



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y
SOCIALES**

Doctorado en Salud Pública

DEPARTAMENTO DE POSGRADOS

**Factores Psicosociales Extralaborales que afectan al personal de
enfermería del Hospital General de Agudos Parmenio T. Piñero**

TESISTA: Prof. Lic. Robinson Ali Garay Pardo

DIRECTOR: Doctor Ricardo Adrián Parra

**Tesis para optar al título de Doctor en Ciencias de la Salud Pública,
Con mención en sistemas y servicios de Salud**

Buenos Aires, Argentina

Julio de 2021

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco primeramente a Dios por guía incondicional en cada paso tomado, por sus bendiciones y la fuerza que me brinda para continuar alcanzando las metas y objetivos propuestas en el ámbito tanto académico al igual que el laboral.

En segunda instancia agradecer a mi mamá Luz Marina Pardo Criales y a mi esposa Hanyerh Larody Romero Gómez, por su incomparable acompañamiento para mi formación académica, también agradecer a los demás integrantes de mi familia por el apoyo brindado desde la distancia dado que la gran mayoría de ellos residiendo en mi país de origen.

Mis más sinceros agradecimientos al equipo docente de la Universidad Ciencias Empresariales y Sociales, el cual, durante la cursada de las materias asignadas en el Doctorado en Salud Pública, otorgaron y compartieron sus conocimientos e invaluable aportes académicos en la búsqueda de la mejor calidad de formación.

Agradecimiento inconmensurable al Doctor Ricardo Adrián Parra, quien fue mi tutor, por sus indicaciones y sugerencias que contribuyeron al enriquecimiento de la presente investigación.

Y como no agradecer al personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero, dado que sin ellos la presente tesis no hubiera podido ser posible.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo caracterizar los factores de riesgo psicosociales Extra Laborales del personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero, fundamentado en la investigación de corte cuantitativa de tipo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 154 profesionales de enfermería, del mencionado nosocomio ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Para el cumplimiento de los objetivos en el estudio se utilizó como instrumento, la encuesta pertinente para la evaluación de factores extralaborales, la cual hace parte de la batería de evaluaciones de factores psicosociales diseñada por el Ministerio de protección Social, de la República de Colombia. Seguidamente se realizó la contextualización de los resultados a nivel de cada factor de riesgo, evidenciando los hallazgos a través de gráficas de los resultados en cada uno de los niveles de los factores psicosociales extralaborales. Por último, se presentan las conclusiones y estrategias de intervención de los factores afectados en el presente estudio.

Dentro de los resultados se destaca que los principales riesgos en niveles medios, altos y muy altos se encuentran:

En el constructo extralaboral las dimensiones: tiempo fuera del trabajo, comunicación y relaciones interpersonales, dimensión situación económica del grupo familiar, característica de la vivienda y de su entorno, influencia del entorno extralaboral, desplazamiento vivienda – trabajo – vivienda, en donde las mencionadas dimensiones arrojaron como resultado en la suma de los 3 niveles de riesgo medio, alto y muy alto, un porcentaje por encima del 60% del total de los enfermeros del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero, tan solo en la dimensión relaciones familiares se logró evidenciar que a pesar de ser una población de alto riesgo en los factores psicosociales extralaborales, sus relaciones familiares son sólidas y protectoras ya que cuentan con un porcentaje por encima del 80% en la suma bajo y muy bajo riesgo, de esta dimensión.

Se puede concluir que, a causa del dominio y dimensiones en riesgo mencionadas con antelación, el personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T.

Piñero presenta sintomatología relacionada con el Estrés en un nivel de riesgo del 87,6%, del constructo extralaboral por lo cual se hace pertinente realizar intervenciones inmediatas que permitan favorecer el bienestar de los enfermeros de este prestigioso e importante hospital.

Palabras claves: factores de riesgo, personal de enfermería, psicosocial, extra-laboral, hospital público.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to characterize the psychosocial risk factors of Extra-labor Nursing at the Hospital of acutes Parmenio Agudo T. Piñero, based on quantitative research of a descriptive type. The sample consists of 154 nursing professionals, where it is located in the Autonomous City of Buenos Aires.

To fulfill the objectives of the study, the pertinent survey was used as an instrument for the evaluation of extra-labor factors, which is part of the Psychosocial factor's assessment battery designed by the Ministry of Social Protection of the Republic of Colombia. The results were contextualized at the level of each risk factor, evidencing the findings through graphs of the results in each of the levels of psychosocial factors outside of work, then the conclusions and intervention strategies of the affected factors are presented in the present study.

Within the results it is highlighted that the main risks in medium, high and very high levels they find:

In the Extra-Labor Construct the dimensions: time outside work, communication and interpersonal relationships, economic situation dimension of the family group, characteristic of the home and its environment, influence of the extra-work environment, displacement housing - work - housing, where the aforementioned dimensions they resulted in the sum of the 3 levels of medium, high and very high risk, a percentage above 60% of the total nurses of the Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero, only in the family relations dimension was it possible to demonstrate that despite being a high-risk population in extra-labor psychosocial factors, their family relationships are solid and protective since they have a percentage above 80% in the low sum and very low risk of this dimension.

It can be concluded which cause of the domain and dimensions at risk determined in advance, the Nursing staff of the Hospital of acute Parmenio T. Piñero presents symptoms related to Stress at a risk level of 87.6%, of the extra-labor construct for which It is pertinent to carry out immediate interventions that can improve the well-being of the nurses of this prestigious and important hospital.

Keywords: risk factors, nursing staff, psychosocial, extra-work, public hospital.

Tabla de contenido

Resumen	1
Abstract.....	3
Índice de tablas.....	8
Índice de gráficos	9
CAPITULO I.....	10
Planteo de problema.....	10
Justificación	12
CAPITULO II.....	15
Marco teórico	15
Antecedentes sudamericanos acerca de factores psicosociales extralaborales	15
Antecedentes a nivel nacional acerca de factores psicosociales extralaborales	22
Dimensiones extralaborales	23
1. Tiempos fuera del lugar de trabajo.....	23
1.1 La importancia de renovarse del trabajo	24
1.2 La Recuperación del Trabajo.....	27
2. Relaciones familiares	28
2.1 El desacuerdo existente entre el trabajo y la familia como generador de estrés.....	28
3. Comunicación y relaciones interpersonales	30
3.1 Relaciones Humanas	30
3.2 Relaciones Interpersonales	31
3.3 La teoría de las Relaciones Humanas.....	32
3.4 La teoría de la Inteligencia Emocional.....	34
3.5 El control de las emociones.....	38
3.6 La automotivación	39
3.7 Relaciones con los demás.....	39
4. Situación económica del grupo familiar:	42
4.1 Los problemas económicos que afectan la Familia.	42
4.2 Influencia de los problemas económicos en una pareja.	43
4.3 Otro punto de vista de los problemas económicos familiares.....	45

4.4	El amor por la familia puede derivar en problemas económicos en el futuro.....	46
4.5	Como hacerle frente a la crisis de la Familia.....	47
5.	Características de la vivienda y de su entorno	49
5.1	El significado de la vivienda.....	49
5.2	La identidad.....	51
5.3	El control.....	52
5.4	La dimensión social.....	53
5.5	El cariño a la vivienda.....	54
5.6	La evaluación de la vivienda.....	55
5.7	La caracterización personal de la vivienda.....	56
5.8	Los objetos como personificación.....	57
5.9	Las deducciones de personalidad.....	58
6.	Influencia del entorno extralaboral en el trabajo	59
6.1	Causas y consecuencias.....	59
7.	Desplazamiento vivienda - trabajo – vivienda	63
7.1	El urbanismo, transporte y movimiento en la metrópoli actual.....	63
7.2	La distancia de la vivienda al trabajo afecta tu rendimiento.....	65
7.4	El uso del transporte público es peor.....	67
7.5	Trabajar lejos de la vivienda no es una buena opción.....	68
➤	Análisis de posibles factores que suelen ser desencadenantes psicosociales.....	69
a)	El ámbito laboral.....	70
b)	La dirección del cambio organizacional y empleo de las nuevas tecnologías.....	73
c)	La burocracia en la organización.....	73
d)	Aceptación en la toma de decisiones.....	74
e)	La afinidad con los superiores.....	75
f)	El acoso psicológico.....	75
g)	Los procesos de transformación social en el trabajo.....	78
➤	El estrés como marcador de las consecuencias psicosociales de riesgo.....	80
a)	Análisis en la conceptualización del estrés.....	81
b)	Modelos propuestos de estrés.....	83
c)	Las señales del estrés.....	85

d)	Los resultados y secuelas del estrés.....	89
e)	El afrontamiento cognitivo del estrés.....	91
➤	La satisfacción laboral observada como causa irreversible psicosocial.	92
a)	El análisis de conceptualización y modelos propuestos de Satisfacción Laboral	93
b)	Las señales de alteración de la satisfacción laboral.....	97
➤	El burnout observado como causa irreversible psicosocial.	99
a)	El análisis de la Conceptualización del Burnout.....	100
b)	Modelos propuestos del burnout.....	103
c)	Las señales de burnout.....	105
d)	Los resultados y secuelas del Burnout.....	108
•	Bienestar psicológico observado como causa irreversible psicosocial.....	111
1)	Condiciones individuales.....	119
	EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL	120
➤	Características que debe reunir un método de evaluación de factores de riesgo psicosocial.....	121
1.	Un diseño adecuado para la evaluación.....	121
2.	Una conceptualización y operacionalización	121
3.	Un análisis de datos adecuado.....	121
4.	Una formulación teórica adecuada	121
	Las propiedades básicas esenciales que debe reunir un método de evaluación de riesgos psicosociales son	122
a.	Fundamento en la investigación	122
c.	Fiabilidad	122
d.	Validez.....	123
e.	Contraste de la calidad de los ítems.....	123
f.	Baremación	124
h.	Control de los sesgos de respuesta	124
i.	Confidencialidad de los instrumentos de evaluación	124
j.	Garantía de uso profesional de los instrumentos de evaluación	125
k.	Garantías de anonimato y confidencialidad de la información recabada	125

CAPITULO III.....	126
Metodología	126
Tipo de investigación y diseño	126
Población.....	126
➤ Criterios de inclusión	126
➤ Criterios de exclusión	126
Instrumento	127
Procedimiento	127
Análisis estadístico.....	128
Consideraciones éticas.....	129
Principios éticos	129
➤ Principio de autonomía.....	129
➤ Principio de beneficencia.....	129
➤ De no maleficencia	129
➤ Principio de justicia.....	129
CAPITULO IV	130
Resultados.....	130
Tablas y graficas de los datos generales.	130
Tablas y graficas de las dimensiones	140
CAPITULO V	153
Apéndice jurídico	153
Ley N° 24557	153
Reglamentación de la Ley N° 24.557.	181
Decreto 334/96.....	181
Ley 26.773.....	201
Reglamentación de la Ley 26.773.....	209
DECRETO NACIONAL 472/2014.....	209
Ley 27348.....	217
➤ Análisis jurídico.....	230
Discusión	235
Conclusiones	245
Estrategias de mejora	248
Referencias bibliográficas.....	252
Anexos	278

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.distribución de la muestra por sexo	130
Tabla 2.distribución de la muestra del estado civil.....	131
Tabla 3.distribución de la muestra por edad	132
Tabla 4.distribución de la muestra por nivel de formación.	133
Tabla 5.distribución de la muestra sobre el lugar de residencia	134
Tabla 6.distribución de la muestra sobre el tipo de vivienda.....	135
Tabla 7. distribución de la muestra sobre el número de personas a cargo.....	136
Tabla 8. distribución de la muestra sobre el número de años de trabajo.....	137
Tabla 9. distribución de la muestra sobre el número de horas de trabajo.....	138
Tabla 10. distribución de la muestra sobre el servicio de trabajo.....	139
Tabla 11. distribución de la muestra sobre la dimensión fuera del trabajo	140
Tabla 12. distribución de la muestra sobre la dimensión relaciones familiares.	142
Tabla 13. distribución de la muestra sobre la dimensión comunicación y relaciones interpersonales.....	143
Tabla 14. distribución de la muestra sobre la dimensión situación económica del grupo familiar.....	145
Tabla 15. distribución de la muestra sobre la dimensión característica de la vivienda y de su entorno.....	146
Tabla 16. distribución de la muestra sobre la dimensión influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo.....	148
Tabla 17. distribución de la muestra sobre la dimensión desplazamiento vivienda – trabajo – vivienda	149
Tabla 18. distribución de la muestra sobre el puntaje total del cuestionario de factores psicosociales extralaborales.....	151

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. distribución de la muestra por sexo	130
Gráfico 2. distribución de la muestra del estado civil	131
Gráfico 3. distribución de la muestra por edad	132
Gráfico 4. distribución de la muestra por nivel de formación	133
Gráfico 5. distribución de la muestra sobre el lugar de residencia.....	134
Gráfico 6. distribución de la muestra sobre el tipo de vivienda	135
Gráfico 7. distribución de la muestra sobre el número de personas a cargo	136
Gráfico 8. distribución de la muestra sobre el número de años de trabajo	137
Gráfico 9. distribución de la muestra sobre el número de horas de trabajo	138
Gráfico 10. distribución de la muestra sobre el servicio de trabajo	139
Gráfico 11. distribución de la muestra sobre la dimensión tiempo fuera del trabajo	141
Gráfico 12. distribución de la muestra sobre la dimensión relaciones familiares	142
Gráfico 13. distribución de la muestra sobre la dimensión comunicación y relaciones interpersonales.....	144
Gráfico 14. distribución de la muestra sobre la dimensión situación económica del grupo familiar	145
Gráfico 15. distribución de la muestra sobre la dimensión características de la vivienda y de su entorno.....	147
Gráfico 16. distribución de la muestra sobre la dimensión influencia del entorno extralaboral.....	148
Gráfico 17. distribución de la muestra sobre la dimensión desplazamiento vivienda – trabajo – vivienda	150
Gráfico 18. distribución de la muestra sobre el puntaje total del cuestionario de factores psicosociales extralaborales	151

CAPITULO I

PLANTEO DE PROBLEMA

La sociedad contemporánea se caracteriza por encontrarse estructurada por dinámicas sociales, económicas, laborales y académicas que día a día exigen de las personas altos niveles de entrega y compromiso en los diferentes roles asumidos, so pena de rezagarse en la vertiginosidad del mundo moderno y ser excluidos, teniendo como consecuencia la pérdida de oportunidades valiosas. Este corolario va en contra de una buena calidad de vida y afecta la salud de aquellos que no logran un adecuado equilibrio entre vida laboral y personal, o, dicho de otra manera, el componente laboral ofrece factores desestabilizadores al trabajador y sus diferentes esferas.

En el marco de estas observaciones resulta oportuno mencionar que muchas personas sometidas a las mencionadas y apresuradas dinámicas comprometen su armonía personal, laboral e inclusive familiar. Una mirada desprevenida a los entornos laborales permite advertir que las personas que están dedicando una mayor cantidad de tiempo al ámbito laboral, descuidan su vida personal.

Es importante entender que, aunque las personas comprometen la mayor parte de su tiempo en actividades laborales, mediante las cuales buscan recursos económicos para mantener una adecuada calidad de vida, los entornos laborales los someten en muchas ocasiones a factores de riesgo psicosocial, que directa o indirectamente desmejoran la calidad de vida en el resto de las esferas personales, conduciendo a situaciones de estrés –entre otras causas - en las personas sometidas a altos niveles de compromiso laboral. Cabe citar el concepto dado por la OMS (citado por Luque et al, 2012) sobre calidad de vida, que se refiere a “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”. Esta definición exalta la interdependencia de los componentes de salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y relación con los elementos esenciales del entorno.

En este sentido, las condiciones laborales actuales vienen afectando sustancialmente la calidad de vida del trabajador, ya que, como se manifestó anteriormente, la calidad y cantidad de tiempo con que cuentan las personas para compartir con los suyos, o las óptimas condiciones laborales, son frecuentemente sacrificadas por los compromisos laborales en beneficio de la competitividad y el aprovechamiento de las oportunidades en este campo. A este respecto, Useche (2002) plantea que la globalización, en el campo particular de lo laboral, ha afectado significativamente el bienestar de las personas, y particularmente este efecto ha sido ocasionado por las políticas de flexibilidad laboral, que perjudican las condiciones de trabajo de las personas en América Latina. Dadas las condiciones que anteceden, los factores psicosociales son aquellos que atentan contra la salud del trabajador y tienen su origen en la organización del trabajo. Estos producen afecciones de tipo fisiológica.

El Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero no es ajeno a esta realidad, teniendo en cuenta en primera medida las complejas dinámicas inherentes a trabajar con personas que acuden a la Institución con serios problemas de salud y que exigen al personal de enfermería altos niveles de compromiso que van más allá de la simple productividad. Ello así por cuanto el más mínimo error puede significar la vida del usuario, circunstancia que complica significativamente el devenir laboral, en todos los sectores o áreas del Hospital en el ámbito asistencial en general, y en el marco del particular compromiso laboral. A más de ello, se debe mencionar la ardua carga laboral manifestada en extensas jornadas de trabajo, y la falta de sinergia en ciertas ocasiones entre las personas que allí laboran.

Así, la información obtenida de este estudio suscita la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores de riesgos psicosociales extralaborales que afectan al personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero?

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad se aborda la temática del bienestar del personal desde muchas ópticas del espectro laboral, pero se puede encontrar en el trasfondo de estas aproximaciones la intencionalidad de mejorar las condiciones de los individuos con el propósito de optimizar el desempeño del factor humano en la organización. En otras palabras, lo que se busca es implementar estrategias tendientes a brindar garantías a los trabajadores, para que esto a su vez redunde en la productividad institucional. Tener en cuenta las esferas concernientes al ser humano, como lo familiar, social y personal, ha sido contemplado en los abordajes teóricos e investigativos y resulta de vital importancia considerar que los cambios actuales en las dinámicas familiares, sociales, personales, laborales y económicas forman parte de la integralidad del ser humano.

Hechas las observaciones anteriores, es relevante evaluar y determinar cómo los factores de riesgo psicosocial que se observan al interior de las empresas e Instituciones de salud influyen en la calidad de vida de los trabajadores, especialmente en deterioro de la salud física y mental, provocando un menor desempeño de las personas en este entorno. En este sentido, cuerpo y mente deben ser considerados como una dialéctica inseparable, donde una inadecuada calidad de vida, como elemento psicológico, afecta al funcionamiento del organismo y viceversa. Por lo expuesto, es esencial realizar un apropiado estudio de los factores de riesgo psicosociales extralaborales en el personal de enfermería en el Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero, con los resultados obtenidos, y en lo posible delinear una estrategia de intervención. Dichos datos permitirán focalizar programas, planes y acciones dirigidas a la prevención y control de un mejor desarrollo de la actividad del profesional en enfermería, posibilitando además abrir caminos para otros investigadores y profesionales interesados en el tema.

De igual forma, la información de esta investigación, al identificar los factores de riesgo psicosociales extralaborales, podrán servir como ejes disparadores del problema para establecer la necesidad de introducir en las Instituciones de salud y en la sociedad, mecanismos de mejoramiento y

concientización sobre los posibles efectos perjudiciales que pueden estar generando los acelerados ritmos laborales en las empresas, en sus integrantes, y por ende en la sociedad en general.

Por otra parte, en lo que se refiere a la viabilidad de la investigación, se considera factible, ya que para el desarrollo de este trabajo, se cuenta con el factor humano necesario, como lo es el personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero, a quienes, con previa autorización del comité de docencia e investigación, comité de bioética, Subgerencia y Departamento de enfermería y de los propios participantes, a quienes a estos últimos, se les aplicará la herramienta seleccionada (instrumentos) tendiente a describir los factores psicosociales extralaborales, cuya línea investigativa no ha sido explorada en esta Institución.

Se observa que los factores de riesgos psicosociales, tanto Intra cuanto Extra laborales configuran uno de los mayores problemas en el campo laboral. En nuestro específico caso, hemos relevado a los factores de riesgo psicosociales extralaborales. Esto altera las diferentes esferas de las personas, siendo conscientes de que el trabajo es la base y fundamento del ser humano para desarrollar la vida social e individual. Asimismo, dentro de su medio laboral, el trabajador podría interactuar con diferentes condiciones de trabajo que pueden afectarlo positiva o negativamente, y ser causa fuente del deterioro de la salud psicofísica o el desarrollo de una enfermedad para el individuo, tal como el Síndrome de Burnout –entre otras -repercutiendo directamente además en la Institución o la familia.

Objetivos

Objetivo general

Contribuir al conocimiento de los factores de riesgo psicosociales extralaborales que afectan al personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero.

Objetivos específicos

- Identificar posibles factores psicosociales extralaborales que afectan al personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero.
- Determinar el grado de riesgo de los factores psicosociales extralaborales que afectan al personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero.
- Proponer estrategias para minimizar los factores psicosociales extralaborales que afectan al personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero.

Hipótesis

Existen múltiples factores de riesgos psicosociales extralaborales directos que afectan al personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero en el desarrollo de su labor profesional diaria, familiar y personal.

CAPITULO II

Marco teórico

Antecedentes sudamericanos acerca de factores psicosociales extralaborales

Al realizar una revisión bibliográfica a nivel sudamericano, se encontraron diferentes investigaciones acerca del tema con mayores estudios en la República de Chile en donde se han estudiado con profundidad los factores de riesgo psicosociales en la población del ámbito laboral del transporte, Silva, Lefio, Marchetti y Benoit (2014), realizaron un estudio acerca de los riesgos psicosociales extralaborales en conductores de transporte de carga y pasajeros urbanos e interurbanos, y su asociación con la auto percepción de salud y siniestralidad laboral. El muestreo se evidenció con la participación de 356 conductores de 4 empresas de transporte, arrojando como resultado en la dimensión de exigencias psicológicas el promedio más alto. Siguiendo la dimensión de compensaciones y trabajo activo y desarrollo de habilidades. Pero llama la atención el alto porcentaje en la dimensión de doble presencia en donde esta duplica a la dimensión de exigencias psicológicas. Los autores hacen referencia a la importancia del estudio de este grupo de trabajadores afirmando que, al ser conductores de vehículos de transporte, por el trabajo que desempeñan pueden causar daños a terceros. Por ello, es de vital importancia identificar los riesgos psicosociales extralaborales en esta clase de trabajadores, por lo que han relacionado las asociaciones sindicales con la percepción de salud y siniestralidad (de tránsito) laboral, por tanto, se debe intervenir sobre aquellos trabajadores partiendo por las situaciones prioritarias, interviniendo en los enfoques organizacional, integral y participativo.

Un estudio muy similar con igual número de participantes e igual número de empresas de transporte fue realizado por Bustos, Celedón, Pareto y Marchetti, (2014); en el estudio de riesgos psicosociales en conductores de transporte de carga y pasajeros urbanos e interurbanos, y su relación con la auto percepción de salud y siniestralidad laboral; tuvo como objetivo identificar la asociación entre factores de riesgo psicosocial en el trabajo y auto percepción de salud y

siniestralidad laboral en conductores de vehículos de transporte de carga y pasajeros, urbanos e interurbanos en empresas afiliadas a la Asociación Chilena de Seguridad; con una muestra de 356 conductores de 4 empresas de transporte, con una población del 100% de hombres con edad promedio de 45.4 años. El 70.8% de los participantes transportaba pasajeros y como resultado del estudio se obtuvo un 93.8% se reportó sin alteración de salud mental a fin de controlar y reducir las exposiciones de accidentes de trabajo.

Bravo y Nazar (2015), en su investigación acerca del riesgo psicosocial en el trabajo y salud en conductores de locomoción colectiva urbana en Chile, en donde el objetivo consistía en describir las condiciones de trabajo de los trabajadores de conducción, los riesgos psicosociales a los que están expuestos y su relación con indicadores de salud general y mental. Se realizó un estudio correlacional de tipo transversal en el que participaron 234 conductores de seis empresas de autobuses autorizadas del sur de Chile, por medio de los instrumentos SUSESO ISTAS 21 en su versión corta y el SRQ-20 y un cuestionario diseñado para la presente investigación que obtuvo como resultados la presencia de al menos tres factores de riesgo psicosociales laborales en un nivel de riesgo mediano y alto para la salud. Se identificó la presencia de antecedentes laborales de riesgo, tales como la cantidad de horas de trabajo semanales, el tipo de contrato de trabajo y la duración de recorrido, así como la exposición a situaciones de violencia y percepción de mayor riesgo por manejo de dinero en efectivo, los autores establecieron que se debían tomar medidas de prevención y atenuar el impacto de los riesgos psicosociales en la población estudiada.

Condori D. (2014) en su investigación sobre los factores psicosociales como conductores del estrés en los trabajadores de las agencias de viajes y turismo en la ciudad de Puno en Perú, identificaron como los factores psicosociales afectan el estrés de los trabajadores en las agencias de viajes y turismo Tour Operadoras y establecieron los agentes de amenazas a los que están expuestos diariamente; Se utilizaron con una muestra de 320 trabajadores; se utilizó como instrumento un cuestionario pre-codificado con 21 preguntas cerradas dando como resultado de los riesgos psicosociales que los efectos de los factores psicosociales de estrés pueden afectar tanto la salud psicológica como

la salud física del trabajador a través de los mecanismos psicofisiológicos activados por el estrés sujetos a los roles de trabajo, por expectativas de trabajo mal definidas o imposibles de lograr, demasiada responsabilidad y demasiadas funciones las cuales afectan el bienestar del trabajador que se desempeña en esta agencia de viajes y turismo. Finalmente, el autor afirma que el estrés siempre va a estar presente en la vida de las personas independientemente del tipo de organización al que pertenezcan y que se debe trabajar en enseñar a estas personas a controlar y manejar este factor psicosocial con el fin de evitar que afecte su calidad de vida laboral y tratar de que no incida en su entorno social.

Cabe mencionar, que los estudios expuestos con anterioridad se realizaron por medio del método ISTAS 21, es una metodología mediante la cual se busca la evaluación y gestión de riesgos psicosociales, con la finalidad de lograr la identificación y medición de las características de la organización del trabajo que pueden representar un riesgo para la salud y el bienestar de los trabajadores/as, facilitando las propuestas preventivas en un marco participativo y de colaboración entre empleadores y trabajadores.

El Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS), de España, desarrolló este método a partir de su experiencia en la aplicación del Cuestionario danés COPSQ, diseñado en el año 2000 por un equipo de investigadores del Instituto Nacional de Salud Laboral de Dinamarca. El mencionado instrumento ha logrado la identificación y medición de las características organizacionales del trabajo en múltiples empresas de diferentes tamaños, actividad económica, y en los distintos sectores como el público y el privado, en toda España. El Cuestionario fue acondicionado a la realidad española, mediante requerimientos científicos, operativos y legales de dicho país, los mismos requerimientos los han realizado a nivel sudamericano los países de Ecuador, Perú y Chile respectivamente donde en igual manera adaptaron el cuestionario a su población y fueron reglamentadas con sus respectivas leyes nacionales.

El Cuestionario COPSQ desde su desarrollo ha adquirido una importante dimensión internacional, convirtiéndose en uno de los instrumentos de medida de riesgos psicosociales más utilizados en el ámbito académico como instrumento de investigación epidemiológica y social y en el ámbito de la producción como

instrumento de intervención preventiva. Lo más relevante es que se encuentra disponible en más de 25 lenguas.

En su versión original danesa, el COPSOQ es un instrumento que mide múltiples niveles. Cuenta en la actualidad con una versión corta que es la más utilizada en algunos países sudamericanos, la cual cuenta con 8 dimensiones de 44 preguntas. Su finalidad es auto evaluativa para los trabajadores en empresas con menos de 30 empleados. Una versión media que mide 26 dimensiones con 95 preguntas, la cual se encuentra destinada para el uso profesional debido a que realiza evaluación de riesgos, planificación e inspección en empresas de más de 30 trabajadores. Mientras que la versión larga mide 30 dimensiones con 141 preguntas y su utilización se realiza con fines investigativos más profundos.

Las versiones corta y media solo incluyen aquellas dimensiones psicosociales para las que se evidencia epidemiológicamente relación con la salud, mientras que en la versión larga mide otros aspectos de los cuales aún no se cuenta en la actualidad con suficiente evidencia de su utilización.

Las dimensiones que se estudian por medio del instrumento SUSESO ISTAS-21, en versión corta, se describen a continuación:

Exigencias psicológicas, que se subdividen en:

- Exigencias cuantitativas.
- Exigencias cognitivas.
- Exigencias emocionales.
- Exigencias de esconder emociones.
- Exigencias sensoriales.

Trabajo activo y desarrollo de habilidades.

- Influencia en el trabajo.
- Posibilidades de desarrollo.
- Control sobre el tiempo de trabajo.
- Sentido del trabajo.
- Integración en la empresa.

Apoyo social en la empresa y calidad del liderazgo.

- Claridad de rol.
- Conflicto de rol.
- Calidad de la relación con compañeros.
- Calidad de la relación con sus superiores.
- Posibilidades de relación social.

Compensaciones.

- Estima.
- Inseguridad al respecto a las condiciones del contrato.
- Inseguridad al respecto a las características del trabajo que realiza.

Doble presencia.

- Cargas de tareas domésticas.
- Preocupación por tareas domésticas.

En el instrumento utilizado se formula que los factores psicosociales extralaborales hacen referencia a las condiciones que se presentan cuando, las exigencias de tiempo y esfuerzo que hacen los individuos en su trabajo, impactan en su vida extralaboral.

Las mencionadas condiciones se convierten en fuente de riesgo cuando las altas demandas de tiempo y esfuerzo afectan negativamente la vida personal y familiar del trabajador, en las que se encuentran las siguientes:

- Apoyo social en la empresa y calidad del liderazgo: se enmarca cuando existe el trabajo aislado, sin apoyo de los superiores o compañeros, tareas no definidas y sin contar la información pertinente en tiempo y forma.
- Compensaciones: se presentan ante los cambios de puesto o servicio contra la voluntad, trato injusto, falta de respeto, inseguridad contractual, la falta de reconocimiento laboral y el no reconocimiento del salario bajo para las actividades realizadas.

- Doble presencia: es la forma de medir la preocupación por cumplir tanto las tareas domésticas como las tareas en el trabajo, equivalentes al trabajo-familia. Tanto el trabajo doméstico y familiar supone muchas más exigencias que deben asumirse de forma simultánea a las del trabajo remunerado, una organización de trabajo en la empresa puede impedir la compatibilidad de ambas tareas a pesar de disponer de medios para su conciliación de la vida laboral y familiar.

A continuación, se expondrán antecedentes investigativos sudamericanos, realizados con los instrumentos para la evaluación de factores de riesgos psicosociales, reglamentada por el Ministerio de Protección Social de Colombia, utilizada en nuestra investigación acerca de los factores de riesgo psicosociales extralaborales del personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero.

En la República de Colombia, Romero, Beleño, Ucros, Echeverría y Lasprilla (2016), realizaron un estudio que tuvo como objetivo caracterizar los factores de riesgo psicosociales extralaborales y la determinación de su nivel de estrés del personal administrativo de la Corporación Universidad de la Costa, con una población conformada por 227 trabajadores. Para para la recolección de la información se aplicaron los instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosociales, emitidos reglamentariamente por el Ministerio de Protección Social de Colombia. En el presente estudio se lograron caracterizar los factores de riesgo psicosociales extralaborales presentes en el personal administrativo de la Corporación Universidad de la Costa. En primer lugar, prevaleció el factor de riesgo en la dimensión “desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda”; en segundo lugar, se presentó la “situación económica del grupo familiar”, en tercer lugar, las “características de la vivienda y su entorno”. Otro factor de riesgo con cifras relevantes para un cuarto lugar, fue el de “tiempo fuera del trabajo” y en quinto, la “influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo”. Finalmente, como factores protectores las dimensiones “relaciones familiares” y de “comunicación y relaciones interpersonales” con los niveles más bajos, como factores de riesgo.

Otro estudio realizado por Parra y Pulido (2013), con el fin de identificar los riesgos psicosociales en una entidad pública de Boyacá, contó con la participación de trabajadores del área administrativa de una organización pública del departamento de Boyacá en la República de Colombia, con una población de 96 trabajadores con un porcentaje de 58,33% mujeres y 41,67% hombres respectivamente, utilizando una batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial, elaborada por el Ministerio de la Protección Social de Colombia (2010). Los Instrumentos mencionados miden los factores psicosociales intralaborales y los extralaborales en cuestionarios diferentes, por tanto, se tomaron solo los resultados de los factores de riesgo extralaborales que nos interesan como antecedentes bibliográficos, no obstante, cabe aclarar que los factores de riesgo psicosociales intralaborales son de suma importancia, dado que inciden a priori, con los factores de riesgo extralaborales. Los porcentajes se ubican principalmente en: sin riesgo (63,54%) y riesgo bajo (27,08%); la dimensión comunicación y relaciones interpersonales con riesgo bajo y medio en un 25,00% y 23,96% respectivamente; para la dimensión situación económica del grupo familiar el nivel de riesgo se presenta alto (25,00%) y bajo (22,92%); en la dimensión características de la vivienda y el entorno, los niveles de riesgo se ubican en alto y bajo con igual porcentaje (22,92%); en lo pertinente en la dimensión influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo riesgo muy alto (22,92%), alto (20,83%) y medio (17,71%); mientras que en la dimensión desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda los niveles presentados son sin riesgo (32,29%) y riesgo medio (25,00%); y de forma general las condiciones extralaborales presentaron riesgo alto (28,13%) y medio (23,96%) en esta población estudiada.

En cuanto a la medición de los síntomas asociados a estrés el 34,38% reportó nivel muy alto, el 21,88% alto, el 15,62% medio; el 12,50% reportó nivel de riesgo bajo y muy bajo el 15,62% de los trabajadores encuestados.

Antecedentes a nivel nacional acerca de factores psicosociales extralaborales

Al realizar una búsqueda bibliográfica acerca de estudios relacionados con los factores psicosociales en la República Argentina, solo se encontró un trabajo realizado en la provincia de Córdoba, que se titula “Riesgos Psicosociales en el equipo de salud de hospitales públicos de la Provincia de Córdoba, Argentina”, (Acevedo, Sánchez, Farías, Fernández, 2011). El objetivo específico de esta investigación fue determinar el nivel de riesgo psicosocial en el trabajo de los integrantes de los equipos de salud de hospitales dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

En este estudio descriptivo, de corte transversal, conto con la participación de 844 trabajadores del equipo de salud los cuales trabajan en 23 hospitales públicos, en donde se encuentran médicos, enfermeros (profesionales y auxiliares), bioquímicos, psicólogos, odontólogos, farmacéuticos, licenciados en Kinesiología y Fisioterapia, licenciados en Fonoaudiología, licenciados en Trabajo Social, técnicos universitarios en Radiología, Laboratorio y Hemoterapia, que en su conjunto ascendían a 8.371 trabajadores, según datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. En este estudio se aplicó el instrumento SUSESO ISTAS-21, en versión corta de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) del Gobierno de Chile. Es relevante aclarar que el mencionado instrumento aplicado, es una copia adaptada y validada del cuestionario Psicosocial de Copenhague (copsoq-istas21), Alvarado, Marchetti, Villalón, Hirmas y Pastorino. (2009).

El estudio en mención en la provincia de Córdoba, determinó que los riesgos psicosociales con un riesgo alto en representación a las dimensiones estudiadas fueron las referidas a las exigencias psicológicas con un (57,7%), apoyo social y calidad de liderazgo (56,2%) y doble presencia (64%), continuando con los resultados, el riesgo medio predominó en la dimensión de compensaciones (39%) y en riesgo bajo resultó más frecuente en la dimensión Trabajo activo y desarrollo de habilidades (42,9%).

En esta interesante investigación se concluyó que este personal sanitario presenta una elevada frecuencia de exposición a riesgos psicosociales en el

ámbito laboral, dejando de manifiesto que se debe generar la búsqueda de factores condicionantes de estos riesgos y con ellos elaborar acciones de promoción de ambientes de trabajo más saludables, dejando abierto este estudio a otras investigaciones que se interesen en realizar el estudio permitiendo con el fin de indagar cuáles serían los factores causantes de los riesgos psicosociales de la población estudiada.

A continuación, las definiciones de las dimensiones extralaborales.

Condiciones extralaborales

Son estas las que comprenden el entorno familiar, social y económico del trabajador. A su vez, abarcan las condiciones del lugar de vivienda, que pueden influir en la salud y bienestar del individuo. Las dimensiones extralaborales que se evalúan a través de la batería se presentan en la siguiente tabla:

Dimensiones extralaborales

CONSTRUCTO	DIMENSIONES
CONDICIONES EXTRALABORALES	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo fuera del trabajo • Relaciones familiares • Comunicación y relaciones interpersonales • Situación económica del grupo familiar • Características de la vivienda y de su entorno • Influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo • Desplazamiento vivienda – trabajo – vivienda

Fuente: Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial Ministerio de la protección social 2010.

1. Tiempos fuera del lugar de trabajo:

Se refiere al tiempo en que el individuo dedica a sus actividades distintas a las de su trabajo, como recuperar energías en su casa, dedicar tiempo a su

familia y amigos, asumir sus responsabilidades domésticas o personales, dedicar tiempo para la realización de actividades de ocio y recreación.

Es factor de riesgo cuando: La cantidad de tiempo es insuficiente o muy limitado para el descanso y recreación. La cantidad de tiempo fuera del trabajo es insuficiente o muy limitado para compartir con la familia o amigos, al igual que para gestionar temas de carácter personal o doméstico.

1.1 La importancia de renovarse del trabajo

Al trabajar siempre se emplea una proporción de esfuerzo físico y/o mental, algunas veces en forma conjunta, el esfuerzo que se emplea realizado de manera sostenida y repetitiva se convierte en el aumento en los niveles de cansancio y estrés, por lo que se requiere de un mayor descanso con el fin de recuperar las energías que se encuentran agotadas.

Al realizar el trabajo hasta llegar al agotamiento físico y dependiendo del trabajo se puede arribar hasta el agotamiento psíquico, tal como se ha evidenciado en muchas ocasiones y puede llegar a desatar graves problemas de salud entre ellos el estrés y enfermedades del sistema circulatorio y coronario, a su vez desencadenar inconvenientes de tipo laboral como el abandono por enfermedad, accidentes de trabajo, disminución en el desempeño de las tareas asignadas, dificultades en las relaciones interpersonales tanto de modo personal como también en el ámbito del trabajo. Cabe destacar que el cuerpo y la mente del ser humano funcionan como un bloque indisoluble e inseparable para estos casos y son ellos los encargados en primera medida de enviar los indicios tanto del agotamiento percibido como del agotamiento almacenado, anteponiendo como una necesidad prioritaria la recuperación de nuestra competencia ya que se encuentra limitada en nosotros como seres humanos.

Al hacer referencia a reponerse del estrés, se habla de acomodar todos los factores generadores del mencionado estrés. La reposición se puede llegar a entender como un proceso eficaz, aunque algunas veces lento que acorta de cierta manera los efectos negativos de la fatiga. Tomándolo desde un panorama fisiológico, cuando se descansa del trabajo, se disminuye y se evita el acumulo

del cansancio y del estrés que conlleva progresivamente al desgaste de la salud. Desde un panorama psicológico reestablece los recursos y las energías organizándonos para las siguientes o nuevas tareas laborales.

Existen algunos momentos en donde se puede llegar a recuperarse bien ya sea dentro o fuera del trabajo. Ya que pueden existir, aunque no siempre descansos, de tipo formal o informal durante nuestra jornada de trabajo. Cuando disminuye la carga laboral en algunos intervalos de nuestras actividades, así como también los fines de semana cuando la jornada laboral se realiza dentro la semana y las vacaciones, son claros ejemplos a la hora de descansar para reponer energía.

Sin embargo, no todo el tiempo libre del trabajo puede ser utilizado para esta recuperación de energía, dado que la demanda energética que conlleva la profesión de enfermería en la labor diaria, requiere de un elevado consumo de energía. Ya en nuestros días los seres humanos emplean una importante parte del tiempo libre en dormir, comer y en su higiene personal. Por otro lado, existe la realidad de la mujer trabajadora, quienes en su mayoría después de su jornada laboral realiza sus actividades en el hogar, tales como las domésticas, el cuidado de los hijos y en algunas ocasiones sumada a las anteriores actividades de cuidado de sus padres o algún familiar. Todas las mencionadas actividades también demandan una alta porción de consumo de energía lo cual hace en la mayoría de los casos que esa reposición de energía no se encuentre disponible, disminuyendo la posibilidad de recuperar fuerzas para llegar nuevamente a la jornada laboral con la fuerza y vitalidad suficiente que demanda su profesión. Otro factor a tener en cuenta se centra en la alimentación deficiente a la hora de reforzar esta energía necesaria, que se obtiene de la mano del aporte nutricional que le brindamos a nuestro cuerpo.

Existen estudios que se han realizado haciendo referencia de esta situación, los cuales han logrado identificar ciertas actividades más específicas del tiempo de descanso que son probablemente más favorables para recuperarse. Las actividades con bajo impulso (como leer una revista, ver televisión o el simple hecho de relajarse en el sofá de la casa), son acciones pasivas, poco

demandantes que permiten fisiológicamente llegar al nivel de pre estrés y renovar energía.

También las actividades sociales, como (ir al cine, asistir a una fiesta o reunirse con amigos, entablar conversaciones con personas nuevas a nuestro entorno), favorecen a la recuperación, no solo porque no demandan energía, sino que además favorecen al apoyo social del individuo.

Se tiene conocimiento que la actividad física activa procesos tanto fisiológicos como psicológicos, que favorecen a la salud física del sujeto y además aportan ventajas a la salud mental. Ciertas actividades que incluyen desafío cognitivo, son iniciadas por individuos con las tecnologías en general de informática y/o tecnología.

Las mencionadas actividades requieren recursos cognitivos unidas a la búsqueda de desafíos y oportunidades de aprendizaje (Colombo y Cifre, 2012). Por citar ejemplos se encuentran el aprendizaje en el manejo de computadoras, jugar algún juego de estrategia o incluso el aprendizaje de un nuevo idioma, ayudan a mejorar habilidades que no se encontraban presente en el individuo.

A estas actividades se les ha denominado de renovación dado que estas descubren prácticas que favorecen la recuperación, como aislarse de los estresores del trabajo, la relajación, el encuentro de retos y el dominio del tiempo libre. Son estas prácticas de recuperación las más exactas y las representantes del éxito en el proceso de renovación, las cuales de forma directa nos distancian de manera física y mentalmente de los estresores que nos ayudan a producir recursos y adquirir nueva energía. Cuando la recuperación se realiza con éxito, el individuo percibe mejor ánimo y fuerza para retomar nuevamente su jornada de trabajo habitual.

Por todo lo mencionado, el incluir la recuperación del trabajo, despierta la atención en la comunidad científica y social en el aporte teórico y práctico. Desde el punto de vista teórico, se podría lograr la ampliación de modelos actuales en salud ocupacional, incluyendo la recuperación como un factor antecesor, mediador y de resultado, llegando a lograr ser una tarea de suma importancia en la creación de nuevos progresos en lo concerniente al bienestar.

Desde el punto de vista práctico, son los psicólogos los protagonistas fundamentales para la incorporación de técnicas de recuperación a modo de prevención de los riesgos psicosociales. El logro se completaría con esfuerzo individual y con el abordaje clínico psicológico para poder identificar los factores de riesgo que se unen a la insuficiente recuperación de una persona, sino que además podría ofrecer pautas de recuperación durante y posteriormente a la jornada de trabajo, así como de facilitar la búsqueda de situaciones habituales y predilectas del trabajador que le proporcionen hábitos de recuperación.

Al realizar una exploración a nivel organizacional, se puede aportar en este tema la generación de conciencia por parte de gerentes y directores de las Instituciones sobre la relevancia del tiempo de descanso tanto dentro como fuera del ámbito laboral con el fin de mantener un adecuado bienestar laboral de sus subalternos. De igual forma en conjunto con ellos se pueden diseñar estrategias que orienten a la reestructuración de los tiempos y espacios de descanso, como además instaurar propuestas prácticas de recuperación Intra institucional, mejorando las políticas y normas internas laborales para tratar de conseguir este bienestar.

1.2 La Recuperación del Trabajo

Se ha definido de varias formas la recuperación del trabajo (Demerouti, Bakker, Geurts, y Taris, 2009). Estas distintas definiciones concuerdan con que la recuperación del trabajo se obtiene cuando las demandas o estresores no se encuentran presentes en el ámbito laboral. En presencia de la recuperación, la eficacia de las personas, que ha estado presente en una experiencia estresante, reinicia los niveles de pre estrés en el que se encontraba con anterioridad (Meijman y Mulder, 1998). Por lo tanto, la recuperación del trabajo puede ser entendida como un proceso contradictorio al de activación psicofisiológica que aparece bajo situaciones estresantes (Sonnetag y Natter, 2004). Al observar desde el punto de vista fisiológica, la recuperación disminuye y previene el acumulo de cansancio y estrés que conlleva al desgaste de la salud (Sonnetag y Geurts, 2009).

