da garantía de tener una buena liquidación por parte de la institución, recibió más del seguro”. De esta misma forma, ocurre con las personas que renuncia o ingresan su baja, la comisión en ocasiones les da una suma económica baja o no les da nada; evidenciando que las prestaciones en torno a jubilación y finiquito tampoco son las óptimas para

este colectivo. Situación que es importante abordar más adelante, para que no se vean violentados sus derechos laborales.

-DERECHOS LABORALES

Según la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México (s.f), algunos derechos de los integrantes de las instituciones de seguridad pública son:

- Recibir salario digno por el desempeño de sus funciones.
- Gozar de un trato respetable y digno por parte de sus superiores, iguales o subalternos.
- Recibir formación, capacitación y adiestramiento para realizar su trabajo profesionalmente.
- Recibir, de forma gratuita, el uniforme, el armamento y el equipo necesario para el desempeño de sus funciones.
- Recibir asesoría legal en asuntos relacionados con el ejercicio de sus funciones.

Desgraciadamente, de los policías a quienes se les realizó la entrevista, muy pocos mencionaron conocer sus derechos laborales. Algunos sólo recordaban que “en el colegio les habían entregado una hoja de derechos del policía” (Juan, comunicación personal, 27 de abril de 2017), otro más mencionó tener derecho a “ser tratados con respeto, tenemos derechos a tener las herramientas necesarias y adecuadas para cubrir nuestro desarrollo laboral aunque muchas veces esto no es respetable (*sic*) pues tenemos herramientas que están en estado obsoleto, derecho a vacaciones, derecho a seguro social para nuestras familias y para nosotros” (Antonio, comunicación personal, 14 de mayo de 2017); mientras que otros no recordaban cuáles eran estos derechos. La realidad es que la mayoría los desconoce.

Como podemos constatar algunos de los derechos de los policías no se cumplen, ya que con lo analizado en apartados anteriores, los policías no reciben el salario que deberían obtener por las

funciones que desempeñan como trabajadores del Estado, trabajan más horas de las que deberían y no les pagan horas extra, así como tampoco gozan de un trato digno por parte de sus superiores (por el continuo hostigamiento y acoso laboral), ya que ellos sólo cumplen órdenes que llegan de los jefes y si no las llevan a cabo son castigados.

En cuanto al derecho a recibir la formación, capacitación y adiestramiento para realizar su trabajo profesionalmente, analizando lo que mencionan los entrevistados, podemos concluir que esta función se lleva a cabo pero no del todo. Según los informantes cuentan con una formación de seis meses en el cuartel, pero después de eso, sólo de vez en cuando les dan alguna capacitación “flash”, es decir, muy breve, ya que se las proporcionan en unos cuantos días o a veces sólo les hacen firmar las hojas de que asistieron sin haber tomado dichos cursos. Los pocos cursos (primer respondiente, cadena de custodia, preservación de los hechos, etc.) que llegan a tomar están relacionados al área jurídica como lo menciona Gerardo (Comunicación personal, 4 de marzo de 2017) “Se reciben capacitaciones de lo que este formulando en las leyes, si es, por ejemplo, juicios orales, te dan un curso exprés de dos o tres días del tema (...)”; dejando a un lado algunas otras áreas (como las medidas de seguridad, protocolos de actuación, manejo de situaciones de riesgos, actualización de técnicas policiales, etc.) que son necesarias abordar para un mejor desempeño ante la sociedad, por ello su profesionalización es nula por la falta de capacitación para un mejor desempeño laboral.

Otro de los derechos que se mencionan es el recibir, de forma gratuita, el uniforme, el armamento y el equipo necesario para el desempeño de sus funciones, lo cual no ocurre ya que como lo vimos, ellos mismo tienen que comprar o adquirir parte de su equipo de trabajo para poder tener protección y llevar a cabo su labor, pues las instituciones (como la CESC y la Contraloría interna) velan sólo por sus intereses.

Otro más de los derechos es recibir asesoría legal en asuntos relacionados con el ejercicio de sus funciones, la cual no se les otorga ya que como lo hemos visto es un sector lleno de corrupción. Este derecho se ve mermado en diferentes circunstancias por la misma ejecución de su trabajo como policías. Los policías entrevistados mencionan, que la institución encargada de velar por ellos es la “Contraloría interna”, quien “en realidad defiende los intereses de los mandos no de nosotros” (Juan, comunicación personal, 27 de abril de 2017), es decir, la corrupción interna hace que esté “coludida directamente con la Comisión Estatal de Seguridad Ciudadana” (Juan, comunicación personal, 27 de abril de 2017), situación que los pone en desventaja por que pasa de largo el abuso de poder y explotación laboral por parte de los mandos superiores. Haciendo referencia a que el posible órgano regulador de sus derechos no les proporciona ayuda porque vela por los intereses de la institución y no de los trabajadores, como debería de ser.

Retomando lo anterior, encontramos que este colectivo no cuenta con sindicato y la “Contraloría interna” que es la instancia que más se asemeja a este órgano no cumple con sus funciones, escudándose el mismo Estado, en que son personal de confianza.

En cuanto a lo anterior, Vela (2016), nos dice que la Suprema Corte determinó que los empleados del sistema de administración y procuración de justicia, el cual incluye a policías, personal ministerial, e incluso militares, no pueden formar sindicatos ni realizar huelgas ya que su relación con el Estado es administrativa y no laboral.

Sin embargo, recientemente Olivares (2010), menciona que a partir del 2008 se fundaron las primeras organizaciones sindicales; actualmente se reconocen formalmente (ante la Secretaría de Seguridad Pública y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social) cuatro sindicatos formados por cuerpos policiales entre los que se encuentra el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Seguridad Pública Federal y el Sindicato Independiente de Trabajadores de la Secretaría de

Seguridad Pública Federal. En autor menciona que en caso de que el personal participe en estos sindicatos, sufren persecuciones u hostigamiento o simplemente son despedidos.

Por dichas situaciones hacemos énfasis en el cumplimiento de lo que propone la “Declaración Universal de los Derechos Humanos” (1948), en donde se señala en su Artículo 23, “el derecho de sindicación y de constitución de sindicatos y organizaciones de empleadores y de trabajadores es el requisito necesario para la solidez de la negociación colectiva y del diálogo social”. Sin embargo, en la legislación mexicana esta exigencia difícilmente se alcanzará por los lineamientos jurídicos que marca la constitución política en su Artículo 123 apartado B, en donde excluye a los servidores públicos de este derecho. Situación que es necesario reflexionar como lo menciona Vargas (s.f), ya que son derechos humanos fundamentales.

-MEDIDAS DE SEGURIDAD

En cuanto a las medidas de seguridad son las mismas para todos. Ya que la única estrategia es protegerse a sí mismos por medio de algunas herramientas y confiar en sus compañeros; que se protegerán mutuamente. Varios de ellos mencionan al respecto que “las medidas de seguridad, pues son las que tomamos nosotros mismos cada que salimos a la calle, nosotros nos hacemos responsables de nuestra propia persona y confiar en el compañero” (Carlos, comunicación personal, 25 de abril de 2017).

Cabe señalar que los jefes, cuando llega a ocurrir alguna situación que afecte su integridad y se ven en riesgo, se deslindan de todo problema. Mencionan que una manera de sentirse seguros es que “dentro de las instalaciones hay personal de guardia que se encarga de proteger, el área del armamento. Más que nada es la guardia que se encarga de proteger las instalaciones y a uno mismo” (Manuel, comunicación personal, 29 de abril de 2017). La realidad es que los policías de

este colectivo no tienen nociones de seguridad en el trabajo, pues no conocen los protocolos de actuación. Una de las causas es que muy esporádicamente reciben cursos con estos objetivos.

Sin embargo, de acuerdo al Manual Básico de Policía Preventivo (2009), existen medidas de seguridad básicas para la práctica policial, que se deben tomar en cuenta antes, durante y después de cada intervención. Es decir, antes de la intervención (iniciando el día de trabajo) es necesario saber las novedades (hechos) que ocurrieron en el turno anterior, además de que también se tienen que revisar las condiciones de las herramientas y equipo de trabajo que se van a utilizar en el día; para que durante la intervención si se identifica un probable delito, se cuenten con las herramientas necesarias y se decidan las estrategias a seguir. Finalmente, después de la intervención (en donde sucedió un probable delito) se realizan las inspecciones pertinentes en el lugar y si existe algún lesionado, se le canaliza para su atención médica oportuna; posterior a ello se realizan las puestas a disposición correspondientes y el parte informativo, para que finalmente se entregue al turno siguiente.

Acciones que dentro del colectivo se aplican conforme a la pericia de los policías Juan (Comunicación personal, 27 de abril de 2017) narra cómo se desarrollan en un día habitual “entramos a las 7:00 a.m. si no nos citan antes, después nos pasan lista y es ahí cuando nos asignan la tarea que vamos a realizar, puede ser patrullaje, pueden ser desalojos, enviarnos a una zona determinada junto con otros compañeros de otro agrupamiento. Depende mucho de la orden del día”; denotando que desarrollan sus tareas acordes a su experiencia evidenciando la falta de actualización en temas de medidas de seguridad, ya que lo más cercano al conocimiento de éstas fue mediante su curso de “Formación inicial” que tomaron al ingresar a esta institución.

❖ CARGAS LABORALES

En el caso de las cargas laborales, que son los elementos que interactúan dinámicamente entre sí con el cuerpo de la persona durante la jornada laboral, generan procesos de adaptación que se traducen en desgaste. Entendido éste último, como la pérdida de la capacidad corporal, física, potencial y efectiva (Laurell, 1990). Las cargas laborales se dividen en dos: las externas y las internas.

A continuación, se sistematizan los datos obtenidos de las entrevistas realizadas (Véase, Tabla 2):

Tabla 2. Cargas laborales

Cargas Laborales Externas	
<u>Cargas Físicas</u>	<u>Cargas Químicas</u>
Como se sabe la mayor parte de su labor es en la calle, durante el día o la noche. Situaciones que hacen que durante el día estén expuestos a ruidos (del transporte terrestres), además de estar expuestos a muchas horas bajo el calor y la radiación solar. En el caso de la noche están sujetos a mucho frío y ruido, en ocasiones tienen que dormir en la calle y en el suelo, sin cobijas.	Como ya se mencionó la mayor parte de su labor es en la calle y por ello se someten a diferentes contaminantes, como polvos o humos. En situaciones como la “Explosión de Tultepec” estuvieron expuestos al humo de pólvora y químicos que se desconocía que estaban allí. Además del contacto continuo con la pólvora de la arma de fuego que usan a diario.
<u>Cargas Biológicas</u>	<u>Cargas Mecánicas</u>
Este colectivo se expone a diferentes tipos de microorganismos, ya que en ocasiones tienen que dormir en las calles; en donde se pueda.	Este tipo de cargas se hacen evidentes por el alto riesgo en su trabajo, por ser un colectivo de choque. Ya que se encuentran continuamente expuestos a tener alguna

También en la comida que consumen (comida chatarra) sea en la calle o en el mismo comedor del trabajo. En la calle no se sabe realmente la higiene que se tenga, mientras que dentro del comedor ellos saben que esta área esta infestada de plagas poniendo en riesgo su salud.

Están presentes también los microorganismos en situaciones como inundaciones, ya que no cuentan con equipo adecuado para no entrar en contacto con las aguas negras, que la mayoría de veces son las causas de dichas situaciones.