Desde el punto de vista psicológico, le permite al individuo acondicionarse para las presentes y nuevas competencias laborales. En cuanto a los estudios

realizados en recuperación del trabajo, se han descrito dos modelos teóricos para dar explicación de este proceso: el modelo esfuerzo-recuperación y la teoría de conservación de los recursos.

2. Relaciones familiares:

Cualidades que caracterizan las actuaciones del individuo con su grupo familiar. Este requisito se transforma en fuente de riesgo cuando: la interacción con familiares es conflictiva, además del apoyo social que el trabajador obtiene de sus familiares es nulo o deficiente.

2.1 El desacuerdo existente entre el trabajo y la familia como generador de estrés

La gran mayoría de la población, independientemente del sexo o género, expresan deliberadamente que lo más relevante para sus propias vidas es la familia. Sin embargo, en la realidad esta afirmación no está tan fundamentada con buenos cimientos, ya que, a grandes rasgos, el ser humano le dedica su mayor tiempo y sus energías al trabajo, máxime en tiempos actuales. Este total desacuerdo entre los diferentes intereses y energías asignadas al trabajo o a la familia hace importante la búsqueda del entendimiento de como establecen las personas el nexo familia-trabajo y en qué proporción les afecta esta condición, lo que se le conoce como conflicto trabajo-familia.

Greenhaus y Beutell (1985) instauraron el marco conceptual con el que han trabajado un alto porcentaje de los investigadores de este campo. Para ellos, el conflicto trabajo-familia es una discrepancia que se origina entre las demandas producidas por el trabajo y la familia, que en algunos aspectos tiene un resultado de incompatibilidad. De esta manera se ha señalado que entre más energía y tiempo se le destine a un cierto rol, se disminuye la atención y dedicación al otro. Por consiguiente, esta relación común entre el trabajo y la familiar se convierte en un conflicto que se transforma en fuente de estrés para las personas. En un estudio de tipo descriptivo realizado en España, se evidenció que el 40% de las personas que trabajan padecen conflictos como esposos, padres y trabajadores (Chinchilla, Gallo, León y Poelmans, 2003), lo que los lleva a padecer estrés.

En la referencia bibliográfica específica han evidenciado distintos modelos de conflictos. Demostrando que no ocurren similares problemas, ya que cuando el conflicto ocurre en el trabajo, e incide en la familia, se lo conoce como conflicto

trabajo-familia, o lo opuesto, si es la familia la que está interviniendo en el trabajo, lo que se entiende como conflicto familia-trabajo.

El conflicto trabajo-familia puede haberse originado por una secuencia de predictores en el trabajo, como podrían ser las particularidades en el horario laboral, el lugar que se ocupa en la institución, los estresores del rol, o algunas veces las particularidades de la función asignada. En cambio, si las fuentes del conflicto se originan en la familia, se ha evidenciado que las situaciones de estrés pueden estar vinculadas con el progreso natural en la evolución familiar, como la llegada de un hijo al hogar, las laborales de la casa o quizás la ausencia física por la muerte de un miembro del núcleo familiar. Además, se estudia otro tipo de conflicto que se describe como bidireccional, el conflicto inter - rol el cual se origina tanto en la familia como en el trabajo y que perjudica de manera simultánea a la familia y al trabajo.

Cabe poner de resalto, los hallazgos encontrados en el estudio respecto a la salud del trabajador, remarcando los efectos nocivos que ocasiona el conflicto trabajo-familia en cuanto a la salud. Casi en su totalidad los estudios acerca del tema, concuerdan en postular el conflicto como fuente de estrés. Sumado a los anteriores, existen trabajos que demuestran de qué manera el conflicto se vincula de forma negativa con el bienestar psicológico, incidiendo directamente en la salud mental del trabajador.

Se ha apreciado además que el conflicto se postula como fuente de insatisfacción en el trabajo y de insatisfacción social, ocasionando un cuadro de depresión o en el peor de los casos el Síndrome de Burnout.

Heider (1958) estimó las atribuciones como un desarrollo básico en la actividad de los individuos, considerando que estas se ejercen como científicos inocentes, buscando una explicación a los sucesos por medio de sus causas y efectos, tratando de discernir, pronosticar y revisar la conducta con la intención de preservar la autoestima y la exposición. En otras palabras, realizando estudios para poder explicar cómo actuar frente al conflicto trabajo-familia cuando afecta la salud de los individuos.

En conclusión, los resultados demuestran, que cuando el conflicto deriva de la familia, por ejemplo, surge un inconveniente con un hijo, éste hecho perjudica nuestra salud, por lo cual una buena maniobra para manejarlo de forma adecuada psicológicamente radica en procurar no exteriorizar los impedimentos enfrentando los compromisos de nuestro estado de salud. Sin embargo, cuando el estrés tiene como inicio el conflicto en el trabajo, como, por ejemplo, inconvenientes con el jefe, las competencias cumplen una labor opuesta, por lo que se incrementa la buena salud, sobre todo cuando no se toman algunas responsabilidades.

Cuando la causa del conflicto es el inter - rol, las competencias al nivel de salud, conducen el mismo camino que cuando el conflicto se deriva del entorno familiar. Por tanto, parece ser que cuando en el conflicto se encuentra comprometida la familia o el conflicto es de tipo inter - rol, la visión de intranquilidad se reduce, aceptando la responsabilidad por ella, sin embargo, cuando se encuentran involucrados aspectos de la vida laboral, es más productivo encontrar las descripciones de su salud en aspectos que no tengan nada que ver con su responsabilidad.

En estas situaciones, las competencias internas se interrelacionan como un anhelo de realizar cualquier competencia que tienda a disminuir la advertencia que aparenta una situación. De forma general se podría concluir que las competencias tienen una función distinta, que dependerá del tipo de conflicto del que se trate.

3. Comunicación y relaciones interpersonales:

Son las propiedades que interpretan la comunicación y el comportamiento del individuo con su entorno, entre los que se encuentran sus familiares y sus amigos. Esta condición se transforma en fuente de riesgo a partir de la escasa o deficiente comunicación con los integrantes del grupo social, sobre todo cuando la relación con sus allegados y amigos es conflictiva y cuando el apoyo social que el individuo obtiene de sus allegados o amigos es insuficiente o inexistente.

3.1 Relaciones Humanas

Las relaciones conocidas y existentes son direccionadas por un importante e irremplazable factor, este factor es el ser humano, que produce otro tipo de relaciones como las relaciones humanas que abarcan todas las formas de

proceder y uniones entre los hombres tanto dentro como fuera del trabajo. Al realizar esta afirmación se está destacando el suceso tanto dentro del hogar como en la sociedad y son sumamente importantes para generar una actitud y una motivada población más amable, progresista y sin discordias, dependiendo de los ambientes expuestos, tal como lo define Cárcamo (1968).

Se debe entender que el ser humano es la base de la totalidad de tipos de relaciones que existen. Por tanto, las relaciones, públicas, de trabajo y las humanas se encuentran íntimamente entrelazadas entre sí por este factor fundamental que es el ser humano. Estas relaciones no se producen solo en el ámbito laboral o formal, también se producen en la cotidianidad y además de manera informal, componen un elemento esencial de la naturaleza humana conocido como relaciones humanas. Estas son necesarias para nuestro diario vivir y para nuestro bienestar emocional. Las personas que permanecen aisladas o reflejan una disminuida disposición social son las más predispuestas a percibir sentimientos de forma negativa llámese tristeza o depresión que pueden conllevar consecuencias corporales o deterioros mentales, tal como lo expone Teixidó (2009) en su libro “la acogida al profesorado de nueva incorporación”.

De igual forma las relaciones humanas y las del trabajo se afirman bajo el argumento de que deben existir relaciones entre humanos, es relevante resaltar, que para que las relaciones mencionadas se produzcan de forma adecuada, el ser humano de manera individual debe contar con bienestar emocional, con el fin de que estas no interfieran con las relaciones con los demás seres humanos.

3.2 Relaciones Interpersonales

Se constituyen las relaciones interpersonales desde múltiples tipos, dependiendo del nivel de vinculación. Pueden instaurarse en un nivel básico con las personas con quienes participamos, en la fila del supermercado, con una persona que nos vende alimentos y en un nivel más profundo, con la esposa(o), los hijos, los familiares y los amigos incondicionales. Ocupando un nivel intermedio estarían las relaciones con colegas, los profesores de la escuela de nuestros hijos, con el sacerdote de nuestra iglesia a la cual asistimos, entre otros, así como lo manifiesta Teixidó (2009).

La investigación acerca de los tipos de relaciones que existen, remarcan siempre la unión y la interacción persistente de personas con particularidades usuales, es decir, del mismo nivel social, laboral, cultural, de la misma especie, destacando que esta interacción se vincula persona a persona. Sin dar importancia al tipo de relación que exista, el ser humano es el punto clave para que se produzcan dichas relaciones, las que se sostienen mediante algunas herramientas que favorecen su utilidad. Dichas herramientas son: la confianza, la comunicación y la colaboración, entre otras, dependiendo de estos factores para que las relaciones interpersonales y los demás tipos de relaciones establecidas obtengan como resultado final ambientes agradables en todos los rubros laborales.

3.3 La teoría de las Relaciones Humanas

En el siglo XX, nacen múltiples planeamientos, entre los cuales sobresalen los clásicos modelos basados en las relaciones humanas, en la concepción de forma humana en las personas trabajadoras y en las orientaciones que conforman las dimensiones sociales y científicas desde el punto de vista socio-técnico.

A estos enfoques las acompañan y le siguen otras expectativas centradas en el conjunto del trabajo, en la calidad de vida laboral, en el capital humano, en los recursos humanos y otras preferencias posteriores. En el libro de Blanch, Espuny, Duran y Artiles, (2003), las relaciones humanas nacen de una serie de investigaciones, de naturaleza interdisciplinar, llevadas a cabo en la Western Electric Co; en Hawthorne, Chicago, Elton Mayo y sus colaboradores en 1933, revelan que el rendimiento de los obreros en la empresa que inspeccionan no depende primordialmente de las modificaciones de las condiciones materiales y técnicas de fabricación realizadas con los esquemas tayloristas: en cuanto incentivos salariales, horarios, descansos, entre otros aspectos, sino de la modificación del ambiente social del grupo de trabajo.

En el efecto Hawthorne se reflejó el aumento de la productividad obtenido del incremento de la motivación laboral, unido, a su vez, al adecuado ambiente instaurado en el grupo social de tipo informal de trabajo. Este hallazgo pone en crisis el modelo tayloriano en cuanto la mano de obra como categoría de mecanismo asocial, que no siente, ni piensa, ni resulta preciso a otro objeto más

que al dinero y a la disciplina. Por tanto, sugiere como opción la atención al factor humano de las prácticas socio-cognitivas- emocionales que se fomentan en las interacciones personales en el ámbito de trabajo entre los que se encuentran la amistad, la comunicación, la empatía y el respeto, entre otros. El hallazgo fue objeto de importante discusión tanto teórica como metodológica en el terreno de las ciencias sociales.

Blanch (op.cit), instaure que las relaciones humanas se fundamentan en el humanismo y en el enfoque socio técnico:

- Humanismo: de forma comparativa, la creencia humanista de la psicología expone una opción al modelo X de organización, que emplea a las personas como solo organismos pasivos, negligentes, e irresponsables. En el modelo Y (McGregor, 1960) argumenta el concepto de la persona como un elemento activo, con capacidades, necesidades y motivaciones de escalafón superior, con expectativas y aspiraciones de autorrealización, con toma de decisión responsable, con autonomía, entre otros. Por lo cual plantea el proyecto de ambientes de trabajo compatibles con este modelo, competentes para dar respuesta a las necesidades tanto a nivel organizacional como a nivel individual.

- Enfoque Socio técnico: destaca el marco sobre el comportamiento laboral al referirse en el sentido de la productividad, conflictividad, ausentismo, entre otros. La interacción en las condiciones técnicas del trabajo con la organización en cuanto a las relaciones socio laborales existentes. Desde el punto de vista práctico, busca el equilibrio entre la eficacia y la eficiencia de las organizaciones con la satisfacción del personal empleado. Indiscutiblemente, en este modelo (Walker y Guest, 1952), reconocen que el equilibrio es el estado normal de una organización como organismo vivo y que cualquier conflicto no hace parte de la normativa, sino de una mala función patológica. Este panorama refuerza los aportes de diversas disciplinas sobre el grupo de trabajo y el clima laboral que se maneje, abriendo una brecha a desarrollos a priori, en cuanto a la calidad de vida laboral y a modelos de organización como un sistema abierto, de aspecto

cultural y político, en donde la eficiencia y la eficacia dependen, en un importante grado de los recursos humanos efectivos.

Las indicaciones humanísticas han aportado de algún la deshumanización existente en el ámbito laboral; de forma horizontal se dan las relaciones entre compañeros de trabajo, de forma vertical haciendo referencia al trato que perciben los trabajadores por parte de la dirección de las Instituciones de salud. Sin embargo, esto no conlleva a un cambio de los objetivos en la institución prestadora de salud, ya que en definitiva es la dirección la que permanece de forma vertical, debido a que esta continúa tomando, dominando y controlando las decisiones constantemente para que la organización evolucione.

Es de entender que las relaciones laborales entre empleadores y trabajadores, no se sintetizan a una sencilla relación humana, por más que estos compartan, afinidades, reuniones, fiestas, cumpleaños de algún miembro del equipo de trabajo o la misma religión.

3.4 La teoría de la Inteligencia Emocional

El autor Fernández (2004), en su libro cita a Peter Salovey de la Universidad de Yale y John Mayer de la Universidad de New Hampshire de 1990, para explicar la inteligencia emocional, determinándola como una capacidad complicada que se encuentra integrada por un sistema de habilidades y actitudes entre las que se hayan la sensación de control, el relacionarse con otras personas conformando herramientas para afrontar el estrés, entre otras, las cuales determinan la conducta individual, los estados mentales, las reacciones, la forma de comunicación, los niveles de autoestima, etc. Según el autor mencionado estos factores inciden de forma directa en el éxito. Así como también la satisfacción social y personal de los empleados en la institución. Y se presentan en cuatro considerables capacidades:

- Conciencia y conocimiento sobre sí mismo, es decir, cuanto y con qué exactitud conocemos nuestras propias fortalezas y debilidades relacionándolo con la capacidad de conectar nuestros pensamientos y sentimientos y la confianza personal.
- Capacidad para operar nuestras emociones personales, es decir, el control de las emociones, el manejo de los impulsos de manera responsable y

tolerante de modo que no perjudique los resultados de nuestra actividad relacionándose con la insistencia frente a contratiempos y la motivación de manera positiva en la búsqueda de logros de mejores resultados.

- Conciencia social, determinada por el equilibrio con los sentimientos, exigencias y asuntos que agradan a los otros, es decir, capacidad para lograr empatía con los demás, ya sea colegas, con subordinados, jefes, clientes, personal de limpieza, entre otros.
- Habilidad social, es la que nos concede interactuar con otros entre las que se relacionan la comunicación, colaboración y apoyo, entre otras, sea de manera individual o grupal, además de buscar la forma adecuada al manejo de los conflictos que van apareciendo a diario.

En conclusión, la inteligencia emocional es entonces la que nos permite interactuar con los demás, trabajar en equipo, admitir situaciones complejas y de conflicto, reforzar vínculos afectivos, entablar empatía social, manejar los impulsos y sostener niveles adecuados de carácter. La deficiencia de las aptitudes mencionadas con anterioridad se conoce en la actualidad como analfabetismo emocional.

Cabe mencionar a Goleman (1996), quien en su publicación distingue conforme a la teoría, los mismos elementos, pero de una manera más amplia y aún más detallada. Determina a la inteligencia emocional en el trabajo como la muestra de condiciones que se deben desarrollar, tanto en la dirección cuanto en el personal especializado, tal como el acuerdo organizacional, las iniciativas que inciten en la mejora y la calidad en la realización de las distintas tareas, los estímulos para el crecimiento de la comunicación y la seguridad entre los empleados, así como también los distintos jefes y directivos de la Institución prestadora de salud, la elaboración de relaciones tanto dentro como fuera de la institución que proponen una excelente competitividad, la motivación de una permanente colaboración, ayuda, apoyo e intercambio de fuentes y recursos, la originalidad, riesgo y hostilidad de cualquier situación como un grupo y el entusiasmo por el aprendizaje y el perfeccionamiento permanente.

Goleman (op. cit), en su libro, "Trabajando con inteligencia emocional", describe las incumbencias que necesitan de los estados de ánimo y que

establecen un desempeño exitoso en el trabajo. Postula 25 habilidades que provienen de cinco áreas, la autoconciencia, la autorregulación, la motivación, la empatía y las habilidades sociales de la teoría expuesta por Salovey Mayer. Estas habilidades son:

Área 1. Autoconciencia (implica reconocer los propios estados de ánimo, los recursos y las intuiciones):

- Conciencia emocional: identificar las propias emociones y sus posibles efectos.
- Correcta autovaloración: conocer las fortalezas y limitaciones propias.
- Autoconfianza: un fuerte sentido del valor y capacidad propia.

Área 2. Autorregulación (manejo de los propios estados de ánimo, impulsos y recursos):

- Autocontrol: mantener vigiladas las emociones y los impulsos.
- Confiabilidad: mantener estándares adecuados de honestidad e integridad.
- Conciencia (compromiso consigo mismo): asumir las responsabilidades del propio desempeño laboral.
- Adaptabilidad: flexibilidad en el manejo de las situaciones de cambio.
- Innovación: sentirse cómodo con la nueva información, las nuevas ideas y las nuevas situaciones.

Área 3. Motivación (intensidad y dirección de las emociones que guían o facilitan el cumplimiento de las metas establecidas):

- Impulso hacia el logro: esfuerzo por mejorar o alcanzar un estándar de excelencia laboral.
- Compromiso: alinearse con las metas del grupo u organización.
- Iniciativa: disponibilidad para reaccionar ante las oportunidades.
- Optimismo: persistencia en la consecución de los objetivos, a pesar de los obstáculos y retrocesos que puedan presentarse.

Área 4. Empatía (conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones de los otros):

- Comprensión de los otros: percibir los sentimientos y perspectivas de los compañeros de trabajo.

- Desarrollo de los otros: estar atentos a las necesidades de desarrollo de los otros y reforzar sus debilidades.
- Servicio de orientación: anticipar, reconocer y satisfacer las necesidades reales del cliente.
- Diversificación: cultivar las oportunidades laborales en los distintos tipos de personas.
- Conciencia política: ser capaz de captar y comprender las corrientes emocionales del grupo, así como el poder de las relaciones entre sus miembros.

Área 5. Habilidades sociales (inducir respuestas deseadas en los otros):

- Influencia: idear y realizar adecuadamente tácticas efectivas de persuasión.
- Comunicación: saber escuchar abiertamente al resto y elaborar mensajes convincentes.
- Manejo de conflictos: saber negociar y resolver los desacuerdos que se presenten dentro del equipo de trabajo.
- Liderazgo: capacidad de inspirar y guiar a los individuos y al grupo en su conjunto.
- Catalizar el cambio: iniciador o administrador de las situaciones nuevas.
- Construir lazos: alimentar y reforzar las relaciones interpersonales dentro del grupo.
- Colaborar y cooperar: trabajar con otros para alcanzar metas compartidas.
- Trabajar en equipo: ser capaz de crear sinergia para la consecución de metas colectivas.

Es importante tener en cuenta en estos tiempos la promoción en todos los ámbitos laborales de programas que ayuden eficazmente al crecimiento humano, dado que, sin este, no será posible de ninguna manera motivar el crecimiento organizacional de forma sólida y sostenible en el contexto integral de incumbencias positivas entre un entorno y otro que contengan características y funciones comunes. En la actualidad ya no es suficiente la parte intelectual y el conocimiento de los logros en la búsqueda del éxito en el ser humano, sino que además es indispensable el manejo del engorroso aspecto psicológico del trabajador al que se le ha denominado como inteligencia emocional.

Esta teoría mencionada ha logrado la solución de gran número de conflictos en las relaciones humanas y laborales, debido a que, las emociones son la matriz de un sinnúmero de orientaciones, impulsos, sueños, objetivos que funcionan en el ser humano a más de su entorno personal.

Según Hendrie Weisinger, en su libro publicado en el año de 1997 “inteligencia emocional en el trabajo” expuso, que el desarrollo de la inteligencia emocional consiste de dos pasos:

- Internos
- Desarrollo de la autoconciencia

Para desarrollar un alto grado de autoconciencia, se debe poner en juego abundante información, pensamientos, interpretaciones, sentimientos, impresiones, propósitos sobre las que nos acondicionamos nosotros mismos, sin dejar a un lado que el incremento de un alto grado de autoconciencia demanda práctica y valentía, toda vez que a lo largo de este camino de aprendizaje en algunas ocasiones se debe dar marcha atrás, con el fin de observar nuestro accionar y de manera paralela evaluar el camino por el cual estamos razonando.

3.5 El control de las emociones

Las emociones son la respuesta de la interacción de los raciocinios, los cambios fisiológicos y la conducta con la que se enfrenta a una situación externa. De acuerdo a esto se pueden utilizar las emociones propias y dependerá de un adecuado manejo de cada factor.

La emoción de tipo estresante, frecuentemente es el resultado de una situación incierta, por ejemplo; la preocupación que provoca la inmediata refacción de la vivienda. Lo fundamental al estar en frente a este tipo de emociones es tratar de lograr que nuestro medidor emocional interno, se encuentre en un nivel que nos permita razonar de forma productiva; este evento, se puede utilizar con audacia en la solución de inconvenientes, con el objetivo de seleccionar la mejor táctica a utilizar y con ellos resolver la situación.

3.6 La automotivación

Múltiples motivos contribuyen a estimular la motivación, de los cuales somos nosotros mismos los que nos encontramos primeros en la lista, luego siguen la familia, los amigos y los compañeros de trabajo. Una inspiración emocional, sea una figura real o de la ficción, en la cual busquemos inspiración y junto con el entorno adecuado como el aire, el silencio en nuestro lugar de trabajo y las luces del mismo. Estas fuentes tienden a motivarnos y a conservar la motivación ya que inducen a la confianza, el entusiasmo, el optimismo y la tolerancia, lo que algunas veces posibilitan transformar las adversidades en ventajas.

3.7 Relaciones con los demás

- El desarrollo de una capacidad de comunicación eficaz.

Para fortalecer las relaciones con los demás se encuentran cinco aptitudes de grandes beneficios: Manifestación, afirmativo, interés dinámico, crítica y relación de equipo.

- El desarrollo de la experiencia interpersonal.

Los elementos de una relación se dividen en satisfacción de las obligaciones de cada uno, relación con el entorno sostenida en el tiempo y el compartir pensamientos, sentimientos y propósitos. Son dos las habilidades que conllevan al entendimiento competente de las relaciones interpersonales: la habilidad de observar una relación para entrenarla de forma productiva y la comunicación con el nivel adecuado para obtener un intercambio eficiente de información.

- La ayuda a los demás y ayudarse a sí mismo.

Una organización laboral es un sistema estructurado que necesita de la interacción del personal que la conforma. Por eso es de gran importancia para el éxito de una empresa, no solo que todos los trabajadores empleen al máximo sus capacidades, sino que además incentiven a los demás a realizarlo también. Al hablar del tema sobre inteligencia emocional, implica que debemos impulsar a los

demás a dominar sus emociones, a buscar comunicación con eficacia, a resolver problemas, a solucionar conflictos y a percibirse motivados.

Se encuentran cuatro maneras específicas de hacerlo: nuestro aspecto emocional, en tanto calmar a una persona que ha perdido el control, brindar ayuda, oír a los demás, ayudarlo a planear y alcanzar objetivos.

Nuestra aptitud para ayudar a los demás va de la mano a nuestro manejo adecuado en las relaciones interpersonales y valiéndonos de nuestra propia inteligencia emocional se pueden alcanzar e instaurar una organización emocionalmente inteligente.

- Conclusiones finales relevantes de la inteligencia emocional.

Con el fin de lograr la búsqueda de una organización emocionalmente inteligente determina que debemos luchar cada uno de nosotros como trabajadores, en donde se debe crear un sistema que emplee técnicas y herramientas adecuadas de la inteligencia emocional.

Para que se llegue a una empresa con estas características, los empleados deben tener el compromiso de fortalecer su propia inteligencia emocional desarrollando la autoconciencia, el control de sus emociones y la Automotivación, aportando con el uso de su inteligencia emocional en las interrelaciones con los demás integrantes de la empresa, en pos del intento de fortalecer las técnicas de comunicación eficaz, la ayuda hacia los demás y practicar la autoayuda, aportando cada uno su inteligencia se podrán aplicar mejoras a la organización.

Debemos tener en claro que la inteligencia emocional en la organización, se debe iniciar por nosotros mismos. Dado que al utilizar nuestras emociones podemos fomentar el rendimiento y mejorar las relaciones laborales, no solo nos encontramos frente al reto de fomentar, sino que además el de inspirar el crecimiento de la inteligencia emocional entre los demás empleados de la empresa; es evidente que las oportunidades de alcanzar el éxito tanto para el individuo como para la empresa son importantes y que ese éxito se encuentra al alcance de cada uno de nosotros.

Cabe tener en cuenta algunos aspectos al hacer referencia al entrenamiento de las emociones, las que provienen de la alfabetización emocional, los cuales son la armonización de sentimientos propios y la de los demás, el dominio de impulsos, la exploración de situaciones problemáticas y su aptitud, la empatía, la obtención de soluciones adecuadas a múltiples situaciones de conflicto, el progreso de la actitud en la parte social y armonía en el trabajo de grupo y el incremento de la colaboración, la ayuda y la postura de compartir.

En el proceso de educación dirigido hacia el crecimiento o fortalecimiento de la inteligencia emocional del personal se corrobora la fuerza actual en la creación del proceso laboral, así como el de aprendizaje permanente, por medio del trabajo en equipo, la determinación y solución de problemas, y la utilización de los grupos de entendimiento en la organización, es decir, el fomento del aprendizaje en las organizaciones y la comunidad que intervienen.

El fomento del aprendizaje se debería de realizar con jefes y profesionales del equipo de salud con alta capacidad de llevar a cabo el cambio, entre los que se encuentran los psicólogos, pedagogos, coach ontológicos entre otros. Estos deberán reconocer el papel transcendental a la hora de brindar la información, lo que creara un importante cambio en la manera de deducir la función de la comunicación dentro de la organización. El profesional encargado de fomentar el aprendizaje deberá cultivar su inclinación para incluir este enfoque de trabajo sabiendo que tendrá dificultades y resistencia al cambio; deberá personificar su papel como modelo para ser replicados por otros, y direccionar a la organización con vehemencia y eficacia hacia los estilos y rutinas de aprendizaje continuo.

Los grandes cambios tanto de la sociedad y la economía del siglo XXI, en donde la tecnología cada día se torna más importante, obliga de manera inevitable a la organización, a la administración y a los profesionales especializados a crear un proceso educativo que propicie el crecimiento integral de los recursos humanos. El crecimiento intelectual deberá paralelamente compartir su importancia, en el proceso de educación, con los demás aspectos de la persona entre los cuales se encuentra el cuidado de la salud física y mental, el crecimiento emocional, el crecimiento de la cultura organizacional y los valores. Todo lo expuesto se confronta con el resultado de que la persona y la organización al ser

un sistema conformado por personas deben sobrevivir y desarrollarse en un mundo cada vez más competitivo con acotados recursos.

El fomento del aprendizaje se debe orientar de manera individual y no hacia el conjunto de trabajadores, ya que se debe enseñar a cada persona a que aprenda a manejar su potencial particular y a lograr una relación de manera positiva para con los demás.

4. Situación económica del grupo familiar:

Hace referencia a la facilidad de medios económicos para que el trabajador y su grupo **familiar** puedan cubrir sus gastos básicos. Lo cual se convierte en un factor de riesgo en las siguientes circunstancias: los ingresos económicos son deficientes para sostener las necesidades básicas del grupo familiar y las deudas económicas adquiridas de difícil solvencia.

4.1 Los problemas económicos que afectan la Familia.

En la actualidad existen hogares que manejan con eficiencia las dificultades económicas y de forma paralela otras que ciertamente no las soportan, dado que en esta realidad de dinero favorecen y animan otro conjunto de esperanzas y deseos. En un alto porcentaje la responsabilidad económica del grupo familiar recae en un solo miembro de este, ya sea el padre, la madre, el hijo mayor o el menor es el que trabaja, entre otros, volcando en este una demanda irrazonable, sin ser tenidos en cuenta sus propias necesidades personales y sin llegar a pensar algunas veces en el esfuerzo diario que realiza por los demás miembros del grupo familiar.

Sumado a la anterior realidad, se adiciona la posición demandante de alguno o algunos miembros del grupo familiar que no aportan en nada a la economía del núcleo. Cabe destacar que existen familias que se organizan formando un equipo en el que todos están incluidos. Es más, los hijos deben al llegar a cierta edad, ayudar al desarrollo del bien común, lo cual crea un vínculo más solidario, a pesar que en muchos casos están emancipados del núcleo familiar primario. Por lo tanto, se hace necesario examinar la existencia de

circunstancias tales en donde el aporte del dinero ayuda a elevar, fortalecer o quebrantar –según sea el caso particular- al grupo familiar:

- Integrantes del grupo familiar juzgado por sus bajos ingresos salariales.
- Circunstancias ajenas que fomentan que la familia agreda al que no provee a la economía del núcleo.
- Desorganización en la economía familiar.
- Desvinculaciones laborales inesperadas por los cuales el miembro de la familiar además de sentirse mal, en la parte personal carga con la culpa del despido y la demanda de los demás.
- Cuestiones personales de alguno de los miembros en donde se pueden encontrar la ludopatía, adicciones, personalidad insensata, entre otros.

Una de las situaciones de mayor importancia que una familia debe de tener en cuenta es la posición de afecto en la cual se encuentra cada uno de los integrantes y desde esa necesidad de ya sea cariño, frustración, de ira o de conducta solidaria puede relacionarse con la economía del hogar. Si los miembros de la familia se mantienen en la posición de que es el otro familiar el que tiene que solucionar el problema entonces la dificultad se hará imperiosa y la parte económica al final terminara siendo el mejor carruaje para la destrucción de la familia.

4.2 Influencia de los problemas económicos en una pareja.

I. Pareja-problemas

Independientemente de los conflictos que puedan tener las relaciones de pareja, una de las causas principales, que propician a causarlos, exponerlos y realizarlos cada vez en mayor incidencia, son las dificultades económicas. El escaso monto de dinero en una pareja lleva a desplegar problemas que antes no existían entre ellos, y estos presentan una vez que el poder adquisitivo monetario disminuye de manera notable.

Claramente es una situación que tiene solución ya sea a largo, mediano o corto plazo, para lo cual se precisara de una estrategia sólida y adecuada a fin de buscar que el problema no se convierta en una desgracia. Los percances

económicos están catalogados como los primeros pretextos para iniciar una discusión en la pareja, ya que como seres humanos necesitamos descargar toda la tensión que esta situación desencadena; hoy en el siglo XXI para nadie es desconocido que nuestra sociedad capitalista y de consumo se mueve por el dinero, por tanto, es que, en una pareja, al ser recíproco el sentimiento el conflicto es aún mayor. Las razones más comunes son:

- Sueldos indignos.
- Situaciones imprevistas.
- Desorganización de la economía de la familia.
- Despidos fortuitos de algún miembro del núcleo familiar.
- Largos periodos de nueva incorporación al ámbito laboral.
- Cuestiones personales de alguno de los miembros.

II. Pareja.

Estas causas mencionadas tienen siempre algo en común, ya que trasciende día a día e inclusive más en una pareja, por la presión que se genera al no contar con lo que nos gustaría tener, para nosotros como para nuestra familia. El acostumbramiento de las compras en la actual sociedad de consumo en “tiempos mejores” hace referencia obviamente a la parte monetaria, de todas formas, con la problemática económica actual, podría ser tomada como un capricho e inclusive catalogarse como una irresponsabilidad. Sumado a esto, la situación en ciertas ocasiones tiende a empeorar y a pesar de parecer algo insignificante, se utiliza la disputa como excusa para mencionarse situaciones salidas del contexto con el fin de herir al otro. Es aquí donde quizás de manera momentánea se instauran sentimientos perjudiciales tanto para la salud como para la relación, tales como la depresión, tristeza, falta de motivación, angustia y algunas veces el peor de los sentimientos del ser humano como la ira.

Habitualmente en una pareja, alguno de los dos individuos ocupará el papel de víctima, por el contrario, el otro se inclinará más por el papel del contenedor. El problema desde el inicio tiene solución, a pesar que existen casos más graves, como la existencia de parejas que tienden aparentar un estatus económico al cual no pertenecen, siendo estos los que si deberán buscar ayuda externa.

La solución por deducción es muy sencilla, el inconveniente se presenta cuando uno de los miembros observa la situación desde adentro de forma cegada, dado que no puede ver más allá de su perspectiva actual. El secreto está en indagar acerca de lo que tenemos actualmente, unificar los ingresos del hogar y luego de manera mancomunada tratar de instaurar un plan para cada mes. En conclusión, la respuesta se encuentra en vivir buscando como mejorar la situación, sin que esta, sea una tortura.

4.3 Otro punto de vista de los problemas económicos familiares.

Los problemas económicos en la actualidad y quizás desde siempre han sido parte de la cotidianidad de muchos hogares en donde en la mayoría de los casos, solo uno de los miembros de la pareja es el que trabaja percibiendo un salario magro e indigno. Existen además hogares en donde los dos integrantes trabajan, pero perciben salarios bajos, y en el peor de los casos se encuentran aquellos que ninguno de sus integrantes cuenta con un empleo. Es de público conocimiento que los problemas económicos son una realidad en la actualidad, muchas veces ocultada por vergüenza, o quizás por miedo a no recibir ayuda y en ocasiones por orgullo personal.

Con la aparición de la temporada escolar, también aparecen los gastos extras para la compra de los útiles escolares y es donde la situación tiende a agravarse mucho más.

En otras oportunidades, además se encuentran problemas económicos que afectan de manera directa a la familia y se presentan precisamente, por la desorganización permanente de sus ingresos. Una realidad actual es que no se puede tener cuando se quiere, por lo tanto, se deben priorizar y configurar un orden en sus propias prioridades de gastos y consumo. Los problemas económicos como se analizaron precedentemente suelen surgir con el despido fortuito de algunos de los miembros del grupo familiar. En esta situación, el individuo padece la percepción del sentido de la culpa, y más aún cuando se tiene una familia bajo su cargo. En estas circunstancias, lo más beneficioso sería conservar la calma, aprovechar el tiempo e iniciar de manera inmediata la búsqueda laboral con el objetivo primordial de lograr la inserción laboral para

poder continuar en el largo camino que recorre el sostenimiento económico familiar, con el fin de no alcanzar el colapso financiero en el núcleo familiar.

Los problemas económicos en el núcleo familiar, también se puede deber por alguna adicción por parte de alguno de sus integrantes ya sea por ludopatía o quizás adicción a las compras y la situación tiende a desmejorar de forma sustancial cuando el integrante que presenta la adicción es la persona que sostiene la familia. Para lo cual, se requeriría de manera imprescindible iniciar tratamiento con el fin de lograr integrarse al proceso de recuperación de manera inmediata.

4.4 El amor por la familia puede derivar en problemas económicos en el futuro.

4.4.1 La familia siempre esta primero.

Existe una percepción cerrada en la población latina y esta es la unión familiar, la cual es afirmada por la mayor parte de sus miembros. La convicción de que la familiar es lo primero prevalece, desde los que viven en el extranjero y envían dinero de su trabajo a sus países de origen, algunos hijos emancipados le brindan un espacio en sus hogares a los padres, abuelos que pagan los estudios de cualquier nivel a sus nietos e inclusive hermanos que apoyan a sus hermanos en la economía de sus hogares o en sus estudios a otros miembros del núcleo familiar. A priori esta percepción acarrea problemas en algunos casos a aquellos que apoyan al otro en donde venden sus propiedades con el fin de ayudar de manera incondicional a su familiar.

Un estudio denominado la experiencia financiera hispanoamericana realizado por Prudential, (2014) remarca que los latinos son las personas que generosamente más ayudan a sus familiares, lo cual se encuentran realizando una maniobra arriesgada si no le brindan importancia a su propio futuro económico. Este estudio puso de manifiesto una importante cuestión al identificar que los hispanos deberían de planear una manera diferente a la hora de tomar decisiones en las inversiones, para lo cual llevara de alguna forma a asegurar su futuro y el de sus familiares. La respuesta fue negativa, dado que la mayoría de las familias latinas no tienen como costumbre el ahorro o las inversiones estables,

por lo que prefieren tener a mano el dinero de manera fácil y rápida y sin restricciones para el momento en que algún familiar necesite ayuda económica.

En el mencionado estudio identifico algunas importantes conclusiones en su informe:

- Los hispanos se establecen más como protectores que como inversores, en un 37 por ciento. Pero más o menos con el mismo porcentaje, con un 36 por ciento de la población del estudio afirman que no se consideran ni protectores ni inversores.
- La encuesta arrojo que es una cultura hostil a la deuda, por lo que indican que prefieren realizar el pago en la adquisición de sus artículos en efectivo.
- Las necesidades del hogar, la salud y otros gastos son catalogados como de mayor relevancia en comparación con el asunto de la jubilación.
- Un 7 por ciento de la población en general indica que se encuentra brindando ayuda económica a algún familiar que se encuentra desempleado, en la población estudiada el porcentaje llega al 13 por ciento.

4.5 Como hacerle frente a la crisis de la Familia.

Al hablar de la familia, no es solo es suficiente el saber cómo se encuentra conformada, quienes son los padres y los hijos, saber cuál es el nivel educativo de cada miembro, saber dónde viven, sus edades, sus creencias, si trabajan, donde trabajan, conocer la salud de sus integrantes, si estudian, donde estudian, donde realizan la compra de los elementos para su alimentación, si se recrean, donde se recrean, saber sobre sus hábitos alimenticios, lo que consumen y toda una lista de factores que pueden incidir en el bienestar y la convivencia de la familia.

Si no que además se hace necesario conocer e indagar con demasiada claridad acerca de la economía en su núcleo, ya que afectan la relación del entorno familiar. Muchas responsabilidades y decisiones de la familia, exactamente de los padres en la mayoría de los casos se hacen referencia al manejo de créditos que en su gran mayoría son empleados para compra de bienes y servicios. El desconocimiento financiero dificulta la ejecución y compromisos que adquiere la familia y demanda que los recursos económicos tanto de ingreso como

de egreso de la familia se deben de algún modo planificar, organizar y en alto grado se deban controlar.

De igual manera, las eventualidades que pueden surgir para el caso de una difícil situación económica hacen que se tenga presente que el conocimiento de los aspectos financieros sean una prioridad. Ante la presencia de crisis económica, indicadores como el desempleo, la inflación de nuestros días, tasas de interés, inseguridad, estas incrementan e impactan de forma directa al núcleo familiar. Los mencionados indicadores transforman a gran escala su economía, por lo tanto, resulta de gran ayuda conocer información que permita precisar, cual manejo dar a su ingreso y egreso con los que cuenta la familia de modo real. Ante cualquier situación y con mayor relevancia en momentos de crisis, se hace importante tener en cuenta alguna alternativa que permita definir en qué momento es pertinente y se hace conveniente elegir la mejor decisión a nivel financiero.

Se consolida una base fundamental del entorno familiar y el manejo de las finanzas, el adecuado manejo de los recursos económicos familiares, por parte de la elaboración de proyecciones con el dinero que ingresa y egresa los cuales podrían ser utilizados para una vivienda, educación, vestimenta, salud, alimentación, recreación, transporte, seguros, entre otros.

Por medio de una adecuada enseñanza y un adecuado manejo de las finanzas familiares, cada miembro de la familia aprenderá a dar mejor utilidad de manera consciente a los recursos disponibles, de igual forma, se beneficia de manera positiva la comunicación del grupo familiar, se obtiene valiosa información acerca de las normas financieras, se es consciente del posible riesgo en la inestabilidad laboral de nuestros tiempos, se obtendrá un aumento en la satisfacción de logros alcanzados. El entendimiento de las finanzas familiares conlleva a mejorar de algún modo la angustia, tensiones, quizás frustraciones, y conflictos intranucleares de la familia que se desprenden de las decisiones financieras.

Otro punto de vista a tener muy presente, en lo referente a la información financiera en la familia consiste en conocer también el sistema financiero, como el sector de servicios que es, ya que permite de algún modo, que las personas cuenten con la posibilidad de comprar bienes y servicios a través del sistema de

crédito, pero la realidad es que existe un alto porcentaje de los usuarios del sistema de crédito que desconocen el manejo financiero y las malas decisiones tomadas que muchas veces conllevan a confrontar problemas de carácter económico que afectan en su bienestar familiar, llegando implícitamente a obtener una mala imagen comercial frente a reportes negativos en las centrales de riesgo, más exactamente aquí en Argentina, en el Sistema de categorización de riesgos crediticios “Veraz”. Por tanto, es significativo que las familias y sus miembros conozcan de manera clara, asequible y práctica las variantes financieras, al menos, las básicas en cuanto al manejo usual de inversiones y créditos, con esto, podrán realizar una proyección de los flujos de dinero de ingresos y egresos teniendo en cuenta las demandas o los sobrantes de dinero.

5. Características de la vivienda y de su entorno:

Se hace referencia a las condiciones de infraestructura, ubicación y entorno de las instalaciones materiales del lugar de residencia del trabajador y de su núcleo familiar. Se transforman en factor de riesgo cuando: las condiciones de la vivienda del trabajador son limitadas. Las condiciones de la vivienda o el entorno no favorecen el descanso, ni la comodidad tanto del trabajador como de su núcleo familiar. La ubicación de la vivienda con difícil acceso por calles intransitables, insuficiente disponibilidad de medios de transporte y distantes de los servicios de salud.

5.1 El significado de la vivienda.

Nuestra vivienda siempre estará presente en la vida diaria de las personas, es el espacio donde se realizan mayormente las actividades básicas y necesarias en la vida cotidiana, es decir, es el lugar donde se duerme, se come, se encuentran nuestros bienes y es el espacio a donde se regresa al término de la jornada laboral. Por lo tanto, nuestra vivienda tiene una significancia psicológica muy profunda más allá del contexto de albergue y espacio donde se realiza el quehacer doméstico. Por medio de la vivienda se tiende a obtener la satisfacción de muchas aspiraciones, motivaciones y valores personales, expresándose, este espacio y su entorno, como lo estableció Cooper (1995), “el espejo del Self”.

Por tanto, la vivienda no solamente se debe tener en cuenta como un conglomerado de paredes edificadas por casualidad o de manera sistemática, sino que es la estructura material de la morada que se adapta para obtener un mayor

regocijo con la misma (Tognoli, 1987). Es por eso, que las personas tienden a elegir una vivienda más amplia o más reducida, con un número adecuado de habitaciones de acuerdo a sus necesidades y con ello la decoración se asume según sus gustos, entre otros. Para obtener una adaptación más placentera a ese espacio. Por consiguiente, la vivienda no es solo vista como un ambiente meramente físico, sino que también se debe tener es un concepto perceptivo, afectivo y colectivo (Amérigo y Pérez-López, 2010). Por lo cual se tendría que considerar a la vivienda como un espacio, estipulado por Canter (1977), en que además de las características físicas, se produce una interrelación entre estos, con las acciones que se presentan en el lugar y las opiniones que tienen las personas del mismo.

El solo hecho de que la vivienda sea considerada como algo tan complejo dado que intervienen un gran número de variantes, se hace complicado instaurar una definición del concepto de vivienda. Sixsmith (1986) expuso que, debido a la gran variedad de definiciones existentes de la vivienda, es compleja y numerosa. Más, sin embargo la autora manifiesta que se encuentran 20 categorías que dan el significado a la vivienda, las cuales se dividen en tres grandes grupos: personales, sociales y físicos.

El autor, Hayward (1977), al realizar un estudio en el que intentaba dar respuesta a la pregunta “¿Qué es la vivienda?”. Para esto, empleo un sistema en que los encuestados debían reunir por semejanza 85 tarjetas en donde en cada una de ellas existía un significado distinto de la vivienda. El resultado obtenido fue 9 dimensiones que aportan un significado a la vivienda. Las dimensiones resultantes son: la vivienda como confianza, red social, filiación, privacidad y protección, persistencia, lugar personal, origen de actividades, lugar para los niños y estructura material.

En efecto, una vivienda no tiene el mismo significado que un hogar, así como lo expuso Gifford (2007). El autor afirma que una vivienda es una estructura material, mientras que un hogar es un grupo de representaciones culturales, demográficas y psicológicas que las personas lo suelen asociar con la estructura material.