También están expuestos cuando les toca realizar revisiones en penales, en donde no se sabe qué tipo de virus se estén desarrollando y que tal vez se pongan en riesgo de contagio.

herida o contusión dependiendo el tipo de servicio y cómo se ponga el ambiente en ese lugar. Están expuestos a eventos donde pueden recibir golpes en el cuerpo o incluso los pueden llevar a la muerte. Como se mencionó en las entrevistas, algunos en riñas recibieron “pedradas”, otro más recibió un “balazo por el cual perdió el bazo” en esta situación Carlos (Comunicación personal, 25 de abril de 2017) narra que “Hace como dos años hubo un servicio en donde nos juntaron a muchas patrullas en un operativo de un bar en Tecámac, entonces, pues dentro del operativo había personas armadas y me dieron un balazo en la espalda, en el momento no sentí, seguí corriendo por la desesperación hasta que sentí caliente por la sangre, me di cuenta que algo me había pasado, una bala me había pegado en la espalda, en un costado que alcanzó mi pulmón, el bazo y parte de mis intestinos”; evidenciando el riesgo de su desempeño profesional. Y en el peor de los casos se pierde la vida, como la compañera que atropellaron en Vía Morelos.

Cargas Laborales Internas

Cargas Fisiológicas

El personal de esta institución diariamente tiene que cargar “el chaleco balístico que pesa alrededor de 7 kilos por placa” (Gerardo, comunicación personal, 4 de marzo de 2017)

Cargas Psíquicas

Sobrecargas:

Trabajan más horas de las que deberían laborar, son presionados y hostigados por parte de los jefes ya que sólo los mandan a que hagan

contando que son dos placas, en total son 14 kilos al día, además de las armas, el escudo, la macana, etc. Mencionan que cargan como “25 kilos”, considerando que esto es durante varias horas al día, de pie y sin comer. Situación que provoca que terminen irritados y que presenten problemas músculo esquelético (lumbalgia, espolones, etc.)

Laboran también por la noche sin horas de descanso. Situación que desencadena pocas horas para dormir en sus casas. Pues como lo menciona Manuel (comunicación personal, 29 de abril de 2017), “ya no somos los mismo de antes estamos cansados y nos gana el sueño”, la realidad es que encuentran fatigados porque rotan turnos y descansan poco, modificando su ciclo circadiano (punto ya abordado en la jornada laboral).

Lo anterior también desencadena que consuman mayor cantidad de alimentos que reduzcan su ansiedad, entre ellos se encuentran las comidas ricas en grasa y dulces o con lo que se puedan alimentar si es que les dio tiempo. Exponiéndose a sobrepeso y obesidad, además de que pueden desarrollar aumento de triglicéridos y colesterol.

Como mencionan “tienes que meter detenidos ya que si no eres competitivo en las puestas a disposición pues igual te van bajando, te van bajando y aislando, mandándote a servicios más lejanos, o metes puestas a disposición o entregas dinero” (Gerardo, comunicación personal, 4 de marzo de 2017).

La realidad es que trabajan en situaciones cambiantes, ya que pueden estar muy tranquilos o en alerta según la situación que se dé en donde estén laborando; llevan un alto ritmo de trabajo bajo estrés.

Algunos de los entrevistados mencionan que no todos los compañeros reaccionan adecuadamente frente a situaciones de riesgo, en algunos casos se quedan “pasmados” y no saben qué hacer pues menciona que “si afecta, como no, como que de repente el cambio de las situaciones te hace reaccionar de una forma distinta. Nos ponemos nerviosos, ansiosos, agresivos, depende de la situación en la que estemos” (Rafael, comunicación personal, 17 de mayo de 2017).

En otros casos más sienten “miedo, he sentido desesperación” pues las situaciones que viven les afecta y en el peor de los casos comentaron que un “compañero que te contaba se sintió tan presionado que él mismo se dio cuello (se

suicidó)” (Alberto, comunicación personal, 2 de mayo de 2017).

Situaciones que provocan el deterioro de la capacidad psíquica y los llevan a presentar ciertos padecimientos psicológicos afectando la salud emocional de éstos, en este sentido, nuestros informantes mencionan que a veces no saben cómo manejar sus emociones y que dentro de la institución donde laboran no cuentan con ayuda psicológica o algún curso donde les expliquen cómo pueden enfrentar estos escenarios.

Subcarga psíquica:

En relación con la poca actividad, tiene que ver con el rol de trabajo que les corresponda, podrían pasar muchas horas de servicio de pie y a expensas de sólo recibir órdenes. Desencadenado cansancio, problemas músculo esqueléticos como lumbalgias o espolones.

Nota: Tabla de Cargas laborales, en la que se describe cada categoría a partir de la información proporcionada por los policías de un sector de policías del Estado de México durante agosto 2016 a diciembre 2017. Elaboración propia.

Sumándole a estas cargas laborales, los procesos individuales en las que se ven afectados: las condiciones sociales, económicas y experiencias individuales que en ocasiones se vuelven colectivas (Arteaga, 2000).

Es importante considerar que en este aspecto el trabajo de los policías, es subordinado, soportan ofensas verbales, amenazas y agresiones físicas tanto de los jefes como de la ciudadanía que ponen

en riesgo su vida (teniendo cargas psíquicas, mecánicas y biológicas según sea el caso), estas circunstancias dadas por los estigmas sociales que se han generado, así como por el papel que desempeñan bajo este sistema (Hyemin *et al.*, 2013).

❖ ACCIDENTES

Generalmente los accidentes de trabajo podrían entrar en las cargas mecánicas, ya mencionadas, sin embargo, consideramos que es importante enfatizar en este rubro por el tipo de trabajo que desempeñan. Entre los accidentes que mencionan los entrevistados, podemos destacar pequeñas riñas, golpes, caídas y raspones, agresiones y contusiones de parte de la misma ciudadanía, choques y lesiones por impacto al patrullar, hasta heridas por arma de fuego, compañeros atropellados o que fallecieron por suicidio con la misma arma de trabajo, producto de las cargas laborales a las que están sometidos.

En este sentido, según diversos estudios, los policías presentan un alto riesgo de tener algún accidente o morir, dado por las diversas situaciones inesperadas. Es decir que “los policías tienen uno de los índices más altos en heridos y enfermedades dentro del trabajo” (Hyemin *et al.*, 2013). Esta situación se agrava para el colectivo de estudio por desarrollar sus actividades en el municipio con la más alta incidencia delictiva a las que están expuestos diariamente.

❖ ALIMENTACIÓN

En cuanto a la alimentación de los policías, como se ha descrito, ellos desarrollan sus actividades en jornadas de 24 por 24 horas, en donde no cuentan con un horario específico para realizar sus comidas, llevándolas a cabo en los espacios que llegan a tener libres.

Su alimentación está basada principalmente en “la dieta de la T” (Manuel, comunicación personal, 29 de abril de 2017), como lo mencionan los entrevistados, ya que está compuesta básicamente

por tortas, tacos, tamales, etc. Con un alto contenido en harinas, grasas y azúcares, con baja cantidad de proteínas, ya que como nos lo mencionan, en el desayuno no faltan los tamales y atole o chilaquiles, al medio día una o dos tortas acompañadas de refresco, por la noche cenan galletas o comida chatarra que está a su alcance, como gansitos y refrescos o taquitos. Durante la noche, para no dormir, consumen sustancias nocivas (alcohol, cocaína, piedra, solventes, etc.) y fuman marihuana. Hacia la media noche nuevamente comen chatarra y refrescos, hasta que llega el día y antes de dormir desayunan tamales con atole o algún alimento del mismo origen en su casa. Durante los días de descanso, la alimentación no varía demasiado, ya que siguen siendo alimentos con alto valor calórico.

A pesar de que este sector de policías cuenta con un comedor dentro de su área laboral, ellos reportan que este sitio no es adecuado para llevar una buena alimentación. Como ya se mencionó (apartado de cargas laborales), la comida está en muy mal estado, con fauna nociva para la salud y transmisora de enfermedades (cucarachas), así como también, la comida se encuentra sin un buen sabor, siendo estas circunstancias algunos de los motivos por los cuales los policías prefieren comer en la calle.

Es interesante estudiar la alimentación de los policías, ya que la gran mayoría de los entrevistados padecen enfermedades de tipo gastrointestinal, como son colitis, gastritis, infecciones estomacales o diarreas dadas por el consumo de alimentos en la vía pública. Además de presentar padecimientos como colesterol alto, diabetes, hipertensión, sobrepeso, obesidad, hipercolesterolemia y ácido úrico.

De la misma forma su salud bucal se ve afectada, causando caries por la falta de cepillado recurrente de los dientes, viéndose todos estos padecimientos reflejados en los certificados médicos que nos proporcionaron los entrevistados.

Por otra parte, la mala nutrición y el consumo de alcohol y drogas hacen que su condición física se encuentre afectada, provocando que la capacidad de respuesta a las demandas de servicio a la comunidad se retrase cuando se llegan a presentar.

❖ ENFERMEDADES

Las enfermedades que actualmente desarrollan los policías han ido en evolución desde su ingreso a la corporación. Antes de formar parte de las filas de la CECS, se les hicieron una serie de exámenes para evaluar su estado de salud. Los entrevistados mencionan que fueron sometidos a exámenes físicos, clínicos y psicométricos, los cuales fueron determinantes para formar parte de este trabajo, ya que tenían que encontrarse bien de salud. Dichos exámenes fungían como filtros del proceso de selección del personal, es decir, tenían que estar dentro del estándar de salud para formar parte de esta corporación y así poder ejercer este oficio.

Durante su estancia en las FAR, esporádicamente se les han aplicado exámenes médicos y cuando les han hecho estas revisiones, los han mandado a que lleven un tratamiento en su clínica, pero muy pocos han puesto en práctica dicha recomendación.

Actualmente entre las enfermedades que padecen respecto al sistema digestivo hacen mención de la diarrea, la gastritis, la colitis y caries. También se mencionan enfermedades crónicas como la diabetes, triglicéridos altos, colesterol, ácido úrico, hipertensión e hipotensión. Y entre las enfermedades que se relacionan con el sistema musculo esquelético se refirieron la lumbalgia y los espolones.

También es importante considerar los padecimientos referidos que afecta la salud mental como ansiedad, depresión, miedo angustia, bipolaridad, identificados en los exámenes médicos y entrevistas con los policías, que hacen que merme la salud considerándose como una sobrecarga

psíquica, ya que relacionándolo con todos los factores anteriormente enumerados nos permite ver que estos se interiorizan por las condiciones laborales que se viven a diario imposibilitando el desarrollo de la capacidad psíquica.

Desde esta línea de análisis Arteaga (2000), encuentra patologías desencadenadas por el estrés, mala nutrición, procesos psicológicos como son paranoias, delirios de persecución, irritabilidad, alcoholismo, neurosis, ansiedad por tensión, generando adicciones (tabaquismo), enfermedades e infecciones gastrointestinales, gastritis y úlceras, que poco a poco merman la condición física.

Retomando lo que dice Brufao (1994), los efectos dados por las condiciones de trabajo de los policías, pueden producir modificaciones de personalidad, la modificación de los hábitos sociales (la forma de relacionarse con su entorno), estrés, angustia, temor, síndrome de burnout, entre otros síntomas que afectan severamente su estado físico y emocional.

Cabe señalar que los certificados médicos corroboraron las enfermedades que los policías mencionaron al ser entrevistados y evidenciaron otras más (Véase, Tabla 3), como es el caso del sobrepeso y la obesidad tipo 1 (Véase, Tabla 4 y Figura 15), situación que relacionamos ampliamente con el tipo de alimentación que llevan, aunado con los ataques de ansiedad que se desencadenan, acentuando dichos padecimientos.

Además, se encontraron enfermedades como rinitis, miopía, astigmatismo, hipoacusia, enfermedades que enfrentan algunos de los policías entrevistados (Véase, Tabla 3).

Tabla 3. Comparación de enfermedades de entrevistas y certificados médicos³⁵.

Enfermedades señaladas en la “Entrevistas”.		Enfermedades encontradas a partir del “Certificado médico”	
Enfermedad	Incidencia	Enfermedad	Incidencia
Gastritis	5	Sobrepeso	6
Depresión	1	Gastritis	6
Enfermedades estomacales	2	Caries	7
Diarrea	2	Depresión	1
Colitis	2	Esplenectomía	1
Triglicéridos	1	Toracotomía	1
Lumbalgia	1	Miopía	5
Espolones	1	Rinitis	2
Bipolaridad	1	Colitis	5
Presión baja	1	Hipertriglicerodemia	2
Presión alta	1	Lumbalgia	3
Colesterol	1	Astigmatismo	3
Diabetes	1	Espolón calcáneo	1
Ácido úrico	1	Bipolaridad	1
Perdida del bazo	1	Hipotensión	1
Perdida de medio metro de intestino	1	Hipertensión	1
		Obesidad tipo 1	2
		Hipoacusia	1
		Hipercolesterolemia	1
		Diabetes tipo 2	1
		Hiperuricemia	1
		Enterectomía	1
		Hipersensibilidad cutánea	1

Nota: Comparación de enfermedades de entrevistas y certificados médicos, así como la incidencia, en esta tabla se colocan las enfermedades referidas en los “Certificados médicos” y “Entrevistas” que se realizaron los policías de un sector de policías del Estado de México durante agosto 2016 a diciembre 2017. Elaboración propia.

³⁵ De acuerdo a la tabla y a lo que refieren en las entrevistas, se considera a la gastritis como la enfermedad más repetitiva; mientras que en los certificados médicos tiene mayor incidencia las caries, el sobrepeso, gastritis, colitis y miopía.

Tabla 4. Clasificación de IMC en los policías de las FAR.

Clasificación	Rangos para hombre adulto del Índice de Masa Corporal (IMC kg/cm ²)	No. De policías
Peso Normal	18.5-24.9	2
Sobrepeso	25-29.9	6
Obesidad Tipo 1	30-34.4	2
Obesidad Tipo 2	35-39.9	0
Obesidad Tipo 3	>40	0

Nota: Tabla de Índice de Masa Corporal (IMC) en los policías de las “FAR”, columna uno clasificación para el IMC, columna dos rangos del IMC para hombre adulto (datos de referencia del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2017) y columna tres señala el número de policías considerados en la clasificación. En general se agrupa a los policías en los rangos de normal, sobrepeso, obesidad tipo 1, tipo 2 y tipo 3. Elaboración propia.

Figura 16. IMC en policías de las FAR de Ecatepec (Véase, Tabla 4).

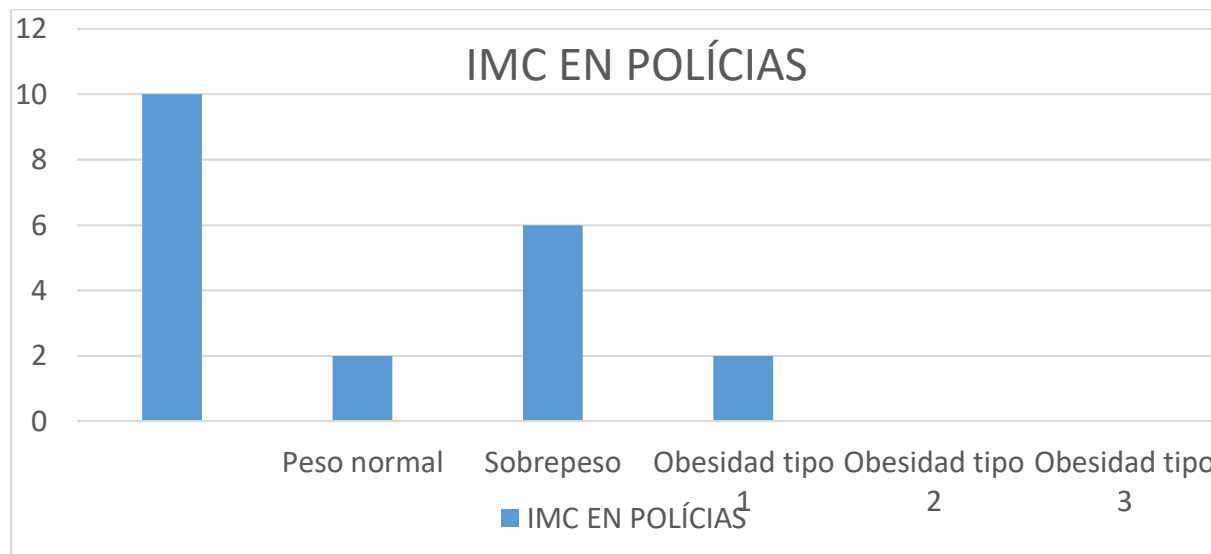


Figura 16. Índice de Masa Corporal (IMC) en policías de las FAR, la cual agrupa a los policías en los rangos de normal, sobrepeso, obesidad tipo 1, tipo 2 y tipo 3. Mostrando así que seis de los policías se encuentran con sobrepeso de acuerdo a los datos recabados en los certificados médicos realizados a los policías de un sector de policías del Estado de México durante agosto 2016 a diciembre 2017. Elaboración propia.

Por último, es importante recalcar que al menos ocho de los entrevistados viven procesos de adicciones a alguna sustancia psicoactiva como: cocaína, marihuana, piedra y solventes, como lo

mencionan. Reflejo, de alguna manera, del ambiente violento que viven y las condiciones laborales en las que se encuentran.

Confirmando, lo que señala Olivares (2010), las condiciones sociolaborales de los cuerpos policiales y seguridad pública provocaron que en el año 2008 al menos el 71% de policías tuvieran algún problema de salud. Entre ellos obesidad, diabetes, hipertensión, deficiencias o algún problema visual. Además de qué estaban comenzando con las adicciones. De esta forma nos aproximamos a las condiciones laborales que vivencian que afectan en menor o mayor medida, pero que interactuando entre sí, pueden llegar a producir procesos de desgaste.

❖ **PERCEPCIÓN DE SALUD**

Es interesante analizar lo mencionado en cuanto a la salud de los trabajadores de la policía y a lo encontrado en los certificados médicos proporcionados, pues identificamos que la percepción de salud de este colectivo es muy diferente a los registros obtenidos. Antes de ingresar a las FAR los policías no recuerdan haber tenido alguna enfermedad y actualmente mencionan que consideran tener un “buen estado de salud” al igual que sus compañeros.

Aunque profundizando en esta línea, logran analizar que su estado de salud ha ido cambiando en relación con la antigüedad: identifican que conforme pasan los años “ya se han ido deteriorando, no tenemos la misma resistencia de antes, no sé si sea por la edad o porque no comemos bien, o no dormimos bien una noche anterior” (Carlos, comunicación personal, 25 de abril de 2017), esto a nivel personal. En el caso de la salud del grupo, uno de los entrevistados señala: “la salud de mis compañeros con más antigüedad, no es la misma” pues se comenta que “unos ya son diabéticos, otros tienen ácido úrico, colesterol, tienen obesidad y otros más se han echado al vicio, creo que el sobrevivir en este trabajo no es fácil” (Manuel, comunicación personal, 29 de abril de 2017).

Enfermedades y padecimientos que actualmente tienen con el paso del tiempo se van acentuando y normalizando. Además de que las pasan por alto, porque ya lo ven como situaciones normales del trabajo y de su vida diaria; creando una percepción de su salud alejada de la realidad que además a la institución parece no importarle.

❖ **DESARROLLO DE POTENCIALIDADES FÍSICAS E INTELECTUALES**

La idea de incorporar este último apartado, tiene como finalidad visualizar si el colectivo de policías desarrolla potencialidades tanto físicas como intelectuales, sin embargo, de acuerdo a las entrevistas en este colectivo no las desarrollan. Ya que sólo predomina el trabajo físico y subordinado, impuesto por el sistema capitalista, pues sólo utilizan su fuerza fisiológica, lo cual provoca diversas patologías.

Su labor como policías no les permite desarrollarse en lo que a ellos les gustaría, pues algunos hacen mención de querer desarrollarse educativamente, sin embargo, el trabajo no se los permite, dejando sus aspiraciones a un lado.

A lo largo de este capítulo, hemos identificado las condiciones laborales y de salud del colectivo. A través de la información obtenida se presentaron los resultados de las diferentes categorías estudiadas como: el contexto general, el perfil de los policías de las FAR, su organización laboral, funciones y roles laborales, equipo de trabajo, herramientas, infraestructura, jornada laboral, remuneración, prestaciones, medidas de seguridad, cargas laborales, accidentes, alimentación, enfermedades, percepción de salud y el desarrollo de las potencialidades físicas e intelectuales.

Respecto al contexto general, los policías mencionan que según la plantilla de la Institución deberían de laborar un número mayor de personas en las FAR, sin embargo, en la praxis laboran menos de las personas registradas, quienes reciben un sueldo sin realizar sus funciones llamadas

por los entrevistados “voladores”. En cuestión del perfil del policía, se muestra que trabajan personas de 20 a 40 años, la mayoría se encuentran casados y tienen educación secundaria o bachillerato; además de que decidieron ejercer este oficio por la necesidad. En el caso de la organización laboral, funciones y roles, manifiestan que existe una profunda jerarquización, subordinación, abuso de poder y corrupción.

En cuanto al equipo de trabajo y herramientas, comentan que el material que provee la institución es de mala calidad.; así como también la infraestructura que no brinda lo necesario para desempeñar el trabajo como debería ser. Mientras que, en el caso de la jornada laboral, la remuneración y las prestaciones, no son respetados sus derechos. Cabe resaltar que todo lo anterior influye en las medidas de seguridad que viven, en las cargas laborales, los accidentes a los que se exponen, el tipo de alimentación que tienen, las enfermedades que desarrolla y la propia percepción de su estado de salud; todas ellas son situaciones que han ido interviniendo en el oficio de ser policía y que además se han ido normalizando en su vida. Lo anterior pone de manifiesto las deficiencias y limitaciones en las condiciones trabajo y de salud, haciendo necesario ejercer el derecho de exigibilidad de mejores condiciones de trabajo para tener un impacto positivo en la salud del colectivo. Por ello en el siguiente capítulo se abordan las conclusiones más relevantes, así como propuestas.

CAPÍTULO 8

CONCLUSIONES

8. CONCLUSIONES

Como sabemos, los policías a lo largo de la historia han actuado como cuerpos represivos por las funciones que realizan, haciendo uso de la fuerza para restablecer el orden. Sin embargo, en esta investigación se evidencia que ellos también se encuentran sujetos a represión, abuso de poder y corrupción por parte de los jefes, porque institucionalmente así se reproduce este colectivo. En este caso las condiciones deplorables de trabajo en las que se encuentran, juegan un papel determinante que les impide llevar a cabo sus funciones adecuadamente con consecuencias negativas para su salud.