5.2 La identidad.

Continuando con la percepción de Gifford (op. cit), el hogar forma parte central para la identidad de quien la conforma, ya que forma parte representativa de quienes son las personas, es decir, un símbolo de Self. La vivienda como insignia hace referencia a la percepción de que la vivienda suele tener dentro de las funciones las de simbolizar como se ven las personas y como les agradaría ser vistos por las demás personas (Hayward op. cit).

La idea de vivienda, según Amérigo (op. cit), es un lugar que manifiesta de igual forma la identidad personal, es decir, la identidad de sus habitantes, además la identidad social, la propiedad a un determinado conjunto o nivel. Al hablar de la identidad personal se hace referencia a como es la persona, sus pensamientos, afectos entre otros, mientras que las referencias de la identidad social de las personas se consideran alrededor de diferentes grupos, en los cuales se pueden encontrar la vinculación a un cierto nivel social. La vivienda de alguna forma pone en manifiesto el nivel y por igual la apariencia de la identidad social. Al igual que, la teoría de la identidad social como para la teoría de la identidad personal, el denominado Self es prudente, y puede ser percibido como un fin individual o quizás como una categoría social. Para lo cual, se ha denominado como identificación o auto categorización (Stets y Burke, 2000).

Se ha estudiado otro tipo de identidad, la cual han llamado la identidad del lugar. Al hacer referencia de la identidad del lugar se entiende como una subestructura de la propia identidad de la persona que radica básicamente en el conocimiento que se tiene sobre el mundo material que él vive (Proshansky, Fabian y Kaminoff, 1983). El centro de este conocimiento se relaciona con el medio material, siguiendo la línea de estos autores, se hallan los antecedentes ambientales de cada persona, un pasado que reside en lugares y sus pertenencias que han empleado como herramientas en la satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y socioculturales. Existe certeza del deterioro del lugar para el mantenimiento y permanencia del Self, a su vez para instaurar, personificar y establecer otras formas de Self (Twigger-Ross y Uzzell, 1996). La vivienda es el fiel reflejo de quienes son las personas, y a su vez forma parte del crecimiento de la identidad.

El autor (Cooper, 1974) afirma, que el solo hecho de que la decoración del interior del aposento, permite exteriorizar algunos sentimientos de sus habitantes acerca de si mismos. La vivienda tiende a edificarse con ciertas preferencias, personalizadas en algunos casos, por experiencias vividas en alguna otra vivienda, y particularidades sociales del nivel social, sin embargo, la mencionada vivienda además aporta a la identidad. El ejemplo más claro se hace referencia cuando una persona logra conseguir un hogar tal cual lo había deseado, este sentirá en su interior orgullo propio y bienestar, caso contrario de no realizarlo, se tratará de adaptar al hogar aún si tuviese que cambiar algunos hábitos de vida acorde a sus particularidades.

A pesar que la vivienda en occidente pone de manifiesto el reflejo de la identidad de todos sus habitantes, ya sea en mayor o menor medida, no todos los espacios de la vivienda se exponen de igual manera por todos. Dentro de los espacios más expuestos o compartidos se encuentra el salón, en el que se crea un ambiente social en donde se le enseña a conocidos y extraños la identidad social de sus habitantes (RochbergHalton, 1984). Esto es debido a que el salón es la zona de la casa con la privacidad más reducida, es decir, es la zona abierta de la vivienda la cual permanece disponible a las relaciones sociales, en donde la persona exhibe a los demás, por ende, la función principal sería la de conciliación de las relaciones tanto sociales como personales.

5.3 El control.

Los individuos al entrar a sus viviendas perciben sensaciones de dominio, de seguridad y tranquilidad siendo una de las particularidades que trasforman a la vivienda en hogar. Según McAndrew (1993), citado por Amérigo (op. cit), p.171), el hogar es un lugar que refleja seguridad, en el que los individuos expresan sensaciones de poder y están orientados en sus 3 esferas. El autor, Gifford (op. cit), p.256) textualmente define el concepto de la siguiente forma: “el hogar es un refugio que nos rodea con privacidad, seguridad, y protección frente a las adversidades de la vida”.

Sin embargo, para comprender la relevancia del control en el concepto de la vivienda, es apropiado acudir al concepto de territorialidad. La territorialidad se puede comprender como un conjunto de hábitos y actitudes fundamentado en el control observado de un espacio, por lo cual conlleva a la apropiación, defensa e

individualización del mismo (Gifford (op. cit). Por tanto, el control ejercido en el territorio podría ser tomado como el dominio del espacio y poder que el individuo considera que desempeña sobre él (Pérez López, 2011, p.53).

Según Valera y Vidal (2010), el control sobre la vivienda se logra teniendo en cuenta tres aspectos: prioridad en la entrada al lugar, selección de los comportamientos que viven en él, y la disposición de soportar al control de los demás sobre el mismo. De tal forma se puede afirmar que la percepción de control de la vivienda puede estar vinculada con la privacidad del lugar en donde el individuo tiene prioridad antes que las demás personas, obteniendo el poder de definir cuáles de estos actos se pueden realizar en ella.

5.4 La dimensión social.

No cabe duda que la vivienda es un lugar lleno de representaciones del individuo, que no solo han sido construidos por motivos personales, sino que además manifiestan aspectos socioculturales. Dichas representaciones identifican a la persona como miembro de un grupo. Valera (op. cit), los determina como los elementos de un entorno que se establecen en un definido grupo, con la capacidad de simbolizar algunas de sus dimensiones más notables y que faculta a los individuos que conforman el grupo intuyéndose como semejantes, siempre y cuando se sientan identificados con el espacio, así como distintos de otros grupos.

Lo seres humanos construyen sus propias impresiones de quienes son. Lo realizan por medio de categorías sociales llevando esas impresiones a conformar parte del Self. En otras palabras, las personas se determinan a sí mismas por medio de características que representan a los grupos a los que ellos pertenecen. (Hauge, 2007).

Para que un lugar tome un significado simbólico según Valera (op. cit), se hace necesario que el grupo lo perciba como un modelo intachable a seguir, es decir, que refleje la importancia que establece la identidad social del grupo. El modelo a seguir de un determinado lugar, afirma a su vez, que está determinada por el conglomerado de significaciones socialmente diseñadas, compartidas y asignados a este lugar por parte del grupo.

5.5 El cariño a la vivienda.

Uno de los lugares centrales en la vida de las personas es la vivienda debido a que se sienten unidas a la misma. En cuanto a los aspectos de tipo personal de la vivienda, se incluyen entre muchos otros, el cariño al lugar. Según Hidalgo y Hernández (2001), lo definieron como el enlace afectivo que existe entre la persona y el espacio material, que implica una preferencia a mantenerse cerca de sí mismo.

El cariño hacia la vivienda aparece principalmente en los espacios primarios, en donde el individuo toma un alto control según (Valera y Vidal, (op. cit). Los autores (Scannell y Gifford, 2010) añaden, afirmando que el cariño está relacionado con la percepción de seguridad.

Según (Hidalgo, 2013) el control no es solo la única variable que debe relacionarse con el cariño a la vivienda. Dado que se han implantado distintas mediciones para demostrarlo, entre los que se postulan la identidad y el aprecio.

Scannell y Gifford (op. cit), presentan un modelo multidimensional en cuanto a la concepción de cariño al lugar. Su modelo se encuentra constituido por tres dimensiones: el individuo, el espacio y los procesos psicológicos. Cuando se relacionan estas tres dimensiones con el cariño, los autores establecen diferentes aspectos que hacen parte de las mismas. En cuanto a la referencia a la dimensión personal el cariño a la vivienda hace presencia tanto a nivel individual como grupal. Relativamente, el cariño se fundamenta en las experiencias, las acciones y los hechos; en la historia y la religión. A su vez, se debe comprender el lugar en dos niveles, material y social. El lugar material es el ámbito físico que circunda a las personas, los cuales pueden ser de forma natural o edificada, mientras tanto que el lugar social hace referencia a las interacciones con los demás, a las relaciones con el grupo que aportan al cariño de la vivienda.

Al hablar acerca de los procesos psicológicos se observa que se encuentran constituidos por tres aspectos: cognición, aprecio y conducta. Al hacer referencia a la cognición se comprende al significado que tiene la vivienda para las personas, al igual que sus discernimientos y reminiscencias acerca del mismo, por aprecio se entiende a las emociones positivas como puede ser el bienestar, la satisfacción y el amor, dado que las negativas producen un resultado nocivo sobre

el cariño y por la conducta se comprende a las expresiones del cariño como la cercanía y conservación de los lugares. Queda evidenciado que el cariño por la vivienda es algo demasiado complicado ya que intervienen muchas variables de diferentes condiciones como lo son las personales y las sociales.

5.6 La evaluación de la vivienda.

Al estudiar la valoración de la vivienda, es importante hablar de la investigación psicoambiental que ha descrito medidas de cómo los hogares son comprendidos en términos representativos y expresivos. En primer término, Hershberger (1972) instaura una clasificación organizada por dimensiones que detallan los lugares en término materiales. Estas dimensiones se implantan a partir de las especificaciones subjetivas elaboradas por las personas cuando dan respuesta a la pregunta de cómo es la vivienda. En estas dimensiones predominan el valor atractivo estético, la organización, el tamaño y el ambiente en lo referente a la temperatura y la iluminación.

En cuando a lo referente a las dimensiones expresivas, a partir de una serie de adjetivos Corraliza (2010), instaura cuatro factores que simplifican la respuesta emocional de las personas al entorno. Los cuatro factores son: la satisfacción, la estimulación y el control. Los tres primeros se relacionan con las dimensiones unidas al significado de valoración, potencia y actividad; mientras que el último factor estaría relacionado con la evaluación expresivamente de los lugares.

En otra instancia, Russel y Pratt (1980), exponen un modelo organizado en dos dimensiones bipolares, la satisfacción y la estimulación. Proponen que un lugar se puede detallar en dos líneas: el primero con polos estimulación y desanimo, y el otro con los polos de satisfacción e insatisfacción. Las dimensiones de presentan en dos ejes en donde se encuentra la estimulación en el eje vertical y la satisfacción en el eje horizontal.

Al cruzarse los dos ejes, estos darían lugar a cuatro lugares intermedios donde se hallan lo demás descripciones afectivas, evidenciado en cuatro descripciones intermedias. En la primera descripción se encuentra la angustia, se instaura en los polos de estimulación e insatisfacción, el segundo, la excitación, se situaría en los polos de estimulación y satisfacción, el cansancio se instaura en

los polos del desánimo e insatisfacción, y por último la relajación se situaría en los polos de desánimo y satisfacción.

5.7 La caracterización personal de la vivienda.

Los autores, (Aragónés y Pérez López, 2009) afirman que la caracterización personal es el conjunto de comportamientos que una persona realiza en un lugar definido que le permiten observarse reflejado y propietario del mismo. Esta caracterización personal es considerada por Pérez López (op. cit), como un fenómeno conductual en el cual las personas realizan claras señales a lo que ellas son y/o pretender ser, por lo tanto, implicarían procesos de reconocimiento. Los moradores de una vivienda reflejan su personalidad mediante la decoración y marcando huellas que expresen sus experiencias por medio de la caracterización de las habitaciones.

La caracterización personal se realiza en mayor medida en los lugares primarios, estos son los que el individuo o el núcleo tiene de manera única y sobre los que tiene un alto grado de control. Actuando además sobre su entorno, personas y demás grupos transforman el lugar dejando su propia huella. Los autores (Vidal y Pol, 2005) señalan que, por medio de la acción, los individuos integran el entorno en sus procesos cognitivos y afectivos de manera eficaz y renovada, que se manifiesta como un proceso constante. Por otra parte, en el caso de la vivienda, se va transformando de acuerdo a las distintas experiencias a nivel personal.

De igual forma, la caracterización personal tiene otras funciones para los individuos, ya que algunas veces sienten la vivienda como propia y establecen dependencias afectivas de protección (Gill, 1974). Según (Pérez López, (op. cit) expone que, además trasciende en los individuos incrementando la satisfacción y la autoestima.

Por otra parte, la caracterización personal del lugar permite el proceso de transferencia de información, donde se informa a los desconocidos de los actos llevados a cabo en la vivienda y de la correspondiente identidad, lo que se provoca partiendo de los objetos (Pérez López (op. cit).

5.8 Los objetos como personificación.

La preferencia de ciertos objetos y la distribución de los mismos en sus hogares, son una de las acciones que los individuos realizan a la hora de personalizar el lugar. Los objetos son elegidos por diferentes razones. En el hogar se acondicionan un sinnúmero de objetos, la mayoría de estos son comunes, debido a que por su función y gran uso se transforman en objetos necesarios. Pero a pesar de toda esta personalización no logra instaurar que todas las viviendas sean similares, demostrando las características de cada propietario. En conclusión, los objetos no solo se seleccionan por su utilidad, sino que también son símbolos, ya que reflejan muchas experiencias o particularidades propias.

Se ha evidenciado que las particularidades simbólicas y materiales son fundamentales para que los individuos establezcan sus percepciones por medio de los objetos (Abelson y Prentice, 1989). Los individuos seleccionan permanentemente símbolos que suplantando situaciones o hábitos propios (Dittmar, 1992). El ejemplo más claro sería una lapicera de marca registrada, que es un objeto previamente funcional, ya que obviamente tiene un uso para lo que fue creado, que es escribir. Por lo tanto, dicho objeto puede estar relacionado a muchos recuerdos dado que puede convertirse en un elemento simbólico, ya que se recuerda el modo que se compró o quizás en situaciones especiales para lo que se ha utilizado. En este caso, la lapicera a pesar de ser un objeto funcional, representa una experiencia que lo transforma en un simbolismo para el propietario.

En el mismo orden de ideas, los objetos simbolizan una esencia que puede ser simplemente estética o una refracción de la persona. El significado no se encuentra instaurado, sino que lo constituyen las mismas personas, y sin él, un objeto no simbolizara nada más que su función (Olson, 1985). De la misma manera, Cooper (1974) expone que el símbolo es poco flexible, prolongable según las necesidades psicológicas del individuo.

La categorización de los objetos puede ser funcionales y simbólicos (Csikszentmihalyi y Rochberg-Halton, 1981); (Prentice, 1987); (Dittmar (op. cit); (Poggio, Aragonés y Pérez López, 2013). En un primer instante Csikszentmihalyi (op. cit), describieron a estas categorías como acción-observación, que se enmarcan a todos los objetos. Los autores hacen referencia de acción en cuanto

a lo funcional, es decir, que los objetos en primera medida se eligen previamente por su utilidad, por lo que cuenta con un uso práctico. Por otro lado, la observación será algo similar a lo simbólico, debido a que todo el objeto no cuenta con una función práctica, sino que algunas veces se considera más importante lo que refleja, ya sea un recuerdo o una expresión de las particularidades del propietario.

En otra instancia, Prentice (op. cit), en su estudio sobre los objetos favoritos de las personas, llego a la conclusión de que los objetos no solo tienen una función solamente material, sino que además se encuentran unidos a un significado propio del individuo.

Tiempo después, Dittmar (op. cit), expuso la conceptualización en las categorías materiales y simbólicas. En el caso de la categoría material la autora representa el uso que los individuos le conceden al objeto. En cuanto a la categoría simbólica la intuye como la manera de reflejar particularidades personales del propietario. Además, Dittmar muestra que el simbolismo de los objetos puede hacer referencia a uno mismo de manera individual o a una categoría social a la cual pertenece el propietario, con lo que analiza que el símbolo no solo representa particularidades propias de la persona, sino que además puede reflejar algún elemento de su identidad social.

5.9 Las deducciones de personalidad.

Diferentes estudios existentes mencionan que se hallan apreciaciones compartidas en cuando como una es persona al investigar sus propiedades materiales (Dittmar (op. cit). Los estudios proponen que las personas son sensibles a las huellas del entorno y pueden garantizar a las mismas, asimismo, a la función que ejerce este lugar, cómo son los individuos que residen en él y cuál es la conducta apropiada en el mismo (Kasmar, 1970). En otras palabras, cualquier ambiente físico podría ser comprendido como sensato o insensato, como indicador de nivel económico alto o bajo, frío o caliente, entre otros.

Se tiene establecido que las personas al analizar los objetos de los demás, al tratar de deducir como es el propietario, dan respuesta a numerosas ideas previas, es decir, a las conductas. Según los autores Fiske, Cuddy, Glick y Xu (2002), las dimensiones de estas conductas se aprecian de la interacción entre los individuos, que aplican a los demás una pretensión, que puede ser positiva o

negativa, y una aptitud, por lo que los autores en mención enuncian dos dimensiones inseparables a toda conducta, amabilidad e incumbencia.

Sin embargo, estas dimensiones no solo se aplican a los entornos, sino que también las personas tienen una auto facultad de amabilidad y dominio. Distintos estudios han planteado la deducción de la personalidad desde diferentes panoramas, tal como lo expuso Gosling, Ko, Mannarelli y Morris, (2002), en su estudio denominado “los cinco grandes” y otros autores como Pérez-López, Aragonés y Amérigo, (2010) lo estudiaron con el “modelo de contenido de los estereotipos”. Aragonés, Amérigo (op. cit), realizaron un estudio dirigido en las deducciones de particularidades sociodemográficas del inquilino, en este estudio los participantes debían indicar los calificativos que mejor apreciaban en una serie de alcobas que se le enseñaba por medio de fotografías. Los resultados obtenidos evidenciaron que los participantes aplicaban correctamente a las particularidades sociodemográficas.

A pesar de esto, no existen estudios que nos lleven a entender en que clases o tipos de personalidad o particularidades sociodemográficas ofrecen señales a ambientes comparados según el propio residente y su auto aplicación de características de personalidad.

6. Influencia del entorno extralaboral en el trabajo:

Hace referencia la influencia a demandas de las relaciones familiares y personales en la comodidad y en la labor del trabajador. El influjo del entorno extralaboral en el trabajo se establece como fuente de riesgo psicosocial cuando: las circunstancias de la vida familiar o personal del trabajador perjudican su bienestar, productividad o sus relaciones con sus compañeros de trabajo.

6.1 Causas y consecuencias.

Aún existen impedimentos para instaurar las causas exactas que inducen riesgo psicosocial en los trabajadores, debido a que cada persona reacciona de distinta forma ante situaciones semejantes, a pesar de existir aspectos colectivos que pueden apreciarse como medios causales. Al tener en cuenta los factores de riesgo psicosociales intralaborales, los factores causantes corresponderían a la

organización, y se originarían según Fernández (2010), a partir de la interacción entre:

- El trabajo, comprendiendo por trabajo a la labor que se realiza, el ambiente en que este tiene lugar y las condiciones en que se encuentra organizado.
- Las personas, tanto en el ámbito laboral como extralaboral, en lo correspondiente a su entorno social, familiar y su vida en general al estar fuera de la organización.

Estas interacciones intervienen la productividad, la satisfacción y en el estado de salud del trabajador, debido a que si se presentan de manera negativa repercutirán de forma directa en la salud mental del trabajador. Del mismo modo, se puede presentar una interacción de forma positiva o beneficiosa entre el trabajador y su lugar de trabajo; o del trabajador con sus compañeros. En los dos escenarios el trabajador puede llegar a sentirse apoyado, satisfecho con su trabajo, por lo tanto, logra instaurar un sentimiento elevado de sentido de pertenencia en la organización, influyendo sustancialmente en un aumento en el rendimiento o desempeño laboral.

Llaneza (2009), Moreno y Báez (2010) exponen, que la presencia de una interacción negativa se originara cuando se expone el trabajador a un alto volumen y repetitivas demandas psicológicas, pérdida de autonomía, autoridad y crecimiento; escaso apoyo y baja calidad del liderazgo organizacional, ausencia de reconocimiento laboral o de incentivos adecuados.

El alto volumen en las demandas psicológicas se origina cuando el trabajador debe manipular grandes cantidades de información, trabajar bajo presión o de manera rápida y urgente, cuando debe mantener o reprimir sus sentimientos u opiniones, o cuando en ciertas situaciones debe tomar decisiones difíciles. En todas las mencionadas situaciones la presión percibida y recibida por el trabajador en donde debe mantener un estado de alerta permanente en su trabajo y algunas veces sobre sí mismo, situación que lo lleva a manifestar un cansancio o sobrecarga mental.

Cabe destacar otra situación, cuando el trabajador no tiene algún grado de autonomía en lo relacionado con sus funciones y la manera de realizarlas, es decir

que se siente limitado e impedido para la aplicación de sus conocimientos e incumbencias laborales.

La carencia de apoyo y de calidad en el liderazgo origina un tipo de aislamiento del trabajador. En cuanto la carencia de apoyo originada de sus jefes y/o sus compañeros de trabajo pueden deteriorar permanentemente su nivel de cumplimiento y su equilibrio emocional, de igual forma que el trabajo en lugares con laborales definidas y demarcadas de forma incorrecta originarían confusión, monotonía de actividades y demás situaciones las cuales requieren la presencia de un nivel jerárquico más alto, es decir, de un jefe.

En cuanto a la existencia de escasas recompensas o valoración del trabajo, se suman los malos tratos laborales al personal, la inseguridad estipulada, en lo concerniente a cambios de puestos de trabajo, manejos injustos y salarios precarios por las actividades realizadas, entre otros.

Fernández (2010), expone que las fuentes de los factores de riesgo psicosocial pueden deberse a las condiciones de trabajo, y las categoriza en tres grupos: el entorno, la labor y la organización. El autor expresa que estos factores causales originan situaciones de distinta gravedad en el trabajador, por lo que afirma que ante la presencia de los factores de riesgo psicosocial se desencadenan efectos particularmente en el estado mental del trabajador tales como pérdida de la concentración, monotonía, exceso de tareas o semejantes.

6.1.1 La saturación mental.

La fatiga mental es un estado en donde el trabajador, expuesto a un exceso laboral requiere de un elevado esfuerzo mental, además por un alto manejo de grandes cantidades de información, originan resistencia o escasa motivación para llevar a cabo las actividades que le corresponde realizar, según lo menciona (Llaneza (op. cit), llegando a resultados en donde el trabajador percibe incomodidad, desánimo y en el mayor de los casos acompañado de emociones de forma negativa.

Ante los inconvenientes mencionados con anterioridad, se pueden sumar los efectos que se adicionan a mediano o largo plazo, dentro de los cuales se encuentran la autoestima, ansiedad, desmotivación y desinterés en las tareas

laborales y de la vida cotidiana, e incluso, efectos físicos debido a la exposición continua a emociones de aspecto negativo, como podrían ser, modificaciones en la respiración o la circulación sanguínea, modificaciones digestivas, del sueño, entre otros posibles. En el corto plazo igualmente se originan consecuencias perjudiciales en el ámbito laboral como la disminución del rendimiento o desobediencia en el cumplimiento a las labores del puesto de trabajo, además también de los posibles inconvenientes familiares en su grupo familiar.

6.1.2 El estrés laboral.

Según Pérez, Avilés y Channa (2016), el estrés es un término que incluye diversos conceptos, como el de los factores que originan el estrés, los llamados estresores, y los efectos de esta reacción, sin embargo, de manera precisa el vocablo hace referencia a las reacciones de una persona ante la presencia a factores de riesgo (Pérez et al. 2016), por lo tanto, el estrés laboral se referirá a las reacciones de manera psicopatológica que se originan en un trabajador, como efecto de su exposición a distintos factores, demandas y obligaciones de su labor. Los mencionados autores exponen, además que la manera en que un trabajador resulta afectado, está directamente relacionada con la forma personal en la que cada trabajador entiende y vive su labor, su entorno laboral y otros aspectos relacionados.

El estrés laboral se origina como efecto de las interacciones que padece un trabajador con los distintos estresores existentes en el ámbito laboral. Tal como lo señala Giachero (2017) “el estrés laboral surge cuando se da un desajuste entre la persona, el puesto de trabajo y la propia organización” de apreciarse que el estrés laboral es un problema psicosocial, estos estresores pueden identificarse a los factores de riesgo psicosocial planteados en los instrumentos de evaluación de Villalobos.

Para Vrljicak (2015) el estrés laboral se puede reconocer por puntuales síntomas, entre los que se establecen: los dolores difusos, desorden del sueño, ansiedad, depresión. De igual forma, el autor (Pérez et al. 2016) expone, que el estrés laboral tiene consecuencias que son reconocidos en tres niveles: psicológicos tales como la ansiedad, la depresión, excitabilidad, entre otros, de nivel conductual como el consumo de alcohol, drogas, fumar, contradecir, entre

otros tantos, y por último el nivel físico en el cual se encontrarían los problemas digestivos, cardiovasculares, entre muchos.

Se tiene en conocimiento que el estrés es un acto natural que proporciona al ser humano a estar en condición de alerta, tal como lo menciona Giachero (op. cit), en donde afirma que en un nivel apropiado es adecuado para estimular o potenciar a un trabajador, sin embargo, de presentarse de manera inapropiada, o quizás en niveles adecuadamente tolerables sostenido por largos periodos de tiempo, traerá a priori consecuencias en el ser humano, en los ámbitos físico, psíquico e intelectual.

7. Desplazamiento vivienda - trabajo – vivienda:

Son las circunstancias en la que se efectúa el traslado del trabajador desde dónde vive hasta el lugar de su puesto de trabajo y del mismo modo a la inversa. Estas se relacionan con la facilidad, comodidad, acceso al transporte y el tiempo en el recorrido. Se convierte en fuente de riesgo cuando el transporte para trasladarse al trabajo es complejo o incómodo. El tiempo del desplazamiento entre la vivienda y el trabajo es extenso.

7.1 El urbanismo, transporte y movimiento en la metrópoli actual.

Tal como se conoce las grandes ciudades han realizados importantes transformaciones en los últimos años en cuanto a la expansión del sector urbano. La periferia aun extensa, algunas veces distante, geográficamente separada pero adherida de manera integral al área metropolitana, es una demostración generalizada y dispersa a nivel global.

Algunos estudios demuestran desarrollos en acción y situaciones de mayor dificultad. A nivel mundial, se contempla una inclinación a la conglomeración del espacio en las ciudades capitales. A nivel urbano, esta inclinación se encuentra unida a un crecimiento territorial que comprende procesos de disminución de la concentración y densidad poblacional y además de la búsqueda de nuevas centralizaciones periféricas.

En nuestros tiempos en términos sociales, cada día se incrementan las desigualdades y se fortalecen los procesos de desintegración, particularizados por la convivencia territorial separada de ciertos grupos que pertenecen a distintos

niveles económicos y socioculturales. Mientras tanto la ciudad se expande y las desigualdades aumentan a través del tiempo, el sistema y servicios de transporte se unen, perdiendo cobertura social.

Los procesos anteriormente mencionados hacen referencia a la ciudad de Buenos Aires, la que es reconocida a nivel internacional por su mono centrismo y por la extensa cobertura de su red de transporte de colectivos sobre el amplio territorio plano, que no ofrece ninguna resistencia a la expansión urbana (Gutiérrez, 2009; Lazo, 2008; Figueroa y Orellana, 2008; Lleras e Idrovo, 2007).

En la ciudad de Buenos Aires se desarrolla una contradicción por existir barrios y municipios periféricos dotados en su gran mayoría de servicios como el pavimento, el alumbrado público, veredas delimitadas y la recolección de residuos, pero en algunos de estos barrios y municipios no cuentan con acceso al transporte público de colectivo o de existir, las rutas se encuentran distantes. Esto evidencia un inconveniente estructural que la planificación clásica aun no logra dar solución en cuanto al ordenamiento territorial y las políticas públicas del transporte de corta y mediana distancia de pasajeros.

El masivo crecimiento de medios de transportes personales años atrás y servicios personalizados como los remises y la plataforma Uber, entre otras han reducido la movilización en ciertos horarios y días específicos logrando llevar al colapso en los accesos viales incluyendo los de la metrópoli, a pesar de las obras de infraestructura ejecutadas por los gobiernos de turno, aun así, no son suficientes para frenar este colapso.

Se suman de forma paralela a este gran colapso, las protestas ciudadanas con cierre de vías y acceso periféricos lo que hacen menos confortable el transporte de los trabajadores que buscan llegar diariamente a sus puestos de trabajo.

Otro factor de relevancia a tener en cuenta, es la crisis económica por la cual se encuentra cruzando el país. Crisis que aumentó los valores en los boletos de colectivos y el transporte público en general, además las personas – trabajadores asalariados - hasta el día de hoy se encuentran invalidadas para la adquisición de algún medio de transporte personal, por los elevados valores de

los automotores, lo que genera mayor disconformidad al tener que tomar el transporte público debido a los tiempos de viaje prolongados.

7.2 La distancia de la vivienda al trabajo afecta tu rendimiento.

Es evidente que algunas personas buscan llevar una vida más tranquila, por lo cual toman la decisión de vivir distante de la ciudad capital, pero a su vez la mayoría de las personas no solo lo hacen para vivir en entornos más tranquilos, sino que tienen el propósito de poder adquirir una vivienda propia y para algunos llegar a encontrar un alquiler más económico. El vivir distante del trabajo implica muchos más riesgos entre ellos, el viajar por tiempo prolongado.

7.2.1 Afectaciones a la salud.

Los viajes prolongados de la casa al trabajo y viceversa, tienen una impresión negativa tanto para la salud física y la salud mental, las alteraciones de la salud se revelan con dolores en las articulaciones predominando el dolor de espalda y cuello, además de otros trastornos como la obesidad, aumento en la presión arterial, afecciones cardíacas y riesgos de infartos. La realidad de vivir distante del trabajo conlleva a disponer de menos tiempo para realizar ejercicio.

7.2.2 Cada vez se Duerme menos.

El trabajar lejos de casa significa que se tiene menos tiempo para el descanso, ya que la jornada laboral tiene un tiempo aproximado de 8 horas, a ese tiempo habría que sumarle el tiempo del viaje prolongado y el tiempo que se utiliza desde levantarse hasta salir de casa. Las horas que restan para un descanso saludable es muy corto. El déficit de sueño tiende a desencadenar diversas enfermedades.

7.2.3 Los problemas con la pareja.

Para aquellos que viven distantes a su trabajo, tienen menos tiempo para compartir con sus cónyuges, lo cual significa menos comunicación con ellos. En esta instancia se establece una fisura entre la pareja, que, de no solucionarse de forma paulatina, se podría enfrentar a graves problemas de comunicación, elevando a priori –en algunos casos- al fin de la relación.

7.2.4 Menos contacto familiar cada día.

Trabajar distante de la vivienda no solo conlleva a tener menos comunicación con la pareja como se expuesto con anterioridad, sino que además significa destinar menos tiempos a hijos, padres y familiares.

7.2.5 Problemas laborales actuales.

Es frecuente que la puntualidad se encuentre en la orden del día en las personas que viven lejos del trabajo, ya que, en los trayectos más largos, existe mayor posibilidad de encontrarse con mayores contratiempos y menos posibilidades de resolución.

7.2.6 Menos tiempo para nosotros mismos.

El ser humano siempre ha contado con algún pasatiempo, afición o algún hobby, el vivir distante del trabajo tiende a tener objetivamente menos tiempo para divertirse en lo que más le gusta y sumado a esto, menos tiempo para compartir con amistades cercanas. Vivir distante del trabajo perjudica también la vida personal.

7.2.7 Menos felicidad por trabajo

En conclusión, vivir distante del trabajo, determina que el trabajador se pasa muchas horas combatiendo con el tránsito, los aburridos viajes de ida y de regreso restan tiempo, que se podría compartir con los familiares y disfrutar de momentos agradables de la vida.

7.3 La cercanía entre el trabajo y casa evita el resentimiento entre compañeros.

Como se ha expuesto, el trabajar distante de la vivienda como lo evidencian distintos estudios, no es favorable para la salud, para la familia ni tampoco para el estado de ánimo. Además, existen nuevos hallazgos que confirman que esta situación puede afectar de forma directa las relaciones de pareja y con alta incidencia de separaciones. El tráfico, los indeseables trancones o los desesperados viajes en el transporte público son las causas más usuales de incomodidad de los trabajadores. Esta situación se ha transformado en un inconveniente para ambas partes, dado que a nivel Institucional a las

organizaciones no les agrada que los trabajadores ingresen a sus labores en condiciones de insatisfacción las cuales pueden deberse a situaciones ajenas a ellas.

El permanecer un domingo a la tarde y después estar disfrutando de un agradable y confortable fin de semana en compañía de amistades y familiares, se presenta la hora de organizarse para el día laboral de mañana, causando cierta frustración debido al corte que debe realizar para continuar con sus responsabilidades laborales. Este sentimiento tiene mayor incidencia de forma repetitiva en las personas que tienen su franja laboral de lunes a viernes, por ende, cada lunes deben integrarse nuevamente al puesto de trabajo, dejando a un lado el momento agradable que se disfruta en un fin de semana.

Los prolongados desplazamientos de la vivienda al trabajo y el tiempo que conlleva el viaje ya sea en su propio auto o utilizando el transporte público y sumado al desgaste que todo ello produce, los limita de poder disfrutar de placeres necesarios en la vida, que afecta la calidad de las relaciones del entorno del trabajador.

7.4 El uso del transporte público es peor.

La población de los Estados Unidos, en su gran mayoría, de clase trabajadora prefiere realizar un viaje distante hasta su trabajo en canje por una vivienda más grande y confortable, mejores escuelas y mayor calidad de vida con menos costos en la periferia de la ciudad. Pero sin olvidar que esta situación puede afectar la salud a largo o corto plazo. Al comienzo suele aceptarse de buena forma y poco interés tener que viajar, ya sea uno a tres horas hasta el trabajo, si al volver a su hogar la calidad de vida lo recompensa. Más, a medida que pasa el tiempo se hace cada vez más difícil despertar con el tiempo adecuado para llegar a tiempo a su lugar de trabajo. Esta situación va desencadenando una frustración en el individuo y se comienza a instaurar el problema.

Los viajes realizados en transporte público con un promedio de al menos 3 (tres) horas al día, para llegar a su trabajo, experimentan cambios en el carácter, es decir, de mal humor. Al llegar a tomar su puesto de trabajo suelen experimentar desánimo o desgano para ejecutar sus tareas, por lo tanto, el diálogo con sus compañeros se reduce. Al término de su jornada laboral muy pocos aceptan alguna invitación formal de reunión con sus colegas o compañeros de trabajo para

salir un poco de la rutina laboral, debido a que en su pensamiento se encuentra como retornar nuevamente a su hogar, instaurando de manera espontánea cierto nivel de estrés ante la situación que aún no se ha presentado.

La cuestión no es nada diferente para aquellas personas que cuentan con movilidad propia, quienes sostienen un alto nivel de estrés y de ira, al igual que un bajo rendimiento laboral en la mayoría de los casos, a su vez, existe un porcentaje elevado de personas que afirman que preferirían trabajar unas horas de más, en vez de tener que exponerse a un largo viaje de regreso, en caso de existir esta opción. De hecho, dependiendo el ámbito laboral alguno de ellos, cuando su jornada laboral termina en horarios denominados “hora pico”, prefieren esperar en sus trabajos el despeje de trancones viales habituales que se presentan camino a casa.

Ante la socialización de los compañeros de trabajo después de la jornada laboral, las personas que viven distantes del trabajo evidencian una privación social de estas, generando muchas veces resentimiento y disgusto en el trabajador al no vincularse a esta socialización entre sus compañeros. En estos tiempos difíciles, la prioridad se enmarca en el empleo sin importar la distancia, por más que se complique la situación en el traslado al trabajo y los reclutadores laborales suelen tener en cuenta este interés a la hora de seleccionar a sus candidatos.

7.5 Trabajar lejos de la vivienda no es una buena opción.

La sociedad trabajadora en la actualidad se inclina por continuar esforzándose de viajar y resistir el tráfico con el fin de no exponerse a la cruda tarea de buscar un nuevo empleo que reduzca de algún modo la distancia de su casa o tener quizás que cambiar de domicilio. Al obtener esta respuesta por parte de los trabajadores quedan plasmadas dos preguntas que no tienen respuesta por ellos. ¿Qué sucederá más adelante cuando la situación se torne insostenible y se vea reflejado en el rendimiento laboral? ¿Cuál es la reacción adecuada frente a la tensión que genera esta situación, cuando se vea reflejada en su entorno tanto social como familiar?

Se puede afirmar, que la mejor manera de llevar una vida laboral más feliz, de cierta forma, depende de la interrelación social y la comunicación estable y

respetuosa que se establezca entre los colegas. Las reuniones pactadas fuera del horario de trabajo juegan un papel importante cuando se trata de consolidar las relaciones interpersonales de índole laboral, dado que, es con estas personas con quienes se convive por un largo periodo del día.

Cuando un trabajador no dispone de tiempo para compartir y fomentar el dialogo un momento después de la jornada laboral con sus compañeros, por la preocupación que carga por el largo viaje a su vivienda, es en estas circunstancias en donde se tiende a generar un alto riesgo de insatisfacción y aislamiento que repercute en la unión dentro del equipo de trabajo. Esta situación puede llegar a ocasionar una productividad baja o mediocre. En nuestros tiempos en donde se vive una crisis mundial, se suman las pocas opciones existentes en el campo laboral y son esas escasas opciones, las que mantienen a este tipo de personas a continuar en sus trabajos por más que su lugar de trabajo se encuentre distante de su hogar.

Si, por el contrario, es una elección, y se tiene conocimiento que los viajes largos hacia el trabajo podrían presentar efectos negativos en las relaciones profesionales y personales, sería el instante preciso para realizar una exhaustiva evaluación de los beneficios del largo viaje y pensar por un segundo si el tener una gran vivienda en las afueras de la metrópoli, merece tanto esfuerzo por el hogar y por el trabajo. Es de aclarar que la anterior apreciación dependerá de cada situación y pretensión marcada por el individuo, ya que todos los seres humanos no somos iguales y manejamos cada uno de forma distinta cada circunstancia que aparece en nuestras vidas.

- Análisis de posibles factores que suelen ser desencadenantes psicosociales.

Existe una gran variedad de estudios y publicaciones acerca del estrés, el síndrome de burnout, los signos marcados psicosomáticos, las enervaciones en el bienestar psicológico y muy comúnmente la satisfacción laboral, sumado a estos se encuentran los desórdenes del sueño, los cuales han sido adheridos como consecuencias psicosociales que afectan al personal de enfermería en el ámbito laboral (Albanesi, 2004; Curiel-García, 2006; Escriba, 2000; López, 2005; Moreno,

2002; Teixeira, 2006; Urricelqui, 2000). Estos estudios han sido abordados de manera multidisciplinaria desde la Sociología, Psicología, antropología y en especial en las ciencias de la Salud.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2001) expone como factores psicosociales de riesgo para el trabajador, las acciones recíprocas entre el sujeto y las condiciones ambientales en el trabajo, el contenido de la dirección y la organización del trabajo. Al encontrarse en desequilibrio estas acciones recíprocas es el momento en las que se pueden desencadenar cambios psicosociales como la disminución o pérdida de salud, de bienestar y satisfacción laboral, por consiguiente, reflejando una marcada disminución de su rendimiento en los logros trazados para el desempeño de sus funciones pertinentes y de modo extrapolado afectar de igual manera su entorno extralaboral y familiar.

Con el análisis que se ha realizado de manera bibliográfica, se da por avalado este enunciado, consideramos beneficioso enunciar las potenciales causas o factores que pueden originar las consecuencias psicosociales que proceden del trabajo en la profesión sanitaria.

a) El ámbito laboral.

Entre el ámbito laboral y las condiciones laborales, existe una marcada presión asistencial por parte del trabajador de salud, los cuales producen estrés, algunas veces acompañado de insatisfacción laboral y una alta pérdida de bienestar psicológico en el sujeto. Esta presión asistencial se encuentra originada en el mayor de los casos entrelazado a la situación que ocasiona la relación de ayuda a los demás en materia de salud. Entrelazo de ayuda que demanda participación en la atención en cuanto a los cuidados de salud, sin evidenciar emociones y conmoción de impotencia o agobio emocional (Hochschild, A.R. 1983) dado que el trabajador se encuentra remunerado se debe mostrar una figura que se califica de apropiada, y que en la realidad no siempre es la adecuada con el agobio que experimenta en esa situación el profesional hacia su prójimo, para este caso el paciente. (Morris, J.A, y Feldman, D.C. 1996).

También se deben tener en cuenta las exigencias que se producen en cuanto al manejo que se espera del profesional de la salud frente a los procesos relacionados con la muerte(Campos, 2002), son aquellas a la que se hace

referencia en la situación a la que se presenta en frente este profesional para asistir las necesidades de aspecto bio-psico-social, sin que estas afecten de modo personal tanto su motivación y su satisfacción profesional ante los difíciles episodios por los cuales convive con el enfermo, que en algunos casos no son bien tomados a nivel psicológico por parte del personal de enfermería, siendo estos, los integrantes del equipo de salud, que más tiempo permanecen en contacto con el paciente que se encuentra con su estado de salud quebrantado.

Otra causa que se puede derivar como riesgo psicosocial en el profesional de enfermería se da a nivel institucional frente a la relación enfermero-paciente, ya que, ante el incumplimiento en esta relación, es un permanente impedimento constante para que el profesional de la salud pueda brindar un adecuado procesamiento con los niveles de calidad asistencial solicitados en su ámbito laboral, a sus pacientes asignados.

Según Aiken (2002) el burnout es el síndrome, entre muchos tantos que tiene más prevalencia en el personal de enfermería como manifestación de la existencia de estrés ocasionado por la falta de acondicionamiento adecuado en la relación enfermera-paciente, acompañado de la alta presión asistencial que genera. En estas condiciones su rendimiento se manifiesta disminuido, lo cual a priori llega a convertirse en riesgo para el propio paciente. La excesiva carga de trabajo, de la mano de las demandas solicitadas del paciente y los limitantes en los recursos humanos presentes, se manifiestan como un factor psicosocial relevante de riesgo laboral, más evidentemente en el ámbito hospitalario (Borrachina, 2002).

En la bibliografía revisada se observó la prevalencia de esta situación, y aún más de manifiesto en el personal de enfermería hospitalaria, donde se presenta con mayor frecuencia (Teixido, 2006; Curiel, 2006; Needleman, 2002 y Aiken, 2002).

En el estudio elaborado por Dewe (1993), con una muestra de 2500 enfermeras pertenecientes al ámbito intrahospitalario, se observó el marcado nivel de estrés, que produce ese escenario laboral y la consecuencia notoria, se basó en la insatisfacción profesional, cuando el esfuerzo es elevado, debido a la inestabilidad del paciente y las cargas laborales que se derivan.

Aiken (2002a) declara que, si se hace referencia al burnout como factor desencadenante de insatisfacción laboral, este afecta directamente a la toma de decisiones, la vigilancia e impide una adecuada comunicación con los pacientes.

En un estudio piloto elaborado en Barcelona (Faura y Aiken, 2002) proponen la opción de utilizar en España el Nursing Work Index (Aiken y Patrician, 2000). Por medio de esta herramienta de medición, sus autores realizaron un análisis del medio de trabajo (Aiken y Patrician, 2000) en varios países, acentuando la importancia de la calidad que se debe tener en el entorno laboral como factor predominante de insatisfacción laboral y el inherente surgimiento de burnout en los profesionales de enfermería.

El instrumento utilizado enmarca entre esos factores del entorno laboral, la medición de cinco áreas del nivel organizacional: dotación adecuada de personal, relaciones humanas entre profesionales, capacidad de liderazgo, participación de enfermería en la gestión y sus iniciativas de gestión de calidad, adicionando la sugerencia de crear hospitales magnéticos con el fin de mejorar el entorno (Aiken, 1995).

El estudio demuestra, como resultados más significativos en los 15 países investigados, la aparición de burnout y el descenso en cuando al bienestar laboral, con porcentajes de un 43% de las enfermeras de EEUU, un 36% en Canadá, un 33% en el Reino Unido y Nueva Zelanda y un 15% de presencia de burnout entre los profesionales de enfermería de Alemania, como resultado de la relación enfermera-paciente. Se demostró además inestabilidad entre la necesidad de recursos humanos y las cargas laborales que se obtienen con mayor regularidad en aquellos países en los que, según demostró el estudio, son más cortas las estancias hospitalarias.

Bañeres (2005) postula la necesidad de continuar en la investigación sobre la temática que contribuya a la reducción de apariciones de riesgos y se instaure una cultura sanitaria que enseñe a concientizar que los incidentes y los accidentes están precedidos por algún patrón relacionado a acciones inseguras, en la que se genera un error.

Hartz (1989) notifica sobre la consecuencia de la relación enfermera-paciente, como uno de las cinco mayores señales de pronóstico acerca de los niveles de mortalidad, dejando una nueva brecha abierta, a la investigación realizada por distintos autores (Aiken, 1994; Aiken, 2002 y 2002a; Needleman, 2002, Gálvez, 2003;), con respecto a la relación enfermeras-mortalidad del paciente.