Para nuestra investigación elaboramos categorías de análisis con la finalidad de recolectar información sobre las condiciones de trabajo y salud del colectivo de estudio. Retomamos algunos elementos del modelo analítico propuesto por Asa Cristina Laurell como son las cargas laborales y el desgaste, además de indagar en otros elementos que nos permitieran analizar las condiciones laborales y de salud de trabajadores del sector terciario como es el caso del colectivo de policías que brinda servicios a la sociedad.

A continuación, se desarrollan las conclusiones más relevantes de esta investigación.

Principales hallazgos sobre las condiciones de trabajo y de salud de los policías conforme a las categorías de análisis:

Se entrevistó a diez policías varones pertenecientes al grupo de Fuerzas de Apoyo y Reacción, del municipio de Ecatepec, Estado de México, cuyas edades oscilan entre los 27 y los 40 años. La mayoría de ellos con una escolaridad media superior, principalmente casados y con hijos. Con una antigüedad laboral desde los cinco hasta los 20 años.

Uno de los primeros datos referidos por los entrevistados da cuenta que el número de policías que están registrados por turno en la comisión no corresponde al número de policías que laboran, cifra que impacta en la sociedad ya que no se cuenta con el personal necesario para garantizar la seguridad, además de poner en evidencia la corrupción que históricamente ha permeado en las corporaciones policiacas, en este caso por los llamados “voladores”.

Este colectivo se encuentra caracterizado por una profunda jerarquización institucional dado que hay altos mandos que ejercen el poder y personal operativo subordinado. Las funciones de los policías están supeditadas a las decisiones de sus superiores y sólo se obedecen órdenes. Situación evidente en el caso de las puestas a disposición que deben cubrir los policías, si no cumplen con ellas tienen el riesgo de recibir castigos (arrestos) o tener que pagar la cuota por este documento.

En cuanto a la organización laboral encontramos que existe poca comunicación entre las áreas (a excepción de la estrecha relación entre los altos mandos) y una distribución desigual de las funciones; el área administrativa es insuficiente y el área operativa se encuentra desorganizada.

Las FAR tienen funciones poco claras y las pocas funciones que hay no se cumplen. Los datos aportados por los policías evidencian la corrupción administrativa existente en este colectivo, en donde los únicos beneficiados son los altos mandos. Un ejemplo de ello, son las promociones o ascensos, cuya área responsable no cumple la función de notificar en tiempo y forma sobre los requerimientos para acceder a estas prestaciones.

Referente al equipo de trabajo se encontró que los uniformes que se les proporcionan son de mala calidad, insuficiente y obsoletos. La mayoría de ellos, se encuentra en malas condiciones o no funcionan, haciendo que los policías se expongan a diferentes riesgos y enfermedades de trabajo.

De la misma forma, las herramientas con las que cuentan se encuentran en mal estado, caducas o no se les da mantenimiento, haciendo que se expongan a situaciones peligrosas o accidentes. En ocasiones ellos mismos tienen que comprar sus herramientas o reponerlas si las extravían, representando un gasto extra para su bajo salario.

En cuanto a la infraestructura interna ésta se encuentra en malas condiciones y sin mantenimiento. Las instalaciones no cumplen las funciones para las que fueron diseñadas, el caso más claro es el área del comedor, ya que los entrevistados manifestaron que rara vez lo utilizan pues consideran que no se les proporciona una alimentación adecuada. En el caso de otras áreas como los baños, dormitorios y el mismo comedor se encuentra en condiciones insalubres. Asimismo, hacen falta áreas indispensables para la atención médica y psicológica del personal. En conclusión, no se garantizan buenas condiciones que permitan realizar adecuadamente el trabajo de los policías.

El ambiente externo, en donde los policías pasan la mayor parte de su jornada laboral, los enfrenta a situaciones de riesgo ya que Ecatepec es uno de los municipios con mayor incidencia delictiva, además de estar sujetos a diferentes condiciones climáticas y al tipo de servicio al que se presenten.

En cuanto a la categoría “jornada laboral” encontramos que principalmente son extenuantes (trabajan más de 8 horas,) y mal remuneradas. Los tiempos de duración varía dependiendo de las necesidades del Estado por lo que los entrevistados refieren que se suele trabajar días y horas extras incluso sin paga y con repercusiones para su salud, trastornando su círculo circadiano. Para cumplir con este extenuante tiempo de trabajo hacen uso de sustancias psicoactivas (alcohol, solventes, etc.) lo que ha provocado que se desencadenen adicciones.

Respecto a sus ingresos, oscilan entre los \$4000 y \$8500 pesos dependiendo de las prestaciones que tenga cada policía, estos son insuficientes para cubrir las necesidades básicas de ellos y de su

familia. Cuentan con escasas promociones que les garantice un mejor sueldo ya que los puestos que se ofrecen no están al alcance de todos.

Por otro lado, se encontró que este colectivo cuenta con las prestaciones de ley, sin embargo, estas son insuficientes, por ejemplo, no cuentan con un seguro de vida que los proteja ante los riesgos inherentes a su trabajo.

Otra categoría importante que encontramos, son los derechos con los que cuentan como policías. Como lo mencionaron en las entrevistas, los desconocen o no se cumplen: no tienen un salario digno, no hay un trato respetuoso, no reciben capacitaciones, no reciben uniformes y no existe asesoría legal en caso de requerirla.

Con referencia a las medidas de seguridad prácticamente son nulas, desconocen los protocolos de seguridad, lo único que saben es cuidarse a sí mismos y confiar que el compañero les cuide las espaldas. Ante situaciones que vulneran la integridad de los trabajadores, los altos mandos culpan al policía de no hacer bien su trabajo.

Asimismo se detectó que este colectivo se encuentra expuesto a cargas tanto internas como externas que perjudican su salud y se traducen en desgaste, desde problemas en el sistema músculo esquelético, como problemas digestivos, bucales, respiratorios y problemas psíquicos que se evidencian en las enfermedades que han comenzado a desarrollar y que antes de ingresar a esta corporación no padecían. De la misma forma se arriesgan a accidentes inesperados por las condiciones a las que continuamente están expuestos.

En el rubro de alimentación encontramos que ésta es insuficiente, no es variada, ni nutritiva con alto contenido calórico y sin horarios habituales para hacer la ingesta de comidas, por lo que consumen lo que encuentran a su alcance.

En cuanto a las enfermedades y padecimientos encontramos que existen semejanzas entre las que se señala en los certificados y las referidas en las entrevistas por los policías, principalmente en relación al aparato digestivo. Sin embargo, también se detectaron padecimientos que ellos mismos desconocían como fue la obesidad, el sobrepeso y las caries, que se identificaron a partir de la auscultación.

Es interesante resaltar que no existe una correspondencia respecto a lo encontrado en los exámenes médicos y la información que nos proporcionaron en las entrevistas en cuanto a la percepción de su salud; pues dicen sentirse bien pero en lo que refieren en los certificados muestran diversos padecimientos. A pesar de padecer diversas enfermedades terminan naturalizándolas, es decir, aceptando lo que sienten y lo que viven como condiciones habituales. Se han adaptado a esta forma de vivir y aceptan estas condiciones de trabajo en su día a día como situaciones normales, por lo que consideran “estar bien”.

De esta forma se evidencian las deplorables condiciones laborales y de salud de los policías, dando pauta a que nuestra hipótesis señalada en la selección del tema de investigación, se compruebe en el cuerpo del análisis. Aunque este tipo de estudio no logra establecer una correlación entre las categorías del estudio, si se realiza una aproximación desde la mirada de la promoción de la salud.

Con base a nuestro estudio concluimos que:

1. El proceso salud enfermedad es un hecho biológico-social, es decir, es un proceso complejo que se manifiesta en lo biológico, pero que está determinado por las condiciones sociales, políticas, económicas y culturales y sólo puede ser entendido desde el contexto que lo determina. En nuestra investigación, en el caso de los policías, para entender su salud es necesario revisar sus condiciones

de trabajo, lo que permite ver que algunas de las enfermedades y accidentes son producto de las cargas laborales a las que están sujetos.

Asimismo estas condiciones de trabajo deben ser entendidas en su contexto y en el sistema en el que están inmersos como trabajadores del Estado. Por tanto, las condiciones de trabajo no pueden analizarse como aspectos aislados, se necesita analizar el sistema que las genera.

2. También podemos concluir que **el trabajo es un factor determinante en el proceso de salud-enfermedad**, pues así como puede favorecer el desarrollo humano también puede causar enfermedades. Específicamente hablando de este colectivo, pudimos observar que no se favorece sus potencialidades ni físicas ni intelectuales dado que su labor no les permite desarrollarse en lo que a ellos les gustaría, la mayoría entró a la Institución por la necesidad de conseguir mejores ingresos.

Aunque no se llevó a cabo un estudio de correlación entre trabajo y salud, podemos ver que las condiciones de trabajo si están influyendo en la salud de los policías, dado que se manifiestan enfermedades relacionadas con las largas jornadas de trabajo, con la mala alimentación, con el uso de herramientas de trabajo en mal estado, con la falta de medidas de seguridad, y con la dinámica de trabajo caracterizada por una posición subordinada, abusos de poder y hostigamiento para proteger intereses de los altos jefes.

3. Creemos que **la promoción de la salud debe profundizar en el análisis de la relación trabajo-salud desde un marco más amplio**. Si bien la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS ha abordado el “trabajo” como una determinante social en el proceso salud-enfermedad, lo ha hecho como un factor aislado, sin analizar el sistema a nivel macro, como si lo hace la propuesta de la determinación social de la salud.

Es importante resaltar que también identificamos que desde la corriente de la determinación social de la salud existe la dificultad en el nivel micro para hacer cambios que modifiquen las condiciones de vida de los policías, ya que se cae nuevamente en propuestas relacionadas con los estilos de vida saludables responsabilizando al individuo.

4. Consideramos que **la relación trabajo-salud debe ser una línea de investigación de nuestra profesión**, ya que la Promoción de la Salud puede estudiar a las poblaciones como colectivos y no como individuos aislados, mirando a la salud y la enfermedad de una forma dialéctica, entendiendo el momento histórico y haciendo énfasis en que los procesos sociales e históricos, entre ellos el trabajo, corresponden a un sistema y son determinantes del proceso salud-enfermedad.

Es por eso que nos dimos a la tarea de realizar las siguientes **propuestas desde un nivel macro a un nivel micro**. A) Principalmente a partir del Estado, posteriormente B) desde lo institucional, es decir, de la propia agrupación policial y por último C) desde nuestro campo profesional como Promotoras de la Salud.

A) Redireccionar el papel del policía en México, además de la destitución de los núcleos de poder que existen en las macro esferas y micro esferas sociales (la realidad es ir en contra del sistema). Sabemos que es algo muy ambicioso, sin embargo, consideramos que es lo que se tendría que hacer para que realmente se dé un cambio en las condiciones laborales y de salud de los policías.

Asimismo, impulsar políticas públicas enfocadas en este colectivo, que busquen mejorar de forma integral sus condiciones laborales. Realizar auditorías a las instituciones y vigilar que se cumpla con jornadas de trabajo adecuadas, remuneración acorde a su trabajo, además de la profesionalización constante.

B) Buscar que el colectivo se organice para exigir sus derechos laborales y normativos (con prestaciones adecuadas, días de asueto, seguro de vida, herramientas de trabajo e instalaciones adecuadas, pago de horas extra, capacitaciones constantes y medidas de seguridad adecuadas). Esto con la finalidad de que el colectivo alcance el cumplimiento cabal de sus derechos laborales.

C) Por último desde nuestra formación como Promotoras de la Salud proponemos que se realicen más investigaciones en aspectos que nuestro estudio no profundizó ya que lo que se pretendió fue describir las condiciones laborales y de salud de los policías. Consideramos, que a partir de las fichas de identificación que se realizaron, podría ser interesante conocer la relación que tienen las condiciones de vida con la salud, para ofrecer propuestas desde este eje. Así también a través de estudios longitudinales se podría analizar el impacto que las condiciones de trabajo tienen en la salud de los trabajadores de este colectivo, donde se pueda analizar la relación causal entre el trabajo que desempeñan y las enfermedades que han desarrollado a partir de él.

5. En cuanto a los **elementos que la licenciatura nos aportó y los desafíos en relación a la investigación** podemos decir que:

Desde nuestra práctica profesional, con esta investigación pudimos en primera instancia desarrollar capacidades teórico metodológicas, que el aula no nos provee y el trabajo en campo sí. En el caso particular de las condiciones laborales y de salud del colectivo de policías de Ecatepec con el que se trabajó, a través de la investigación nos permitió mostrar la realidad que viven a diario desde otra mirada.

Asimismo, conseguimos analizar el proceso salud enfermedad desde una visión social, lo que nos permitió identificar necesidades y problemas a las que se enfrentan en su labor como policías, y a

partir de ello, pensar en líneas generales que puedan contribuir a realizar, en un futuro, propuestas encaminadas a mejorar sus condiciones de trabajo y de salud.

En cuanto a nuestra licenciatura, la Promoción de la Salud nos aportó una visión más crítica y humanista, anteponiendo a las personas por sobre todas las cosas. Nos permitió entender sus transformaciones desde una visión biomédica a una más social, teniendo la capacidad de interactuar con otras disciplinas. También identificamos que la mayoría de las prácticas de Promoción de la Salud se realizan sin una referencia teórica clara, ni un marco explicativo que permita reconocer los alcances y limitaciones que esta formación pueda tener en un plano práctico.

Por otra parte podemos hacer una **crítica a nuestro proceso formativo como Promotoras en Salud**, ya que revisando el plan de estudios, consideramos que faltan más cursos en torno a metodología de la investigación, técnicas y herramientas que nos permitan desarrollar adecuadamente investigaciones de cualquier índole.

Es importante señalar que los cursos impartidos durante la licenciatura nos han brindado conocimiento, habilidades y actitudes que fuimos desarrollando a lo largo de este recorrido. Consideramos que hubo materias que nos brindaron herramientas teórico metodológicas para la investigación, por ejemplo, metodología de la investigación aunque podría profundizar en el uso de técnicas y la elaboración de instrumentos de recopilación de información. Otra asignatura importante es bioestadística, cuyos contenidos permiten tener nociones básicas para la elaboración de estudios cuantitativos, sin embargo, no se profundiza en los tipos de muestreo, la selección de la muestra, por poner algunos ejemplos.

Creemos también que el Seminario de Elaboración de Trabajos Recepcionales, debe ser una asignatura obligatoria dentro del plan de estudios, a partir de séptimo semestre, ya que puede ser una herramienta de gran utilidad para futuras generaciones.

Por último, pensamos que se tendría que reestructurar el plan de estudios, así como también el enfoque de la carrera, donde se podría incluir entre otras líneas la “Determinación social de la salud”, dado que esta visión permite aportar soluciones desde esferas macro, visualizando lo que ocurre entre el cuerpo humano y la estructura social, como forma de demostrar que se requiere la interrelación dialéctica.

Es necesario señalar que nuestra investigación cumplió con el objetivo principal, el cual era conocer y analizar las condiciones de trabajo y de salud de los policías de Ecatepec, Estado de México y el cual dio lugar a puntos relevantes que se expusieron en estas conclusiones, brindando una visión integral que otras investigaciones no han abordado.

REFERENCIAS

REFERENCIAS:

Agudelo, A. (2014). Historia de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Recuperado el 20 de enero de 2017 de <https://line.do/es/historia-de-la-seguridad-y-salud-en-el-trabajo/93u/vertical>.

Aguilar, M. (abril, 2016). Curso básico de defensa personal uso de Tonfa, PR-24 o Tolete. Guardia de seguridad. [Entrada de blog] Recuperado de <https://seguridadprivadahz.blogspot.mx/2016/04/manual-basico-de-defensa-personaluso.html>

Alberola, V. (s.f). “*El síndrome de anorexia-caquexia*”. Servicio de Oncología Médica Hospital Arnau de Vilanova. Valencia, 129.

Althusser, L. (1989). *Ideología y aparatos ideológicos de Estado (Notas para una investigación). La filosofía como arma de la revolución*. 18ª. Ed. México: Siglo XXI.102-151.

Aquiahuatl, J. (2015). La puesta a disposición de los detenidos ante el MP. Recuperado el 25 de noviembre de 2017 en <http://gentetlx.com.mx/2015/04/07/la-puesta-a-disposicion-dedetenedos-ante-el-mp/>.

Arias, W. (2012). Revisión histórica de la salud ocupacional y la seguridad industrial. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. Universidad Católica de San Pablo, 13 (3), 45-52.

Arredondo, A. (1992). Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud Enfermedad. *Cad. Saúde Públ.*, 3 (8), 254-261.

Arteaga, N (2000). Padecimiento y enfermedad en la policía: un estudio de caso. *El Cotidiano*. Recuperado el 20 de agosto de 2016 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32510308>. DOI: ISSN 0186-1840.

- Aruj, P. *et al.* (2011). Disnea: aspectos fisiopatológicos y aproximación diagnóstica. 7 (1), 84. Recuperado el 03 de febrero de 2017 de http://educacion.sac.org.ar/pluginfile.php/2820/mod_page/content/2/83-101-prosac7-1.pdf
- Ávila, G. (2009). La trampa del chaneque. *Revista EntreVerAndo, Miscelánea*. 52-28. Recuperado el 20 de marzo de 2017 de http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/8939/1/mis3_p5258_2009-3.pdf. Ávila, M. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. *Acta médica costarricense*, 51 (2), San José-Costa Rica. 71-73.
- Azaola, E. (2008). *Crimen, Castigo y violencias en México*. Recuperado el 03 de julio de 2018 de <http://www.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/40755.pdf>
- Azaola, E. y Ruiz, M. (2010). Papeles policiales: abuso de poder y eufemismo punitivo en la Policía Judicial de la Ciudad de México. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. *Revista Desacatos*, (33), 95-100.
- Baeta, M. (2015). Cultura y modelo biomédico: Reflexiones en el proceso salud-enfermedad. *Revista comunidad y salud*, 13(2). 81-83. ISSN: 1690-3293
- Blanco, J, y Sáenz, O. (1994). “*El tema de condiciones de vida y salud*”. Espacio urbano y salud. México: Universidad de Guadalajara.
- Blanco, J. (2005). *Fundamentos de la Salud Pública*. Colombia: Fondo Editorial CIB.

- Borde, E., Concha-Sánchez, S., Eslava-Castañeda, J. y Morales, C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista Salud Pública*, 6 (15), 797-808.
- Botella, M., Rico, F. y Vargas, L. (2001). Medicina y teorías de la enfermedad en el viejo mundo. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 13(3). 178-195.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, Supl. 1 (31), S13-S27.
- Brufao, C. (1994). Una aproximación a las enfermedades profesionales del policía. *Cuadernos de trabajo social No. 7*. Madrid: Ed. Universidad Complutense.
- Buck, C. (1996). Después de Lalonde: La creación de la Salud. En *Promoción de la Salud: Una antología. Publicación Científica*, (557). Washington: OPS. 6-14.
- Carañana, J. (2012). La teoría y la práctica en la universidad medieval. *Cuadernos del Instituto Antonio de Nebrija*. 139-161. Recuperado el 10 de abril de 2018 de <http://eprints.ucm.es/24144/1/Pedro%20%282012d%29.pdf>.
- Carmona, L., Escudero, J. y López, O. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina social*, 3(4). Recuperado el 15 de abril del 2018 de <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/260/538>.
- Carmona, M. *et al.* (2005). La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista Ciencias de la Salud*, 3 (1) Bogotá, Colombia. 62-77.

- Carrillo, I. (s.f). El control social formal. Recuperado el 10 de julio de 2018 de <http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/facdermx/cont/209/dtr/dtr3.pdf>.
- Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. (agosto, 2015)
Bangkok, Tailandia.
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. (noviembre, 1986). Ottawa, Canadá.
- Castro, J. (2013). Promoción de la salud. En: González, R. et al. *Promoción de la Salud en el Ciclo de Vida*. 2ª. Ed. Mc Graw Hill. México, D.F. 17-33
- Chapela, M. (2007). Quinto aspecto: ¿Qué Promoción de la Salud ha fracasado?, México: UAM-X.
- Chapela, M. y Jarillo, E. (2001). Promoción de la salud, siete tesis del debate. *Cuadernos médico sociales*. México. (79), 59-69
- Comisión de Derechos Humanos del Estado de México (s.f.). Derechos y obligaciones de las instituciones de Seguridad Pública. Recuperado el 28 de diciembre de 2017 de <http://www.codhem.org.mx/localuser/codhem.org/difus/policias.pdf>
- Comisión Estatal de Seguridad Ciudadana (2014). Recuperado el 30 de septiembre de 2016 de <http://ces.edomex.gob.mx/>.
- Comisión Estatal de Seguridad Ciudadana (2016). Recuperado el 08 de septiembre de 2016 de <http://ces.edomex.gob.mx/>.
- Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe, Puerto España. (junio, 1993). Trinidad y Tobago.

Conferencia de Sundsvall. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: Entornos Propicios para la Salud. (junio, 1991). Sundsvall, Suecia.

Conferencia Global en Promoción de la Salud. (octubre, 2009). Nairobi, Kenya.

Conferencia Global sobre Promoción de la Salud Helsinki. (junio, 2013). Helsinki, Finlandia.

Conferencia Internacional de Promoción de la Salud Santa Fe de Bogotá. (noviembre, 1992). Santa Fe de Bogotá, Colombia.

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. (septiembre, 1978). Alma-Ata, URSS.

Conferencia Internacional Sobre Promoción de la Salud Adelaide. (1988). Adelaide, Australia.

Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: La promoción de la salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. (noviembre, 2016). Shanghái, China.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2018). Medición de la pobreza. Recuperado el 18 de julio de 2018 en <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobreza-municipal.aspx>.

Czeresnia, D. (1999). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. Recuperado el 21 de abril de 2017 de http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/czeresnia__dina__el_concepto_de_salud_y_la_diferencia_entre_prevenccion_y_promocion.CONCEPTO_DE_SALUD_DIFERENCIA_ENTRE_PROMOCION_Y_PREVENCION.pdf

Declaración de Caracas. (noviembre, 1990). Caracas, Venezuela.

Declaración de Riga. (marzo, 1988). Riga, URSS.

Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. (julio, 1997). Yakarta, República de Indonesia.

Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud. (junio, 2000). Ciudad de México, México.

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). Recuperado el 30 de noviembre de 2017, en http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf.