La relevancia del tema se centra en la certeza de estos estudios que expone la estrecha conexión entre la relación enfermera-paciente con el estrés y sus variables psicosociales, ligándolo a su vez a la tasa de morbi-mortalidad del paciente.

b) La dirección del cambio organizacional y empleo de las nuevas tecnologías.

Otra causal que se puede agregar, de consecuencias psicosociales en el ámbito laboral, es la relacionada a los constantes cambios en la gestión de las organizaciones y la implementación e instauración de las nuevas tecnologías. En la organización sanitaria estas etapas de cambios de producen de manera rápida, manifestando para algunos trabajadores sobrecarga laboral por el tiempo que conlleva realizar nuevas actividades, sumada a la disminución o nula dotación de los recursos humanos para llevarlas a cabo (Noval, 2002).

Al hacer referencia a las nuevas tecnologías, la implementación de nuevos recursos tecnológicos de sofisticado manejo en el ámbito hospitalario, puede arrojar resultados frustrantes de manera individual para los profesionales de enfermería, sobre todo para aquellos profesionales que por desconocimiento o falta de capacitación, no cuentan con las herramientas adecuadas para el manejo de ciertos equipos electrónicos, al existir una nueva gestión en la organización, esta, no perdona retrasos en cuanto a formación y actualización de los profesionales en enfermería.

c) La burocracia en la organización.

Mintzberg (1988) estima al hablar de organizaciones de servicios, que la burocracia organizacional lo adjudica como otro factor de riesgo elevado en el trabajo, clasificándolo en dos tipos de burocracia: mecánica y profesionalizada.

En cuanto a la burocracia mecánica, afirma que esquematiza y pretende estructurar hasta el comportamiento de sus integrantes, al ser una organización con total planificación formal y altas normas, reglas rígidas y protocolos instaurados que imposibilitan todo acto de iniciativa o creatividad por parte del trabajador. Esta rigidez constituye un riesgo de estrés profesional en todos los ámbitos laborales.

En lo referente a la burocracia profesionalizada, se basa en que esta protocolización unifica los comportamientos y lleva a necesitar para su crecimiento un ambiente equilibrado, un trayecto y autoridad democrática que le permita al profesional crear y decidir. Este tipo de burocracia, afirma el autor, es muy característica de los hospitales, pero en la falencia de organización es en sí, un importante contribuyente de riesgo psicosocial para el trabajador de salud.

Winnubst (1993) menciona la carencia de apoyo al trabajador por parte de las organizaciones cuando las mencionadas son grandes y demasiado rígidas, y debido a su comportamiento en el mercado, requieren de ese cambio y la pronta actualización ya sea a nivel tecnológico u organizacional, los cuales tienden a producir altos niveles de estrés en el trabajador, sobre todo en organizaciones prestadoras de servicios con mayor recurrencia en el ámbito sanitario.

d) Aceptación en la toma de decisiones.

Otro factor al que se debe apreciar como disparador de consecuencias psicosociales es la aprehensión del trabajador acerca de su nivel de conocimiento de acción en la toma de decisiones. Esto puede postularse como otro origen importante de estrés y manifestación como síntoma que se puede asociar con la pérdida de bienestar laboral.

Jansen (1996) lo imputa a la insuficiente participación en la toma de decisiones e intervención con el paciente, o también a la falta de comprobación de los resultados de su trabajo (Glass, 1993), llevando quizás al trabajador a un estado inicial de depresión e indicadores de baja autoestima.

Investigaciones realizadas en años anteriores por la American Academy of Nurses acerca de los llamados Hospitales Magnéticos (Aiken, 1995) enseñan cómo atributos de estos hospitales ser promovedores de la autonomía profesional

y la exploración de una mejora organizacional (Aiken, 2000), el esmero insaciable a la formación continuada de sus recursos humanos y a su vez continuo control y evaluación de las actividades. Sostienen a su vez, que resultan significantes mejoras en las relaciones interprofesionales, así como también mejoras a nivel interdisciplinario.

En otros estudios elaborados en instituciones hospitalarias (García, 2004) ponen en evidencia los mejores resultados en los pacientes cuando existe en el profesional de la salud una mayor satisfacción y un adecuado bienestar psicológico, con resultado de las intervenciones de gestión en los hospitales magnéticos, siendo para ellos un instrumento de motivación y desarrollo profesional además de la recuperación de relaciones humanas en el ámbito laboral (Paulo, 1998). A su vez la ausencia de colaboración de los mismos pacientes a la hora de la atención en sus actividades de establecimiento de su estado de salud (Novack, 1994 y 1996) ha servido como fuente de momentos de estrés para el trabajador, a pesar de que el paciente pueda ayudarse por sus propios medios, no trabaja solidarizado con el profesional de salud, tomando algunas veces actitudes no positivas respecto a su labor diaria.

e) La afinidad con los superiores.

En referencia a las relaciones con los superiores, lo que se consultó bibliográficamente hace énfasis a una correlación entre este tipo de relación y las posibles consecuencias psicosomáticas en el trabajador. Dichas consecuencias se ponen de manifiesto una vez que el profesional de salud no cuenta con el respaldo de su superior (Zellars, 2001), no percibe que recibe seguridad en su estabilidad laboral (Agulló, 2001) según su apreciación, o quizás algunas veces es receptor por partes de sus superiores de directrices organizativas que, vienen acompañadas de injusticia, desigualdad, con obstáculos observables para su promoción profesional, además de observarse doble línea jerárquica que impiden el adecuado desempeño laboral de sus actividades (Vigoda, 2000), y a su vez que no tiene en algunos casos los roles laborales que debe asumir (Schwab, 1986).

f) El acoso psicológico.

No se puede dejar de comentar un notable productor de riesgo psicosocial en el trabajador como el hostigamiento psicológico en el ámbito laboral.

Han sido innumerables los trabajos científicos realizados y publicados a cuenta de este tema (Leymann,1996; Vartia,1996; García, 2006;), de igual forma el sin número de manifestaciones de organismos e instituciones internacionales que han señalado las consecuencias negativas acerca del Mobbing o acoso psicológico y las alteraciones derivadas que afectan la salud del trabajador y presumen un trascendental riesgo de inicio de patología psicosocial (Comisión Europea, 2000; OIT,2001; Resolución Parlamento Europeo sobre acoso moral, 2001; OMS,2002; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006), por lo que este tema acerca del maltrato psicológico ha tomado mayor relevancia en otras disciplinas como lo han sido la psicología y la psiquiatría.

Se podría mencionar que es un proceso no muy alejado de la realidad y característico de las llamadas comunidades desarrolladas y complejas al mismo tiempo. En lo que respecta a las organizaciones laborales, se pueden nombrar como factible motivo del acoso moral, las fallas en la organización del trabajo, la inoportuna información interna y sin dejar atrás la gestión de los recursos, como posibles inconvenientes de organización algunas veces prolongadas y en otras no resuelto.

Otros estudios paralelos a los anteriores (Fornés, 2004; García, 2006), ponen al descubierto la existente correlación relevante entre el Mobbing y ciertas variables del bienestar psicológico, introduciendo en estas variables la satisfacción laboral, dando por entendido la satisfacción con la supervisión, cansancio emocional e indicios depresivos los cuales permiten al individuo clasificarlos en alto o bajo riesgo de experimentar Mobbing.

Zapf (1996) asocia el Mobbing con el disminuido nivel que sufre el trabajador en su salud psicológica, disminución de su capacidad profesional y reducción en rendimiento. Algunos autores remarcan su relación con el abandono e incapacidad laboral (Boada, 2004). Confirmación que, de otra manera, pero con igual argumento ratifica Leymann (1996) en su teoría, al evidenciar que el escenario que vive la victima de Mobbing en su ámbito laboral aumenta sus problemas psicológicos, lo debilita haciéndole cada día más sensible y encaminándolo a llegar a la incapacidad laboral.

Otro punto importante a tener en cuenta es la notable relación existente entre el Mobbing y el burnout (Agervold y Mikkelsen 2004; García-Izquierdo et al. 2006), y acompañado de estas, la insatisfacción laboral, (García-Izquierdo, 2004, Einarsen, 1998), los autores concluyeron que la insatisfacción laboral con la supervisión, la ansiedad, la depresión y el agotamiento emocional, encajan cómodamente en aquellos trabajadores con altas y bajas puntuaciones en Mobbing, y recaban que es la insatisfacción con la supervisión, el primer marcador que clasifica esos niveles de Mobbing en el sujeto. Dejando acentuada la importancia de la gestión de las direcciones y el fortalecimiento de los puestos encargados en la dirección de los recursos humanos como punto inicial de la prevención, seguido del control y la ayuda de los trabajadores los cuales afrontan alguna situación referente de acoso laboral. Leyman (1996) ya anunciaba la importancia fundamental de la dirección en estos sucesos.

Davenport (1999) destaca que esta situación es factible en figura de organización laboral por delimitadas circunstancias, entre las que se encuentran la mala gestión en los recursos humanos, materiales o económicos, mencionando que el estrés se encuentra presente en el incremento de las funciones en el puesto de trabajo por el exceso de carga, igualmente por la repulsión existente de los superiores de admitir la presencia del Mobbing, concediendo con ello su formación e incremento. La consecuencia de estos procesos perjudica la salud del sujeto y afecta su función y producción a nivel individual en su trabajo.

Las repercusiones que puede tener en la salud y bienestar de los trabajadores, ante las manifestaciones físicas, psicosociales y afectivas que padecen las víctimas del proceso (Einarsen, 1997; Varita, 2001; Einarsen, 2003; Sáez, 2003), además de los episodios de ansiedad y estrés (Zapf, 1996), señalan una diferencia entre los que han experimentado una situación de acoso y los que están complacidos con su situación laboral.

Citando a Vartía (2001) en su estudio en la relación Mobbing y quebrantos de salud, indicando como se adquieren signos y síntomas de depresión e impericia laboral si el Mobbing data de largo plazo y se mantiene permanente en el tiempo.

Los análisis que Fornés (1991, 2004, 2004a) ha realizado acerca del hostigamiento psicológico en el personal de enfermería, deja en evidencia las

consecuencias y resultados que el Mobbing trae en lo relativo a la salud psíquica y física de los profesionales, coincidiendo que en las unidades de áreas cerradas, como las unidades de cuidados intensivos, en las que se manifiestan altos niveles de estrés, acompañado de episodios de Mobbing, se van originando una suerte de sintomatología psicosomática e inconvenientes en el bienestar psicológico y por consiguiente insatisfacción laboral en el trabajador, con la subsiguiente disminución en el rendimiento en el trabajo y el descenso en la calidad de atención en la parte asistencial (Fornés, 2002).

Fornés (2003) agrega que es de vital importancia para el profesional de enfermería obtener y conservar un buen nivel de autoestima y satisfacción, y postula los cuidados que se deben tener para con el trabajador, apoyados en los patrones de Gordon (1994), para asegurar su bienestar psicológico y salud física.

Una vez consultado los distintos autores, se ha entendido al Mobbing como un estresor social (Yegler, 2003), el que no solo tiene consecuencias sobre el trabajador y su salud, sino que también se constituye en un riesgo para el paciente ante la condición en la que se encuentra envuelto el trabajador. (Josten, 2003; Kalimo, 1998).

g) Los procesos de transformación social en el trabajo.

Otro multiplicador de riesgo que se debe tener en cuenta es el concerniente con el proceso de intercambio social (Gil-Monte, 2005c) que se obtiene entre el trabajador, la organización, sus superiores y los servicios inherentes que realiza, ya que puede detallar las conductas humanas (Kelley, 1979) abordando inclusive a una especie de violencia en sus comportamientos (Donnerstein, 1982).

La postulación de Buunk y Schaufeli (1993) expone como fuente de estrés, no solo la simple apreciación de un desequilibrio en los intercambios sociales, sino además el desasosiego y la ausencia de control en cuanto a los resultados, ratificando que en enfermería los trabajadores de este rubro no buscan ayuda entre compañeros ante la presencia de estrés por temor al juicio malintencionado o quizás a ser considerados incompetentes.

El postulado teórico de Hobfoll y Freedy (1993) haciendo referencia de estos intercambios sociales, pronuncia como fuente de estrés y subsiguiente

aparición de burnout, el menoscabo de recursos personales que puede sufrir el trabajador en sus relaciones laborales, que lo incita a la pérdida de la motivación profesional.

En relación, Harrison (1983) suscita en su modelo de competencia social, el vínculo que existe entre la motivación del profesional para trasladar a la práctica la relación de ayuda que conlleva los cuidados de enfermería, la insatisfacción laboral y de la mano la pérdida de bienestar psicológico que se manifiesta ante motivaciones de conductas de ayuda como desinterés, exigencia o cooperación. Motivaciones que, según el citado autor, permanecen muy elevados al comienzo de su vida profesional, pero con el correr de los años descienden, siendo esto más habitual en personas con rigidez de confianza en el alcance de sus objetivos, carencia de reconocimiento hacia sus laborales, búsqueda de promoción y progreso profesional.

En los profesionales de enfermería, la sensación de falta de reconocimiento y compensación en su trabajo, tiene una importante relevancia como consecuencia disvaliosa (Buunk, 1993).

Con el fin de cerrar el presente tema sobre las condiciones del trabajo que conlleva a adquirir consecuencias psicosociales en el trabajador, hemos de citar el modelo de auditoría del sistema humano (Quijano, 2008). Modelo que unifica estas consecuencias psicosociales laborales en la organización y las estima en factores relativos de rendimiento, con consecuencias en cuanto a la calidad de los recursos humanos y de los resultados en la labor que realizan.

Por consiguiente, siguiendo la misma temática en la argumentación de las elementales consecuencias psicosociales que afectan al personal de enfermería, que repercuten en el desempeño de su actividad laboral en el ámbito hospitalario, tomando como punto de partida el estrés laboral y más aún cuando este tipo de consecuencias se encuentran extrapolados o han llegado al ámbito extralaboral y quizás por el contrario, los factores psicosociales extralaborales se encuentran en desequilibrio, a largo plazo se establecen como un importante impedimento para poder llevar a cabo su actividad laboral, afectando aún más sus esferas sociales, psíquicas y profesionales.

- El estrés como marcador de las consecuencias psicosociales de riesgo.

Un profesional de enfermería convive en su actividad diaria hospitalaria con un elevado nivel de estrés laboral a consecuencia de un sin número de factores llámese externos e internos los cuales desequilibran sus niveles de salud e inducen, en algunos casos a trastornos en todas sus dimensiones: físicas, psicológicas y de relación social, llegando a la enfermedad. Cabe aclarar que no todos llegan a esta situación, ya que algunos cuentan con recursos y herramientas propias que les permite acondicionarse y sobrellevar situaciones de difícil manejo para los demás, obstruyendo el crecimiento de procesos de morbilidad y conservando de forma adecuada su salud. Ante estas situaciones se hace necesario reconocer la etiología del estrés desde los tres importantes panoramas que nos exponen diferentes autores referentes del tema (Mingote, 2003).

En primer lugar, se podría nombrar el estrés como respuesta sistémica del individuo a estímulos estresores y circunstancias de riesgo psicosocial (Selye, 1974), con la probable pérdida de salud, bienestar laboral y descenso de su rendimiento profesional (Bonafonte, 2005).

En segunda instancia, se plantea que el estrés puede tener su origen partiendo de los estímulos externos que circundan al individuo, ocasionando en el sujeto procesos psicosociales relacionados a esos factores externos que perjudican su vida cotidiana y paralelamente su salud, modificando sus conductas ante determinados estímulos recibidos (Sandin, 1995).

El tercer panorama haciendo referencia a la etiología del estrés, lo mantienen autores como Lazarus y Folkman (1984) al pronunciar en su postulado la existencia de una interrelación entre la persona y el medio ambiente y su inviabilidad de afrontamiento a ese entorno. En este tercer enfoque se manifiesta que el individuo expone diferentes respuestas dependiendo la situación ambiental y su entorno, el juicio y evaluación que hace el sujeto ante situaciones adversas, dependerá la importancia que este le de, y la consecuencia que tiene para él, sin dejar a un lado la posibilidad de disposición ante el problema y que dependerá también de la situación personal psicológica que viva en ese momento para lidiar y enfrentar el proceso.

Continuando como parte de este marco teórico sobre el estrés y consultadas algunas bibliografías que exponen el estrés como factor en relación a la práctica profesional de enfermería (Faura, 1993; Cabezas, 1998; Fornés, 2001; Cruz, 2006), con los efectos psicológicos en lo que a insatisfacción laboral, perjuicio de salud física y bienestar psicológico se enmarca, abordamos en esta parte, conceptos, modelos y teorías que se han consultado fehacientemente sobre estrés laboral y sus efectos, especificado al ámbito del colectivo sanitario y perteneciente, para ser más exacto al ámbito laboral, como el del profesional de enfermería del nivel hospitalario.

Se entiende que es indispensable que el profesional de enfermería logre identificar los factores que lo originan y condiciones estresantes que generan su disminución de salud en la labor diaria de sus actividades profesionales y las contingencias de contraponerse a las manifestaciones de estrés, así como además de comprender el entrelazo que se instaura entre los factores externos y las singularidades psicológicas del sujeto.

a) Análisis en la conceptualización del estrés.

El estrés se ha definido en la sociedad como un estado de tensión emocional que altera a la persona, entre otras situaciones, y los lleva a padecer trastornos del sueño, síntomas psicossomáticos, insatisfacción laboral y discordias en la relaciones humana, sin excluir que, revisado a partir de los tres panoramas que se expuso anteriormente, se puede analizar desde los factores ambientales, y entorno que encierra al trabajador, a partir de las singularidades psicológicas del individuo y el uso de sus herramientas como mecanismo de defensa, que por medio de sus condiciones biológicas y subsecuente manejo a los factores de riesgo.

Los generadores estresantes pueden ser físicos, como el ruido, bioquímico, como las infecciones o psicosociales, entrelazados con los modos de adaptación o afrontamiento y habilidad de control ante una situación determinada de estrés. De igual manera, las experiencias vitales, originan efectos distintos según la particularidad del factor estresor (duración, tipo, intensidad) el individuo afectado (especie, edad, género, cultura y episodios preliminares), la resolución al estrés dependiendo de la valoración personal que se realice de la situación (Lazarus,

1984), haciendo alusión al conjunto de cambios, inmunológicos, neuroendocrinos, vegetativos y conductuales que se estimulen.

La concepción de estrés como respuesta orgánica frente a un generador estresor alude a la designación que postuló Selye (1936) como Síndrome de Adaptación General frente a la presión externa soportada y la respuesta general del organismo a distintos estímulos recibidos. Teoría que no fue aceptada por otros autores como Mason (1975), donde para este autor, estima al estrés como una respuesta orgánica, pero asegura no son iguales en todas las circunstancias, ya que estas, se encuentran limitadas al tipo de estímulo que la produzca.

A la implicación negativa o positiva que posee el estrés, Selye (1974) realiza una diferencia entre eutress o estrés constructivo estimulado por estados emocionales positivos (alegría, amor) los cuales benefician los estados de salud y evitan la potencialización de enfermedad, y distrés o estrés negativo que inducen los estados emocionales (rabia, envidia, celos, ira) que desfiguran la realidad y además llevan a producir variaciones en los estados de salud y bienestar. Además, Edwards y Cooper (1988), sostienen que el estrés puede ser positivo y negativo o eutrés, separándose en su generalización con el distrés que ocasiona resultados negativos en el individuo.

Kahn (1964) afirma que el estresor es un suceso objetivo, proveniente del medio ambiente, alejado de la condición del hombre, singularizando la idea de estrés, estresor y resolución al estrés, al expresar que el estrés es una experiencia subjetiva, clasificada como ansiedad que siente cada persona, y atraviesa una tensión, como lo considera el autor, como respuesta fisiológica y conductual.

Como se puede observar, son numerosos y variados los calificativos en cuanto a la definición que cada uno de los autores realizan para determinar el estrés, con el fin de buscar su mayor y claro entendimiento a la comunidad.

Gómez (1998) interpreta al estrés como una experiencia esencial del sufrimiento común del ser humano, que le proporciona el conocimiento de la realidad del mundo y su entorno, considerando que ese desasosiego le permite ayudarlo en la adaptación al medio, cuando el desasosiego se convierte en

patológico, se pierde la capacidad de adaptación, llegando a corto plazo a convertirse en una ansiedad neurótica.

Entendiendo que el estrés forma parte fundamental en el proceso de salud-enfermedad del ser humano, autores como Lazarus y Folkman (1984) consideran que no siempre se instaura un proceso negativo en nuestra vida, por lo que entienden que dependerá de la evaluación que el sujeto realiza del proceso y el ingenio para el manejo de la situación, así como del afrontamiento de los efectos del estrés.

b) Modelos propuestos de estrés.

Analizando algunas teorías descritas con anterioridad sobre el estrés como respuesta orgánica, estímulos extrínsecos que pueden ocasionar enfermedad que se obtiene como consecuencia de la relación entre el individuo y su entorno, también se encuentran modelos que hacen referencia al estrés.

French y Kahn (1962) proponen el modelo socio ambiental que explica la relación entre el medio laboral y la impresión que tiene el trabajador de su labor unificándose, a la par, esa impresión a la solución que el sujeto a su labor y los efectos que se revela en su salud física y mental. Se crea una situación entrelazada que relaciona lo que observa el sujeto, con su respuesta y con la consecuencia que todo ello tiene en su salud.

Este modelo Socio ambiental además relaciona al sujeto con su entorno, comentando unas variables que poseen valor en la impresión subjetiva de su trabajo y la resolución que toma a la hora de ejecutarlo.

El modelo de McGrath (1976) También destaca en las causas que influyen de forma directa desde los factores extrínsecos que causan el estrés.

Harrison (1978) en su modelo de estrés expone los estresores que observa el sujeto, haciendo referencia a la inestabilidad que puede presentarse entre la persona y el ambiente laboral. Karasek (1979) colabora en este modelo y agrega que, ante esa inestabilidad, se necesita de manera indispensable una uniformidad entre el individuo y el ambiente laboral para poder hacer frente a esa presente situación. De la misma manera, Edwards (1988) presenta en su modelo la

presencia de una carencia de vínculo entre el deseo y la obligación del sujeto, haciendo referencia a otra fuente de inestabilidad que conlleva a producir estrés.

Haciendo referencia al modelo de Harrison (1985) enuncia que la inestabilidad entre el sujeto y el medio, las herramientas y ayuda que contenga el individuo para afrontar esa exigencia del medio, es lo que le dará las variables ambientales.

Respecto a la evaluación de probables trastornos psicológicos provocados por el estrés, Warr (1987) en su modelo vitamínico, vincula factores como el salario, relaciones interpersonales, el uso de competencias, la salud física o la posición social, con la salud mental del trabajador, manifestó que, a pesar que llegue a resolverse el factor, la salud mental del trabajador ya no se recupera al haber cruzado el límite de difícil resolución.

Casi dos décadas después de la postulación del modelo socio ambiental (French y Kahn, 1962) citado con anterioridad, Ivancevich y Matteson, (1980) consideran que ese modelo socio ambiental es el más conveniente para el estudio del estrés laboral como causa de burnout e insatisfacción laboral. Sin embargo, exponen otro modelo de estrés en el que insisten acerca de la disparidad existente entre las consecuencias que produce el estrés psicológico, somático y psicosocial de manera temporal, como resultado del estrés y las alteraciones que se manifiestan como patologías de larga duración o con aparición de consecuencias irreversibles.

Ivancevich y Matteson (1980) diferencian en su modelo como componentes del estrés, por una parte los estresores llamados factores internos o que se relacionan con la propia empresa, la organización laboral e incluyen el puesto de trabajo del sujeto, forma y tipo de conducción y modelo de liderazgo que existe, y por otra parte los llamados factores externos, o estresores que se relacionan con los componentes extralaborales a la organización (problemas familiares, economía, no apoyo familiar a su actividad laboral) los cuales incurren ampliamente en el trabajo y los niveles de estrés que puede afectar al sujeto.

Tanto los factores externos e internos que señala esa correlación y asociación entrelazada que se mencionó con anterioridad, entre la impresión que

tiene el sujeto sobre su trabajo, la resolución que presente, los efectos y consecuencias en su estado de salud. En el presente modelo, aparece insatisfacción y desprendimiento en la actividad laboral como productor de burnout, según los autores, estas situaciones pueden llevar al trabajador, a un desconcierto entre el rol que desempeña y su personalidad. Peiró (1993), después del análisis de una variedad de modelos de estrés, expone otro modelo sosteniendo que las experiencias del estrés sufridas, afectan al rendimiento y efectos en el trabajo, por lo cual establece seis eventuales variables:

- Ambientales, donde incluye estresores y recursos.
- Particularidades personales de cada sujeto.
- Experiencias subjetivas o experiencias de estrés vividas.
- Reacción del sujeto y estrategias para llevarlo a cabo.
- Efecto de las situaciones de estrés
- Transcendencia del estrés, o efectos que causa.

c) Las señales del estrés.

Freudenberger (1974) menciona, haciendo referencia a la impresión que el sujeto tiene de cuanto, y cómo valoran su trabajo, asegurando que en profesionales que, con el fin de conseguir un reconocimiento, mantienen un exceso de rendimiento y dedicación al trabajo, para el este autor es un factor de riesgo de estrés.

El exceso de trabajo, la no claridad de sus funciones, la ausencia de reconocimiento profesional, los limitados recursos, la admisión desmesurada de responsabilidad, los impedimentos en el trabajo, también el desacuerdo de la vida laboral con la profesional y los conflictos en su trabajo, son notables predictores de estrés en el trabajo. Los que afectan de cierta manera a su vez a su entorno extralaboral, impactando en sus relaciones interpersonales y familiares. Merllie y Paoli (2001) exponen en su estudio sobre el estrés, que los trabajadores con elevada carga laboral y corto tiempo para sus actividades, padecen estrés y desequilibrio de su salud.

De igual manera, Aycan y Kanungo (2001) plantean que las laborales de gestión pueden generar estrés, sin embargo, contradictoriamente, es fuente de

satisfacción laboral, cuando se le involucra en la intervención de actividades de gestión, el cual proporciona mejor calidad de vida, bienestar físico y psicológico dependiendo de los pormenores en que se fomenten (Turcotte, 1986).

Iruela (1983) propone otro factor predictor de estrés, afirmando que algunos precedentes familiares, entre ellos: los trastornos psiquiátricos, infancia inestable o malas relaciones de pareja, establecen un factor impulsor a sufrir a posteriori estrés.

El Consejo Internacional de enfermería manifiesta, haciendo referencia al estrés en enfermería (Wynne, 1993), que las fuentes de estrés se concentran en:

- Las condiciones laborales: los horarios y el trabajo en los fines de semana, mala remuneración salarial, el conflicto, la discriminación y el peligro en el entorno del trabajo.
- Las relaciones en el trabajo: importancia de las relaciones con sus pares, subalternos o superiores.
- El conflicto y determinación de las funciones: los roles, competencias, posibilidades y funciones confusas.
- La estructura y el ambiente de la organización: cambios relevantes en el lugar de trabajo, la política institucional, falta de implicación en la toma de decisiones, mala comunicación.
- La superposición trabajo-familia: falta de tiempo y objetivos familiares no alineados.
- Desarrollo de la carrera profesional: el puesto de trabajo no está definido por el perfil del trabajador, imposibilidad de ascenso profesional, capacidades y habilidades mal distribuidas, inseguridad y mala adaptación en el puesto de trabajo, falta de oportunidades.
- Naturaleza del puesto de trabajo: desgaste físico y emocional, ritmo de trabajo acelerado.

Se incorpora además como principales fuentes de estrés (Gray-Toft, & Anderson, 1981):

- Inapropiado acondicionamiento en el manejo y conocimiento de contención emocional del paciente y sus familiares.
- Falta de protección del personal.
- Exceso de trabajo.
- Inseguridad a los tratamientos clínicos.
- Contacto directo con el sufrimiento y la muerte.
- Conflictos con los compañeros, incluyendo los supervisores y otros profesionales integrantes del equipo de salud.

En presencia de los mencionados predictores de estrés autores como Fornés (1990) hacen un llamado de la transcendencia del estrés en la salud de estos profesionales, a la vez, la diferencia que se aprecia en la incidencia de presencia del estrés entre sus diferentes ámbitos de trabajo, reconociendo los factores mencionados con anterioridad, como el abuso de las cargas de trabajo, niveles altos de responsabilidad o escasos recursos humanos, como se observa en las unidades de cuidados intensivos o áreas críticas (Fornés, 1991), y las resoluciones posibles a este estrés, por parte del personal de enfermería de las unidades especializadas (Fornés, 1992, 1994).

Garros (2002) contribuye un nuevo componente ante la situación de experiencias que pueden desnaturalizar las emociones de los profesionales de enfermería, cuando estudia las variables organizacionales y profesionales como factor de riesgo de sufrir burnout, formula que el profesional de enfermería debe estar capacitado y formada para entender y tener el manejo de sus emociones para una mejor asistencia en los cuidados de salud, incremento de la calidad de servicio y mayor rendimiento en los resultados.

Otro factor a tener en cuenta es la constante proximidad con el sufrimiento y la muerte, el cual favorece el estrés en su entorno laboral, así como la elevada presión asistencial en relación a los recursos humanos y materiales existentes para atenderla (Warr, 1987), Permaneciendo como factor de riesgo de salud para el profesional de enfermería.

Se encuentran diversos estudios que demuestran la presencia de estrés derivado de la prestación directa de cuidados de la salud (Pamplona, 1999;

Rodríguez, 1996), junto a la fatiga emocional y/o incorrecto incremento de la actividad laboral por falta de recursos, ya sean a nivel material o humano, llevando al profesional de enfermería a elevados niveles de estrés crónico (Manzano, 1999), e inclusive a la deserción de estos profesionales a otras disciplinas (Cuevas, 1998), convirtiendo la situación más preocupante, ante la escasez de profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario y más notorio en el campo especializado.

Otro camino a reflexionar en la profesión de enfermería, relacionada con el estrés profesional, la postulan autores como Antón (1998), al manifestar que la sociedad asimila como algo normal la relación de ayuda constituida entre la enfermera/o-paciente, sin imaginarse que el profesional de enfermería realiza su labor con metodología científicamente reconocida, por lo que se menoscaba su actuación en el desempeño de sus actividades profesionales, y además es desconocida en algunos sectores sociales en cuanto a la comprensión de la disciplina de enfermería (Fernández, 2000; Berrios, 2006).

Al hacer referencia a los inicios del reconocimiento social y académico de la aplicación del método científico en la profesión de enfermería, se encuentran autores como Rogers (1970), expuso para ese tiempo, que la actividad de enfermería era un acto de ciencia y arte el cual posee un marco de conocimientos propio, encuadrado desde la investigación y la comparación lógica. Los contenidos teóricos los cuales se han llevado a la práctica con una fundamentación científica demostrada y firme, como es el cuidado de las personas con deterioro de su salud, con un sobresaliente compromiso, tal y como lo expuso Florence Nightingale en 1859 (1969) al determinar la práctica profesional como “el arte de cuidar”, y los conceptos de la profesión instaurado hasta nuestro tiempo como “cuidado, persona, salud y entorno”, los cuales relacionados entre sí, otorgan el sentido a la profesión.

Kerouac (1996), en su obra “El pensamiento enfermero”, expone que el cuidado de la persona en permanente interacción con su entorno es el objetivo de la disciplina de enfermería y le concede al profesional experiencias de salud-enfermedad en su práctica diaria, según los conceptos instaurados por Florence Nightingale.

Mingote (2003), se pronuncia en la teoría, difiere en la práctica de este “pensamiento enfermero”, ya que para el autor prevalece la realización de la tarea y la importancia de objetivos unitarios sobre la acción integral bio-psico-social al individuo, como resultado de la elevada aplicación de nuevas tecnologías y el marcado aumento de especialización, lo cual, se les da más atención a estas acciones, además de adherirse la presión asistencial, reduciendo la relación enfermera/o-paciente.

El exceso de carga laboral en el ámbito hospitalario, es un hecho cotidiano para nadie desconocido en el personal de enfermería, que provoca decepción e insatisfacción al no lograr especificar sus acciones con la comunicación de emociones y sensibilidad que le interesaría demostrar en la prestación de los cuidados, acentuando quizás un lazo de amistad con el paciente por su ayuda (Josten, 2003). Lo anterior crea una desmotivación ante un trabajo en donde según su percepción no está bien realizado, por lo cual lo manifiesta por medio de síntomas psicossomáticos que afectan su bienestar y salud (Mingote, 2003). Por estas apreciaciones autores como Hypwell y Tayler (1989) deducen que el ámbito laboral donde se realizan sus actividades es un importante componente a ser tenido en cuenta, cuando se trata de evaluar los tipos de riesgos y predictores de estrés.

d) Los resultados y secuelas del estrés.

En sí misma la respuesta del estrés, no es mala ni buena, pero es fundamental para la conservación del sujeto y el resultado obedecerá de la capacidad de adaptación con el entorno, a una particular situación que presente el sujeto y de las herramientas que el individuo tenga para hacerle frente. Mason (1975) expone al describir las diferencias en las respuestas de estrés, en dependencia de que el factor pueda ser físico o psicológico, teoría que contradecía a Selye (1974) al sostener que el estrés es una respuesta “general” del organismo y no “específica” a estímulos emocionales como apunta Mason (1975).

En referencia a la capacidad de hacer frente al estrés, algunos autores han opinado en términos semejantes. Glaser (1987) considera predominante al sistema inmunológico al momento de confrontar al estrés, al afirmar que se haya

una considerable relación entre una mayor disposición inmune y un mejor perfil psicológico. A su vez Engel (1962) manifiesta que la excitación de los mecanismos de defensa psicológico del individuo se inicia a partir de la evolución del estrés, externo o interno a la persona, le solicita la adaptación del cuerpo a una situación en concreto.

En lo concerniente al profesional de enfermería, Artiaga (1997) afirma que es la enfermería del ámbito hospitalario la que tiene mayor índice de agotamiento emocional, además en presencia de una despersonalización, impresión reducida de autorrealización en el trabajo, baja autoestima y sumado a las anteriores, un escaso reconocimiento de su labor profesional. En los anexos que se encuentran enmarcadas las particularidades de la organización del ámbito hospitalario con sus jornadas de trabajo, en lo referente a horarios y turnos, que obstaculizan para organizar la vida personal de los profesionales de enfermería.

En un estudio realizado con 162 enfermeras del ámbito hospitalario (Glass, 1993), explica que el estrés concluye en depresión. Manzano (1997), realizó un estudio sobre “El estrés del personal de enfermería” en donde analiza las características personales, el ambiente de la organización y su correlación con el burnout presente, y expone la delgada relación entre la personalidad del sujeto y su baja autoestima, como factores de riesgos predictores de presentar burnout y estrés laboral. Estos padecimientos suelen estar ligados con los factores psicosociales extralaborales, los cuales afectan no solamente al ámbito laboral, sino que además repercuten de manera directa en sus relaciones interpersonales y familiares.

En el ámbito de la profesión de enfermería se le da importancia a las necesidades primarias y secundarias del individuo con el fin de prevenir la pérdida de salud o la presencia de enfermedad, por lo que se hace indispensable proteger con antelación sus necesidades con el fin de brindar confianza y seguridad, ante las actividades del cuidado que ellos realizan.

Al relacionar lo analizado anteriormente sobre la necesidad de “cuidar al cuidador” ante el riesgo que el estrés se establezca como una causa de pérdida de salud, algunos autores no están de acuerdo con la relación enmarcada de estrés-enfermedad. Friedman (1990) expuso después de una revisión de teorías

e hipótesis de la relación del estrés con la salud y su asociación con la aparición de patologías crónicas, y Lazarus (1994) manifiesta que a pesar de que es notablemente creíble la relación hipotética entre estrés, afrontamiento y emoción, como réplica a la relación entre estrés, emociones y determinadas enfermedades a largo plazo, no cuentan con el suficiente soporte científico que pueden comprobarlo, que ya algunas patologías se manifiestan con el transcurso de los años, con lo cual no es sencillo conocer y determinar su causa inicial. A pesar de que está comprobado el fuerte dominio del estrés en patologías puntuales como lo son las infecciosas, Lazarus (2001) afirma que, la inminente escasez de aprobación sobre la naturaleza del estrés psicológico y causas emocionales, son un fuerte impedimento para el avance en este campo de investigación del estrés como origen de pérdida de salud y motivo de enfermedad.

En cuanto al análisis comentado, Mingote (2003) expone que el estrés laboral en sí mismo no es una enfermedad, afirmando que, no todas las personas que presentan estrés originan patologías asociadas, sino que influyen otras variables como la edad, sexo, estado civil y otras particularidades que determinan las herramientas y mecanismos de protección.

Un claro ejemplo, al hacer referencia en cuanto al sexo, infiere en que los hombres utilizan herramientas y habilidades para resolver los problemas existentes que han conducido al estrés, entre tanto las mujeres buscan la forma de disminuir los efectos perjudiciales con estrategias emocionales como la paciencia o el sostén emocional a la situación.

Mingote (2003) prosigue planteando que, cuando no se atenúa y no se domina la situación, se llega a producir una modificación de la conducta de manera redundante con angustia y depresión, ante el fracaso adaptativo de la situación, surge la fatiga, hostilidad, aumento de la ansiedad, disminución en el rendimiento laboral y desmotivación, como resultado al estrés, se altera el normal desarrollo de sus funciones psicosomáticas, físicas y orgánicas.

e) El afrontamiento cognitivo del estrés.

Cartwright (1978) opina que existen tres formas de afrontamiento del estrés laboral: los que se estima que pueden con todo, los que se descargan en la

profesión a pesar de crear un efecto domino devastando su vida privada y familiar y los que, prefieren su rol familiar al trabajo.

La evolución de afrontamiento que se haya como resultado de la apreciación y valoración que presenta Lazarus (1984) en su modelo de estrés, se conduce a en dos direcciones, hacia el encuentro de solución del problema o el agente estresor, o hacia la conducción de las situaciones emocionales, que son el resultado que le provoca al sujeto ese factor estresante.

Vaillant (1992) justifica que el sentido del humor, tender a procurar el bien y adelantarse a los problemas, llegan a ser mecanismos de defensa de las personas contra el estrés.

Petterson (1995), expone que mejorando las condiciones físicas de ámbito de trabajo y una adecuada vigilancia periódica en el mismo, son opciones para el descenso del estrés.

Asimismo, las variables sociodemográficas intervienen en los niveles de estrés (Mingote, 2003). Haciendo referencia al estado civil, el autor afirma que las personas solteras y separadas o divorciadas están más expuestas a tener mayor riesgo de sufrir estrés, al igual que si es mujer con edad superior a los 45 años y sumado a esto de bajo nivel socioeconómico, además de encontrarse con exceso de trabajo, el riesgo se aumenta. En cuanto al género, la falta de reconocimiento profesional que se acentúa más en mujeres, ayuda al estrés laboral. En referencia a la edad, sostiene que el estrés tiene mayor incidencia en personas jóvenes, aclarando que a mayor edad y con actividades más complejas aumenta el estrés en esta población.

- La satisfacción laboral observada como causa irreversible psicosocial.

Muchos contenidos bibliográficos presentan diferentes definiciones al hacer referencia a la satisfacción laboral. Autores como harpaz (1983) exponen que son distintos conceptos los que se realizan al tratar de definir el tema acerca de la satisfacción laboral, ya que presentan múltiples obstáculos a la hora de reconocer lo que es para unos o para otros el termino satisfacción laboral, sin lograr provocar alguna confusión, cuando en realidad se está haciendo referencia a una respuesta

de conducta que expone al sujeto a una situación del sistema de organización en su trabajo, o al desacuerdo en el gerenciamiento establecido.

a) El análisis de conceptualización y modelos propuestos de Satisfacción Laboral

Se entiende el concepto de estar satisfecho en el trabajo, según la descripción de Herzberg; Mausner y Snyderman (1959), como las percepciones que se tienen hacia el trabajo y con el trabajo donde se enmarcan el agrado o desagrado, las buenas o malas relaciones humanas, aceptación o negación de situaciones en el trabajo, las oportunidades de ascenso profesional, las condiciones laborales, entre muchas otras.

Herzberg et al. (1959), presenta una teoría denominada de los dos factores en su modelo de satisfacción laboral, con referencia a la satisfacción e insatisfacción que se presenta en el ámbito laboral, y expone como elementos no indispensablemente relacionados, los llamados intrínsecos o motivacionales y los factores extrínsecos o higiénicos. Los factores intrínsecos hacen referencia a aquellos a la inherente situación interna de la organización, los cuales producen satisfacción cuando las condiciones son apropiadas, caso contrario, los factores extrínsecos o higiénicos producen insatisfacción, cuando no se encuentran vigentes, pero de igual forma no produce satisfacción cuando están presentes.

Es evidente la percepción que existe en el trabajador acerca de su labor y la respuesta que representa en ciertas situaciones que se producen en su desempeño laboral son limitantes de satisfacción laboral. Existe un modelo de satisfacción anticipada con el nombre de modelo de Valencia, que expone una satisfacción que se limita a lo que se podría presentar a futuro.

El máximo exponente de este modelo de satisfacción anticipada Vroom (1964), afirma que el sujeto logra formar expectativas acerca de algo que prefiere, como resultado de experiencias vividas en el pasado.

Un modelo teórico presentado por (Dawis; England y Lofquist, 1964), la teoría de ajuste en el trabajo, hace mención al equilibrio entre el sujeto, su medio (haciendo referencia al lugar en donde se le han cubierto sus exigencias) y la gratitud que sienten los demás al apreciar su labor, establece la satisfacción del

trabajador en su ámbito laboral. La satisfacción por el trabajo ejecutado es un origen condicional de mayor rendimiento o, antagonista, origen de absentismo laboral (Hackett, 1989).

Un panorama centrado en el estudio entre satisfacción y rendimiento se expone en el modelo de satisfacción de facetas (Lawler, 1973), en donde se vincula la satisfacción y el nivel de rendimiento en competencia de la retribución que consigue el sujeto por su trabajo ya sea de manera, remunerativa o de reconocimiento personal, y la impresión que este sujeto tiene imparcialidad y equidad frente a esa retribución o reconocimiento recibido.

Se debe considerar otro factor importante ante la satisfacción laboral que está relacionado con la igualdad en la selección y asignación del personal en los puestos de trabajo y la perspectiva del trabajador para su selección y asignación a los mismos (Dawis et al, 1964). En donde debe existir tanto satisfacción por parte del sujeto como además satisfacción del empleador con el fin de lograr el adecuado rendimiento laboral solicitado.

Locke & Latham, (1984) expusieron la teoría de la disconformidad, aludiendo que la satisfacción laboral dependerá de lo que perciba la persona, teniendo en cuenta lo que espera y los resultados que le arrojen al hacer su labor, realizando una relación de lo que hace con lo que recibe. En esta teoría se presentan dos aspectos importantes: La primera se proyecta lo que el individuo ha rendido en el trabajo y el otro aspecto hace referencia a lo que se evalúa lo que podría haber rendido. Si en conjunto, no se encuentra un equilibrio, aparece la insatisfacción laboral, al no estar el trabajador satisfecho con el trabajo realizado.

Entre los diferentes enfoques a nivel teórico que han abordado el tema de satisfacción laboral, resalta el modelo de Hulin; Raznowki y Hachiya (1985) quienes resumen los componentes de otros modelos, que se relacionan con algunos procesos haciendo referencia al rol que realiza el sujeto y sus resultados positivos, concluyendo que los factores que incurren y predominan en la satisfacción laboral son los que se observan que aportan a nuestro trabajo como el tiempo necesario, la habilidad, destreza, técnica y formación requerida para el rendimiento laboral y sumado a estos dan resultados esperados que se premian o se gratifican con incentivos, reconocimiento profesional y en algunas ocasiones

mejora en las condiciones laborales. A este modelo se le llamo de afecto al rol, y expone las alteraciones de niveles de satisfacción que pueden existir en función de hechos pasados y los presentes. Tiempo después el mismo Hulin y Hanisch, (1991), realizó una revisión acerca de los modelos en referencia a la actitud frente al trabajo postulado muchos años atrás por March y Simon (1958), Herzberg, Mausner y Snyderman (1959).

Continuando Hulin y Hanisch (1991) afirman que no son para nada despreciables los modelos que hacen referencia a la satisfacción anticipada al igual que el modelo afecto al rol, ya que se debe entender que cuando en experiencias pasadas se ha adquirido una satisfacción, se puede llegar a presentir la misma satisfacción en el futuro, y por consiguiente alguna experiencia pasada describirá nuestro presente en lo concerniente a los niveles de satisfacción.

Existen otras teorías que tratan los factores predominantes en la satisfacción laboral que aportan una visión distinta a las mencionadas con anterioridad en la cual se encuentran Quarstein; Mc Afee y Glassman, (1992), quienes exponen que existen ciertos factores que se encuentran presentes en el ámbito laboral que se evalúan con antelación a ocupar el puesto de trabajo pueden ser el modelo y manera de dirección, la remuneración económica que se ofrece o quizás las posibilidades existentes de formación permanente y de la mano, el ascenso profesional entre otros, y continua la evaluación de factores por parte del sujeto tiempo después de integrarse a su trabajo en el lugar indicado.