Diario Información. (2017). Consecuencias para la salud del trabajo a turnos. Recuperado 29 de noviembre de 2017 de <http://www.diarioinformacion.com/vida-yestilo/salud/2017/09/22/consecuencias-salud-trabajo-turnos/1938523.html>

Edomex Al Día, (2012, 25 de julio). Cumple Edomex con estándares en cuanto a policías por habitante. Recuperado el 25 de enero de 2017 de <http://www.edomexaldia.com.mx/2012/07/cumple-edomex-con-estandares-en-cuanto-a>

Engels, F. (2008). *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*. Recuperado el 13 de enero de 2017 de https://www.marxists.org/espanol/m-e/1880s/origen/el_origen_de_la_familia.pdf. (Trabajo original publicado en 1884).

Engels, F. (2012). *La situación de la clase obrera en Inglaterra. Bruselas*. Recuperado el 25 de marzo de 2018 de <http://es.scribd.com/doc/98041536/situacion-de-la-clase-obrera-en-Inglaterra-pdf>. (Trabajo original publicado en 1845).

Erice, F. (2012). “¿Qué es el Marxismo?”. 1ª Ed. Comité Federal, Secretaria de Formación, Vol.1. 5-7 Recuperado el 12 de enero de 2018 de <file:///E:/marx%20y%20federico.pdf>

Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI.

- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Revista Educación Médica y Salud*, 11 (1).
- Gabaldón, L. (2015). La coacción entre lo público y lo privado. *Revista Espacio Abierto*. 24(3), 5-15. Recuperado el 30 de junio de 2018 de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5300447.pdf>
- García J. (1983). “*La categoría trabajo en medicina*”. Texto Publicado en Cuadernos Médicos Sociales No. 23. CESS, Rosario. “*II Jornadas de Atención Primaria a la Salud*”, organizadas por la Asociación de Médicos Residentes. Buenos Aires, Argentina.
- Gomero, R. *et al.* (2006). Medicina del Trabajo, Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente y Salud Ocupacional. *Revista Med. Hered*, 17 (2), Lima, Perú. 105-107.
- Gómez, C., Lugo, C. y Vázquez, M. (2002). *Historia universal 1 “De la antigüedad al renacimiento*. México: Editorial Limusa S.A de C.V Grupo Noriega Editores.
- Gómez, L. (2017, 20 de enero). Jefe de servicios de las Fuerzas de Apoyo Reacción. Comunicación telefónica. Edomex, México. Realizada por: Castellanos, E.
- González, M. (2009). Empoderamiento ciudadano en la gestión pública local. Instituto Latinoamericano de Investigación Social, Caracas. Recuperado el 10 de julio de 2018 de <http://www.ildis.org.ve/website/administrador/uploads/EmpoderamientoCiudadanoMGM.pdf>
- González, N. (2016). Hospital universitario: Fundación Jiménez Días. Unidad multidisciplinar del sueño. Insomnio e hipersomnolencia. Recuperado el 15 de noviembre de 2017 de <https://www.fjd.es/es/cartera-servicios/especialidades-medicas/neumologia/unidadmultidisciplinar-sueno/trastornos-sueno/insomnio-hipersomnolencia>

González, R. (2009). La medicina social ante el reporte de la Comisión de las Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Medicina social*, 4(2). 135-143. Recuperado el 18 de abril de 2013 de <http://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/315/652&a=bi&pagenumber=1&w=100>.

Grabmann, M. (1928). Historia de la filosofía medieval. [Traducción de Salvador Minguijón. Transcripción del texto publicado por Editorial Labor SA]. Recuperado de https://scholar.google.com.mx/scholar?rlz=1C1AVNE_enMX699MX699&um=1&ie=UTF&lr&q=related:dt_z1D_mBLi_VM:scholar.google.com/#d=gs_cit&p=&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3Adt_z1D_mBLgJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Des

Guerrero, L. y León, A. (2008). Aproximación al concepto de Salud. *Revista histórica Fermentan. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18 (53), 610-633.

Haro-Reyes, D. (2013). Reflexión sobre los derechos de los policías en México. *Revista de Criminalidad*, 55(1). 153-164.

Hegel, F. (1968). *Filosofía del derecho*. Recuperado el 15 de enero de 2017 de <http://upcndigital.org/~ciper/biblioteca/Filosofia%20moderna/Hegel%20%20Filosofia%20del%20Derecho.pdf>

Hernández, J. y Salgado S. (2010). *El Renacimiento y la Nueva Ciencia*. Duererías, Cuadernos de filosofía. Recuperado el 10 de enero del 2017 de <http://guindo.pntic.mec.es/ssag0007/filosofica/renacimientoynuevaciencia%20copia.pdf>.

Hernández, R. et al. (2006) *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Hernández, R. *et al.* (2014) *Metodología de la investigación*. 6ª Ed. México: Mc Graw Hill.

Hyemin J. *et al.* (2013). Ambiente laboral violento y salud mental en los policías de la Zona Metropolitana de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Departamento de Salud Pública. *Revista Waxapa*, 1(8).

Imbert, J. (1994). Historia de la infección y el contagio. *Revista Elementos*, 20 (3). 37-44.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), (2017). Índice de masa corporal. Recuperado el 15 de mayo de 2017 de http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/tablas_imc/hombres_imc.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Banco de indicadores. Recuperado el 19 de abril de 2018 de <http://www.beta.inegi.org.mx/app/indicadores/?t=00700010000000000&ag=00#tabMCcollapse-Indicadores>.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Encuesta intercensal 2015. Recuperado el 12 de julio de 2018 de <http://www.inegi.org.mx/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Personal de seguridad pública y justicia. Cifras absolutas. Recuperado el 19 de abril del 2018 de <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/personal/>.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015. Recuperado el 12 de julio de 2018 de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/estados2015/702825079802.pdf.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). “Estadísticas a propósito de... Los policías y agentes de tránsito” Datos nacionales. Recuperado el 19 de abril de 2018 de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/agentes2017_Nal.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). Encuesta Nacional de Seguridad Pública Urbana 2018. Recuperado el 15 de julio de 2018 de <http://www.beta.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=4286>.

Jaramillo-Antillón, J. (2001). Evolución de la medicina: pasado, presente y futuro. *Revista Acta Médica Costarricense*, 43(3). 104-113.

Kickbusch, I. (1996). El autocuidado en la promoción de la salud. *En: Promoción de la salud: una antología*. OPS/OMS. Publicación científica (557), Washington, D.C.-EUA. 235-236

Laín, P. (1978). *Historia de la medicina*. España: Salvat Editores, S. A.

Lalonde, M. (1996). El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense. *En: Promoción de la salud: una antología*. OPS/OMS. Publicación científica (557), Washington, D.C.-EUA. 3-5.

Laurell, A. (1978). Proceso de trabajo salud. *Cuadernos Políticos*, (17), México: ERA, julio-septiembre; 59-79.

Laurell, A. (1982). La salud enfermedad como proceso social. *Cuadernos médicos sociales*, (19), 1-11. Recuperado el 28 de agosto de 2016 de <http://www.hospitalalvear.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf>

Laurell, A. (1989). Para el estudio de la salud en relación con el proceso de producción. *En: La Salud en la fábrica*. México: ERA, 65-92.

Ley Federal del Trabajo (2015). Recuperado el 20 de diciembre de 2017 en www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_120615.pdf

López O., y Blanco J., (2003), “Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones”. *En Salud Problema, Nueva Época*, 8 (14-15). 7-16.

López, E. (2000). *La policía en México: función política y reforma*. México: Smith Richardson Fundación.

Manual Básico del Policía Preventivo (2009). Recuperado el 25 de noviembre de 2016 de <http://www.ipesad.edu.mx/repositorio1/BG-B28-4.pdf>.

Manual de Organización de la Secretaría de Seguridad Ciudadana (2013). Recuperado el 18 de Enero de 2017 de <http://www.secogem.gob.mx/documentos/BI/SSC/MANUALGRALORGANIZACIONGACETA.pdf>.

Marchiori, P. (2006). Una introducción al concepto de promoción de la salud. En: Czeresnia, D. y Machado De Freitas, C. *Promoción de la Salud: conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires, 19-44. Recuperado el 02 de abril de 2017 de: <http://es.scribd.com/doc/103291750/Una-introduccion-al-concepto-de-Promocion-de-la-Salud-Paulo-Marchiori-Buss>.

Marx, K. (1975). *El capital*. Siglo XXI, México, D.F., vol.1. Recuperado el 12 de abril de 2017 de http://www.elsarbresdefahrenheit.net/documentos/obras/476/ficheros/KM_capital_libro1.pdf. (Trabajo original publicado en 1867).

- Marx, K. (1975). *El capital*. Siglo XXI, México, D.F., tomo 1, vol.2. Recuperado el 12 de abril de 2018 de http://marxismo.school/files/2017/09/Marx_El-capital_Tomo-1_Vol.-2.pdf. (Trabajo original publicado en 1867).
- Mejía, L. (2013). Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, (31). 28-36.
- Menéndez, E. (1983). Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y auto atención (gestión) en salud. *Cuadernos de la Casa Chata*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, (86). México. 1-13.
- Menéndez, E. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. En: *Estudios Sociológicos de El Colegio de México*, 16 (46). México. 48-57.
- Mercer, H. (1978). La medicina social en debate. *Cuadernos Medico Sociales*. Rosario, Argentina. (42)
- Miguelés, R. (2017). ¿Cuánto es lo mínimo para mantener una familia mexicana? *El universal*. Recuperado el 20 de noviembre de 2017 de: <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/cartera/economia/2017/02/16/cuanto-es-lo-minimo-para-mantener-una-familia-mexicana>
- Morales, C. *et al.* (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxológicas. *Revista Salud Pública*, 15(6), 797-808.
- Moreno, H. (2009). Salud laboral: Orígenes, evolución e importancia en el trabajo. *Hospitalidad-ESDAI*, 91-107. Recuperado el 30 de noviembre de 2016 de

http://files.uladech.edu.pe/Virtual_Educa/DARES_PL_2010/sesion4/salud%20laboral.pdf

Nidec defense group, (s. f). 30 aspectos fundamentales de tu chaleco antibalas. Recuperado el 15 de diciembre de 2017 en <http://www.nidec.es/descargas/30aspectosdetuchalecoantibalas.pdf>

Nieto, H. (s.f). Salud laboral. Recuperado el 21 noviembre de 2016 de http://www.fmed.uba.ar/depto/sal_seg/salud_laboral1.pdf.

Olivares, E. (2010). *Condiciones sociolaborales de los cuerpos policiales y seguridad pública. Análisis político*. México: Friedrich Ebert Stiftung.

Organización Internacional del Trabajo (s.f). La OIT: Qué es, Qué hace. pp. 4-6. Recuperado el 25 de enero de 2017 de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/--webdev/documents/publication/wcms_082366.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2005). Determinantes sociales de la salud. Recuperado el 08 de noviembre del 2016 de http://www.who.int/social_determinants/es/.

Osorio, J. (2004). *El estado en el centro de la mundialización*. México: Fondo de Cultura Económica.

Ozollo, J. (2005). *Marx y el estado, Determinantes sociales del pensamiento de Karl Marx*. Recuperado el 27 de noviembre 2016 de bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/2687/marxy-el-estado-final-1.pdf.

Parafita, D. (s.f). Recorrido histórico sobre las concepciones de salud y enfermedad. Universidad de Uruguay. Recuperado el 10 de noviembre del 2016 de

https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficharecorridohistoricodelasconcepcionesdeSE1.pdf

Palacios, M. (s.f). Similitudes y diferencias entre salud en el trabajo y medicina del trabajo: objeto de estudio y construcción del conocimiento. *Departamento de Salud Pública*, Facultad de Medicina, UNAM-México.

Pérez, E. (2011). La protección socio jurídica laboral de los policías en México. *Revista Jurídica Jalisciense*. 2 (43, 44 ,45). 123-148.

Pérez, R. (1995). De la magia primitiva a la medicina moderna. Recuperado el 25 de octubre de 2016 de bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/154/html/sec_8.html.

Pérez, S. (2012). Proceso de trabajo y proceso de valorización. Referencia presentada en el Seminario del Campo Freudiano de Barcelona, el 26 de noviembre de 2011. Recuperado el 19 de abril de 2017 de <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=440&rev=55&pub=1>. Piña, B. (1990). “*Modelos de explicación sobre la determinación del proceso salud-enfermedad*”. Factores de riesgo en la comunidad; Tomo I. México, D. F.: Universidad Autónoma de México.

Policía Federal (2015). Dirección general de comunicación social. Recuperado el 23 de enero de 2017 de http://www.ssp.gob.mx/portalWebApp/wlp.c?__c=7f9 policías-por-habitante/.

Ponce, C. y Rodríguez, R. (2007). *Medicina integrada*. Recuperado el 11 noviembre de 2016 de www.emagister.com/uploads_courses/Comunidad_Emagister_64083_64083-1.pdf

- Ponte, C. (s.f). Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente. Recuperado el 01 de septiembre de 2016 de http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf
- Puigbó, J. (2002). Aulus Cornelius Celsus (25 a. C. - 50 d. C.) "De Medicina". *Gaceta Médica de Caracas*, 110(4), 517-539. Recuperado el 28 de marzo 2017 de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036747622002000400009&lng=es&tlng=es.
- Real Academia Española (RAE). (2013). Recuperado el 05 de julio de 2017 de <http://definicion.de/plusvalia/>
- Real Academia Española (RAE). (2016). Recuperado el 02 de abril de 2017 de <http://dle.rae.es/?id=K4C1FA>
- Restrepo, H. (2001). Conceptos y definiciones. En: *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable*. 1ª. Ed. Médica Internacional. Bogotá, D.C. Colombia, (26).
- Revueltas, A. (1988). *El Estado Moderno Mexicano*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Reyes, I. (2015). Historia natural de la enfermedad. Recuperado el 07 abril de 2017 de hitorianaturaldelaenfermedad.blogspot.mx/2015/09/historia-natural-de-la-enfermedad.html

- Robinson, W. (abril, 2015). Teoría sobre el capitalismo global y nueva economía global, Ciclo de conferencias de “Reflexiones sobre una teoría de capitalismo global”. Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM, México.
- Rojas, R. (1988). Sociología Médica. México, D.F.: Plaza y Valdés. 13-58.
- Rojas, R. (2013). *Guía para realizar investigaciones sociales*. México: Plaza y Valdés.
- Romero y Huesca, A. *et al.* (2011). Galeno de Pérgamo: Pionero en la historia de la ciencia que introduce los fundamentos científicos de la medicina. *Mediagraphic*, 6(4). 218-225. Recuperado el 20 de junio de 2017 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2011/bc114g.pdf>.
- Rosen, G. (1985). “De la policía médica a la medicina social”. México: Siglo XXI. 77-137.
- Salazar, P. (2010). El estado moderno en México. Recuperado el 30 de noviembre de 2016 de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2873/19.pdf>.
- Secretaria de desarrollo Económico (2018). Cuadro comparativo de precios de productos básicos correspondientes a la 4^a semana de marzo y primera semana de abril de 2018. Recuperado 20 de abril de 2018 de <http://www.sedeco.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Canasta%20Basica/Seguimiento%20Diario/2018/Abril/Comparativo%20Primera%20Semana%20de%20abril%202018.pdf>
- Secretaria de Turismo del Distrito Federal (s.f). Recuperado el 20 de enero de 2017 de <http://www.mexicocity.gob.mx/contenido.php?cat=11100&sub=4>.
- Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2017). “Incidencia delictiva del fuero común 2017”, Centro nacional de información. Recuperado el 14 de julio de 2018

de

http://secretariadoejecutivo.gob.mx/docs/pdfs/estadisticas%20del%20fuero%20comun/Cieisp2016_112017.pdf

Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2017). “Información delictiva y de emergencias con perspectiva de género”, Centro nacional de información. Recuperado el 20 de julio de 2018 en http://secretariadoejecutivo.gob.mx/docs/pdfs/nueva-metodologia/Info_delict_persp_genero_DIC2017.pdf

Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2017). Incidencia municipal 2011-2017 mayo 18. Recuperado el 18 de julio de 2018 en <http://secretariadoejecutivo.gob.mx/incidencia-delictiva/incidencia-delictiva-fuero-comun.php>.

Sigerist, H. (2006). Johann Peter Frank: Un Pionero de la Medicina Social. *Salud colectiva*, 2(3), 269-279. Recuperado el 15 de junio de 2017 de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185182652006000300005&lng=es&tlng=es.

Siliau, J. (2005). Historia de la anatomía. *Revista de la sociedad peruana de neumología*, 49(1), 75-84.

Sistema Municipal de Información Estadística y Geográfica (2013). “Cuaderno No. 1 Ecatepec de Morelos”, H. Ayuntamiento Constitucional 2013-2015. Recuperado el 18 de julio de 2018 de [www.smigeags.gob.mx/smige/productos/Indice Modulo Estadistico.pdf](http://www.smigeags.gob.mx/smige/productos/Indice%20Modulo%20Estadistico.pdf).

Taylor, S. y Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. México: Paidós.

Téllez M., Tobón D. y Ramírez A. (2014). Aplicación de la propuesta metodológica de Asa Cristina Laurell para el abordaje de la salud–enfermedad laboral en los estudios mexicanos: Revisión de literatura 1989–201 en “*Tras las huellas de la determinación Memorias del Seminario InterUniversitario de Determinación Social de la Salud*”, Universidad Nacional de Colombia. Colombia, Bogotá. Recuperado el 02 de Julio de 2018 de https://www.researchgate.net/profile/Morales_Borrero_Carolina/publication/321588829_Tras_las_huellas_de_la_determinacion_social_de_la_salud/links/5a2c38eba6fdccfbf873428/Tras-las-huellas-de-la-determinacion-social-de-la-salud.pdf

Torres, L. *et al.* (1997). *Medicina del dolor*. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=GJ4c1ZLIH3kC&pg=PA13&dq=edad+media+y+la+medicina&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwicgO6H9ozbAhVMC6wKHYg7AvMQ6AEITTAH#v=onepage&q=edad%20media%20y%20la%20medicina&f=false>

Universidad de San Carlos de Guatemala (2016). Evolución histórica del concepto salud enfermedad. Curso de conducta colectiva, Semana 5. Recuperado el 18 de noviembre de 2016 de <http://www.cunoc.edu.gt/medicina/semana5colectiva.pdf>.

Universidad de Valencia (s.f). La medicina en la antigüedad clásica. Recuperado el 18 de marzo de 2017 de http://historiadelamedicina.org/Fundamentos/1_6.html.

Vanderwood, P. (2002). Los rurales, una mirada a los orígenes de la policía mexicana. *Revista Renglones del Instituto Tecnológico y Estudios superiores de Occidente*, (51). 51-84.

Vargas, I. *et al.* (2003). Curso Especial de Posgrado Atención Integral de Salud: Promoción,

Vargas, J. (s.f). Servidores Excluidos del Apartado B del Artículo 123 Constitucional. Recuperado el 18 de abril de 2018 de www.juridicas.unam.mx.

- Vega, L. (2002). Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. *Reseña histórica salud pública México*, 44(3). 258-265.
- Vela, S. (2016, 12 de mayo). Policías no tienen derecho a sindicato ni a huelga: SCJN. *El financiero*. Recuperado el 20 de enero de 2018 de <http://www.elfinanciero.com.mx/nacional/policias-no-tienen-derecho-a-sindicato-ni-a-huelga-scn>
- Villanueva-Meyer, M. (s.f). Bernardino Ramazzini (1633-1714). *Revista Galenus*, (61). Recuperado el 15 de junio de 2017 de https://www.galenusrevista.com/IMG/pdf/12_Historia_Bernardino_Ramazzini24.pdf.
- Volcy, C. (2007). Historia de los conceptos de causa y enfermedad: paralelismo entre la Medicina y la Fitopatología. *Revista Iatreia*, 20 (4). 407-421.
- Zabala, M. (2009). El proceso de la investigación cualitativa en educación. *Revista Cient Cepies*. Bolivia. 1(1). 113-130.
- Zepeda, G. (2010). “La policía mexicana dentro del proceso de reforma del sistema penal”. Recuperado el 10 de enero de 2017 de http://cidac.org/esp/uploads/1/La_polic__a_mexicana_dentro_del_proceso_de_reforma_d_el_sistema_penal_PDF.pdf
- Zuliani, L. (2010). El aporte de la epidemiología a la salud colectiva. *Revista Iatreia*, Universidad Antioquia, 23 (4) 354-351.

ANEXOS

ANEXO 1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA

ENTREVISTADOR: _____ FECHA: _____

LUGAR: _____

Nombre:		Edad:	
Dirección:			
Estado civil:		Escolaridad:	
¿Tiene hijos?		No. Hijos:	
No. de dependientes económicos:			
Tipo de vivienda:	Propia	Rentada	Prestada
¿Cuántas personas habitan en su hogar?			
Ingresos mensuales:		Ingresos Extra:	
Procedencia de los ingresos extra			Otros
			Especifique:
Puesto:		Salario:	
Años de trabajo:		Antigüedad laboral actual:	

ANEXO 2. GUION DE ENTREVISTA

El objetivo de este instrumento de investigación tendrá la finalidad de recopilar información entorno a las condiciones de trabajo y salud de los policías. Los datos aquí vertidos serán obtenidos de forma anónima para no afectar la integridad de los informantes y las investigadoras.

Datos generales

- A1) Buenos días. ¿Cómo está? (presentación)
- A2) ¿Qué nivel de estudios tenía al momento que ingreso a las Fuerzas de Apoyo y Reacción?
- A3) Actualmente ¿Usted estudia?
- A4) ¿Cuántos empleos ha tenido a lo largo de su vida?

Antecedentes del trabajo

- B1) ¿Cuánto tiempo lleva laborando en la Comisión Estatal de Seguridad Ciudadana en las FAR?
- B2) ¿Qué puesto desempeña dentro de su área laboral?
- B3) ¿Qué lo llevó a trabajar en esto?
- B4) ¿Qué requisitos se necesita para ingresar a esta corporación?
- E5) ¿Conoce sus derechos laborales como policía?
- B6) ¿Cuántas horas labora al día?
- B7) ¿Trabaja horas extras?, ¿Cuántas y en qué casos? ¿Se las pagan?
- B8) Si no es indiscreción, ¿Cuál es su salario?
- B9) ¿Con qué prestaciones cuenta?
- B10) ¿Cuenta con algún seguro de vida? y ¿Cuál es su vigencia?
- B11) ¿Cuenta con estímulos o tiene algún reconocimiento por su desempeño laboral?
- B12) ¿De qué manera obtienen un ascenso laboral? y ¿Qué trámites tiene que hacer para obtenerlo?