Los mencionados factores llegan a ser mayores en ciertas oportunidades, y en otras menos satisfactorios, en relación a lo que esperaba. En los dos factores comentados se provocan unas respuestas que se expresan en las emociones o los sentimientos que producen más o menos la satisfacción laboral, pero todo dependerá de las particularidades del trabajador y sus resistencias frente a estos factores. El autor Quarstein et al, (1992), determino este modelo de eventos situacionales, en donde afirma que dependerán de las situaciones que se van produciendo y el control que tenga el sujeto, y dependiendo de ese control frente a las situaciones, se definirá la satisfacción laboral percibida.

Büssing (1992), al exponer su modelo acerca de la satisfacción laboral lo relacionó con la postulación de Quarstein et al, (1992), afirmando la relevancia

que tiene controlar las situaciones, entendiendo que la satisfacción se encuentra asociada constantemente tanto a las situaciones y características del trabajo. Afirma además que no se trata solo de encontrarse satisfecho, sino que también se requiere estudiar cómo es esa satisfacción percibida, dado que se puede estar satisfecho solo por algunas situaciones que están presentes o se aspiraban, o quizás esa satisfacción solo sea por situaciones actuales que se aceptan al no existir otra elección.

Este enfoque mencionado expone que de acuerdo a la disconformidad o conformidad entre las expectativas de las particularidades y situaciones del trabajo y que realmente se presenta, se tendrá más o menos satisfacción laboral. Por lo tanto, rompe con otras teorías en las cuales se le da más relevancia a la cantidad de satisfacción, alejado de este enfoque en donde se le brinda mayor importancia tanto a la cantidad y a su vez a la calidad de esa satisfacción.

Büssing (1992) formula en su modelo que se pueden presentar hasta seis formas de satisfacción laboral (satisfacción creciente, satisfacción estable, satisfacción dócil, insatisfacción edificada, insatisfacción específica y la supuesta satisfacción laboral) y que además se pasa por tres etapas para lograr las mencionadas formas de satisfacción:

- Armonía entre posibilidades, exigencia y causas con la condición del trabajo.
- Ascender en el nivel deseado.
- Actuación en la resolución de inconvenientes y su afrontamiento.

Al hacer referencia de los diversos puntos de vista sobre cómo se produce la satisfacción en el trabajo, Price y Mueller (1981) afirman que la satisfacción se obtiene por una disposición afectiva que el profesional tiene respecto a su trabajo dada las condiciones en que se desarrolla. Contrario a la afirmación de Lu, While y Barribal, (2007) postulan que la satisfacción e insatisfacción no depende de la naturaleza del trabajo o sus condiciones, sino de las circunstancias a futuro que en él ve el trabajador, teoría similar a la de Conrad y Parker (1985) que se fundamenta en la teoría de Maslow, donde se expone que la satisfacción aparece

en las posibilidades de realización del trabajador, cuando esté alcanza la cúspide de la pirámide al concretar sus necesidades de autorrealización personal.

b) Las señales de alteración de la satisfacción laboral.

Al centrarse en la satisfacción laboral en el ámbito sanitario, no se puede dejar a un lado la situación evidente que los profesionales de la salud mantienen respecto a la cercanía con los procesos de dolor y muerte, en donde es en este ámbito de trabajo donde enfermería desarrolla su actividad profesional y permanecen elementos de riesgo psicosocial que inciden en sus niveles de satisfacción laboral, llegando a afectar a su vez el riesgo psicosocial extralaboral, debido al mal manejo instaurado por estos, al encontrarse insatisfechos en su ámbito laboral.

En los elementos de riesgo psicosocial se encuentran presentes la multiculturalidad con sus múltiples costumbres, lenguas, creencias, ideologías y las distintas formas de afrontamiento frente a los procesos de enfermedad y muerte por parte del paciente, por lo que se requiere de una preparación especial por parte del personal sanitario y requiere de herramientas concretas para enfrentar ciertos impedimentos y obstáculos que aparecen cuando las personas no cuentan con la misma forma de entender y asumir la enfermedad, el dolor y quizás su propia muerte (García et al., 2008).

Esto se establece como un impedimento para la adecuada prestación en la asistencia sanitaria (Bischoff, Tonnerre, Loutan y Stalder, 1999) y además se requiere de una adecuada comunicación entre el personal de enfermería y el paciente con el fin de dar cobertura a sus necesidades en lo concerniente a la salud (Leno, 2006; Zimmermann, 2000) sumado a las anteriores, tener en consideración las diferentes posturas e interpretaciones hacen, según su cultura, hábitos de vida, creencias y demás cuestiones referente a sus costumbres (Lamberth, 1982), y de la mano la atención y la valoración de la ansiedad y miedo que trasmite el paciente frente al dolor y la muerte (Marshall, 1981), tratando siempre de respetar su cultura.

Algunos autores como (Cruz y Vargas, 2006) afirman que la satisfacción laboral guarda una estrecha relación con el puesto de trabajo y sus peculiaridades lo que se refleja como respuestas específicas a las tareas y actividades. Los

elementos como el tipo de actividad que se enmarcan las funciones del puesto, la carga laboral existente con estrecha relación de los recursos que se tienen a la mano o el reconocimiento profesional a su tarea diaria, al ser valorado y reconocido por su entorno, puede de alguna manera condicionar la satisfacción percibida (Muchinsky, 1993).

Se encuentra muy evidenciado que los bajos niveles de satisfacción laboral se representan en bajos rendimientos cuando la carga de trabajo supera los recursos existentes (Conrad, 1985; Lomeña; Martínez; Negrillo; Naranjo de la Cruz A, 1991; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski y Silber, 2002a).

De igual manera, el nivel de responsabilidad y dificultad para el desempeño de funciones, la toma de decisiones que se adquieren (Bravo; Peiró, y Rodríguez, 1996), sumado a lo anterior, las horas de dedicación instauradas y la remuneración económica establecida para el puesto (Robles; Dierssen, y Martínez, 2005) son, por demás tenidas en cuentas como elementos importantes que intervienen en el bienestar del trabajador.

Otro interesante e importante factor a considerar a la hora de evaluar la satisfacción laboral es la relación existente entre el trabajador y los niveles jerárquico superiores (Robles et al, 2005), de la misma forma como el nivel de satisfacción que percibe el sujeto al realizar su labor, en función de lo placentero o rutinario que le parezca, y la estabilidad existente entre sus habilidades, destrezas y conocimientos para realizar su trabajo, la tarea emitida y lo que exige ese trabajo (Spector, 1992).

Es la última teoría citada, se apreciaría como algo sin valor agregado para estos tiempos, ya que, con las teorías expuestas con Taylor a finales del siglo XIX, ya postulaba la exigencia de acoplar al trabajador y a su vez el trabajador al trabajo, como situación irremplazable para un apropiado desempeño de las actividades laborales en la búsqueda de objetivos, con el consiguiente aumento de la satisfacción del trabajador.

- El burnout observado como causa irreversible psicosocial.

Algunos autores citados como Ivancevich & Matteson (1980), Moreno (2002), o Peiró (1993), analizaron el estrés como el origen que conlleva a la insatisfacción laboral. La insatisfacción puede presentarse como respuesta a las situaciones vividas por el estrés (Harrison, 1983; Olmeda, 1998; Petterson, 1995), el síndrome de burnout.

El burnout como término surgió gracias a Freudenberger (1974), lo expone como un estado físico y mental que lo detecto en un conjunto de jóvenes voluntarios en una clínica de desintoxicación, al trabajar durante un año como colaborador en esa institución, evidenciando el padecimiento de agotamiento, irritabilidad y despersonalización en este grupo de jóvenes (Buendía y Ramos, 2001).

Hoy en día el burnout es objeto de estudio en el mundo laboral, más a fondo y personalizado en el profesional del ámbito de la salud, debido a las consecuencias que produce no solo en el trabajador, sino también en su entorno social y familiar, afectando de manera directa a algunos factores psicosociales extralaborales, los cuales aumentan el riesgo de producir consecuencias en su actividad profesional.

En algunos países europeos, más precisamente en España, se ha reflejado un creciente interés y una elevada motivación en la búsqueda de estrategias e instrumentos que prevengan y objetivamente disminuyan las situaciones de riesgo de padecer este síndrome.

De hecho, en la legislación de España existe la normativa de prevención de riesgos laborales (Ley 31/1995, de 8 de nov. BOE 10-11-95), donde en su artículo 4to contempla medidas de prevención para disminuir los riesgos laborales y define como enfermedad, lesión y patología, los procesos de pérdida o deterioro de la salud derivados del trabajo.

La mencionada ley dispone la importancia de prevenir el estrés laboral y el burnout con el fin de evitar potenciales accidentes y la deserción laboral. Resulta contradictorio que la ley general de seguridad social de España en el artículo 115, reconoce como accidente de trabajo a aquellas enfermedades contraídas por el

trabajo realizado, pero ni la legislación de Española, ni en toda Latinoamérica, se incluye el burnout como enfermedad profesional.

a) El análisis de la Conceptualización del Burnout.

Christina Maslach (1981) explica el burnout como un síndrome de agotamiento emocional, de marcada despersonalización y baja realización a nivel personal, que suele manifestarse en individuos que realizan actividades laborales con personas. Aunque existen conceptos algo similares propuestos por otros autores como Pines, Aronson & Kafry (1981) quienes lo detallan como un estado de agotamiento a nivel mental, físico y emocional provocado por compromiso de manera crónica en su trabajo con situaciones que son emocionalmente exigentes y agregan además como importantes factores las relaciones humanas, la supervisión, formación continuada y ascenso profesional, como posibles mecanismos de defensa y prevención del síndrome.

En años anteriores Christina Maslach lo presentó en su momento al mundo científico más exactamente a la Asociación Americana de Psicólogos, relacionándolo al ámbito psicológico y a la condición del trabajador que soporta un alto requerimiento social en su actividad profesional, especificado como deterioro profesional que presenta esta clase de trabajador que está al cuidado de otros individuos de forma directa. Interpretación que se adoptó después por otros autores (Vega, 1998).

El autor (Cherniss, 1980), clasificó el burnout en tres etapas: en la primera etapa expone que se presenta un desequilibrio entre los medios existentes y la demanda, en la segunda etapa; aparece la tensión psicofisiológica, que llama "strain" y en la tercera etapa, es donde se aprecia un considerable cambio conductual defensivo que se provoca por la situación estresante existente, adquiriendo una actitud defensiva que produce distanciamiento de las personas al estimarlas causa de estrés.

Freudenberguer y Richelson (1980) valoran, desde una óptica clínica, como un estado mental de manera negativa al que se llega a partir del estrés, con los subsiguientes problemas de salud para el sujeto y a su vez problemas para la institución para la cual realiza sus actividades.

Etzion (1987) expone el burnout como un proceso disfrazado y silencioso, que se desarrolla paulatinamente y algunas veces sin notarlo, hasta alcanzar el agotamiento personal. El autor agrega que, de presentarse el agotamiento de manera lenta, no se desencadena el síndrome.

Gil Monte (2005) en su obra que lleva por título el síndrome de quemarse en el trabajo, expone al burnout como una enfermedad laboral y afirma que este síndrome se encuentra cada día más en franco crecimiento y lo aprecia como un riesgo psicosocial. Este autor lo define como una patología originada de la actividad laboral, por lo tanto, postula la obligación de estudiar el estrés laboral como elemento primordial causante y disparador del deterioro de la salud mental.

Al coexistir diversas definiciones sobre el burnout, se confunden e impiden llegar a un entendimiento y a la búsqueda de una unificación a la hora de saber acerca del tema. El término o frase síndrome de quemarse en el trabajo se acuña por medio del Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey, donde se consensuó esta definición por parte de los autores con alta experiencia en el tema referentes del síndrome de burnout.

Otros autores como Betanzos (1997) tomaron como acertado el término Síndrome de quemarse por el trabajo, ya que deja a un lado el término inglés de burnout, de igual manera fue aceptada por Gil Monte (2005a), este mencionado autor, opina que el concepto de síndrome le parece más apropiado, ya que brinda una mayor ayuda a la hora de interpretar la realidad de un evento o anomalía, en lo referente al trabajo y a las manifestaciones que se deberían diagnosticar por parte de los profesionales médicos, haciendo una distante diferencia de otras patologías laborales existentes.

Con evidencia bibliográfica el autor Gil Monte (2005a), clasificó en tres grupos de preferencia que define y conceptualiza de forma distinta el término burnout, después de conocerse la definición acuñada por Freudenberg (1974a) donde lo definió como falla, agotamiento o desgaste por exceso de presión, que requiere una alta demanda de energía y recursos.

El autor expone un primer grupo de autores los cuales buscaban acuñar el término del síndrome de quemarse por el trabajo en la década de los 80s.

Maslach y Pines (1977), lo definieron para ese tiempo como el síndrome de agotamiento emocional y físico obtenido por las actitudes negativas hacia el trabajo y el desinterés por la atención de los clientes, más adelante Maslach y Jackson (1981) lo definieron como el síndrome de agotamiento emocional y de falsedad, el cual presenta mayor frecuencia de incidencia en personas que realizan atención al prójimo, dedicando un alto porcentaje de su tiempo a las relaciones humanas, de manera reservada y bajo circunstancias de estrés o situaciones de incertidumbre en el personal de atención.

Continuando con Gil-Monte (2005a), clasifíco un segundo grupo de autores que lo definieron, empleando un estilo alejado del término británico, como el desgaste psicológico por el trabajo (García, 2000), lo definió como desgaste ocupacional (López, 1996), como agotamiento profesional (Belloch, 2000; Díaz, 1994), síndrome de cansancio emocional (García, 1999), y (Arón, 2000; Olmeda, 1998; Prieto, 2002; Segarra, 2000) como desgaste profesional.

En el tercer grupo de esta clasificación, se toman opiniones de burnout que se relacionan al estrés laboral (Manzano, 2001), lo define como estrés crónico laboral asistencial (Aluja, 1997), como estrés profesional (Fuertes, 1997; García, 1999) como estrés laboral y (Arranz, 1999) como estrés laboral asistencial, además se conocen una gran variedad y diferentes definiciones como la postulada por (Meerof, 1997; Mingote, 1999), que lo determinaron como síndrome del empleado, síndrome de Tomás o enfermedad de Tomas respectivamente.

En la misma línea conceptual de la definición de burnout, se encuentran otras definiciones como la pérdida de energía, desinterés por alcanzar metas de un profesional en circunstancias de ayuda a otros, además de las condiciones de trabajo que realiza (Edelwhich y Brodsky, 1980). Una similar apreciación aporta (Ryerson y Marks, 1982) al definirlo como un síndrome de paulatino agotamiento físico, conductual y afectivo.

Los nombres del burnout empleados como el síndrome de quemarse por el trabajo expuesto por (Gil Monte y Peiró, 1997), el síndrome de estar quemado en el trabajo definido por (Salanova, 2000), la definición utilizada por (Manzano, 2000) como síndrome del quemado, de igual forma la de (Quevedo Aguado, 1999) al

presentarlo como quemazón profesional, todas provienen del término británico burnout syndrome.

Perlman y Hartman (1982) realizaron una revisión bibliográfica de 1974 a 1980 acerca del proceso, donde evidencia la presencia de 48 estudios con diversas definiciones. Estos dos autores infieren sosteniendo que se logra definir como una respuesta al estrés emocional crónico con la existencia de tres elementos: el agotamiento emocional y/o físico, el bajo rendimiento laboral y el exceso de despersonalización, además de afirmar que el cuestionario de (Maslach y Jackson, 1981a), el Maslach Burnout Inventory realiza la evaluación de los tres elementos identificados.

Burke (1987) comprende el burnout como una desorientación profesional, desgaste, desinterés emocional, sentimiento de culpa o ascetismo, observándolo como un proceso de adaptación a las exposiciones de estrés, en contra punto con Maslach & Jackson (1981, 1982), que lo definieron como el síndrome que se inicia con cansancio emocional, despersonalización y desinterés de realización personal.

Ramos (1999) participa aportando que la presencia de burnout es una clara respuesta al estrés, pero además aporta, afirmando que es de suma importancia tener en cuenta las habilidades de afrontamiento utilizadas para alejarse de ese estado, como maniobras de solución que establecen las variables que intervienen entre el estrés que observa el sujeto y los efectos que produce.

b) Modelos propuestos del burnout.

Schaufeli, Maslach y Marek (1993) presentan en su libro los modelos explicativos en lo referente del burnout que despiertan mayor interés.

Buendía y Ramos (2001) manifiestan en cuanto a las variables que se estudian en estos modelos, se obtienen de variables de carácter individual, colectivo u organizacional. De la misma forma se clasifican estos modelos de acuerdo al interés que se le da a cada uno de las variables. En la clasificación se incluyen en el primer grupo los modelos que apuntan su atención en las variables de tipo personal como disparadores del proceso, en el segundo grupo la conforman los modelos que le dan mayor interés a la interacción a nivel social y

sus efectos en el trabajador y en el último grupo se hace referencia a los modelos que le proporcionan más relevancia a las variables organizacionales como las causantes del síndrome de burnout.

En el primer grupo de modelos se aprecian las variables personales, a (Harrison, 1983) que se acentúan en el sentido de la incumbencia, a (Antonovsky, 1994), le da valor al sentido de adherencia, a (Cherniss, 1993) que da valor y relevancia que se proporciona en el rol del profesional a la auto efectividad, y con (Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983) y (Hobfoll y Fredy, 1993) al conceder la mayor importancia a las herramientas de afrontamiento a la hora hacer frente al burnout.

Los mencionados autores (Ramos y Buendía, 2001) prosiguen la clasificación de modelos, incorporando en este grupo a Buunk & Schaufeli (1993) dado la relevancia que los autores le aportan a la apreciación del individuo de una relación ecuánime como técnica de interacción social.

En la clasificación de modelos, en el tercer grupo, se hace referencia a las teorías que enmarcan las variables de tipo organizacional como promotor de burnout. El autor Golembiewski (1987) es uno de los exponentes de la teoría, el cual presenta como promotor de burnout con existencia de estrés, las variables organizacionales. Este modelo muestra las alteraciones del rol de sujeto y pobreza, conflicto y confusión, inestabilidad entre el sujeto y la cultura y, por último, el clima y la estructura organizacional, haciendo hincapié en el exceso laboral como origen en el inicio del estrés. El citado autor sostiene que la situación conduce al sujeto a una importante pérdida de compromiso con el trabajo, con manifestaciones de marcada despersonalización, baja realización personal y agotamiento emocional, en esta secuencia según (Golembiewski, 1993).

Leiter (1989) expone en su modelo las etapas de burnout, y las menciona en el siguiente orden: cansancio emocional debido a la ausencia de recursos para afrontar lo que exige el trabajo al trabajador, continuo de despersonalización y la falta de realización personal. El modelo del citado autor y el modelo Golembiewski (1993) se diferencian en lo relacionado con el orden de apariciones de estos tres síntomas del burnout.

Gil Monte y Peiró (1997) en su modelo hace referencia en cuanto a causa, proceso y efectos del burnout, menciona tres circunstancias según la valoración que resulta en las variables causantes del síndrome: variables organizacionales, personales y las herramientas de afrontamiento. Los autores exponen el burnout como una respuesta al estrés observado, cuando fracasan las herramientas de afrontamiento para disminuirlo.

Se considera un modelo desde el enfoque psicosocial, cuando el modelo describe lo que percibe y realiza el sujeto, con relación al burnout, según sus conocimientos y autoconfianza, al momento de afrontar las situaciones desagradables con riesgo de estrés – burnout. Estos modelos fueron establecidos con la ayuda de las primeras investigaciones realizadas por Bandura (1987).

De esta manera se presentan modelo como el de Price y Murphy (1984), que observan el burnout como un proceso de aceptación del individuo a las exposiciones de estrés, pasando por unos periodos de desconcierto, desequilibrio emocional, aislamiento, culpabilidad, melancolía, solicitud de ayuda e igualdad.

Se encuentran además de los modelos mencionados, las teorías de intercambio social las cuales se instauran como productor de burnout, la percepción que tiene el sujeto sobre la desigualdad, haciendo mención a lo que ofrece en su trabajo, y el equilibrio entre la oferta y lo que obtiene a cambio. En la búsqueda de modelos sobre el intercambio social, cito el modelo teórico del intercambio social de Buunk y Schaufeli (1993), que explica el origen del burnout en profesionales de enfermería, el modelo de agresión-frustración que expone Fischer (1983), en las relaciones con sus compañeros de trabajo y el modelo de comparación social (Buunk, 1993) que expone los procesos de intercambio social del trabajador de salud y los pacientes.

c) Las señales de burnout.

El burnout se presenta asociada los riesgos psicosociales en el trabajo, pero además de afecta su condición extralaboral, dependiendo de la exposición en su trabajo provocadas por las actuales situaciones laborales que requieren y demandan al trabajador y además también su origen en las relaciones que llegan a existir entre el paciente y el prestador de servicios estimulando nuevas relaciones entre estos, las cuales modifican propuestas y herramientas para

reducir los efectos como la deserción laboral que se presenta, los bajos rendimientos laborales y la reducción en la calidad del servicio (Gil Monte, 2005).

Adams (1995), al realizar sus investigaciones acerca de la satisfacción de los profesionales de enfermería y su percepción de la consecuencia de esa satisfacción en la asistencia de cuidados, sostiene que una de las primordiales fuentes de estrés, generadora de burnout e insatisfacción laboral, es la inexistente relación laboral como resultado de una mala gestión en la dirección y el marcado escaso recurso humano para el desempeño de las actividades profesionales, debido a la elevada coacción externa asistencial. A ello se suma la percepción del trabajador en cuanto a la baja calidad de sus cuidados prestados.

El citado autor además afirma que también el dominio que tiene el burnout en los trabajadores prestadores de servicio, como lo son aquellos del ámbito sanitario, debido al continuo contacto que tienen estos trabajadores con el público en general.

Pérez Gómez, (2006) en su estudio del síndrome de quemarse por el trabajo ante la confirmada evidencia en la responsabilidad que presenta la organización laboral en el origen de estrés laboral, considerando que es la propia organización la que debe cubrir las necesidades del trabajador, preocuparse por atender su salud física, laboral y mental, ya que todo lo manifestado tiene grandes efectos en la organización y el nivel de satisfacción laboral del trabajador.

Pines y Aronson (1988), mencionan que el estado de agotamiento físico y emocional que se presenta, corresponde a la situación vincular que tiene el paciente con el trabajador de salud. Al producirse una demanda elevada que comprometen emocionalmente a la persona que ayuda a cubrir sus necesidades demandadas. Lo cual puede llevar a una percepción de baja valoración y decepción personal con conductas negativas hacia su ámbito laboral, evidenciando en primer lugar un elevado ausentismo y en algunas veces a desertar de su trabajo.

Gil Monte (2005b) menciona que son muchos los autores que interpretan el burnout como una consecuencia al estrés laboral crónico que se presenta con alta incidencia en trabajadores de servicios y más aún, en aquellos que brindan su

ayuda lo cual les requiere sostener una relación estricta con el receptor de sus actividades. Otro punto de vista a tener en cuenta, según el autor, es el recibir este proceso como una práctica individual, que le conlleva a un desgaste y baja disposición hacia el receptor de sus cuidados, ocasionando modificaciones de la conducta e inconvenientes fisiológicos que perjudican el incremento de su trabajo.

Algunos expertos en el tema, concuerdan que desaparece cuando se intenta agrupar criterios sobre las manifestaciones del síndrome, a lo referente de cuestionar si es un estado o un proceso, por lo que, dependerá de ello, que sea diferente su prevención, evaluación y tratamiento.

Como se ha venido exponiendo el síndrome se clasifica desde dos puntos de vistas distintos: una, clínica, en la que se estima como un estado mental negativo, como respuesta del estrés laboral, y la otra, psicosocial, en donde se estima como un proceso, con signos de que evolucionan como resultado de las particularidades del entorno laboral, junto a las características personales del individuo, que pueden revertir según la dependencia de las herramientas que tenga el individuo y el tipo de afrontamiento que utilice para hacer frente a la situación.

Desde el punto de vista clínica, Freudenberger (1975) expone que el estado de agotamiento y la fatiga emocional que aparece en muchas ocasiones en los trabajadores que brindan acciones de ayuda, se presenta como resultado al no llevar a alcanzar los objetivos propuestos en el rendimiento de sus actividades. Objetivos que algunas veces no se realizan por las particularidades del receptor de su trabajo.

En cuanto al punto de vista psicosocial la estabilidad entre el individuo y sus particularidades personales, y las de su entorno laboral, las cuales dependerán la existencia mayor y menor de los síntomas: el agotamiento emocional, despersonalización y la baja realización laboral (Peña, 2007). Desde el enfoque psicosocial, según la exposición de Maslach, se encuentra en acuerdo con muchos autores Golembiewski (1988), Leiter (1988, 1992), Schaufeli (1993), Gil Monte (1994), Gil Monte, (1997), García (1990, 1991,1995), a pesar de las diferencias que cada autor expone en el orden de aparición de los síntomas.

d) Los resultados y secuelas del Burnout.

Existen múltiples variables que restringen la calidad de vida del trabajador entre ellas están las mejoras de las condiciones laborales, la promoción profesional y el compromiso en el trabajo (Cascio, 1994), los cuales perjudican a sus niveles de estrés, de igual manera a las vías y el flujo de la comunicación y de paso a la información en el trabajo, al reconocimiento profesional, posibilidades de ascenso profesional, por lo que es de vital importancia la organización, el tipo de liderazgo que se conduce y los vínculos humanos son parámetros indispensables a la hora de evaluar los niveles de estrés que originan burnout, los síntomas psicossomáticas, la pérdida de bienestar y satisfacción laboral.

Gil Monte y Peiró (1997), afirman que los síntomas psicossomáticos asociados al estrés se pueden estimar como procesos patológicos, definiendo al burnout como promotor de esta sintomatología expuesta. Gil Monte, (2005) la expone como una epidemia, en donde cuenta con mayor relevancia en el ámbito del sector salud y la docencia.

Sáez, (1997) en un estudio bibliográfico que realizó sobre el tema, anuncia al burnout como consecuencia de presión emocional que se vincula a las relaciones humanas que se instauran con los beneficiarios de nuestro trabajo (Pines, 1981) afirma en otro estudio posterior que la apatía es un síntoma específico de burnout.

Se conoce que el estrés suele tener efectos positivos o negativos, pero el burnout solo tiene efectos y resultados negativos, y algunos autores lo consideran, como una etapa previa del estrés (Farber, 1984).

Citando autores como Einsiedel & Tully (1982), Benevides Pereira (2002), Doland (1987), Mingote (1999), Gil Monte (1997), Farber (1983) o Matthews (1990) todos ellos afirman que se encuentran sintomatologías relacionadas al burnout. Síntomas que se asocian con las emociones como el agotamiento emocional, la irritación, cambios de conductas como el ascetismo, agresividad e irresponsabilidad, cambios de actitudes entre las que se encuentran la hostilidad y la inapetencia, además de percepciones de las circunstancias que presenta el sujeto. A todos estos se unen la sintomatología fisiológica como el insomnio, cefaleas, problemas gastrointestinales, lumbagos y cansancio crónico, por lo cual

se han establecido más de cien probables síntomas asociadas al síndrome de quemarse por el trabajo, especificando indicadores personales y además de tipo organizacional.

Según Golembiewski (1993), el inicial y mayor síntoma es la despersonalización que se ve reflejado en sus actos. La carente realización en el trabajo y el agotamiento emocional suelen aparecer después, dando importancia al sentimiento de no ejecutar sus actividades en el trabajo, debido en la gran mayoría de los casos a la sobrecarga laboral. Dado que todo ello les imposibilita desenvolverse de forma satisfactoria en su rol, exponiendo que, a pesar de que pueden presentarse en todos los ámbitos laborales, cuando el sujeto no puede desempeñar su rol, se vuelve crónico y se evidencian los bajos rendimientos laborales.

En la mayoría, esto ocurre en profesiones de servicio, como los del ámbito sanitario, ocasionando un estado de incapacidad, baja autoestima, cansancio y agotamiento emocional lo cual conlleva al llamado burnout avanzado. Como resultado, se desencadenan mayores estados de insatisfacción laboral, lo cual disminuyen el sentido de pertenencia del sujeto al trabajo, disminuyendo su rendimiento y productividad, aumentándose la sintomatología psicósomática y la presión psicológica.

Según (Golembiewski, 1987) la despersonalización que presenta como principal síntoma, es contradictoriamente la variable que menos aporta a la aparición del burnout. Se presenta como variable más relacionado a la falta de realización personal, siendo para este autor, el agotamiento emocional el componente que más incurre en el inicio del burnout.

Maslach entre 1978 y 1982, expuso la definición sobre el burnout, en la que especifica la falta de capacidad del profesional para hacer frente al estrés emocional producido en el trabajo, como origen del agotamiento físico y emocional con efectos en el receptor del servicio que prestamos, pone en evidencia la importancia que tiene la calidad de vida que requiere el personal que presta los servicios.

Maslach agrega que la deshumanización que puede presentarse al brindar un servicio por el solo hecho de poseer un agotamiento emocional el cual el sujeto no puede manejar, se transforma en un síntoma que anticipa al trato despersonalizado e incluso deshumanizado, el cual es conducido a priori al brindar su servicio.

Maslach, (1982), transforma después esa definición, especificándola como el síndrome que se origina con el agotamiento emocional, despersonalización y la desestimada realización personal en las incumbencias laborales.

En la literatura científica acerca del burnout cada vez más autores afirman que se debe tener en cuenta una valoración direccionada y centrada en la dimensión principal en agotamiento emocional. Ya que algunos autores observan con claridad la significancia y dominio que tienen las variables individuales a la hora de identificar quienes son más o menos propensos de sufrir el burnout. A estas afirmaciones Maslach (1976), atribuye como causa individual las aspiraciones del profesional de sobresalir ante el resto de sus compañeros, o Chemmiss (1980) postula en la manera de asumir su trabajo. Además, Freudenberger y Richelson (1980) al hablar de causa individual, se refieren a la participación que se presenta entre el paciente y el trabajador, en donde este último, se puede poner en riesgo al identificarse con el paciente, generando estrés y por consiguiente burnout.

- El bienestar psicológico observado como causa irreversible psicosocial.

Al hablar sobre bienestar psicológico, estudios realizados por la organización mundial de la salud, consideraron para el 2010, que los trastornos mentales, serían la segunda causa de incapacidad e inhabilidad laboral en el mundo, hoy en día, no está muy lejos de ser correcta esta observación, dada las condiciones actuales en las cuales se encuentran los trabajadores, donde cada día el nivel de exigencia en sus ámbitos laborales, así lo solicitan y se hacen más notorios en los profesionales de la salud. Gamo (2007) afirma que, los trastornos de ansiedad para esa fecha afectaban a 400 millones de personas y 340 millones sufren distintas formas de depresión. Este posible análisis probablemente haya aumentado significativamente después de pasados más de 10 años de esta publicación. (Wilder, 1995) se suma manifestando que, en la mayoría de los países

pertenecientes a occidente, una de las principales causas de mortalidad en la comunidad son los problemas mentales y los más altos índices se concentran en la población en edad laboral, perturbando su rendimiento y productividad y a su vez incapacitando de manera temporal o permanente su actividad profesional.

La comisión europea (2000) en la guía diseñada sobre el estrés relacionado con el trabajo manifiesto que, de los 141 millones de trabajadores europeos más de la mitad aseguraron que trabajan bajo presión. De igual forma se ha manifestado un alto incremento en los últimos años de patologías físicas (enfermedades cardiovasculares, digestivas, déficit inmunológico) y psicológicas (depresión ansiedad, insomnio) los cuales se relacionan con circunstancias de estrés, burnout y acoso psicológico en el trabajo. (Aparicio, 2000). Hoy en nuestros días a pesar de casi dos décadas de publicada la guía y este análisis, el panorama sigue siendo desalentador, considerando el ingreso de nuevas tecnologías unida a otros factores a los que se expone diariamente el trabajador en la búsqueda incansable de aumentar la atención integral, esto haciendo referencia en la población del ámbito hospitalario, más aun cuando se conocen ciertas evidencias donde se ve reflejado que las nuevas tecnologías algunas veces, aunque no siempre son de gran ayuda para el profesional de enfermería, dado que demanda más tiempo la adaptación y comprensión de diversos elementos tecnológicos adheridos a la atención del paciente.

En enfermería esta situación se torna inquietante por la deserción laboral que conllevan los cambios que se causan en las relaciones con los integrantes del equipo de trabajo, pero sobre todo por la insuficiente calidad ofrecida a los pacientes.

En un estudio elaborado por Aiken (2002a) con 168 hospitales en los Estados Unidos, presenta el dominio que ejercen las elevadas cargas de trabajo con la aparición de burnout en el personal de enfermería, indicando a la enfermería hospitalaria como sector con mayor riesgo, dado que tienden a tener exposiciones más elevadas a factores de riesgo psicosocial.

Garden (1989) declara que los profesionales del ámbito sanitario y aquellos que realizan servicios sociales, tienden a ser más solidarios y tímidos, expresando una conducta más emocional, a diferencia de aquellos de conducta razonable que

presentan menor participación en las relaciones de ayuda y menor utilidad física y psicológica.

Ante el constante contacto con problemas de salud, algunas veces irreversibles, exponen al profesional de salud que realiza los cuidados de salud, a una mayor fragilidad a los factores de riesgo psicosocial, con la exigencia que conlleva la continua preparación técnica, científica y a su vez, psicológica para dar respuesta y tomar decisiones precisas a los problemas ajenos en el instante preciso, sin dejar de lado que cada paciente cuenta con una situación individual y diferente a los demás (Mesa, 2001). En estas condiciones se establece un riesgo para el paciente, al cual no se le brinda la atención adecuada, dependiendo su necesidad específica.

Estas condiciones son inherentes del trabajo de enfermería y susceptibles de constituirse en motivos de riesgo como factor favorable o adecuado a una situación de burnout, estrés o presencia de Mobbing con síntomas psicosomáticos y sumados a las anteriores, alcanzar la pérdida de su bienestar.

En referencia a las situaciones diarias del desarrollo de las funciones y actividades del profesional de enfermería (Estryn-Bèhar, 1996), se encuentran el exceso laboral, los altos niveles de responsabilidad, la no claridad del rol, las relaciones humanas que se establecen con los pacientes y su familiar, el clima organizacional, la falta de reconocimiento por parte del nivel jerárquico, la falta de autonomía profesional en algunas ocasiones, cambios de horarios o turnos cuando lo precisa el servicio, la disminución o ausencia de situaciones que requieren de trabajo en equipo, la nula relación inexistente con los compañeros o superiores, la permanencia del contacto con el dolor, sufrimiento y la muerte, entre otras.

Estas Circunstancias son de suma importancia a la hora de evaluar las pertinentes situaciones mencionadas, ya que pueden ser la razón de la presencia de los factores psicosociales a tener en cuenta como riesgo para el trabajador, los que a su vez se indican como riesgo para el paciente ante los problemas psicosomáticos que pueden trascender en el progreso y resultado de su trabajo.

Algunos autores comprenden que existe la contingencia de incidir en negligencias o mala praxis (Simpson, 1991) establece otro factor de riesgo psicosocial en la actividad de enfermería en el ámbito intrahospitalario en mayor escala, en referencia a los casos por denuncias por mala praxis en el personal de enfermería que ha venido presentándose con mayor frecuencia en los últimos años en esta profesión.

Al determinar los niveles de salud del profesional de enfermería, se hará necesario actuar en el cuidado del cuidador (Fornés, 2003) esto con el fin que, el profesional de salud pueda abordar todas las necesidades de los pacientes a su cuidado.

Mesa (2001) concuerda con Fornés (2003) y afirma que las situaciones que experimenta la profesión de enfermería en su ámbito laboral pueden conducir a estados de estrés con resultado de alteraciones psicológicas, estableciéndose como una de las principales causas de incapacidad laboral.

Además, el autor agrega que las condiciones y el ambiente de trabajo están estructuradas por un grupo de variables, que influyen en la vida y la salud de los trabajadores de forma directa o indirecta, dependiendo según cada situación de las herramientas de adaptación y resistencia a los factores de riesgo. Afirmando que la herramienta más importante en el cuidado de la salud en el ámbito laboral, son los mismos profesionales.

La incapacidad laboral se instaura como un problema de gran valor, no solo para el trabajador, al desencadenar incapacidad física y mental, sino también para las empresas y la sociedad, debido algunas veces a la deserción de la profesión, ausentismo en el trabajo, bajo rendimiento y los gastos sanitarios que ello acarrea.

Climent y Mendes Díaz (1983) exponen que los factores psicosociales de riesgo se reflejan con tres particularidades principales para favorecer su aparición: el prolongado y permanente horario en el lugar de trabajo, la eventualidad u obligatoriedad en la resolución de posibles problemas que aparecen de manera imprevista y la emotividad que se presenta por las singularidades del trabajo. Estos componentes se encuentran presentes en la cotidianeidad del ejercicio de la enfermería.

(Torres, 2007) realizó un estudio con 205 profesionales de la salud del ámbito hospitalario, donde presentó unos factores que ponen de manifiesto en el bienestar psicológico, en la satisfacción laboral y presencia de síntomas psicosomáticos y problemas de salud que favorecen el absentismo y la gran mayoría de veces a la incapacidad laboral. En el estudio se ratifican, los beneficios sociales, el adecuado agrado en el desempeño de las actividades del trabajador que ayudan al bienestar y la satisfacción laboral. Del mismo modo las condiciones tanto físicas y las políticas instauradas a nivel administrativo en la gestión de los recursos humanos, si no son adecuadas, repercuten en el rendimiento, inasistencia al trabajo y a la incapacidad laboral.

El mencionado estudio dejó en evidencia que los trabajadores con insatisfacción laboral se encuentran más expuestos a sufrir cualquier clase de deterioro en su salud, tanto como cefaleas, deterioro mental, cardiopatías y eventos cerebro cardiovasculares, entre muchas otras, ocasionando por consiguiente elevados registros de inasistencia laboral, incapacidades médicas, gastos para la Institución y/o empresa y repercusiones altamente negativas para el trabajador, y también para el paciente, quien es el receptor directo en su trabajo.

Es indiscutible considerar que el bienestar y la salud de los profesionales del ámbito sanitario son irremplazables para el apropiado desarrollo de la práctica clínica. Los factores laborales de riesgo más estudiados en el ámbito hospitalario se han dado en las unidades de cuidados críticos, predominando el síndrome de burnout (Muñoz, 2007), además del estudio del grado de satisfacción laboral (Fuentelsaz, Moreno, Gómez y González, 2013) y sumados a estos, el apropiado estudio de la turnicidad de estos profesionales de la salud (Moreno, Jérez, Cabrera, Estrada y López, 2013). De igual forma estos factores han sido estudiados en otros servicios de atención especializada (Molina, Avalos y Giménez, 2005) y algunos autores los han estudiado en atención primaria (Soto y Santamaría, 2005). Sin embargo (Bright, 1997) afirma que existe un alto porcentaje de profesionales de enfermería que prefieren y trabajan en el bienestar del paciente, sin pensar en el bienestar personal.

(Ryff, 1989) al hablar del bienestar psicológico expone que sus raíces se implantan en la práctica filosófica eudaimónica promulgada por Aristóteles, donde

se centra la atención en el crecimiento idoneidad y el progreso a nivel personal, intuitos como los primordiales indicadores de un adecuado funcionamiento eficiente. El modelo propuesto por este autor (Ryff, 1989), menciona seis indicadores del bienestar psicológico tales como: aceptar nuestras debilidades y habilidades, las relaciones firmes, la autonomía, desenvolvimiento en su entorno, el proyecto de vida y el desarrollo personal.

A su vez, se plantea que se encuentran definidas determinadas particularidades de la personalidad que aportan a un mayor bienestar psicológico, los cuales se relacionan con una mejor salud y de existir enfermedad, a una acelerada compensación e incorporación a sus actividades habituales (Connor y Davidson, 2003) dentro de las particularidades se hallan el apoyo social, la resiliencia y las herramientas de afrontamiento que se instauren con el fin de revertir las situaciones que le producen estrés.

En cuanto al apoyo social se enmarca a los procesos psicosociales y los interpersonales que son los que sostienen y favorecen el bienestar y la salud, postulándose como un factor psicosocial que regula esta sensación en las personas. El origen del apoyo social usualmente se encuentra en el entorno más íntimo de la red social de la persona que, habitualmente, está conformada por las amistades más allegadas y su círculo familiar.

A su vez, entre los tipos de apoyo social que pueden brindar estos, se encuentran la ayuda, el acompañamiento, la sugerencia, el aliento y el sostenimiento emocional (Fernández, 2009). Al hacer referencia en el personal de enfermería, el apoyo social es una de las variables que articulan el estrés laboral en diferentes niveles (Pérez, 2011). Existe un programa para entrenar el apoyo social, entre muchos existentes, pero con mayor divulgación en el mundo es el realizado por (Fordyce, 1997), donde este autor realiza la siguiente recomendación a la hora de hablar de apoyo social: a) destinar mayor tiempo al entorno social, participando más frecuentemente en actividades sociales, ya sean estas formales, como informales; b) trabajar en la búsqueda de una personalidad sociable, simpática y abierta; c) acrecentar las relaciones íntimas promoviendo el crecimiento de reuniones sociales. La resiliencia muy mencionada por estos tiempos, se encuentra incorporada en varios diagnósticos para enfermería en la

taxonomía (NANDA, 2010): deterioro de la resiliencia personal (00210), disposición para mejorar la resiliencia (00212) y riesgo de compromiso de la resiliencia (00211).

La integración de la resiliencia adentro de las incumbencias en el personal de enfermería demanda que los profesionales entiendan que significa el concepto resiliencia a la hora de querer establecer los mencionados diagnósticos (Serrano, et al., 2013). De manera general, la resiliencia se define como la capacidad de adaptación de manera positiva al estrés (Fletcher y Sarkar, 2013), lo cual significa soportar el estrés, resistir la presión en situaciones desfavorables y dar respuesta utilizando herramientas para sobreponerse de las experiencias traumáticas y negativas (Serrano et al., 2013). Se conoce que la resiliencia se ha estudiado en la gran mayoría de profesionales de la salud. Ciertos autores la han apreciado como una particularidad esencial e inseparable a la enfermería para el desarrollo diario de su actividad sanitaria (McCann et al., 2013) y además se ha relacionado de manera positiva con el bienestar observado (Arrogante, 2014).

Distintos autores han dirigido sus investigaciones en el adelanto de algunos programas de entrenamiento de la resiliencia direccionados a la población en general (Brooks y Goldstein, 2004), también al personal de enfermería (Jackson, Firtko y Edenborough, 2007) y dirigidos a pacientes (Munist, Suárez, Galli, Álvarez y Cárcamo, 2004), en adecuados puntos en los que se ha detallado como reforzar la resiliencia en un paciente en estado crítico. Las habilidades de hacer frente al estrés laboral se determinan como las maniobras que se plantan para afrontar una situación estresante que el sujeto ha estimado con anterioridad como amenazante (Pérez, 2011), en donde se han agrupado en tres clases: afrontamiento de compromiso, afrontamiento de apoyo y afrontamiento de falta de compromiso (Connor y Flachsbart, 2007).

(Carver y Connor, 2010) con evidencia científica demostró que el afrontamiento de compromiso se enlaza de manera positiva con el bienestar percibido, entretanto el afrontamiento de falta de compromiso se enlaza de forma negativa con el mismo.

Además, se han diseñado programas de entrenamiento de estrategias de afrontamiento adaptativas entre los profesionales de enfermería, fundamentados

en técnicas de role playing (juego de rol) que, en el día de hoy se utilizan en la simulación clínica de situaciones generadoras de estrés que se experimentan en la actividad clínica de enfermería (Vázquez, Guillamet, Martínez y Pérez, 2014).

Aunque existen evidencias en cuanto al apoyo social, la resiliencia y las habilidades de afrontamiento como concluyentes del bienestar observado en la actividad clínica de enfermería, no existen como tal hasta el momento con evidencias demostrada concreta de un modelo ordenado del bienestar psicológico donde confluyan todos los factores.

Acevedo, Farías y Sánchez (2011) exponen, que en el ámbito de la salud en los últimos 20 años se han instaurado permanentes cambios que se encuentran encaminados a realizar importantes rectificaciones en el contorno de la población, tanto a nivel social, demográfica y epidemiológico sumado a ello acompañado de los avances tecnológicos en los servicios, Acevedo, Farías y Sánchez (2011). Estas modificaciones y su intervención en los sistemas de salud han ocasionado nuevos retos y exigencias para el trabajador del mencionado sistema, aumentando el nivel de complejidad en sus labores, la necesidad de modernización en aumento de sus competencias, aumento en la atención a nivel asistencial, aumento de horario de trabajo, inseguridad de conservación del empleo, interrupción en las relaciones con su entorno y sus familiares y con ello una alteración en el estado de salud de los mismo trabajadores, en donde repercute en mayor grado en ocasionar problemas de índole psicosocial.