Organización

- C1) De acuerdo a su trabajo, ¿Cómo es la organización dentro de su área laboral? Y ¿Quién es el que toma las decisiones dentro de su área de trabajo?
- C2) ¿Cómo está estructurada su área de trabajo?
- C3) ¿Cómo les asignan los servicios a usted y sus compañeros?

C4) ¿Usted y sus compañeros pertenecen algún tipo de sindicato? ¿Cómo interviene en la organización de las tareas?

Medidas de seguridad y herramientas

D1) Sabemos que su trabajo es brindar seguridad a la ciudadanía, ¿Dentro de su trabajo cuáles son las medidas de seguridad que tienen?

D2) En su persona ¿Qué equipo de protección o seguridad utiliza para estar seguro?

D3) ¿La institución les brinda los recursos necesarios para realizar su trabajo?

D4) ¿Cuáles son sus herramientas de trabajo? ¿Alguna herramienta la tienen que adquirir por cuenta propia? y ¿En qué casos?

D5) En el caso de que la institución brinde las herramientas ¿En qué condiciones se encuentran éstas?

D6) ¿A quién se le asigna una patrulla?

D7) ¿Las patrullas en qué condiciones se encuentran? y ¿Quiénes o qué área es responsable del mantenimiento?

D8) ¿Los dotan de viáticos?

Actividades que realizan

E1) ¿Nos podría hablar un poco de cómo realiza su trabajo? Es decir, como interactúa con las personas de la comunidad que solicitan los servicios de la Comisión Estatal de Seguridad Ciudadana.

E2) ¿De qué manera les piden resultados o los evalúan?

E3) ¿Recibe algún tipo de capacitación o curso?, ¿De qué tipo?

E4) ¿Tiene algún retroactivo extra por lo que hace?

E5) ¿Se siente a gusto con su trabajo?

E6) ¿Qué considera usted que es necesario para desarrollar sus capacidades intelectuales y personales?, ¿De qué forma lo haría?

E7) ¿Dentro de su trabajo desarrolla las capacidades anteriormente mencionadas?

E8) ¿Dentro de su trabajo cuenta con áreas recreativas?

E9) ¿Cuáles son las condiciones en las que se encuentra su entorno laboral dentro de la institución?

E10) ¿Cuáles son las condiciones en las que se encuentra su entorno laboral fuera de la institución?

E11) ¿Considera que en su trabajo se encuentra expuesto a diferentes factores como frío, sol, calor o ruido? ¿Nos podría hablar un poco sobre esto?

E12) ¿En algunas ocasiones en su ambiente de trabajo se encuentra expuesto a algún compuesto químico, contaminación, o diferentes humos?

E13) ¿En su ambiente laboral se ha encontrado expuesto a algún tipo de virus, bacteria o parásito?

E14) ¿Dentro de su trabajo usa objetos, herramientas o equipos pesados? Especifique

E15) ¿Nos podría hablar de las condiciones en las que se encuentran sus herramientas de trabajo?

E16) ¿Dentro de su trabajo realiza esfuerzos físicos? ¿Cómo cuál?

E17) ¿Considera que en su trabajo existe algún tipo de presión o tensión como parte de las actividades que realizan como policías? ¿Cómo qué tipo de presión o tensión?

E18) ¿Por parte de sus jefes recibe algún tipo de presión para realizar sus actividades laborales?

E19) ¿Considera que su trabajo es desgastante? ¿Por qué?

E20) ¿Cómo cree que afecta su salud el ambiente laboral en donde se desarrolla como policía?

E21) ¿Considera usted que su trabajo es estresante y de qué forma?

E22) ¿Cree que su trabajo es monótono y repetitivo? ¿Por qué?

E23) ¿Qué tanto le afecta sus horarios laborales?

SALUD

Antecedentes relacionados con el Proceso salud-enfermedad

F1) Antes de ingresar a este trabajo ¿Qué enfermedades padeció?

F2) ¿Cómo consideraba usted su estado de salud?

F3) ¿Qué exámenes médicos le solicitaron para ingresar a esta institución?

F4) ¿Su estado de salud fue importante para ingresar a este trabajo?

F5) ¿Dentro de su área laboral le proporcionan alimentación?

F6) ¿Cómo es su alimentación en un día normal de trabajo?

F7) ¿Cuál es el horario de ésta?

F8) ¿Qué tipos de alimentos consume dentro y fuera de su trabajo?

F9) ¿Ha tenido algún problema de salud por su alimentación?

F10) ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos consume al día?

F11) ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia?

F12) ¿Han consumido alguna sustancia psicoactiva? ¿De qué tipo?

Deterioro laboral

F13) Retomando lo anterior y tomando en cuenta las condiciones que mencionó, ¿Ha sufrido alguna enfermedad o algún tipo de accidente en su trabajo?

F14) ¿Considera que su trabajo es de alto riesgo? ¿Por qué?

F15) Actualmente ¿Cómo considera su estado de salud?

F16) ¿Cómo considera el estado de salud de sus compañeros de trabajo?

Servicios de salud

F17) ¿Les hacen algún tipo de chequeo médico de forma periódica? ¿Cada cuándo?

y ¿Qué soluciones les dan a sus problemas de salud?

F18) Dentro de su área de trabajo ¿Tienen servicios de salud? ¿Qué piensa de ello?

F19) ¿Cuenta con algún tipo de servicio médico? ¿Cómo considera que es el servicio?

F20) ¿Cuentan con servicio psicológico? ¿Considera que el cambio continuo de emociones afecte su salud (ejemplo adrenalina, accidentes, etc.)?

¿Qué hace usted cada vez que vive alguna experiencia impactante dentro de su trabajo (balaceras, asesinatos, un compañero caído, etc.)? ¿Qué tipo de reacción tiene?

F21) ¿Conoce actividades que ayuden a mejorar su estado de salud?

F22) ¿Dentro de su trabajo reciben algún curso o taller para el manejo de emociones?

F23) Si tuviera la oportunidad de contar con algún servicio de salud dentro de su área de trabajo, ¿Qué propondría?

ANEXO 3. CERTIFICADO MÉDICO



FUNDACIÓN BEST, A.C.

Certificado Médico

El que suscribe, Médico Cirujano legalmente autorizado para ejercer su profesión.

Certifica

Que habiendo practicado reconocimiento médico a: _____

_____ de sexo: _____

de: _____ años de edad.

T.A.: _____ F.C.: _____ F.R.: _____

TEMP.: _____ PESO: _____ TALLA: _____

I.M.C.: _____ kg/m²

Se encuentra: _____

Se extiende el presente certificado para los fines que al interesado convengan, en la ciudad de: _____

_____ a los _____

días del mes de _____ de _____

Dr.: _____

Céd. Prof.: _____

Universidad Egreso: _____

ANEXO 4. Fotografías



Figura 1. Policías Estatales en operativo. Se muestra a los policías en un proceso de rutina en un operativo en las unidades de transporte público para disminuir los asaltos en el municipio. Policías de las Fuerzas de Apoyo y Reacción, 2017. Reimpreso con permiso.



Figura 2. Policías Estatales en operativo. Se muestra a los policías en un proceso de rutina en un operativo en las unidades de transporte público para disminuir los asaltos en el municipio, observamos a los policías, pedir a los pasajeros que bajen de las unidades para poder revisar que no traigan alguna arma que atente contra la vida de los demás pasajeros. Policías de las Fuerzas de Apoyo y Reacción, 2017. Reimpreso con permiso.



Figura 3. Policías en control de multitudes en eventos. La orden del día, fue asistir a este evento en forma de apoyo para tener un mejor control de éste. Policías de las Fuerzas de Apoyo y Reacción, 2017. Reimpreso con permiso.



Figura 4. Camionetas que utilizan los policías para la vigilancia móvil. Aquí podemos apreciar las unidades fuera de una institución donde se llevó a cabo un evento en el Estado de México y fue requerido el apoyo de los policías. Policías de las Fuerzas de Apoyo y Reacción, 2017. Reimpreso con permiso.



Figura 5. Camionetas que utilizan los policías para la vigilancia móvil. Aquí podemos apreciar las unidades fuera de una institución donde se llevó a cabo un evento en el Estado de México y fue requerido el apoyo de los policías. Policías de las Fuerzas de Apoyo y Reacción, 2017. Reimpreso con permiso.



Figura 6. Policías Estatales en su labor diaria. Observamos policías realizar su trabajo en las calles durante el día. Policías de las Fuerzas de Apoyo y Reacción, 2017. Reimpreso con permiso.



Figura 7. Policías laborando en zonas de Ecatepec inundadas. Se muestra la patrulla parada en medio de una calle inundada por las lluvias. Policías de las Fuerzas de Apoyo y Reacción, 2017. Reimpreso con permiso.



Figura 8: Policías laborando en zonas de Ecatepec inundadas. Se muestra la patrulla parada en medio de una calle inundada por las lluvias. Policías de las Fuerzas de Apoyo y Reacción, 2017. Reimpreso con permiso.



Figura 9. Policías laborando en zonas de Ecatepec inundadas. Se muestra la patrulla parada en medio de una calle inundada por las lluvias. Policías de las Fuerzas de Apoyo y Reacción, 2017. Reimpreso con permiso.



Figura 10. Policías Estatales de las “FAR” en operativo de noche en Ecatepec. Se muestra a los policías en un proceso de rutina en un operativo en las unidades de transporte público para disminuir los asaltos en el municipio. Policías de las Fuerzas de Apoyo y Reacción, 2017. Reimpreso con permiso.



Figura 11. Policías Estatales de las “FAR” en operativo de noche en Ecatepec. Se muestra a los policías en un proceso de rutina en un operativo en las unidades de transporte público para disminuir los asaltos en el municipio. Policías de las Fuerzas de Apoyo y Reacción, 2017. Reimpreso con permiso.



Figura 12. Policías Estatales de las “FAR” en operativo de noche en Ecatepec. Se muestra a los policías en un proceso de rutina en un operativo en las unidades de transporte público para disminuir los asaltos en el municipio. Policías de las Fuerzas de Apoyo y Reacción, 2017. Reimpreso con permiso.



Figura 13. Desalojo en el Municipio de Ecatepec. Muestra a los policías Estatales del agrupamiento de las “FAR” y “ASE”, desalojando personas de una colonia que está invadiendo propiedad Federal. Policías de las Fuerzas de Apoyo y Reacción, 2017. Reimpreso con permiso.



Figura 14. Desalojo en el Municipio de Ecatepec. Muestra a los policías Estatales del agrupamiento de las “FAR” y “ASE”, desalojando personas de una colonia que está invadiendo propiedad Federal. Policías de las Fuerzas de Apoyo y Reacción, 2017. Reimpreso con permiso.



Figura 15. Desalojo en el Municipio de Ecatepec. Muestra el desalojo de personas de una colonia que está invadiendo propiedad Federal. Policías de las Fuerzas de Apoyo y Reacción, 2017. Reimpreso con permiso.



Figura 16. Desalojo en el Municipio de Ecatepec. Muestra a los policías Estatales del agrupamiento de las “FAR” y “ASE”, desalojando personas de una colonia que está invadiendo propiedad Federal. Policías de las Fuerzas de Apoyo y Reacción, 2017. Reimpreso con permiso.



Figura 17. Desalojo en el Municipio de Ecatepec. Muestra a los policías Estatales del agrupamiento de las “FAR” y “ASE”, desalojando personas de una colonia que está invadiendo propiedad Federal. Policías de las Fuerzas de Apoyo y Reacción, 2017. Reimpreso con permiso.