En este tema se ha observado una elevada inclinación a continuar investigando acerca de los factores psicosociales, las cuales se encuentran presentes en la mayoría de los casos en condiciones laborales, y de algún modo relacionada con la organización del trabajo, las incumbencias con su entorno, los que interfieren en el progreso de su trabajo y en la salud de las personas (Gil Monte, 2012). Los factores psicosociales en algunos individuos pueden favorecer o perjudicar sus tareas laborales como también calidad laboral en ellas. Cuando para el caso son favorables, impulsan al desarrollo individual de las personas, en cambio, cuando son adversos, deterioran la salud y su tranquilidad, instaurándose como un riesgo psicosocial como iniciador de estrés laboral o imponerse como estresor, el cual tiene un importante condicional de provocar daño psicológico,

físico o colectivo a los individuos. Se ha expuesto que el trabajador, dependiendo de sus particularidades personales, es decir, su personalidad, su educación, edad, experiencia, su nivel de motivación, entre muchas otras, va a advertir y admitir los efectos de los riesgos psicosociales de distintas maneras, ya que la manifestación a este tipo de riesgos no menoscaba obligatoriamente la salud del trabajador, no olvidando que se ha evidenciado que los riesgos psicosociales en el trabajo pueden tener una condición de tipo crónico. La constante exposición a los mencionados postulados evidencia una tensión permanente, que se revela por medio de modificaciones fisiológicas y psicológicas, las cuales se conocen a nivel social como estrés laboral, que conlleva a un desgaste de la salud de las personas en el nivel intralaborales e incluyendo algunas veces al extralaboral, (Muñiz, 2009).

Diferentes autores entre los que se encuentran, (Melamed, Shirom, Toker, Berliner y Shapira, 2006), (Dollard, LaMontagne, Caulfield, Blewett y Shaw, 2007), (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2009), (Warren, 2006), han realizado investigaciones acerca de esta indiscutible problemática, que se han llevado a cabo en la gran mayoría de los ámbitos laborales, sin dejar de lado al personal de salud, han evidenciado que el estrés laboral, se mantiene de manera permanente en el tiempo y se puede constituir en un indeclinable factor de riesgo de padecer enfermedades de tipo cardiovascular, dolores o afecciones del sistema musculoesquelético, depresión, abuso de sustancias psicoactivas, trastornos psiquiátricos y baja sensación de disfrutar de salud.

Además de las consecuencias que realiza en el estado de salud de los trabajadores, la exposición a riesgos psicosociales puede llegar a producir consecuencias negativas a la organización para la cual se trabaja, lo que se ve reflejado en la disminución de la satisfacción laboral, ausentismo al lugar de trabajo, mayor accidentabilidad y mayor incremento de abandono al trabajo y con ello, consecuencias que repercuten en la calidad de atención a la población que se atiende Parent-Thirion, Fernández, Hurley y Vermeylen G. (2007), NIOSH (2004). Diversos estudios realizados en distintos países en donde se han realizado estos estudios han investigado sobre la existencia de los riesgos psicosociales en los servicios de salud, en España se realizó la cuarta Encuesta de Condiciones de Trabajo en España elaborada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, en donde se identificó que los riesgos psicosociales en el trabajo se

establecen como una de las principales fuentes de enfermedades y de accidentes laborales, en donde prevaleció en un 74,9% de los encuestado manifestó este tipo de riesgos relacionándolos con los accidentes ocurridos en el trabajo. INSHT (2008).

1) Condiciones individuales

Las condiciones individuales aluden a una serie de características propias de cada trabajador o características sociodemográficas como el sexo, la edad, el estado civil, el nivel educativo, la ocupación (profesión u oficio), la ciudad o lugar de residencia, la escala socioeconómica (estrato socio-económico), el tipo de vivienda y el número de dependientes bajo su cargo, entre otros que se relacionan en la siguiente tabla.

CONSTRUCTO	VARIABLE
INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	<ul style="list-style-type: none">• Sexo• Edad (calculada a partir del año de nacimiento)• Estado civil• Ocupación o profesión• Lugar de residencia actual• Tipo de vivienda (propia, familiar o en arriendo)• Número de personas a cargo (se refiere al número de personas que de forma directa dependen económicamente del trabajador).

CONSTRUCTO	VARIABLE
INFORMACIÓN OCUPACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar actual de trabajo. • Antigüedad en la institución hospitalaria. • Nombre del cargo. • Antigüedad en el cargo actual. • Departamento, área o sección de la institución donde se trabaja • Tipo de contrato. • Horas de trabajo diarias contractualmente establecidas

Variables sociodemográficas y ocupacionales que se indagan con la batería

Fuente: Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial Ministerio de la protección social 2010.

EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

Independientemente de los métodos que evalúan factores concretos, existen una serie de métodos generales para evaluar los factores de riesgo psicosocial. Los distintos métodos pueden agruparse en dos categorías:

Los métodos cuantitativos, que consisten en cuestionarios y encuestas, y que son los más utilizados.

Los métodos cualitativos, que consisten en entrevistas y grupos de discusión. Estos últimos se utilizan para estudios individuales o grupos pequeños, o como complemento a métodos cuantitativos.

- Características que debe reunir un método de evaluación de factores de riesgo psicosocial.

Para evaluar los riesgos psicosociales se necesita un método de evaluación de los factores de riesgo psicosocial, que no es un conjunto de preguntas sobre estos aspectos volcadas sobre un cuestionario o un check-list; un método de evaluación de riesgos psicosociales es una metodología integral con fundamento científico, fiable, validada y estandarizada, que cumple los requisitos de calidad y permite ofrecer a las instituciones de salud y a los profesionales de la prevención una evaluación de los riesgos psicológicos, comportamentales, sociales y organizacionales que afectan a la salud y seguridad de los trabajadores y las organizaciones.

La calidad de un método de evaluación de riesgos psicosociales depende de la fundamentación científica que lo sustenta. Kasl (1991) y basándose en él, Cox y Griffiths (1996), establecen que hacen falta cuatro componentes para disponer de una metodología de evaluación adecuada:

1. Un diseño adecuado para la evaluación, generalmente de tipo cuasi experimental, los autores en mención sugieren que sea de naturaleza longitudinal. Cuando se habla de diseño, se hace referencia a la estructura de la investigación, a la secuencia de mediciones y, de intervenciones que pretende garantizar tanto como sea posible la validez interna y la validez externa de la evaluación.
2. Una conceptualización y operacionalización adecuada de la exposición a los factores de riesgo, que se fundamenta en la metodología.
3. Un análisis de datos adecuado que permita descartar explicaciones inadecuadas y contrastar un modelo teórico adecuado; de tipo estadístico, para contrastar los valores.
4. Una formulación teórica adecuada de la dinámica causal de los procesos exposición al riesgo – efectos sobre la salud y sobre la organización. (Causa y efecto). Es decir que las puntuaciones de la evaluación serán interpretables en la medida en que se disponga de las investigaciones sobre validez oportunas que expliquen cómo cada indicador está relacionado con qué efectos, y con qué causas, facilitadores, coadyuvantes

o inhibidores.

Las propiedades básicas esenciales que debe reunir un método de evaluación de riesgos psicosociales son:

- a.** Fundamento en la investigación. Debe estar fundamentado en la investigación internacional; la elección de variables, el modo de abordarlas, la interpretación de las puntuaciones, sólo son posibles basados en la dilatada tradición de investigación de estos aspectos.
- b.** Contraste y prueba científica, específicas. Todas las medidas incluidas en un método de evaluación de factores o riesgos psicosociales, deben haber demostrado que cumplen los estándares psicométricos en al menos una investigación empírica. Un instrumento de evaluación testeado es con frecuencia el resultado de años de investigación empírica, de numerosos ensayos y de costosos, sofisticados y dilatados procesos de análisis y depuración.
- c.** Fiabilidad. La fiabilidad tiene varias facetas y diversas metodologías técnicas que deben aplicarse y contrastarse en cada escala de cada instrumento de acuerdo con sus propósitos. La evaluación tradicional de la fiabilidad implica establecer el coeficiente de fiabilidad, el índice de fiabilidad y el error típico de medida de cada escala y de cada factor. Las principales facetas tradicionales de la evaluación de la fiabilidad comprenden la evaluación de la consistencia interna y el límite inferior del coeficiente de fiabilidad (coeficiente alfa, KR-20 en su caso y otras metodologías afines) según objetivos y características del instrumento, la estabilidad temporal y su coeficiente de fiabilidad, y el análisis de formas paralelas, caso de ser requeridas, y su aproximación al coeficiente de fiabilidad.

- d. Validez.** Es la propiedad más importante de un instrumento de medida; esencialmente pone a prueba que las hipótesis pertinentes para el constructo que se está tratando de medir son satisfechas por el instrumento que dice medirlo.

La metodología para contrastar la validez de un instrumento permite el contraste empírico de las hipótesis científicas que lo sustentan. Sin estudios de validez que avalen un instrumento las puntuaciones resultantes no tienen interpretaciones contrastadas, o, en términos psicométricos, se dice que no son interpretables.

La validez dice qué significan las puntuaciones y cómo interpretarlas conforme a la evidencia; para comprobarlas se emplean un amplio número de metodologías psicométricas y estadísticas, la más sencilla de ellas los coeficientes de correlación que dan lugar a los coeficientes de validez; junto a estos las ecuaciones de regresión lineales o no, los métodos de contrastes entre medias como pruebas de diversa índole, las diversas metodologías de análisis de la varianza, los métodos de factorización, como el popular método de componentes principales con criterio de Káiser y rotación varimax.

El método varimax de rotación octogonal permite desarrollar el análisis factorial, se utiliza para identificar factores que expliquen una variedad de resultados en diferentes pruebas. Es una técnica estadística de reducción de datos que busca explicar la diferencia entre las variables observadas en términos de un número menor de variables no observadas llamadas factores; modela las variables y las expresa como combinaciones lineales de factores más expresiones de error, está asociado a la psicometría, debido a que puede evaluar la validez de un instrumento estableciendo si el instrumento de verdad mide los factores postulados.

- e. Contraste de la calidad de los ítems.** La calidad psicométrica de cada ítem debe ser testada y garantizada. Esto se resume en algunos índices psicométricos como la homogeneidad corregida, el índice de discriminación o los diversos índices de validez de los ítems; las metodologías son diversas, van desde coeficientes de correlación de diversa índole hasta modelos de ecuaciones estructurales.

- f.** Baremación. La baremación se refiere a la investigación acerca de cuál es la distribución de las puntuaciones en una o más muestras adecuadas de la población de interés; los baremos de una escala ayudan a establecer una interpretación normativa de las puntuaciones. En el caso de las escalas y cuestionarios sobre factores psicosociales la interpretación psicométrica orientada a normas debe en muchas ocasiones combinarse con una aproximación orientada a criterios.
- g.** Estandarización. Que supone la normalización de los procedimientos y metodologías involucrados en la medición de modo que se garantice la comparabilidad de los datos obtenidos en una institución dada, con los datos de las investigaciones que fundamentan la fiabilidad y validez del cuestionario o escala. Sin una estandarización rigurosa y documentada los datos obtenidos en una institución determinada podrían resultar no interpretables por su diferencia o no similitud con aquellos que fundamentan el instrumento.
- h.** Control de los sesgos de respuesta. Si bien se puede disponer de un instrumento que ha probado ser válido y fiable, los sesgos están siempre presentes en alguna medida en los datos de toda evaluación de riesgos psicosociales, y si no se evalúan y controlan pueden perjudicar seriamente cualquier evaluación de riesgos. La información basura que unos pocos o muchos introducen en los datos, en pequeña o gran medida, intencionada o bien intencionadamente, distorsiona los resultados y anulan la validez de una evaluación de riesgos psicosociales. En cada evaluación de riesgos, por tanto, un método de evaluación de riesgos psicosociales debe efectuar un control de sesgos de respuesta.
- i.** Confidencialidad de los instrumentos de evaluación. Los instrumentos de medición de un método serio de evaluación de riesgos psicosociales deben ser utilizados por técnicos cualificados, tratados conforme a esos criterios deontológicos, y permanecer confidenciales para el resto de personas, especialmente para aquellas a ser evaluadas y para quienes pueden estar

interesadas en ciertos resultados y/o pueden influenciarlos. Las escalas y cuestionarios no pueden y no deben ser públicos, esto puede anular completamente su fiabilidad y validez y permitir el desarrollo de diversos efectos perversos para la prevención. No importa que un método sea originalmente válido y fiable, si se divulga a quien no corresponde y se utiliza de modo no profesional el resultado puede garantizarse que no es técnicamente aceptable.

- j.** Garantía de uso profesional de los instrumentos de evaluación. Por bueno que sea un instrumento, éste no puede ser usado por cualquiera. Un proceso de evaluación de riesgos psicosociales debe realizarse con un criterio técnico preventivo por profesionales calificados; no puede y no debe ser el fruto de presiones sociales en ninguna dirección, pues contraindica la calidad del proceso.

- k.** Garantías de anonimato y confidencialidad de la información recabada. El modo en que se recaba y se maneja la información es muy importante para contribuir a la calidad de la información. La información de cada empleado debe ser manejada profesionalmente de modo anónimo y confidencial, y ese anonimato y confidencialidad cumplirse rigurosamente por cada empleado que participa en la evaluación, de lo contrario se atenta contra la calidad de la información y se invita a incrementar de modo notorio determinados sesgos de respuesta.

CAPITULO III

Metodología

Tipo de investigación y diseño

Para investigar los factores de riesgo psicosociales extralaborales en el Hospital de Agudos T. Parmenio T. Piñero, se realizará una investigación de corte cuantitativo de tipo descriptivo y no experimental-transversal.

Población

En este estudio participará todo el personal de enfermería con título profesional de Licenciado de enfermería, enfermero profesional y/o universitario y Auxiliar de enfermería que de manera voluntaria deseen participar en esta investigación. La muestra contará aproximadamente de 450 profesionales de la salud, con los títulos anteriormente mencionados, distribuidos en los turnos mañana, tarde, noche y turno sadofe (sábados, domingos y feriados).

➤ Criterios de inclusión

- a)** Personal de enfermería perteneciente a la planta permanente, que realicen tareas tanto administrativas y/o asistenciales.
- b)** Licenciados de enfermería.
- c)** Enfermeros profesionales y/o universitarios.
- d)** Auxiliares de enfermería.

➤ Criterios de exclusión

- a)** Personal de enfermería que no desee participar de manera voluntaria.
- b)** Personal de enfermería que se encuentre de franco.
- c)** Estudiantes de enfermería.
- d)** Ayudantes de enfermería.

Instrumento

Para medir las variables a estudiar en esta investigación se utilizará un cuestionario estandarizado que forma parte de la Batería de instrumentos para la evaluación de riesgo psicosocial. Construida, diseñada y validada por el Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia (2010).

Los instrumentos que componen la batería son: Ficha de datos generales (información socio-demográfica e información ocupacional del trabajador), Cuestionario de factores de riesgo psicosocial intralaborales (forma A), Cuestionario de factores de riesgo psicosocial intralaborales (forma B), Cuestionario de factores de riesgo psicosocial extralaboral, Guía para el análisis psicosocial de puestos de trabajo, Guía de entrevistas semiestructuradas para la evaluación de factores de riesgo psicosocial intralaborales, Guía de grupos focales para la evaluación de factores de riesgo psicosocial intralaborales. Adicionalmente, la batería presenta la revisión del Cuestionario para la evaluación del estrés.

Para la presente investigación se utilizará:

- Cuestionario estandarizado de factores de riesgo psicosocial extralaboral. Este cuestionario tiene una única forma aplicable a trabajadores con cargos de jefatura, profesionales, técnicos, auxiliares y operarios.
- Ficha de datos generales la cual toma información sociodemográfica y laboral de los trabajadores.

Cabe mencionar que los dominios y dimensiones que hacen parte de los factores psicosociales extralaborales, fueron desarrollaron en el marco teórico.

Procedimiento

A. Definición del instrumento: Se estableció que el instrumento más pertinente para esta investigación es la Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial, construido y validado por el Ministerio de la Protección Social de Colombia y la Pontificia Universidad Javeriana.

B. Obtención del aval institucional: Mediante requerimiento escrito se solicitará a la dirección general del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero, a la Subgerencia

de enfermería, Departamento de enfermería, sección de Docencia e Investigación y al Comité de Bioética, la autorización para realizar el estudio objeto de la presente investigación. Una vez avalado, se realizarán las programaciones pertinentes para la aplicación de la batería de pruebas. A su vez el proceso investigativo se le explicará a la dirección, con el fin de exponer la importancia de este tipo de estudios y de procesos de intervención.

C. Recolección de la información: se obtendrá el consentimiento informado que cual se documentará por escrito, de cada una de las personas del grupo a estudiar para la aplicación posteriormente del instrumento seleccionada. Así como también se asegurará la protección de los datos personales recabados en las muestras, conforme lo establece la Ley 25.326/00 de Protección de Datos Personales y su Decreto reglamentario N°: 1558/2001.

D. Análisis de la información y presentación de resultados: tras recopilar los datos de los participantes se realizará el análisis estadístico de cada una de las variables de estudio. Los análisis que se realicen, orientarán a la construcción del proceso de intervención.

Análisis estadístico.

La investigación tiene información estadística en las cuales serán ingresados y calificados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, cuyas operaciones obtendrán promedios mínimos, máximos y totales, además contará con una suma del contenido de campo con la ayuda de sus columnas y filas contando con los criterios para analizar los resultados. Asimismo, se representarán en tablas de frecuencia, gráficos estadísticos de forma numérica y porcentual para la comparación del puntaje.

Consideraciones éticas

Principios éticos

Mediante la presente investigación no se realizará ninguna intromisión que comprometa o perjudique la integridad psicológica y física de los participantes de la presente investigación. Teniendo las pertinentes autorizaciones y aprobaciones tanto de la Subgerencia de enfermería, Jefe del departamento de enfermería, Docencia e Investigación y el Comité de Bioética del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero para determinar los factores de riesgos psicosociales mediante el instrumento. Se desarrollará la misma actuando bajo los principios bioéticos.

➤ Principio de autonomía

Se reconoce que el respeto a la autonomía implica el derecho del personal en aceptar o rechazar ser parte de esta investigación, en cualquier etapa del estudio. La aplicación de este principio se realizará mediante el consentimiento informado de cada uno de los participantes; salvaguardando la confidencialidad de la información, pues los instrumentos aplicados serán anónimos y no se empleará nombre o algún dato personal que pueda identificar al participante.

➤ Principio de beneficencia

Al término de la investigación se brindará información sobre los factores de riesgo psicosociales extralaborales, se realizará el pertinente informe a cada autoridad mencionada, con la finalidad de promover una cultura preventiva en los trabajadores del nosocomio estudiado.

➤ De no maleficencia

Los participantes de la investigación pasaran por un previo consentimiento informado que no causara ningún daño o riesgo hacia los participantes.

➤ Principio de justicia

Tratar a cada participante de la manera justa y equilibrada sin discriminación de sexo, raza, credo, religión, identidad de género; reservando su real identidad y el uso de la información recabada para los fines científicos que se presenten.

CAPITULO IV

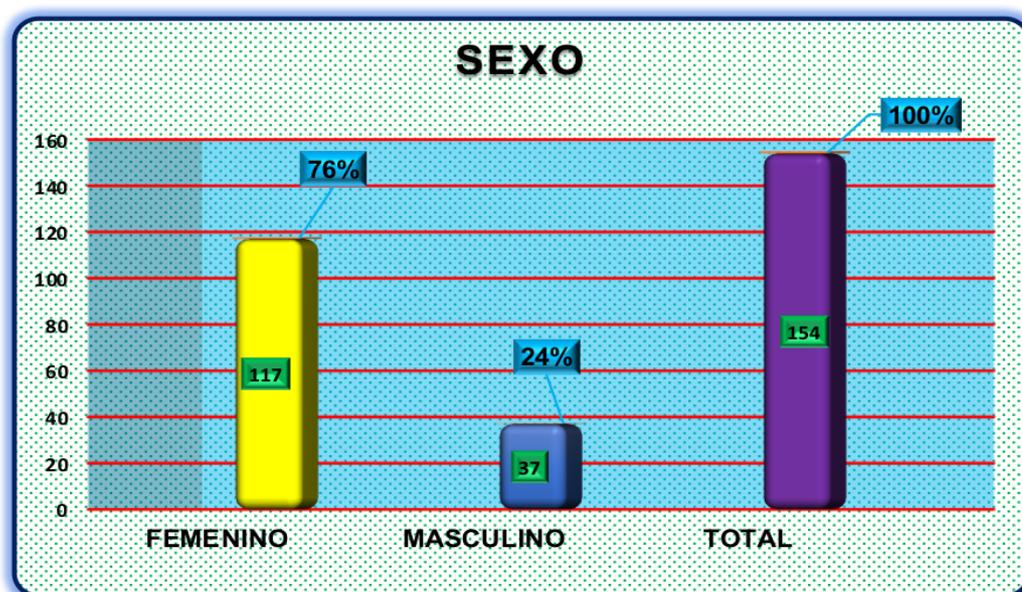
RESULTADOS

Tablas y gráficas de los datos generales.

Tabla 1. Distribución de la muestra por sexo

SEXO	No	%
Femenino	117	76%
Masculino	37	24%
TOTAL	154	100%

Gráfico 1. Distribución de la muestra por sexo.



Análisis Descriptivo

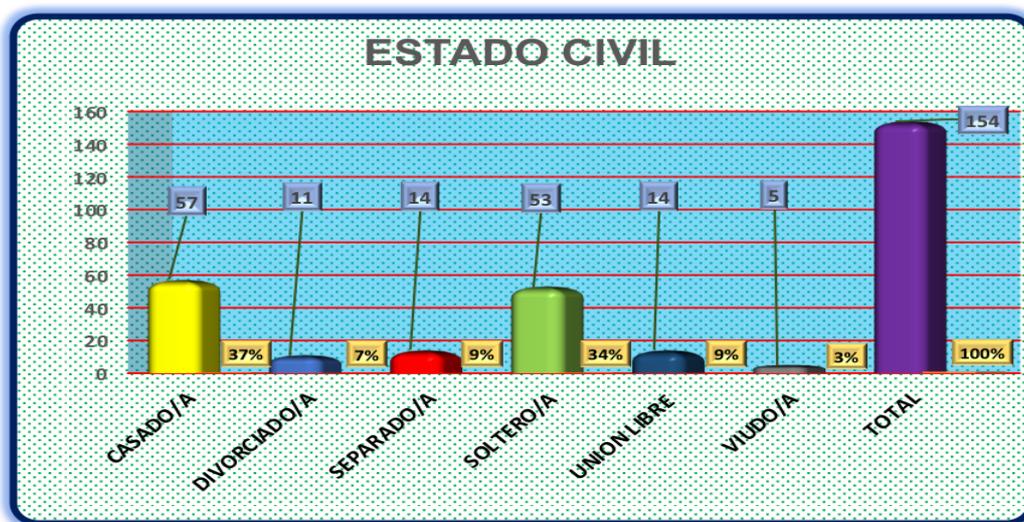
Con respecto al sexo se observó que un 76% de las personas encuestadas en el presente estudio son mujeres, frente a un 24% de las personas que se encuestaron pertenecen al sexo masculino.

Fuente: 154 encuestas pertenecientes a la profesión de enfermería de distintos servicios y turnos del nosocomio en estudio.

Tabla 2. Distribución de la muestra del estado civil

ESTADO CIVIL	No	%
Casado	57	37%
Divorciado/A	11	7%
Separado/A	14	9%
Soltero/A	53	34%
Unión Libre	14	9%
Viudo/A	5	3%
TOTAL	154	100%

Gráfico 4. Distribución de la muestra del estado civil.



Análisis Descriptivo

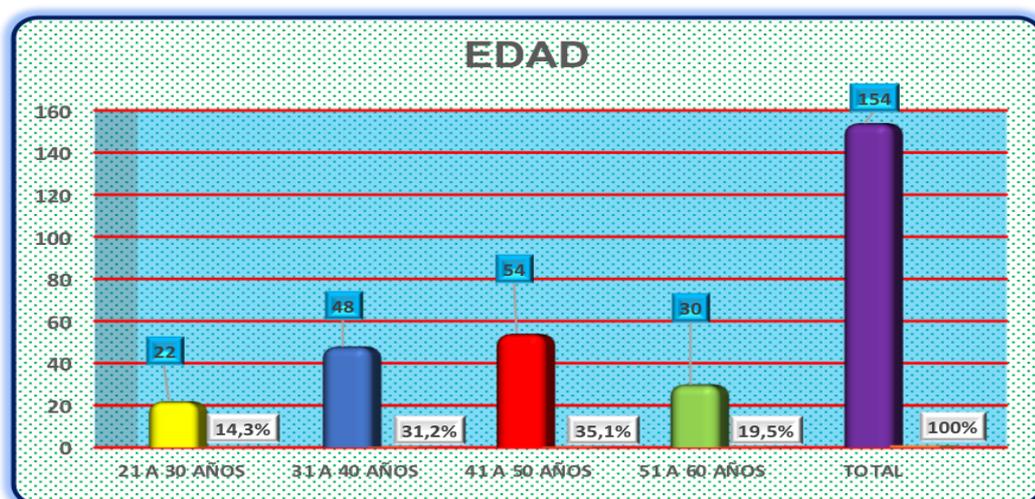
En el análisis sobre el estado civil el **37%** de los encuestados están casados, un **7%** de los encuestados están divorciados, el **9%** de los encuestados están separados, un **34%** de los encuestados están solteros, otro **9%** se encuentra en unión libre, y un **3%** de los encuestados están viudos.

Fuente: 154 encuestas pertenecientes a la profesión de enfermería de distintos servicios y turnos del nosocomio en estudio.

Tabla 3. Distribución de la muestra por edad

EDAD	No	%
21 a 30 años	22	14.3%
31 a 40 años	48	31.2%
41 a 50 años	54	35.1%
51 a 60 años	30	19.5%
TOTAL	154	100%

Gráfico 7. Distribución de la muestra por edad.



Análisis Descriptivo

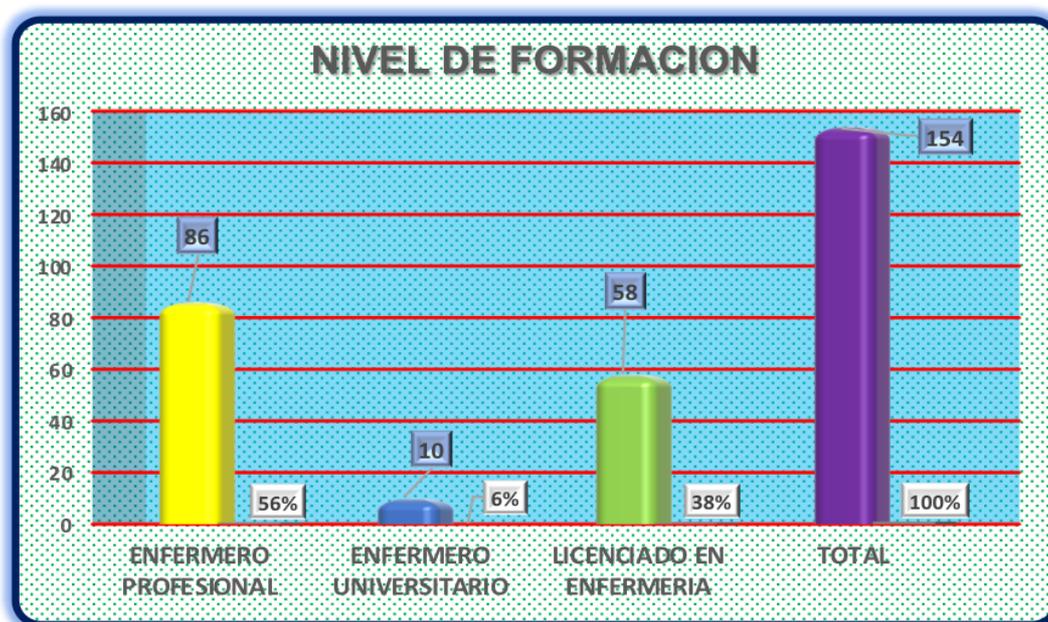
En cuanto al análisis por edad se observó que un **1%** de los encuestados se encuentra entre el rango de mayor de 61 años. En el rango de 51 a 60 años se encuentra un **19%** de los encuestados. En el rango de 41 a 50 años se encuentra un **35%** de los encuestados. En el rango de 31 a 40 años se encuentra un **31%** de los encuestados frente a un **14%** de los encuestados que se encuentran en el rango de 21 a 30 años.

Fuente: 154 encuestas pertenecientes a la profesión de enfermería de distintos servicios y turnos del nosocomio en estudio.

Tabla 4. Distribución de la muestra por nivel de formación.

NIVEL DE FORMACIÓN	No	%
Enfermero profesional	86	56%
Enfermero universitario	10	6%
Licenciado en enfermería	58	38%
TOTAL	154	100%

Gráfico 10. Distribución de la muestra por nivel de formación.



Análisis Descriptivo

Por parte del nivel de formación se pudo analizar que el **56%** de los encuestados cuenta con título de enfermero profesional, un **6%** de los encuestados obtiene un título de enfermero universitario, frente un **38%** de los encuestados están titulados como Licenciados en enfermería.

Fuente: 154 encuestas pertenecientes a la profesión de enfermería de distintos servicios y turnos del nosocomio en estudio.

Tabla 5. Distribución de la muestra sobre el lugar de residencia

LUGAR DE RESIDENCIA	No	%
Caba	112	73%
Provincia	42	27%
TOTAL	154	100%

Gráfico 13. Distribución de la muestra sobre el lugar de residencia.



Análisis Descriptivo

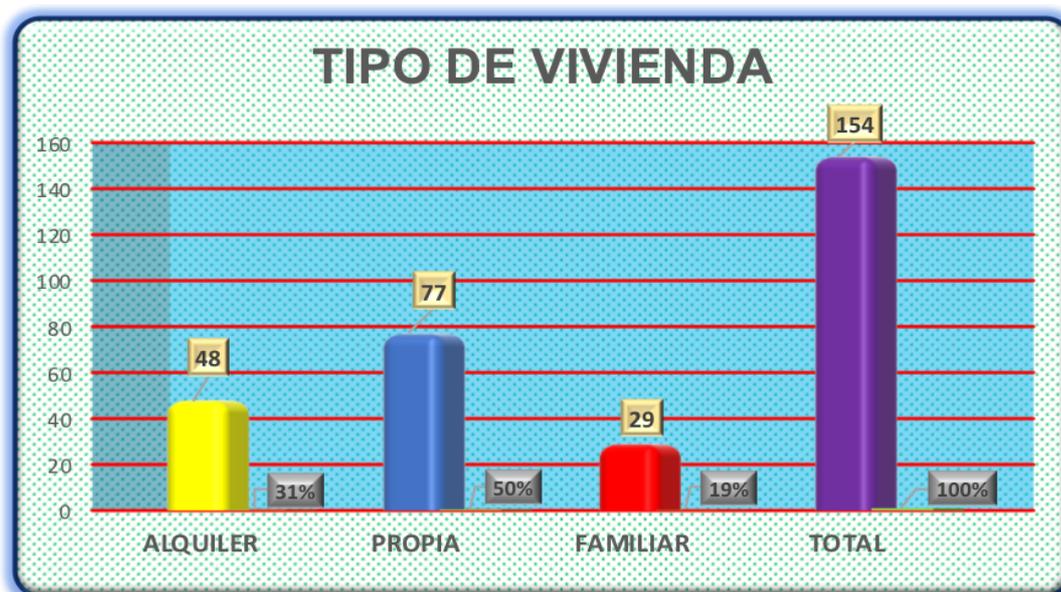
En cuanto al análisis sobre lugar de residencia se observó que el **73%** de los encuestados residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, frente a un **27%** de los encuestados residen en alguna provincia aledaña a su lugar de trabajo, el cual se encuentra ubicado en la ciudad autónoma de buenos aires.

Fuente: 154 encuestas pertenecientes a la profesión de enfermería de distintos servicios y turnos del nosocomio en estudio.

Tabla 6. Distribución de la muestra sobre el tipo de vivienda

TIPO DE VIVIENDA	No	%
Alquiler	48	31%
Propia	77	50%
Familiar	29	19%
TOTAL	154	100%

Gráfico 16. Distribución de la muestra sobre el tipo de vivienda.



Análisis Descriptivo

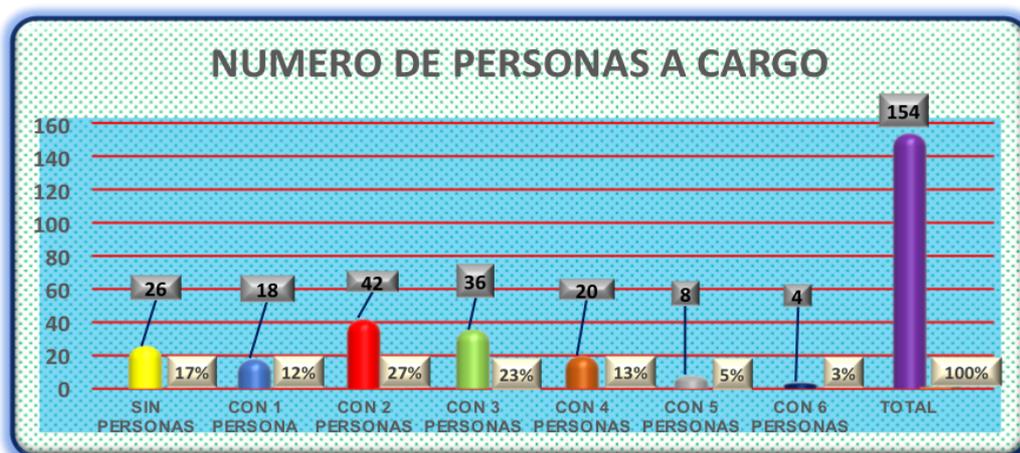
En el análisis sobre el tipo de vivienda se observó que el **31%** de los encuestados vive en alquiler de su vivienda, un **50%** de los encuestados cuentan con vivienda propia, frente a un **19%** de los encuestados vive en una vivienda familiar.

Fuente: 154 encuestas pertenecientes a la profesión de enfermería de distintos servicios y turnos del nosocomio en estudio.

Tabla 7. Distribución de la muestra sobre el número de personas a cargo

NUMERO DE PERSONAS A CARGO	No	%
Sin personas	26	17%
Con 1 persona	18	12%
Con 2 personas	42	27%
Con 3 personas	36	23%
Con 4 personas	20	13%
Con 5 personas	8	5%
Con 6 personas	4	3%
TOTAL	154	100%

Gráfico 19. Distribución de la muestra sobre el número de personas a



Análisis Descriptivo

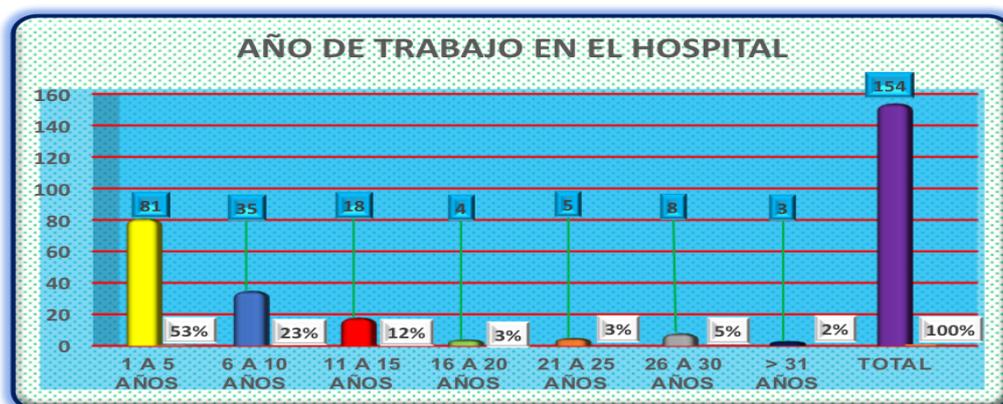
En el análisis sobre el número de personas a cargo se observó que el **17%** de los encuestados no tienen personas a su cargo en el ambiente familiar, un **12%** de los encuestados tiene 1 persona a su cargo, un **27%** de los encuestados tienen 2 personas a su cargo en el ambiente familiar, un **23%** de los encuestados tienen 3 personas a su cargo, un **13%** de los encuestados tienen 4 personas a su cargo en el ambiente familiar, un **5%** de los encuestados tienen 5 personas a su cargo y otro **3%** de los encuestados tienen 6 personas a su cargo en el ambiente familiar.

Fuente: 154 encuestas pertenecientes a la profesión de enfermería de distintos servicios y turnos del nosocomio en estudio.

Tabla 8. Distribución de la muestra sobre el número de años de trabajo

AÑOS DE TRABAJO	No	%
1 a 5 años	81	53%
6 a 10 años	35	23%
11 a 15 años	18	12%
16 a 20 años	4	3%
21 a 25 años	5	3%
26 a 30 años	8	5%
> 31 años	3	2%
TOTAL	154	100%

Gráfico 22. Distribución de la muestra sobre el número de años de trabajo.



Análisis Descriptivo

En el análisis del número de años de trabajo se observó que el **53%** de los encuestados se encuentran en el rango de 1 a 5 años de antigüedad. En el rango de 6 a 10 años de antigüedad se observó un **23%** de los encuestados, un **12%** de los encuestados se encuentran en el rango de 11 a 15 años de antigüedad. En el rango de 16 a 20 años de antigüedad se observó un **3%** de los encuestados, otro **3%** de los encuestados se encuentra en el rango de 21 a 25 años de antigüedad, un **5%** de los encuestados cuentan con una antigüedad en el rango entre 26 a 30 años y solo un **2%** de los encuestados cuentan con más de 31 años de antigüedad en el trabajo.

Fuente: 154 encuestas pertenecientes a la profesión de enfermería de distintos servicios y turnos del nosocomio en estudio.

Tabla 9. Distribución de la muestra sobre el número de horas de trabajo

HORAS DE TRABAJO	No	%
6 horas	77	50%
7 horas	32	21%
10 horas	10	6%
12 horas	35	23%
TOTAL	154	100%

Gráfico 25. Distribución de la muestra sobre el número de horas de trabajo.



Análisis Descriptivo

Al realizar el análisis del número de horas de trabajo se observó que **50%** de los encuestados tienen asignadas 6 horas de trabajo en su servicio, un **21%** de los encuestados cuentan con 7 horas asignadas de trabajo en su servicio, un **6%** de los encuestados tienen asignadas 10 horas de trabajo y el **23%** de los encuestados tienen asignadas 12 horas de trabajo en su servicio.

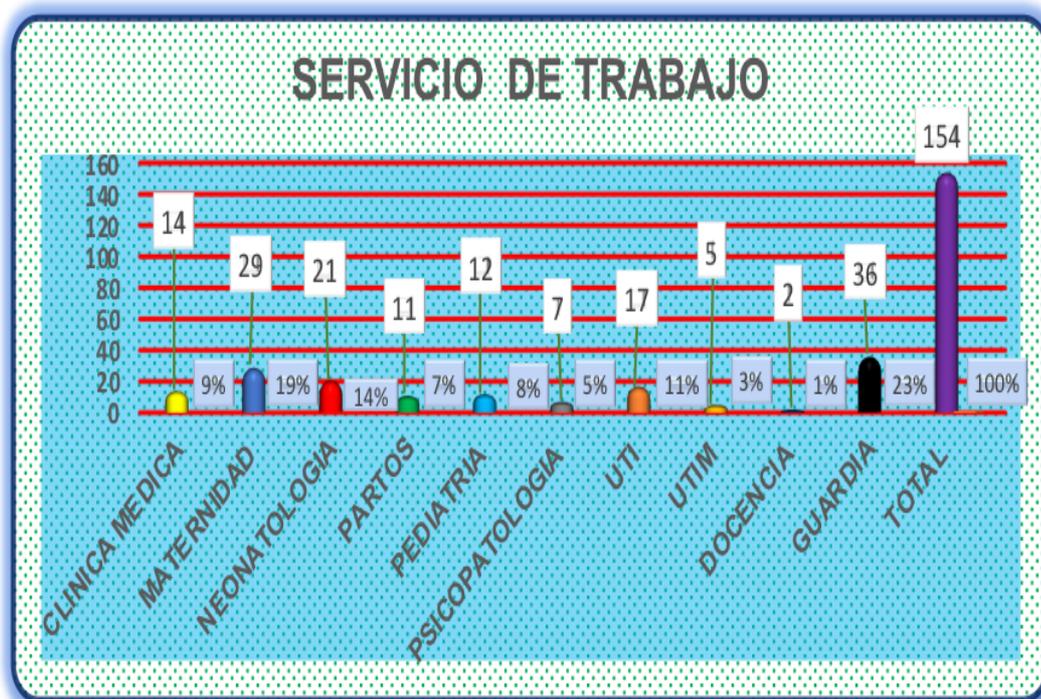
En cuanto a la diferencia de horas de trabajo, se aclara que aquellas personas que tienen asignadas entre 6 y 12 horas respectivamente, prestan sus servicios en áreas cerradas o insalubres mientras que, el personal que cuenta con una asignación de 7 y 10 horas, trabaja en áreas abiertas.

Fuente: 154 encuestas pertenecientes a la profesión de enfermería de distintos servicios y turnos del nosocomio en estudio.

Tabla 10. Distribución de la muestra sobre el servicio de trabajo

SERVICIO DE TRABAJO	No	%
Clínica medica	14	9%
Maternidad	29	19%
Neonatología	21	14%
Partos	11	7%
Pediatría	12	8%
Uti	17	11%
Guardia	36	23%
Otros servicios	14	9%
TOTAL	154	100%

Gráfico 28. Distribución de la muestra sobre el servicio de trabajo.



Análisis Descriptivo

En cuanto al análisis del servicio de trabajo se observó que **9%** de los encuestados trabajan en el servicio de clínica médica, un **19%** trabajan en el servicio de maternidad, un **14%** de los encuestados trabajan en el servicio de neonatología, un **7%** trabajan en el servicio de partos, un **11%** trabaja en el servicio de terapia intensiva, un **36%** de los encuestados trabajan en el servicio de guardia general.

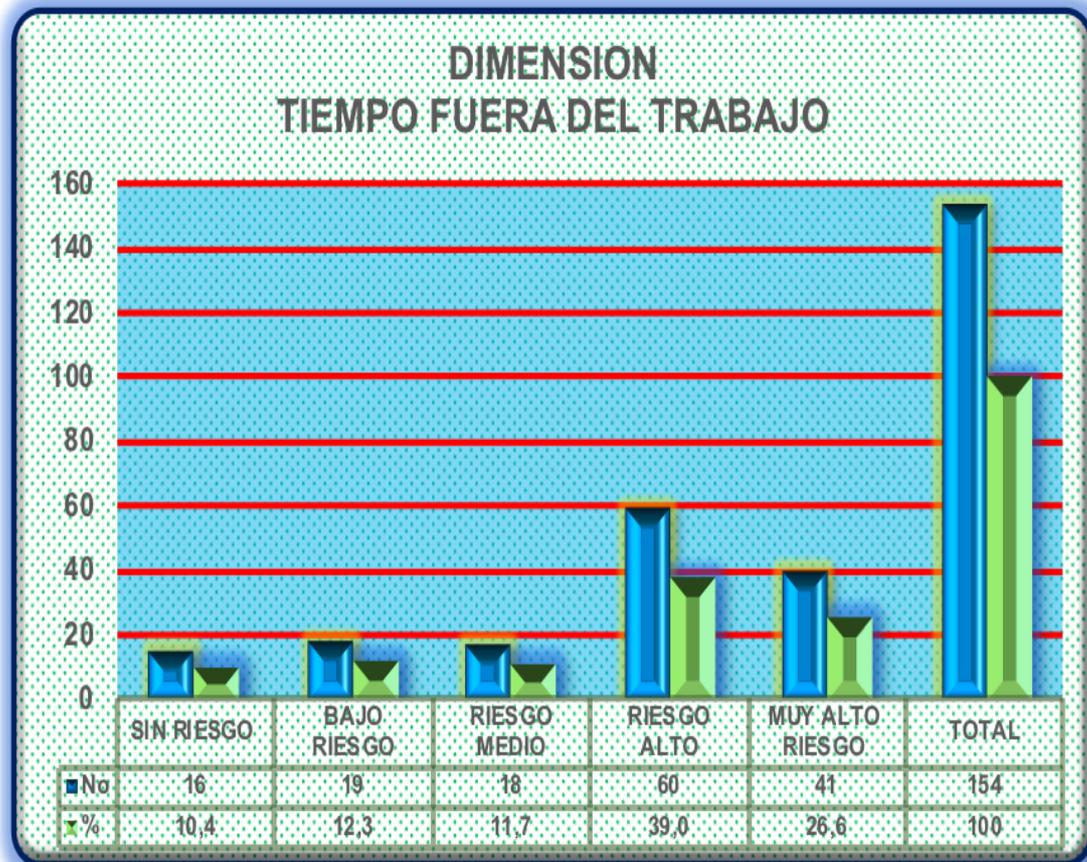
Fuente: 154 encuestas pertenecientes a la profesión de enfermería de distintos servicios y turnos del nosocomio en estudio.

Tablas y gráficas de las dimensiones

Tabla 11. Distribución de la muestra sobre la dimensión fuera del trabajo

TIEMPO FUERA DEL TRABAJO	No	%
Sin riesgo	16	10,4
Bajo riesgo	19	12,3
Riesgo medio	18	11,7
Riesgo alto	60	39
Muy alto riesgo	41	26,6
TOTAL	154	100

Gráfico 31. Distribución de la muestra sobre la dimensión tiempo fuera del trabajo.



Análisis Descriptivo

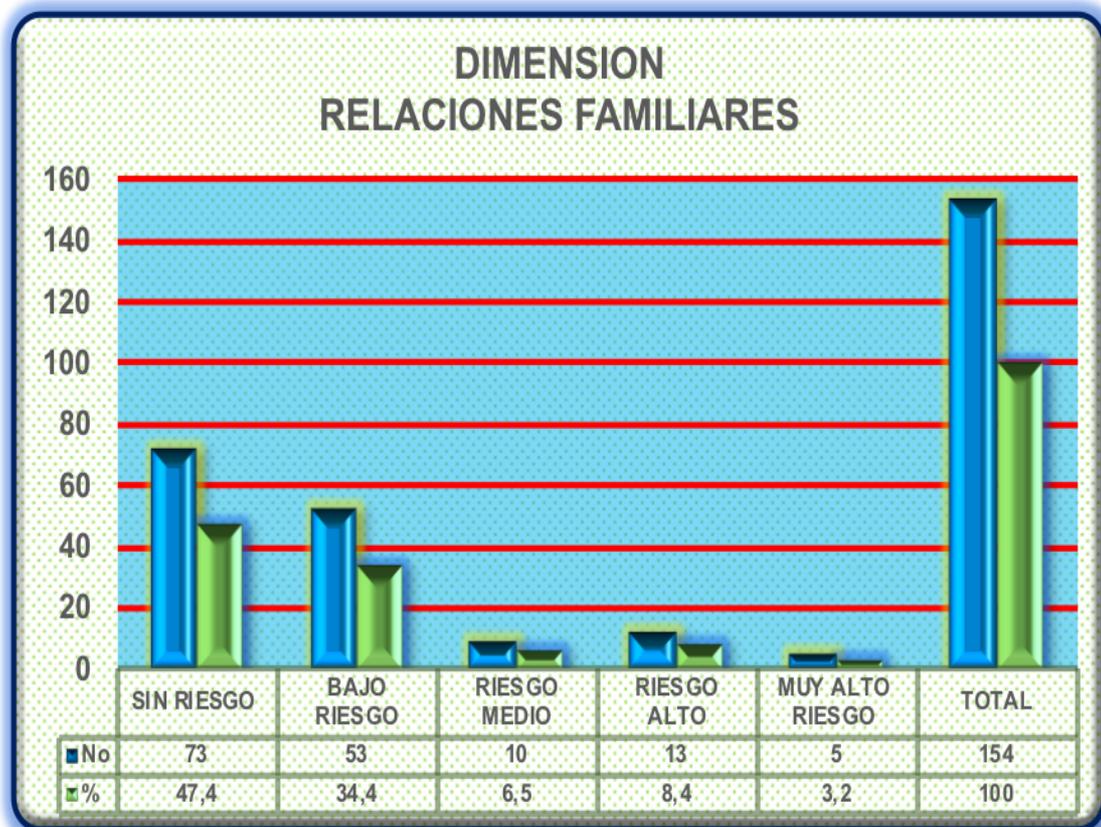
En cuanto al análisis sobre la dimensión tiempo fuera del trabajo se observó que **10,4%** de los encuestados se encuentran sin riesgo en esta dimensión analizada, un **12,3%** cuenta con un bajo riesgo de la dimensión tiempo fuera del trabajo, un **11,7%** se encuentra en riesgo medio de la presente dimensión, un **39%** de los encuestados se encuentra en riesgo alto de la dimensión fuera del trabajo y el **26,6%** de los encuestados se encuentran en muy alto riesgo en la dimensión analizada.

Fuente: 154 encuestas pertenecientes a la profesión de enfermería de distintos servicios y turnos del nosocomio en estudio.

Tabla 12. Distribución de la muestra sobre la dimensión relaciones familiares

RELACIONES FAMILIARES	No	%
Sin riesgo	73	47,4
Bajo riesgo	53	34,4
Riesgo medio	10	6,5
Riesgo alto	13	8,4
Muy alto riesgo	5	3,2
TOTAL	154	100

Gráfico 34. Distribución de la muestra sobre la dimensión relaciones familiares.



Análisis Descriptivo

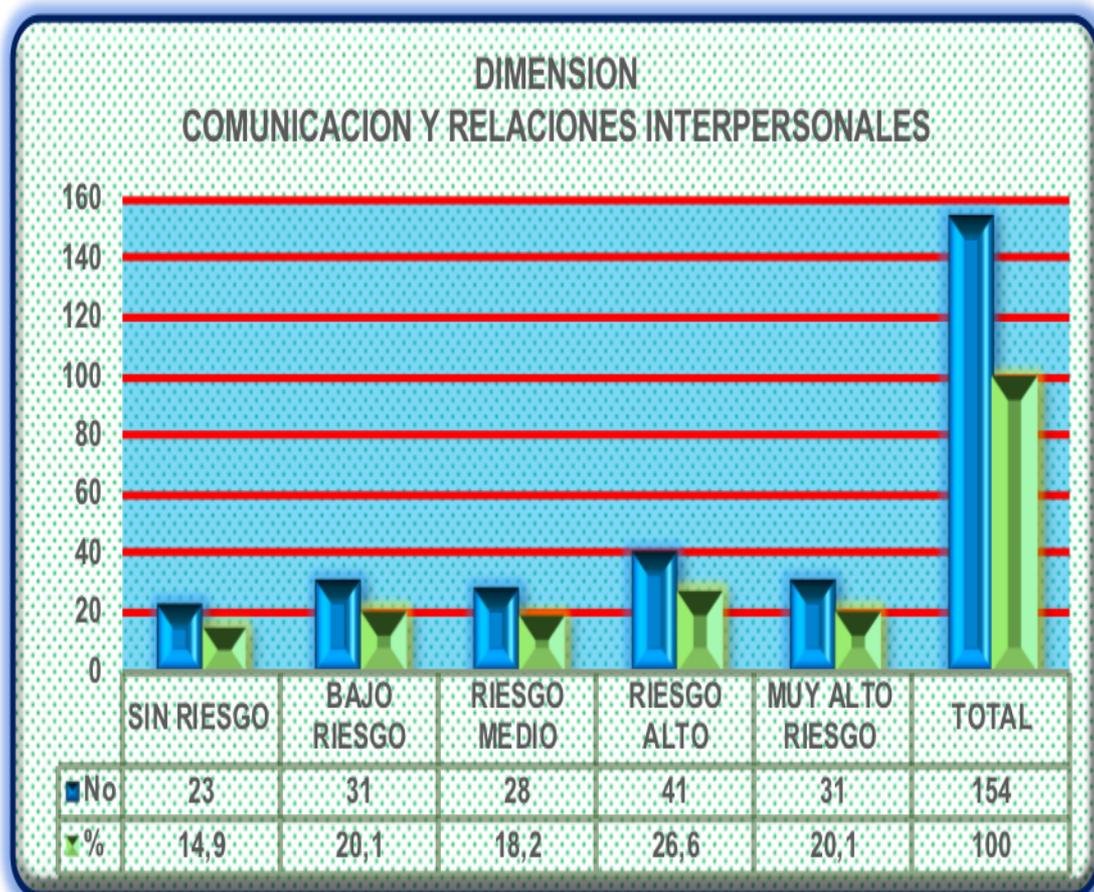
Sobre el análisis de la dimensión relaciones familiares se observó que **47,4%** de los encuestados se encuentran sin riesgo en esta dimensión analizada, un **34,4%** cuenta con un bajo riesgo de la dimensión relaciones familiares, un **6,5%** se encuentra en riesgo medio de la presente dimensión, un **8,4%** de los encuestados se encuentra en riesgo alto de la dimensión relaciones familiares y el **3,2%** de los encuestados se encuentran en muy alto riesgo en la dimensión analizada.

Fuente: 154 encuestas pertenecientes a la profesión de enfermería de distintos servicios y turnos del nosocomio en estudio.

Tabla 13. Distribución de la muestra sobre la dimensión comunicación y relaciones interpersonales

COMUNICACIÓN Y RELACIONES	No	%
INTERPERSONALES		
Sin riesgo	23	14,9
Bajo riesgo	31	20,1
Riesgo medio	28	18,2
Riesgo alto	41	26,6
Muy alto riesgo	31	20,1
TOTAL	154	100

Gráfico 37. Distribución de la muestra sobre la dimensión comunicación y relaciones interpersonales.



Análisis Descriptivo

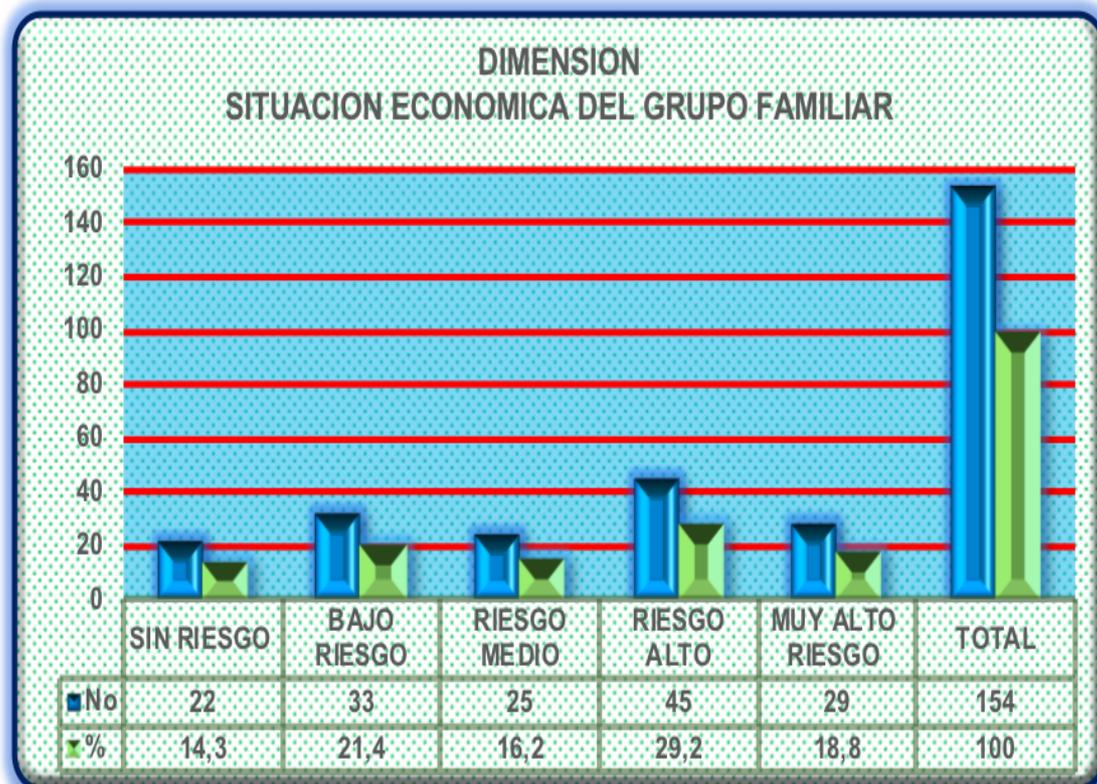
En cuanto al análisis de la dimensión comunicación y relaciones interpersonales se observó que el **14,9%** de los encuestados se encuentra sin riesgo en esta dimensión, un **20,1%** cuenta con un bajo riesgo de la dimensión comunicación y relaciones interpersonales, un **18,2%** se encuentra en riesgo medio de la presente dimensión, un **26,6%** de los encuestados se encuentra en riesgo alto de la dimensión comunicación y relaciones interpersonales y el **20,1%** de los encuestados se encuentran en muy alto riesgo en la dimensión analizada.

Fuente: 154 encuestas pertenecientes a la profesión de enfermería de distintos servicios y turnos del nosocomio en estudio.

Tabla 14. Distribución de la muestra sobre la dimensión situación económica del grupo familiar

SITUACIÓN ECONÓMICA DEL GRUPO FAMILIAR	No	%
Sin riesgo	22	14,3
Bajo riesgo	33	21,4
Riesgo medio	25	16,2
Riesgo alto	45	29,2
Muy alto riesgo	29	18,8
TOTAL	154	100

Gráfico 40. Distribución de la muestra sobre la dimensión situación económica del grupo familiar.



Análisis Descriptivo

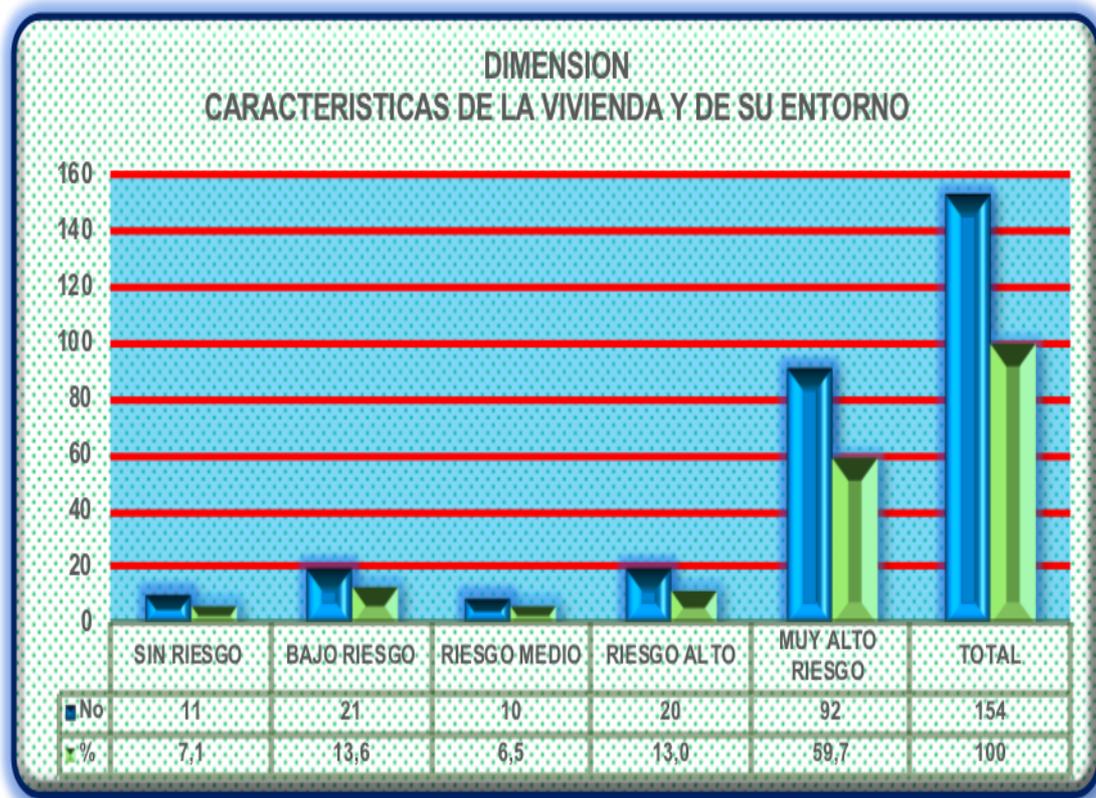
En cuanto al análisis de la dimensión comunicación y relaciones interpersonales se observó que **14,3%** de los encuestados se encuentran sin riesgo en esta dimensión analizada, un **21,4%** cuenta con un bajo riesgo de la dimensión situación económica del grupo familiar, un **16,2%** se encuentra en riesgo medio de la presente dimensión, un **29,2%** de los encuestados se encuentra en riesgo alto de la dimensión situación económica del grupo familiar y el **18,8%** de los encuestados se encuentran en muy alto riesgo en la dimensión analizada.

Fuente: 154 encuestas pertenecientes a la profesión de enfermería de distintos servicios y turnos del nosocomio en estudio.

Tabla 15. Distribución de la muestra sobre la dimensión característica de la vivienda y de su entorno

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DE SU ENTORNO	No	%
Sin riesgo	11	7,1
Bajo riesgo	21	13,6
Riesgo medio	10	6,5
Riesgo alto	20	13
Muy alto riesgo	92	59,7
TOTAL	154	100

Gráfico 43. Distribución de la muestra sobre la dimensión característica de la vivienda y de su entorno.



Análisis Descriptivo

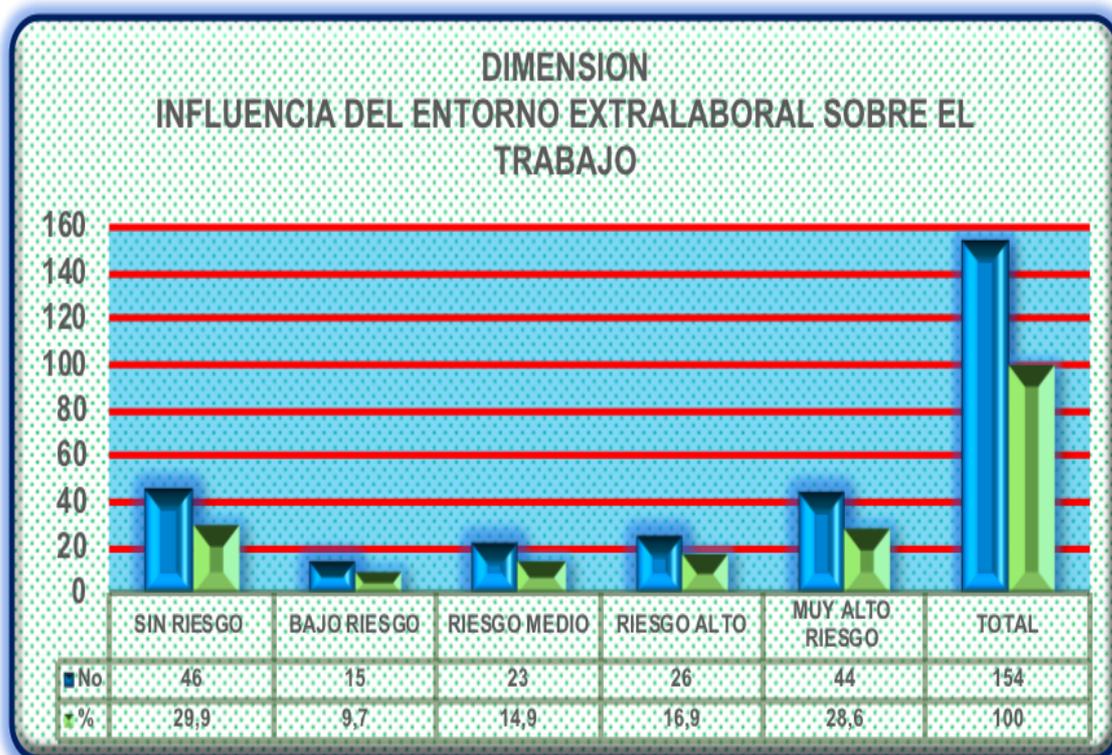
En cuanto al análisis de la dimensión características de la vivienda y de su entorno se observó que **7,1%** de los encuestados se encuentra sin riesgo en esta dimensión, un **13,6%** cuenta con un bajo riesgo de la dimensión características de la vivienda y de su entorno, un **6,5%** se encuentra en riesgo medio de la presente dimensión, un **13%** de los encuestados se encuentra en riesgo alto de la dimensión características de la vivienda y de su entorno y el **59,7%** de los encuestados se encuentran en muy alto riesgo en la dimensión analizada.

Fuente: 154 encuestas pertenecientes a la profesión de enfermería de distintos servicios y turnos del nosocomio en estudio.

Tabla 16. Distribución de la muestra sobre la dimensión influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo

INFLUENCIA DEL ENTORNO EXTRALABORAL SOBRE EL TRABAJO	No	%
Sin riesgo	46	29,9
Bajo riesgo	15	9,7
Riesgo medio	23	14,9
Riesgo alto	26	16,9
Muy alto riesgo	44	28,6
TOTAL	154	100

Gráfico 46. Distribución de la muestra sobre la dimensión influencia del entorno extralaboral.



Análisis Descriptivo

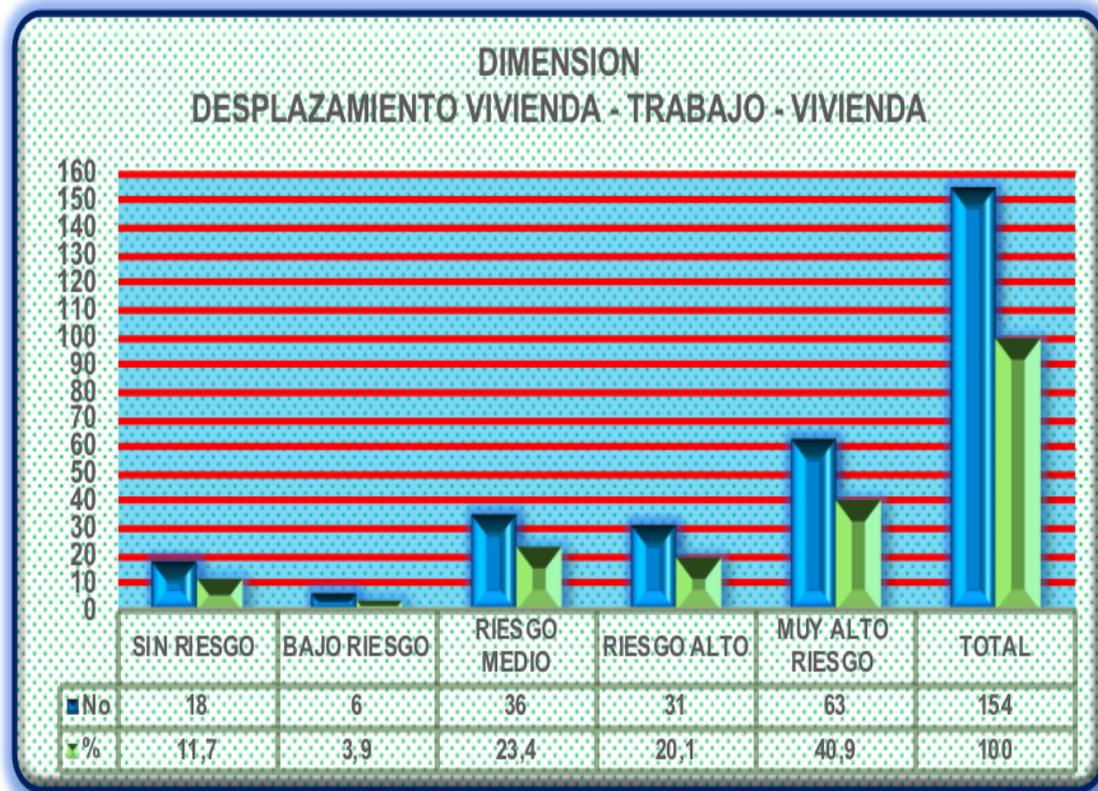
Al análisis de la dimensión influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo se observó que **29,9%** de los encuestados se encuentra sin riesgo en esta dimensión analizada, un **9,7%** cuenta con un bajo riesgo de la dimensión influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo, un **14,9%** se encuentra en riesgo medio de la presente dimensión, un **16,9%** de los encuestados se encuentra en riesgo alto de la dimensión influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo y el **28,6%** de los encuestados se encuentran en muy alto riesgo en la dimensión analizada.

Fuente: 154 encuestas pertenecientes a la profesión de enfermería de distintos servicios y turnos del nosocomio en estudio.

Tabla 17. Distribución de la muestra sobre la dimensión desplazamiento vivienda – trabajo – vivienda

DESPLAZAMIENTO VIVIENDA - TRABAJO - VIVIENDA	No	%
Sin riesgo	18	11,7
Bajo riesgo	6	3,9
Riesgo medio	36	23,4
Riesgo alto	31	20,1
Muy alto riesgo	63	40,9
TOTAL	154	100

Gráfico 49. Distribución de la muestra sobre la dimensión desplazamiento vivienda – trabajo – vivienda.



Análisis Descriptivo

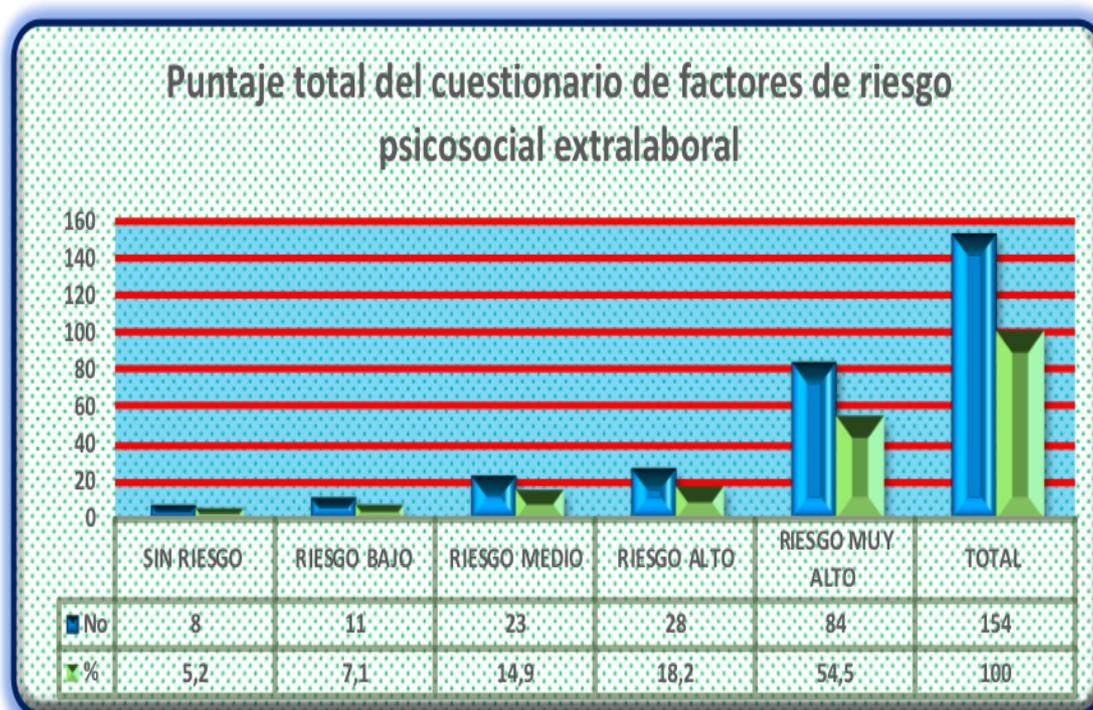
En el análisis de la dimensión desplazamiento vivienda – trabajo – vivienda se observó que **11,9%** de los encuestados se encuentra sin riesgo en esta dimensión analizada, un **3,9%** cuenta con un bajo riesgo de la dimensión desplazamiento vivienda – trabajo – vivienda, un **23,4%** se encuentra en riesgo medio de la presente dimensión, un **20,1%** de los encuestados se encuentra en riesgo alto de la dimensión desplazamiento vivienda – trabajo – vivienda y el **40,9%** de los encuestados se encuentran en muy alto riesgo en la dimensión analizada.

Fuente: 154 encuestas pertenecientes a la profesión de enfermería de distintos servicios y turnos del nosocomio en estudio.

Tabla 18. Distribución de la muestra sobre el puntaje total del cuestionario de factores psicosociales extralaborales

PUNTAJE TOTAL DEL CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EXTRALABORAL	No	%
Sin riesgo	8	5,2
Riesgo bajo	11	7,1
Riesgo medio	23	14,9
Riesgo alto	28	18,2
Riesgo muy alto	84	54,5
TOTAL	154	100

Gráfico 52. Distribución de la muestra sobre el puntaje total del cuestionario de factores psicosociales extralaborales.



Análisis Descriptivo

En el análisis del puntaje total del cuestionario de factores psicosociales extralaborales se observó que **5,2%** de los encuestados se encuentra sin riesgo del puntaje total, un **7,1%** cuenta con un bajo riesgo en el puntaje total del cuestionario factores psicosociales extralaborales, un **14,9%** se encuentra en riesgo medio del puntaje total, un **18,2%** de los encuestados se encuentra en riesgo alto en el puntaje total del cuestionario factores psicosociales extralaborales y el **54,5%** de los encuestados se encuentran en muy alto riesgo en la dimensión analizada.

Fuente: 154 encuestas pertenecientes a la profesión de enfermería de distintos servicios y turnos del nosocomio en estudio.

CAPITULO V

Apéndice jurídico

En virtud de la normativa vigente en la República Argentina respecto del tema de investigación, se consagran las leyes N°: 24557, 26773, 27348 y sus modificaciones que amparan al trabajador en lo concerniente a los riesgos laborales, infortunios que acaecen en virtud del padecimiento de los riesgos psicosociales intralaborales y extralaborales, toda vez que estos últimos inciden de manera directa o indirecta en los accidentes de trabajo, debido en gran medida a causas o situaciones mencionadas en el presente estudio.

Ley N° 24557

RIESGOS DEL TRABAJO

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley

Texto publicado en Boletín oficial del 4 de Octubre de 1995.

Sancionada: Septiembre 13 de 1995.

Promulgada: Octubre 3 de 1995.

CAPITULO I

OBJETIVOS Y ÁMBITO DE APLICACIÓN DE LA LEY

Artículo 1º) Normativa aplicable y objetivos de la Ley sobre Riesgos del Trabajo (LRT).

- 1) La Prevención de los riesgos y la reparación de los daños derivados del trabajo se regirán por esta LRT y sus normas reglamentarias.
- 2) Son objetivos de la Ley sobre Riesgos del Trabajo (LRT):
 - a) Reducir la siniestralidad laboral a través de la prevención de los riesgos derivados del trabajo;
 - b) Reparar los daños derivados de accidentes de trabajo y de enfermedades

- profesionales, incluyendo la rehabilitación del trabajador damnificado;
- c) Promover la recalificación y la recolocación de los trabajadores damnificados;
 - d) Promover la negociación colectiva laboral para la mejora de las medidas de prevención y de las prestaciones reparadoras.

Artículo 2º) Ámbito de aplicación.

- 1) Están obligatoriamente incluidos en el ámbito de la LRT:
 - a) Los funcionarios y empleados del sector público nacional, de las provincias y sus municipios y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires;
 - b) Los trabajadores en relación de dependencia del sector privado;
 - c) Las personas obligadas a prestar un servicio de carga pública.

- 2) El Poder Ejecutivo nacional podrá incluir en el ámbito de la LRT a:
 - a) Los trabajadores domésticos;
 - b) Los trabajadores autónomos;
 - c) Los trabajadores vinculados por relaciones no laborales; y
 - d) Los bomberos voluntarios.

Artículo 3º) Seguro obligatorio y auto seguro.

- 1) Esta LRT rige para todos aquellos que contraten a trabajadores incluidos en su ámbito de aplicación.
- 2) Los empleadores podrán auto asegurar los riesgos del trabajo definidos en esta ley, siempre y cuando acrediten con la periodicidad que fije la reglamentación:
 - a) Solvencia económico-financiera para afrontar las prestaciones de esta ley; y
 - b) Garanticen los servicios necesarios para otorgar las prestaciones de asistencia médica y las demás previstas en el artículo 20 de la presente ley.
- 3) Quienes no acrediten ambos extremos deberán asegurarse obligatoriamente en una "Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART)" de su libre elección.
- 4) El Estado nacional, las provincias y sus municipios y la Municipalidad de la

Ciudad de Buenos Aires podrán igualmente auto asegurarse.

CAPITULO II

DE LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS DEL TRABAJO

Artículo 4º) Obligaciones de las partes.

- 1) Los empleadores y los trabajadores comprendidos en el ámbito de la LRT, así como las ART están obligados a adoptar las medidas legalmente previstas para prevenir eficazmente los riesgos del trabajo. A tal fin y sin perjuicio de otras actuaciones establecidas legalmente, dichas partes deberán asumir compromisos concretos de cumplir con las normas sobre higiene y seguridad en el trabajo. Estos compromisos podrán adoptarse en forma unilateral, formar parte de la negociación colectiva, o incluirse dentro del contrato entre la ART y el empleador.
- 2) Los contratos entre la ART y los empleadores incorporarán un plan de Mejoramiento de las condiciones de higiene y seguridad, que indicará las medidas y modificaciones que los empleadores deban adoptar en cada uno de sus establecimientos para adecuarlos a la normativa vigente, fijándose en veinticuatro (24) meses el plazo máximo para su ejecución.
- 3) El Poder Ejecutivo nacional regulará las pautas y contenidos del Plan de Mejoramiento, así como el régimen de sanciones.
- 4) Mientras el empleador se encuentre ejecutando el Plan de Mejoramiento, no podrá ser sancionado por incumplimiento de las normas de higiene y seguridad en el trabajo.
- 5) La ART controlará la ejecución del Plan de Mejoramiento, y está obligada a denunciar los incumplimientos a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT).
- 6) Las discrepancias acerca de la ejecución del Plan de Mejoramiento serán resueltas por la SRT.

Artículo 5º) Recargo por incumplimientos.

- 1) Si el accidente de trabajo o la enfermedad profesional se hubiere producido como consecuencia de incumplimientos por parte del empleador de la

normativa de higiene y seguridad en el trabajo, este deberá pagar al Fondo de Garantía, instituido por el artículo 33 de la presente ley, una suma de dinero cuya cuantía se graduará en función de la gravedad del incumplimiento y cuyo tope máximo será de treinta mil pesos (\$ 30.000).

- 2) La SRT es el órgano encargado de constatar y determinar la gravedad de los incumplimientos, fijar el monto del recargo y gestionar el pago de la cantidad resultante.

CAPITULO III

CONTINGENCIAS Y SITUACIONES CUBIERTAS

Artículo 6°) Contingencias.

- 1) Se considera accidente de trabajo a todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre y cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo. El trabajador podrá declarar por escrito ante el empleador, y éste dentro de las setenta y dos (72) horas ante el asegurador, que el itinere se modifica por razones de estudio, concurrencia a otro empleo o atención de familiar directo enfermo y no conviviente, debiendo presentar el pertinente certificado a requerimiento del empleador dentro de los tres (3) días hábiles de requerido.
- 2) Se consideran enfermedades profesionales aquellas que se encuentran incluidas en el listado de enfermedades profesionales que elaborará y revisará el Poder Ejecutivo anualmente, conforme al procedimiento del artículo 40 apartado 3 de esta ley. El listado identificará agente de riesgo, cuadros clínicos y actividades, en capacidad de determinar por sí la enfermedad profesional.

Las enfermedades no incluidas en el listado como sus consecuencias en ningún caso serán consideradas resarcibles.

- 3) Están excluidos de esta ley:
 - a. Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales

causados por dolo del trabajador o por fuerza mayor extraña al trabajo;

- b. Las incapacidades del trabajador preexistentes a la iniciación de la relación laboral y acreditadas en el examen preocupacional efectuado según las pautas establecidas por la autoridad de aplicación.

Artículo 7°) Incapacidad Laboral Temporaria.

- 1) Existe situación de Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) cuando el daño sufrido por el trabajador le impida temporariamente la realización de sus tareas habituales.
- 2) La situación de Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) cesa por:
 - a. Alta médica;
 - b. Declaración de Incapacidad Laboral Permanente (ILP);
 - c. Transcurso de un año desde la primera manifestación invalidante;
 - d. Muerte del damnificado.

Artículo 8°) Incapacidad Laboral Permanente.

- 1) Existe situación de Incapacidad Laboral Permanente (ILP) cuando el daño sufrido por el trabajador le ocasione una disminución permanente de su capacidad laborativa.
- 2) La Incapacidad Laboral Permanente (ILP) será total, cuando la disminución de la capacidad laborativa permanente fuere igual o superior al 66%, y parcial, cuando fuere inferior a este porcentaje.
- 3) El grado de incapacidad laboral permanente, será determinado por las comisiones médicas de esta ley, en base a la tabla de evaluación de las incapacidades laborales, que elaborará el poder ejecutivo nacional y, ponderará entre otros factores, la edad del trabajador, el tipo de actividad y las posibilidades de reubicación laboral.
- 4) El Poder Ejecutivo nacional garantizará, en los supuestos que correspondiese, la aplicación de criterios homogéneos en la evaluación de las incapacidades dentro del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP) y de la LRT.

Artículo 9º) Carácter provisorio y definitivo de la ILP.

- 1) La situación de Incapacidad Laboral Permanente (ILP) que diese derecho al damnificado a percibir una prestación de pago mensual, tendrá carácter provisorio durante los 36 meses siguientes a su declaración. Este plazo podrá ser extendido por las comisiones médicas, por un máximo de 24 meses más, cuando no exista certeza acerca del carácter definitivo del porcentaje de disminución de la capacidad laborativa. En los casos de Incapacidad Laboral Permanente parcial el plazo de provisionalidad podrá ser reducido si existiera certeza acerca del carácter definitivo del porcentaje de disminución de la capacidad laborativa. Vencidos los plazos anteriores, la Incapacidad Laboral Permanente tendrá carácter definitivo.

- 2) La situación de Incapacidad Laboral Permanente (ILP) que diese derecho al damnificado a percibir una suma de pago único tendrá carácter definitivo a la fecha del cese del período de incapacidad temporaria.

Artículo 10º) Gran invalidez.

Existe situación de gran invalidez cuando el trabajador en situación de Incapacidad Laboral Permanente total necesite la asistencia continua de otra persona para realizar los actos elementales de su vida.

CAPITULO IV

PRESTACIONES DINERARIAS

Artículo 11º) Régimen legal de las prestaciones dinerarias.

- 1) Las prestaciones dinerarias de esta ley gozan de las franquicias y privilegios de los créditos por alimentos. Son, además, irrenunciables y no pueden ser cedidas ni enajenadas.
- 2) Las prestaciones dinerarias por Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) o permanente provisoria se ajustarán en función de la variación del AMPO definido en la ley 24.241, de acuerdo a la norma reglamentaria.
- 3) El Poder Ejecutivo nacional se encuentra facultado a mejorar las prestaciones dinerarias establecidas en la presente ley cuando las

condiciones económicas financieras generales del sistema así lo permitan.

Artículo 12º) Ingreso base.

- 1) A los efectos de determinar la cuantía de las prestaciones dinerarias se considera ingreso base la cantidad que resulte de dividir la suma total de las remuneraciones sujetas a cotización correspondientes a los doce meses anteriores a la primera manifestación invalidante o al tiempo de prestación de servicio si fuera menor a un año, por el número de días corridos comprendidos en el período considerado.
- 2) El valor mensual del ingreso base resulta de multiplicar la cantidad obtenida según el apartado anterior por 30,4.

Artículo 13º) Prestaciones por Incapacidad Laboral Temporaria.

- 1) A partir de la primera manifestación invalidante y mientras dure el período de Incapacidad Laboral Temporaria (ILT), el damnificado percibirá una prestación de pago mensual, de cuantía igual al valor mensual del ingreso base. La prestación dineraria correspondiente a los primeros diez días estará a cargo del empleador. Las prestaciones dinerarias siguientes estarán a cargo de la ART la que, en todo caso, asumirá las prestaciones en especie. El pago de la prestación dineraria deberá efectuarse en el plazo y en la forma establecida en la ley 20.744 (t.o. 1976) para el pago de las remuneraciones a los trabajadores.
- 2) El responsable del pago de la prestación dineraria retendrá los aportes y efectuará las contribuciones correspondientes al sistema de seguridad social, abonando asimismo las asignaciones familiares.
- 3) Durante el período de Incapacidad Laboral Temporaria, originada en accidentes de trabajo o en enfermedades profesionales, el trabajador no devengará remuneraciones de su empleador, sin perjuicio de lo dispuesto en el segundo párrafo del apartado 1 del presente artículo.

Artículo 14º) Prestaciones por Incapacidad Permanente Parcial (IPP).

- 1) Mientras dure la situación de provisionalidad de la Incapacidad Laboral Permanente Parcial (IPP), el damnificado percibirá una prestación de pago

mensual cuya cuantía será igual al 70% del valor mensual del ingreso base multiplicada por el porcentaje de incapacidad, además de las asignaciones familiares correspondientes.

- 2) Declarado el carácter definitivo de la Incapacidad Laboral Permanente Parcial (IPP), el damnificado percibirá las siguientes prestaciones:
 - a. Cuando el porcentaje de incapacidad sea igual o inferior al 20%, una indemnización de pago único, cuya cuantía será igual a 43 veces el valor mensual del ingreso base, multiplicado por el porcentaje de incapacidad y por un coeficiente que resultará de dividir el número 65 por la edad del damnificado a la fecha de la primera manifestación invalidante.
 - b. Esta suma en ningún caso será superior a la cantidad que resulte de multiplicar \$55.000 por el porcentaje de incapacidad; c) Cuando el porcentaje de incapacidad sea superior al 20% e inferior al 66%, una Renta Periódica -contratada en los términos de esta ley-, cuya cuantía será igual al 70% del valor mensual del ingreso base multiplicado por el porcentaje de incapacidad. Esta prestación está sujeta a las retenciones por aportes previsionales y del sistema nacional del seguro de salud.

Artículo 15º) Prestaciones por Incapacidad Permanente Total (IPT).

- 1) Mientras dure la situación de provisionalidad de la Incapacidad Laboral Permanente Total (IPT), el damnificado percibirá una prestación de pago mensual equivalente al 70% del valor mensual del ingreso base. Percibirá, además, las asignaciones familiares correspondientes. Durante este período, el damnificado no tendrá derecho a las prestaciones del sistema previsional.
- 2) Declarado el carácter definitivo de la Incapacidad Laboral Permanente Total (IPT), el damnificado recibirá las prestaciones que por retiro definitivo por invalidez establezca el régimen previsional al que estuviere afiliado. El damnificado percibirá, asimismo, en las condiciones que establezca la reglamentación, una prestación de pago mensual complementaria a la correspondiente al régimen previsional. Su monto se determinará

actuariamente en función del capital integrado por la ART. Este capital equivaldrá a 43 veces el valor mensual del ingreso base, multiplicado por un coeficiente que resultará de dividir el número 65 por la edad del damnificado a la fecha de la primera manifestación invalidante y no podrá ser superior a los \$55.000.

- 3) Cuando la Incapacidad Permanente Total no deviniere, en definitiva, la ART se hará cargo del capital de recomposición correspondiente, definido en la ley 24.241 (artículo 94) o, en su caso, abonará una suma equivalente al régimen previsional a que estuviese afiliado el damnificado.

Artículo 16º) Retorno al trabajo por parte del damnificado.

- 1) La percepción de prestaciones dinerarias por Incapacidad Laboral Permanente es compatible con el desempeño de actividades remuneradas.
- 2) El Poder Ejecutivo nacional podrá reducir los aportes y contribuciones al Sistema de Seguridad Social, correspondientes a supuestos de retorno al trabajo de trabajadores con Incapacidad Laboral Permanente.

Artículo 17º) Gran invalidez.

- 1) El damnificado declarado gran inválido percibirá las prestaciones correspondientes a los distintos supuestos de Incapacidad Laboral Permanente Total (IPT).
- 2) Adicionalmente, la ART abonará al damnificado una prestación de pago mensual equivalente a tres veces el valor del AMPO definido por la ley 24.241 (artículo 21), que se extinguirá a la muerte del damnificado.

Artículo 18º) Muerte del damnificado.

- 1) Los derechohabientes accederán a la pensión por fallecimiento prevista en el régimen previsional al que estuviera afiliado el damnificado y a la prestación de pago mensual complementaria prevista en el artículo 15 apartado 2.
- 2) Se consideran derechohabientes a los efectos de esta ley a las personas enumeradas en el artículo 53 de la ley 24.241, quienes concurrirán en el

orden de prelación y condiciones allí señaladas.

Artículo 19º) Contratación de la renta periódica.

- 1) A los efectos de esta ley se considera renta periódica la prestación dineraria, de pago mensual, contratada entre el beneficiario y una ART o una compañía de seguros de retiro, quienes, a partir de la celebración del contrato respectivo, serán las únicas responsables de su pago. El derecho a la renta periódica comienza en la fecha de la declaración del carácter definitivo de la incapacidad permanente parcial y se extingue con la muerte del beneficiario o en la fecha en que se encuentre en condiciones de acceder a la jubilación por cualquier causa. En el caso de las empresas que no se afilien a una ART, dicha prestación deberá ser contratada con una entidad de seguro de retiro a elección del beneficiario. Esta, a partir de la celebración del contrato respectivo, será la única responsable de su pago.
- 2) El Poder Ejecutivo nacional fijará la forma y la cuantía de la garantía del pago de la renta periódica en caso de quiebra o liquidación por insolvencia de las compañías de seguros de retiro.

CAPITULO V

PRESTACIONES EN ESPECIE

Artículo 20º)

- 1) Las ART otorgarán a los trabajadores que sufran algunas de las contingencias previstas en esta ley las siguientes prestaciones en especie:
 - a. Asistencia médica y farmacéutica;
 - b. Prótesis y ortopedia;
 - c. Rehabilitación;
 - d. Recalificación profesional; y
 - e. Servicio funerario.
- 2) Las ART podrán suspender las prestaciones dinerarias en caso de negativa injustificada del damnificado, determinada por las comisiones médicas, a percibir las prestaciones en especie de los incisos a), c) y d).
- 3) Las prestaciones a que se hace referencia en el apartado 1, incisos a), b), y c) del presente artículo, se otorgarán a los damnificados hasta su curación

completa o mientras subsistan los síntomas incapacitantes, de acuerdo a cómo lo determine la reglamentación.

CAPITULO VI

DETERMINACIÓN Y REVISIÓN DE LAS INCAPACIDADES

Artículo 21º) Comisiones médicas.

- 1) Las comisiones médicas y la Comisión Médica Central creadas por la ley 24.241 (artículo 51), serán las encargadas de determinar:
 - a. La naturaleza laboral del accidente o profesional de la enfermedad;
 - b. El carácter y grado de la incapacidad;
 - c. El contenido y alcances de las prestaciones en especie.
- 2) Estas comisiones podrán, asimismo, revisar el tipo, carácter y grado de la incapacidad, y -en las materias de su competencia- resolver cualquier discrepancia que pudiera surgir entre la ART y el damnificado o sus derechohabientes.
- 3) La reglamentación establecerá los procedimientos a observar por y ante las comisiones médicas, así como el régimen arancelario de las mismas. 4) En todos los casos el procedimiento será gratuito para el damnificado, incluyendo traslados y estudios complementarios.

Artículo 22º) Revisión de la incapacidad.

Hasta la declaración del carácter definitivo de la incapacidad y a solicitud del obligado al pago de las prestaciones o del damnificado, las comisiones médicas efectuarán nuevos exámenes para revisar el carácter y grado de la incapacidad anteriormente reconocidos.

CAPITULO VII

RÉGIMEN FINANCIERO

Artículo 23º) Cotización.

- 1) Las prestaciones previstas en esta Ley a cargo de las ART, se financiarán con una cuota mensual a cargo del empleador.
- 2) Para la determinación de la base imponible se aplicarán las reglas de la Ley

24.241 (artículo 9), incluyéndose todas las prestaciones que tengan carácter remuneratorio a los fines del SIJP.

- 3) La cuota debe ser declarada y abonada conjuntamente con los aportes y contribuciones que integran la CUSS. Su fiscalización, verificación y ejecución estará a cargo de la ART.

Artículo 24º) Régimen de alícuotas.

- 1) La Superintendencia de Seguros de la Nación en forma conjunta con la Superintendencia de Riesgos del Trabajo establecerán los indicadores que las ART habrán de tener en cuenta para diseñar el régimen de alícuotas. Estos indicadores reflejarán la siniestralidad presunta, la siniestralidad efectiva, y la permanencia del empleador en una misma ART.
- 2) Cada ART deberá fijar su régimen de alícuotas en función del cual será determinable, para cualquier establecimiento, el valor de la cuota mensual.
- 3) El régimen de alícuotas deberá ser aprobado por la Superintendencia de Seguros de la Nación.
- 4) Dentro del régimen de alícuotas, la cuota del artículo anterior será fijada por establecimiento.

Artículo 25º) Tratamiento impositivo.

- 1) Las cuotas de artículo 23 constituyen gasto deducible a los efectos del impuesto a las ganancias.
- 2) Los contratos de afiliación a una ART están exentos de todo impuesto o tributo nacional.
- 3) El contrato de renta periódica goza de las mismas exenciones impositivas que el contrato de renta vitalicia previsional.
- 4) Invítase a las provincias a adoptar idénticas exenciones que las previstas en el apartado anterior.
- 5) Las reservas obligatorias de la ART están exentas de impuestos.

CAPITULO VIII

GESTIÓN DE LAS PRESTACIONES

Artículo 26. - Aseguradoras de Riesgos del Trabajo

- 1) Con la salvedad de los supuestos del régimen del autoseguro, la gestión de las prestaciones y demás acciones previstas en la LRT estará a cargo de entidades de derecho privado, previamente autorizadas por la SRT, y por la Superintendencia de Seguros de la Nación, denominadas “Aseguradoras de Riesgos del Trabajo” (ART), que reúnan los requisitos de solvencia financiera, capacidad de gestión, y demás recaudos previstos en esta Ley, en la ley 20.091, y en sus reglamentos.
- 2) La autorización conferida a una ART será revocada:
 - a. Por las causas y procedimientos previstos en esta ley, en la ley 20.091, y en sus respectivos reglamentos;
 - b. Por omisión de otorgamiento íntegro y oportuno de las prestaciones de esta LRT;
 - c. Cuando se verifiquen deficiencias graves en el cumplimiento de su objeto, que no sean subsanadas en los plazos que establezca la reglamentación.
- 3) Las ART tendrán como único objeto el otorgamiento de las prestaciones que establece esta ley, en el ámbito que -de conformidad con la reglamentación- ellas mismas determinen.
- 4) Las ART podrán, además, contratar con sus afiliados:
 - a. El otorgamiento de las prestaciones dinerarias previstas en la legislación laboral para los casos de accidentes y enfermedades inculpables; y,
 - b. La cobertura de las exigencias financieras derivadas de los juicios por accidentes y enfermedades de trabajo con fundamento en leyes anteriores. Para estas dos operatorias la ART fijará libremente la prima, y llevará una gestión económica y financiera separada de la que corresponda al funcionamiento de la LRT. Ambas operatorias estarán sometidas a la normativa general en materia de seguros.
- 5) El capital mínimo necesario para la constitución de una ART será de tres millones de pesos (\$3.000.000) que deberá integrarse al momento de la constitución. El Poder Ejecutivo nacional podrá modificar el capital mínimo exigido, y establecer un mecanismo de movilidad del capital en función de los riesgos asumidos.
- 6) Los bienes destinados a respaldar las reservas de la ART no podrán ser

afectados a obligaciones distintas a las derivadas de esta ley, ni aún en caso de liquidación de la entidad. En este último caso, los bienes serán transferidos al Fondo de Reserva de la LRT.

- 7) Las ART deberán disponer, con carácter de servicio propio o contratado, de la infraestructura necesaria para proveer adecuadamente las prestaciones en especie previstas en esta ley. La contratación de estas prestaciones podrá realizarse con las obras sociales.

Artículo 27º) Afiliación.

- 1) Los empleadores no incluidos en el régimen de autoseguro deberán afiliarse obligatoriamente a la ART que libremente elijan, y declarar las altas y bajas que se produzcan en su plantel de trabajadores.
- 2) La ART no podrá rechazar la afiliación de ningún empleador incluido en su ámbito de actuación.
- 3) La afiliación se celebrará en un contrato cuya forma, contenido, y plazo de vigencia determinará la SRT.
- 4) La renovación del contrato será automática, aplicándose el Régimen de Alícuotas vigente a la fecha de la renovación.
- 5) La rescisión del contrato de afiliación estará supeditada a la firma de un nuevo contrato por parte del empleador con otra ART o a su incorporación en el régimen de autoseguro.

Artículo 28º) Responsabilidad por omisiones.

- 1) Si el empleador no incluido en el régimen de autoseguro omitiera afiliarse a una ART, responderá directamente ante los beneficiarios por las prestaciones previstas en esta ley.
- 2) Si el empleador omitiera declarar su obligación de pago o la contratación de un trabajador, la ART otorgará las prestaciones, y podrá repetir del empleador el costo de estas.
- 3) En el caso de los apartados anteriores el empleador deberá depositar las cuotas omitidas en la cuenta del Fondo de Garantía de la LRT. 4) Si el empleador omitiera -total o parcialmente- el pago de las cuotas a su cargo,

la ART otorgará las prestaciones, y podrá ejecutar contra el empleador las cotizaciones adeudadas.

Artículo 29º) Insuficiencia patrimonial.

Declarada judicialmente la insuficiencia patrimonial del empleador no asegurado, o en su caso autoasegurado, para asumir las obligaciones a su cargo, las prestaciones serán financiadas por la SRT con cargo al Fondo de Garantía de la LRT.

La insuficiencia patrimonial del empleador será probada a través del procedimiento sumarísimo previsto para las acciones meramente declarativas conforme se encuentre regulado en las distintas jurisdicciones donde la misma deba acreditarse.

Artículo 30º) Autoseguro.

Quienes hubiesen optado por el régimen de autoseguro deberán cumplir con las obligaciones que esta ley pone a cargo del empleador y a cargo de las ART, con la excepción de la afiliación, el aporte al Fondo de Reserva de la LRT y toda otra obligación incompatible con dicho régimen.

CAPITULO IX

DERECHOS, DEBERES Y PROHIBICIONES

Artículo 31º) Derechos, deberes y prohibiciones.

- 1) Las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo:
 - a. Denunciarán ante la SRT los incumplimientos de sus afiliados de las normas de higiene y seguridad en el trabajo, incluido el Plan de Mejoramiento;
 - b. Tendrán acceso a la información necesaria para cumplir con las prestaciones de la LRT;
 - c. Promoverán la prevención, informando a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo acerca de los planes y programas exigidos a las empresas;
 - d. Mantendrán un registro de siniestralidad por establecimiento;
 - e. Informarán a los interesados acerca de la composición de la entidad,

de sus balances, de su régimen de alícuotas, y demás elementos que determine la reglamentación;

- f. No podrán fijar cuotas en violación a las normas de la LRT, ni destinar recursos a objetos distintos de los previstos por esta ley; g) No podrán realizar exámenes psicofísicos a los trabajadores, con carácter previo a la celebración de un contrato de afiliación.

2) Los empleadores:

- a. Recibirán información de la ART respecto del régimen de alícuotas y de las prestaciones, así como asesoramiento en materia de prevención de riesgos;
- b. Notificarán a los trabajadores acerca de la identidad de la ART a la que se encuentren afiliados;
- c. Denunciarán a la ART y a la SRT los accidentes y enfermedades profesionales que se produzcan en sus establecimientos;
- d. Cumplirán con las normas de higiene y seguridad, incluido el plan de mejoramiento;
- e. Mantendrán un registro de siniestralidad por establecimiento.

3) Los trabajadores:

- a. Recibirán de su empleador información y capacitación en materia de prevención de riesgos del trabajo, debiendo participar en las acciones preventivas;
- b. Cumplirán con las normas de higiene y seguridad, incluido el plan de mejoramiento, así como con las medidas de recalificación profesional;
- c. Informarán al empleador los hechos que conozcan relacionados con los riesgos del trabajo;
- d. Se someterán a los exámenes médicos y a los tratamientos de rehabilitación;
- e. Denunciarán ante el empleador los accidentes y enfermedades profesionales que sufran.

Artículo 32º) Sanciones.

- 1) El incumplimiento por parte de los empleadores autoasegurados, de las ART y de compañías de seguros de retiro de las obligaciones a su cargo,

- será sancionado con una multa de 20 a 2.000 AMPOs (Aporte Medio Previsional Obligatorio), si no resultare un delito más severamente penado.
- 2) El incumplimiento de los empleadores autoasegurados, de las ART y de las compañías de seguros de retiro de las prestaciones establecidas en el artículo 20, apartado 1 inciso a), (Asistencia médica y farmacéutica), será reprimido con la pena prevista en el artículo 106 del Código Penal.
 - 3) Si el incumplimiento consistiera en la omisión de abonar las cuotas o declarar su pago, el empleador será sancionado con prisión de seis meses a cuatro años.
 - 4) El incumplimiento del empleador autoasegurado, de las ART y de las compañías de seguros de retiro de las prestaciones dinerarias a su cargo, o de los aportes a los fondos creados por esta ley será sancionado con prisión de dos a seis años.
 - 5) Cuando se trate de personas jurídicas la pena de prisión se aplicará a los directores, gerentes, síndicos, miembros del consejo de vigilancia, administradores, mandatarios o representantes que hubiesen intervenido en el hecho punible.
 - 6) Los delitos tipificados en los apartados 3 y 4 del presente artículo se configurarán cuando el obligado no diese cumplimiento a los deberes aludidos dentro de los quince días corridos de intimado a ello en su domicilio legal.
 - 7) Será competente para entender en los delitos previstos en los apartados 3 y 4 del presente artículo la justicia federal.

CAPITULO X

FONDO DE GARANTÍA DE LA LRT

Artículo 33º) Creación y recursos

- 1) Créase el Fondo de Garantía de la LRT con cuyos recursos se abonarán las prestaciones en caso de insuficiencia patrimonial del empleador, judicialmente declarada.
- 2) Para que opere la garantía del apartado anterior, los beneficiarios o la ART en su caso, deberán realizar las gestiones indispensables para ejecutar la

sentencia y solicitar la declaración de insuficiencia patrimonial en los plazos que fije la reglamentación.

- 3) El Fondo de Garantía de la LRT será administrado por la SRT y contará con los siguientes recursos:
 - a. Los previstos en esta ley, incluido el importe de las multas por incumplimiento de las normas sobre daños del trabajo y de las normas de higiene y seguridad;
 - b. Una contribución a cargo de los empleadores privados autoasegurados, a fijar por el Poder Ejecutivo nacional, no inferior al aporte equivalente al previsto en el artículo 34.2;
 - c. Las cantidades recuperadas por la SRT de los empleadores en situación de insuficiencia patrimonial; d) Las rentas producidas por los recursos del Fondo de Garantía de la LRT, y las sumas que le transfiera la SRT; e) Donaciones y legados.
- 4) Los excedentes del fondo, así como también las donaciones y legados al mismo, tendrán como destino único apoyar las investigaciones, actividades de capacitación, publicaciones y campañas publicitarias que tengan como fin disminuir los impactos desfavorables en la salud de los trabajadores. Estos fondos serán administrados y utilizados en las condiciones que prevea la reglamentación.

CAPITULO XI

FONDO DE RESERVA DE LA LRT

Artículo 34º) Creación y recursos.

- 1) Créase el Fondo de Reserva de la LRT con cuyos recursos se abonarán o contratarán las prestaciones a cargo de la ART que éstas dejarán de abonar como consecuencia de su liquidación.
- 2) Este fondo será administrado por la Superintendencia de Seguros de la Nación, y se formará con los recursos previstos en esta ley, y con un aporte a cargo las ART cuyo monto será anualmente fijado por el Poder Ejecutivo nacional.

CAPITULO XII

ENTES DE REGULACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA LRT

Artículo 35º) Creación.

Créase la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), como entidad autárquica en jurisdicción del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de la Nación. La SRT absorberá las funciones y atribuciones que actualmente desempeña la Dirección Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo.

Artículo 36º) Funciones.

- 1)** La SRT tendrá las funciones que esta ley le asigna y, en especial, las siguientes:
 - a.** Controlar el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad en el trabajo pudiendo dictar las disposiciones complementarias que resulten de delegaciones de esta ley o de los Decretos reglamentarios;
 - b.** Supervisar y fiscalizar el funcionamiento de las ART;
 - c.** Imponer las sanciones previstas en esta ley;
 - d.** Requerir la información necesaria para el cumplimiento de sus competencias, pudiendo peticionar órdenes de allanamiento y el auxilio de la fuerza pública;
 - e.** Dictar su reglamento interno, administrar su patrimonio, gestionar el Fondo de Garantía, determinar su estructura organizativa y su régimen interno de gestión de recursos humanos;
 - f.** Mantener el Registro Nacional de Incapacidades Laborales en el cual se registrarán los datos identificatorios del damnificado y su empresa, época del infortunio, prestaciones abonadas, incapacidades reclamadas, y, además, deberá elaborar índices de siniestralidad;
 - g.** Supervisar y fiscalizar a las empresas auto aseguradas y el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad del trabajo en ellas.
- 2)** La Superintendencia de Seguros de la Nación tendrá las funciones que le confieren esta ley, la ley 20.091, y sus reglamentos.

Artículo 37º) Financiamiento.

- 1) Los gastos de funcionamiento de los entes de supervisión se atenderán con la tasa prevista en la ley 20.091 (artículo 81), aplicada sobre las cuotas mensuales que el empleador paga a las ART.
- 2) Facúltase al Poder Ejecutivo nacional a reasignar las partidas presupuestarias correspondientes con el fin de proveer a la SRT del equipamiento y presupuesto necesario para el presente ejercicio.

Artículo 38º) Autoridades y régimen de personal.

- 1) Un superintendente, designado por el Poder Ejecutivo nacional previo proceso de selección, será la máxima autoridad de la SRT.
- 2) La remuneración del superintendente y de los funcionarios superiores del organismo serán fijadas por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de la Nación.
- 3) Las relaciones del personal con la SRT se regirán por la legislación laboral.

CAPITULO XIII

RESPONSABILIDAD CIVIL DEL EMPLEADOR

Artículo 39º) Responsabilidad civil.

- 1) Las prestaciones de esta ley eximen a los empleadores de toda responsabilidad civil, frente a sus trabajadores y a los derechohabientes de éstos, con la sola excepción de la derivada del artículo 1072 del Código Civil.
- 2) En este caso, el damnificado o sus derechohabientes podrá reclamar la reparación de los daños y perjuicios, de acuerdo a las normas del Código Civil.
- 3) Sin perjuicio de la acción civil del párrafo anterior el damnificado tendrá derecho a las prestaciones de esta ley a cargo de las ART o de los autoasegurados.
- 4) Si alguna de las contingencias previstas en el artículo 6º de esta ley

hubieran sido causadas por un tercero, el damnificado o sus derechohabientes podrán reclamar del responsable la reparación de los daños y perjuicios que pudieren corresponderle de acuerdo con las normas del Código Civil, de las que se deducirá el valor de las prestaciones que haya percibido o deba recibir de la ART o del empleador autoasegurado.

- 5) En los supuestos de los apartados anteriores, la ART o el empleador autoasegurado, según corresponda, están obligados a otorgar al damnificado o a sus derechohabientes la totalidad de las prestaciones prescriptas en esta ley, pero podrán repetir del responsable del daño causado el valor de las que hubieran abonado, otorgado o contratado.

CAPITULO XIV

ÓRGANO TRIPARTITO DE PARTICIPACIÓN

Artículo 40º) Comité Consultivo Permanente.

- 1) Créase el Comité Consultivo Permanente de la LRT, integrado por cuatro representantes del Gobierno, cuatro representantes de la CGT, cuatro representantes de las organizaciones de empleadores, dos de los cuales serán designados por el sector de la pequeña y mediana empresa, y presidido por el Ministro de Trabajo y Seguridad Social de la Nación.
 - a. El Comité aprobará por consenso su reglamento interno, y podrá proponer modificaciones a la normativa sobre riesgos del trabajo y al régimen de higiene y seguridad en el trabajo.
- 2) Este Comité tendrá funciones consultivas en las siguientes materias:
 - a. reglamentación de la ley;
 - b. Listado de enfermedades profesionales;
 - c. Tabla de evaluación de las incapacidades laborales;
 - d. Determinación del alcance de las prestaciones en especie;
 - e. Acciones de prevención de los riesgos del trabajo;
 - f. Indicadores determinantes de la solvencia económica financiera de las empresas que pretendan autoasegurarse;
 - g. Definición del cronograma de etapas de las prestaciones dinerarias;
 - h. determinación de las pautas y contenidos del plan de mejoramiento.

- 3) En las materias indicadas, la autoridad de aplicación deberá consultar al comité con carácter previo a la adopción de las medidas correspondientes.

Los dictámenes del comité en relación con los incisos b), c) d) y f) del punto anterior, tendrán carácter vinculante.

En caso de no alcanzar unanimidad, la materia en consulta será sometida al arbitraje del Presidente del Comité Consultivo Permanente de la LRT previsto en el inciso 1, quien laudará entre las propuestas elevadas por los sectores representados.

El listado de enfermedades profesionales deberá confeccionarse teniendo en cuenta la causa directa de la enfermedad con las tareas cumplidas por el trabajador y por las condiciones medio ambientales de trabajo.

CAPITULO XV

NORMAS GENERALES Y COMPLEMENTARIAS

Artículo 41º) Normas aplicables.

- 1) En las materias no reguladas expresamente por esta ley, y en cuanto resulte compatible con la misma, será de aplicación supletoria la ley 20.091.
- 2) No es aplicable al régimen de esta ley, el artículo 188 de la ley 24.241.

Artículo 42º) Negociación colectiva.

La negociación colectiva laboral podrá:

- a) Crear Aseguradoras de Riesgos de Trabajo sin fines de lucro, preservando el principio de libre afiliación de los empleadores comprendidos en el ámbito del Convenio Colectivo de Trabajo;
- b) Definir medidas de prevención de los riesgos derivados del trabajo y de mejoramiento de las condiciones de trabajo.

Artículo 43º) Denuncia.

- a) El derecho a recibir las prestaciones de esta ley comienza a partir de la denuncia de los hechos causantes de daños derivados del trabajo.

- b) La reglamentación determinará los requisitos de esta denuncia.

Artículo 44º) Prescripción.

- a) Las acciones derivadas de esta ley prescriben a los dos años a contar de la fecha en que la prestación debió ser abonada o prestada y, en todo caso, a los dos años desde el cese de la relación laboral.
- b) Prescriben a los 10 (diez) años a contar desde la fecha en que debió efectuarse el pago, las acciones de los entes gestores y de los de la regulación y supervisión de esta ley, para reclamar el pago de sus acreencias.

Artículo 45º) Situaciones especiales.

Encomiéndase al Poder Ejecutivo de la Nación el dictado de normas complementarias en materia de:

- a. Pluriempleo;
- b. Relaciones laborales de duración determinada y a tiempo parcial;
- c. Sucesión de siniestros; y
- d. Trabajador jubilado o con jubilación postergada.

Esta facultad está restringida al dictado de normas complementarias que hagan a la aplicación y cumplimiento de la presente ley.

Artículo 46º) Competencia judicial.

- 1) Las resoluciones de las comisiones médicas provinciales serán recurribles y se sustanciarán ante el juez federal con competencia en cada provincia ante el cual en su caso se formulará la correspondiente expresión de agravios, o ante la Comisión Médica Central a opción de cada trabajador. La comisión Médica Central sustanciará los recursos por el procedimiento que establezca la reglamentación. Las resoluciones que dicte el juez federal con competencia en cada provincia y las que dicte la Comisión Médica Central serán recurribles ante la Cámara Federal de la Seguridad Social. Todas las medidas de prueba, producidas en cualquier instancia, tramitarán en la jurisdicción y competencia donde tenga domicilio el

trabajador y serán gratuitas para éste.

- 2) Para la acción derivada del artículo 1072 del Código Civil en la Capital Federal será competente la justicia civil. Invítase a las provincias para que determinen la competencia en esta materia según el criterio establecido precedentemente.
- 3) El cobro de cuotas, recargos e intereses adeudados a las ART, así como las multas, contribuciones a cargo de los empleadores privados autoasegurados y aportes de las ART, se harán efectivos por la vía del apremio regulado en los códigos procesales civiles y comerciales de cada jurisdicción, sirviendo de suficiente título ejecutivo el certificado de deuda expedido por la ART o por la SRT.

En la Capital Federal se podrá optar por la justicia nacional con competencia en lo laboral o por los juzgados con competencia en lo civil o comercial. En las provincias serán los tribunales con competencia civil o comercial.

Artículo 47º) Concurrencia

- 1) Las prestaciones serán abonadas, otorgadas o contratadas a favor del damnificado o sus derechohabientes, según el caso, por la ART a la que se hayan efectuado o debido efectuarse las cotizaciones a la fecha de la primera manifestación invalidante. Cuando la contingencia se hubiera originado en un proceso desarrollado a través del tiempo y en circunstancias tales que se demostrara que hubo cotización o hubiera debido haber cotización a diferentes ART; la ART obligada al pago según el párrafo anterior podrá repetir de las restantes los costos de las prestaciones abonadas u otorgadas a los pagos efectuados, en la proporción en la que cada una de ellas sea responsable conforme al tiempo e intensidad de exposición al riesgo. Las discrepancias que se originen en torno al origen de la contingencia y las que pudieran plantearse en la aplicación de los párrafos anteriores, deberán ser sometidas a la SRT.
- 2) Cuando la primera manifestación invalidante se produzca en circunstancias en que no exista ni deba existir cotización a una ART las prestaciones serán otorgadas, abonadas, o contratadas por la última ART a la que se hayan efectuado o debido efectuarse las cotizaciones y en su caso serán de aplicación las reglas del apartado anterior.

Artículo 48º) Fondos de garantía y de reserva.

- a) Los fondos de garantía y de reserva se financiarán exclusivamente con los recursos previstos por la presente ley. Dichos recursos son inembargables frente a beneficiarios y terceros.
- b) Dichos fondos no formarán parte del presupuesto general de la administración nacional.

Artículo 49º) Disposiciones adicionales y finales.

DISPOSICIONES ADICIONALES

PRIMERA: Modificación de la ley 20.744 Sustitúyese el artículo 75 de la ley 20.744 por el siguiente texto:

- a) El empleador está obligado a observar las normas legales sobre higiene y seguridad en el trabajo, y a hacer observar las pausas y limitaciones a la duración del trabajo establecidas en el ordenamiento legal.
- b) Los daños que sufra el trabajador como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones del apartado anterior, se regirán por las normas que regulan la reparación de los daños provocados por accidentes en el trabajo y enfermedades profesionales, dando lugar únicamente a las prestaciones en ellas establecidas.

SEGUNDA: Modificaciones a la ley 24.241 Sustitúyese el artículo 177 de la ley 24.241 por el siguiente texto: El seguro del artículo anterior sólo podrá ser celebrado por las entidades aseguradoras que limiten en forma exclusiva su objeto a esta cobertura y a las prestaciones de pago periódico previstas en la Ley sobre Riesgos del Trabajo. Tales entidades podrán operar en otros seguros de personas, que resulten complementarios de las coberturas de seguros de retiro, deberán estar autorizadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación, y su razón social deberá contener la expresión "seguros de retiro".

TERCERA: Modificaciones a la ley 24.028 Reemplázase el primer párrafo del artículo 15 de la ley 24.028 por el siguiente: El trabajador que sufra un daño psicofísico por el hecho o en ocasión del trabajo durante el tiempo que estuviese a disposición del empleador, deberá -previo al inicio de cualquier acción judicial- denunciarlo, a fin de iniciar el procedimiento administrativo obligatorio de

conciliación, ante la autoridad administrativa del trabajo. Los jueces no darán traslado de las demandas que no acrediten el cumplimiento de esta obligación.

CUARTA: Compañías de seguros.

- 1) Las aseguradoras que a la fecha de promulgación de esta ley se encuentren operando en la rama de accidentes de trabajo podrán:
 - a) Gestionar las prestaciones y demás acciones previstas en la LRT, siendo sujeto, exclusivamente en lo referente a los riesgos del trabajo, de idénticos derechos y obligaciones que las ART, a excepción de la posibilidad de contratar con un beneficiario una renta periódica, de la obligación de tener objeto único y las exigencias de capitales mínimos. En este último caso, serán de aplicación las normas que rigen la actividad aseguradora general. Recibirán además igual tratamiento impositivo que las ART. Los bienes que respalden las reservas derivadas de esta operatoria estarán sujetos al régimen de esta LRT, deberán ser registrados y expresados separadamente de los correspondientes al resto de sus actividades, y no podrán ser afectados al respaldo de otros compromisos.

En caso de liquidación, estos bienes serán transferidos al fondo de Reserva de la LRT y no podrán ser afectados por créditos o acciones originados en otras operatorias.

- b) Convenir con una ART la transferencia de la totalidad de los siniestros pendientes como consecuencia de esa operatoria, a la fecha que determine la Superintendencia de Seguros de la Nación debiendo, en tal caso ceder igualmente los activos que respalden la totalidad de dichos pasivos.

QUINTA: Contingencias anteriores.

- a) Las contingencias que sean puestas en conocimiento del empleador con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley darán derecho únicamente a las prestaciones de la LRT, aun cuando la contingencia fuera anterior, y siempre que no hubiere prescrito el derecho conforme a las normas de esta ley.
- b) En este supuesto el otorgamiento de las prestaciones estará a cargo de la ART a la que el empleador se encuentre afiliado, a menos que hubiere

optado por el régimen de autoseguro o que la relación laboral con el damnificado se hubiere extinguido con anterioridad a la afiliación del empleador a la ART.

DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA: Esta LRT entrará en vigencia una vez que el comité consultivo permanente apruebe por consenso el listado de enfermedades profesionales y la tabla de evaluación de incapacidades. Tal aprobación deberá producirse dentro de los 180 días desde la promulgación de esta ley. Hasta tanto el comité consultivo permanente se expida, el Poder Ejecutivo nacional se encuentra facultado por única vez y con carácter provisorio a dictar una lista de enfermedades y la tabla de evaluación de incapacidades.

SEGUNDA:

- a) El régimen de prestaciones dinerarias previsto en esta ley entrará en vigencia en forma progresiva. Para ello se definirá un cronograma integrado por varias etapas previendo alcanzar el régimen definitivo dentro de los tres años siguientes a partir de la vigencia de esta ley.
- b) El paso de una etapa a la siguiente estará condicionado a que la cuota promedio a cargo de los empleadores asegurados permanezca por debajo del 3% de la nómina salarial. En caso que este supuesto no se verifique se suspenderá transitoriamente la aplicación del cronograma hasta tanto existan evidencias de que el tránsito entre una etapa a otra no implique superar dicha meta de costos.
- c) Durante la primera etapa el régimen de prestaciones dinerarias correspondiente a la incapacidad permanente parcial será el siguiente:

Para el caso en que el porcentaje de incapacidad permanente fuera igual o superior al 50% e inferior al 66% y mientras dure la situación de provisionalidad, el damnificado percibirá una prestación de pago mensual cuya cuantía será igual al porcentaje de incapacidad multiplicado por el 55% del valor mensual del ingreso base, con más las asignaciones familiares correspondientes. Una vez finalizada la etapa de provisionalidad se abonará una renta periódica cuyo monto será igual al porcentaje de incapacidad multiplicado por el 55% del valor mensual del ingreso

base, con más las asignaciones familiares correspondientes. En ningún caso el valor actual esperado de la renta periódica en esta primera etapa podrá ser superior a \$ 55.000. Este límite se elevará automáticamente a \$ 110.000, cuando el Comité Consultivo Permanente resuelva el paso de la primera etapa a la siguiente.

En el caso de que el porcentaje de incapacidad sea inferior al 50% se abonará una indemnización de pago único cuya cuantía será igual a 43 veces el valor mensual del ingreso base multiplicado por el porcentaje de incapacidad y por el coeficiente que resultará de dividir el número 65 por la edad del damnificado a la fecha de la primera manifestación invalidante. Esa suma en ningún caso será superior a la cantidad que resulte de multiplicar 55.000 por el porcentaje de incapacidad.

TERCERA:

- a) La LRT no será de aplicación a las acciones judiciales iniciadas con anterioridad a su vigencia salvo lo dispuesto en el apartado siguiente.
- b) Las disposiciones adicionales primera y tercera entrarán en vigencia en la fecha de promulgación de la presente ley.
- c) A partir de la vigencia de la presente ley, deróganse la ley 24.028, sus normas complementarias y reglamentarias y toda otra norma que se oponga a la presente.

Artículo 50º) Sustitúyese el artículo 51 de la ley 24.241 por el siguiente:

Artículo 51º) Las comisiones médicas y la Comisión Médica Central estarán integradas por cinco (5) médicos que serán designados: tres (3) por la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones y dos (2) por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, los que serán seleccionados por concurso público de oposición y antecedentes. Contarán con la colaboración de personal profesional, técnico y administrativo. Los gastos que demande el funcionamiento de las comisiones serán financiados por las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones y las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, en el porcentaje que fije la reglamentación.

Como mínimo funcionará una comisión médica en cada provincia y otra en la ciudad de Buenos Aires.

Artículo 51º) Comuníquese al Poder Ejecutivo.

ALBERTO R. PIERRI

CARLOS F- RUCKAUF

Esther H. Pereyra Arandía de Pérez Pardo

Edgardo Piuzzi.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS TRECE DÍAS DEL MES DE SETIEMBRE DEL AÑO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO.

Reglamentación de la Ley N° 24.557.

RIESGOS DEL TRABAJO

Decreto 334/96

Bs. As., 1/4/96

Ver Antecedentes Normativos

VISTO la Ley N° 24.557, el Decreto N° 170 de fecha 21 de febrero de 1996, y

CONSIDERANDO:

Que la Ley que se reglamenta otorga al empleador la alternativa de autoasegurar los riesgos del trabajo cuando acredite los requisitos que la Ley establece, o de escoger la afiliación a una Aseguradora trasladando la responsabilidad a aquella. En este sentido, la Ley que se reglamenta pone exclusivamente en cabeza de la Aseguradora o del empleador autoasegurado la obligación de otorgar las prestaciones, en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Que contrariamente el empleador que se mantenga fuera del sistema incurre en una violación a las disposiciones expresas de la Ley y asume por lo tanto la responsabilidad atribuida a las Aseguradoras y las consecuencias previstas legalmente por su incumplimiento.

Que la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO como autoridad de aplicación debe contar con instrumentos que le permitan controlar las afiliaciones.

Que también corresponde fijar el momento a partir del cual se ajustarán las prestaciones dinerarias cuando se produzca una variación del APOORTE MEDIO PREVISIONAL OBLIGATORIO (AMPO).

Que se debe determinar la forma de efectuar el cálculo del ingreso base atendiendo a las diferentes situaciones que pueden plantearse en la relación laboral, como así también en los casos de personas obligadas a prestar un servicio de carga pública.

Que es necesario establecer el mecanismo de financiamiento del pago de las asignaciones familiares, así como también aclarar los procedimientos para acceder a los derechos a que es acreedor el beneficiario de la renta periódica por los aportes que efectúa con destino a la Seguridad Social y al SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD.

Que le corresponde al PODER EJECUTIVO NACIONAL establecer las condiciones en que será abonada la prestación de pago mensual complementaria a la correspondiente al régimen previsional.

Que, en consecuencia, se establece que la misma adoptará diferentes modalidades, según cual sea el régimen previsional al que se encuentre afiliado el damnificado, como así también según la modalidad de retiro definitivo por invalidez por la que opte el beneficiario.

Que son derechohabientes a los fines de la Ley que se reglamenta únicamente los que establece la Ley N° 24.241.

Que la contratación de la renta periódica puede efectuarse ante la Aseguradora de Riesgos del Trabajo que otorga las prestaciones o ante una Compañía de

Seguros de Retiro, debiendo establecerse las modalidades que adoptará dicha contratación en los diversos supuestos previstos legalmente.

Que las prestaciones de la Ley N° 24.557 se financian con UNA (1) cuota a cargo de los empleadores afiliados, por lo cual corresponde indicar la modalidad, plazo y condiciones para declarar e ingresar la cuota según resulten, o no, obligados con el SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS).

Que resulta procedente determinar el alcance de la exención impositiva que la Ley establece con relación a los contratos de afiliación.

Que el sistema de prevención y reparación de infortunios laborales que se implementa a partir de la vigencia de la Ley, congruentemente con el proceso de modernización de las normas que regulan el mundo del trabajo, es parte del Sistema de Seguridad Social, por lo cual resulta procedente determinar la exención impositiva y tributaria a la actividad.

Que consecuentemente con lo formulado en el párrafo precedente corresponde fijar el alcance de las exenciones determinadas en la Ley atendiendo a los mismos principios.

Que el otorgamiento de las prestaciones no se limita a las situaciones previstas por la Ley ocurridas en el ámbito territorial que determinen las Aseguradoras a los efectos de la afiliación de los empleadores, sino que deben brindarse cualquiera fuera el lugar de ocurrencia del infortunio, siguiendo al trabajador en la prestación del servicio.

Que, asimismo, resulta necesario establecer pautas genéricas para que las Aseguradoras determinen el ámbito de actuación a los fines de la afiliación, delegando a su vez a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO facultades para precisarlas, a fin de dotar de mayor dinamismo y flexibilidad al sistema en el futuro.

Que el artículo 26, apartado 5. de la Ley que se reglamenta, faculta al PODER EJECUTIVO NACIONAL a establecer un mecanismo de movilidad del capital mínimo de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, resultando equitativo

asegurar igualdad de tratamiento para todas las Aseguradoras que tengan a su cargo la gestión del sistema y demás acciones que prevé esta Ley.

Que los bienes destinados a respaldar las reservas de las Aseguradoras no pueden ser afectados a obligaciones distintas a las derivadas de la Ley y en consecuencia deben instrumentarse los mecanismos que permitan el logro de tales fines en tiempo oportuno.

Que coherentemente con lo dispuesto por el artículo 26, apartado 3. y su reglamentación y en virtud de las innumerables situaciones que pueden presentarse, corresponde facultar a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO para que establezca las pautas que definan la inclusión de un empleador en el ámbito territorial de una Aseguradora. De esta manera se afianza la vigencia del principio de no rechazo de afiliación de ningún empleador por parte de las Aseguradoras, al que alude el artículo 27.

Que el derecho de rescisión del contrato de afiliación del empleador asegurado debe hacerse efectivo de un modo racional, evitando prácticas abusivas que desvirtúen su finalidad, por lo cual se establecen pautas mínimas a las cuales deben sujetarse los empleadores para ejercer este derecho.

Que los trabajadores y su representación gremial se encuentran facultados para verificar el cumplimiento de las obligaciones impuestas a los empleadores no incluidos dentro del régimen de autoseguro, por cuanto la Ley N° 23.449 reconoce a los trabajadores el derecho a la protección que le otorgan las leyes de Seguridad Social dentro de las cuales se inscribe la Ley que se reglamenta.

Que la definición de cuotas omitidas, conforme al artículo 28, apartado 3. se impone a fin de determinar el monto de las cuotas a ingresar al Fondo de Garantía.

Que las Aseguradoras deben otorgar las prestaciones por las contingencias ocurridas durante la vigencia del contrato después de finalizado el mismo, aún en caso de omitir el empleador su obligación de pago.

Que la omisión del pago de cuotas a la Aseguradora por parte del empleador asegurado puede importar un abuso de derecho que atenta contra el sistema, resultando razonable por ello permitir la extinción del contrato por esta causa. Esto

no implica desproteger al trabajador por cuanto durante DOS (2) meses la Aseguradora deberá atender los infortunios ocurridos aún después de la ruptura del contrato por falta de pago, sin perjuicio de las acciones que le otorga la Ley al trabajador contra el empleador no asegurado, o contra el Fondo de Garantía en los casos de insuficiencia patrimonial.

Que en caso de insuficiencia patrimonial del empleador no asegurado o autoasegurado el trabajador se encuentra facultado a gestionar las prestaciones ante el Fondo de Garantía, por lo cual es necesario establecer los requisitos y demás recaudos que deben cumplirse a fin de que pueda hacer efectivo ese derecho.

Que es conveniente facultar al organismo encargado de la gestión del Fondo de Garantía, para que determine el alcance de las prestaciones a pagar, a fin de optimizar los recursos y brindar adecuada cobertura a los trabajadores que demanden el pago a través de dicho fondo.

Que la Ley N° 23.771 sanciona a aquellos que mediante maniobras fraudulentas omitan realizar sus aportes con destino a fondos especiales.

Que el Fondo de Reserva se constituye para responder por las prestaciones establecidas en la Ley, excluyendo las demás prestaciones que las partes puedan acordar conforme al artículo 26, apartado 4. de la Ley que se reglamenta.

Que corresponde determinar el monto del aporte a cargo de las Aseguradoras, con el cual se financiará dicho fondo.

Que es imprescindible fijar límites a las inversiones posibles que el organismo administrador del Fondo de Reserva puede efectuar con el mismo a fin de conservar la salud del sistema.

Que resulta indispensable fijar el esquema de multas a aplicar por los incumplimientos en que incurran los empleadores en materia de Higiene y Seguridad en el Trabajo.

Que la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO absorbe las funciones de la ex-Dirección Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo, y es, por atribución específica de la LEY SOBRE RIESGOS DEL TRABAJO, la

encargada de controlar el cumplimiento de la normativa de Higiene y Seguridad en el Trabajo, razón por la cual resulta el organismo indicado para fijar dicho esquema de multas.

Que las Compañías de Seguro se encuentran habilitadas a otorgar las prestaciones de la Ley que se reglamenta.

Que la LEY SOBRE RIESGOS DEL TRABAJO implica un nuevo marco de funcionamiento de las Aseguradoras que deberán emprender importantes conductas en materia de prevención y gestión de las prestaciones que impone la Ley N° 24.557, resultando necesario diferir la obligación a cargo de la Aseguradora impuesta por el artículo 27, del Decreto 170/96 hasta el 1° de julio de 1997, para no tornar más dificultosa la transición de un sistema a otro.

Que el presente se dicta en uso de las facultades conferidas por el artículo 99, inciso 2. de la CONSTITUCIÓN NACIONAL.

Por ello,

EL PRESIDENTE DE LA NACIÓN ARGENTINA

DECRETA:

Artículo 1° — (Reglamentario del artículo 3°).

Sólo serán responsables frente a los trabajadores y sus derechohabientes y exclusivamente con los alcances previstos en la Ley N° 24.557, los empleadores autoasegurados y aquellos que no cumplan con la obligación de afiliarse a una Aseguradora, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 13, apartado 1. de la misma Ley y en el artículo 1.072 del Código Civil de la Nación.

La falta de afiliación del empleador que se encuentre fuera del régimen de autoseguro, así como la falta de otorgamiento de las prestaciones en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, será considerada de especial gravedad a los fines de la Ley N° 18.694.

Las Aseguradoras deberán notificar a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO, en la forma y plazo que la misma establezca, las altas y bajas de empleadores afiliados.

Artículo 2º — (Reglamentario del artículo 11, apartado 2).

El ajuste previsto en el artículo que se reglamenta se aplicará a las prestaciones dinerarias devengadas a partir del mes siguiente al de la publicación de la variación del APORTE MEDIO PREVISIONAL OBLIGATORIO (AMPO).

Artículo 3º — (Reglamentario del artículo 12).

A los fines de la determinación del ingreso base, cuando la primera manifestación invalidante se produjera con posterioridad a la extinción de la relación laboral, se considerará el año aniversario anterior al último día en que se abonaron o debieron abonarse las remuneraciones sujetas a cotización con relación al mismo empleador.

Aquellos meses en los que el empleador no estuviera obligado a abonar remuneraciones sujetas a cotización no se computarán para el cálculo del ingreso base.

Cuando el pago de las prestaciones no correspondiera a meses calendario completos, se tomará el ingreso base multiplicado por los días corridos del mes transcurrido.

Respecto de personas obligadas a prestar un servicio de carga pública, a los fines del cálculo del ingreso base, deberá tomarse la remuneración sujeta a cotización que el damnificado estuviera percibiendo en su actividad, o la renta presunta prevista por el SISTEMA INTEGRADO DE JUBILACIONES Y PENSIONES para el caso de trabajadores autónomos, o el salario mínimo del escalafón de la planta permanente del personal incluido en el Régimen Jurídico Básico de la Función Pública si el damnificado se encontrare desempleado.

Artículo 4º — (Reglamentario del artículo 14).

El pago de las asignaciones familiares será financiado a través del Régimen de Asignaciones Familiares, conforme a los procedimientos que, a tal fin, prevea la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSeS).

Los aportes mencionados en el apartado 2, punto b del artículo que se reglamenta, darán derecho al damnificado a que ese período sea considerado como tiempo de

servicios con aportes y al acceso a las prestaciones previstas en el SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD.

Artículo 5º — (Reglamentario del artículo 15).

- 1) No corresponde el pago del retiro transitorio por invalidez previsto en la Ley N° 24.241 durante el período de provisionalidad de la Incapacidad Laboral Permanente Total (IPT), quedando exclusivamente a cargo de la Aseguradora o del empleador autoasegurado el pago de las prestaciones previstas en la Ley que se reglamenta.
- 2) La prestación establecida en el apartado 1 del artículo que se reglamenta es sustitutiva del retiro transitorio por invalidez establecido por la Ley N° 24.241. Durante el período en que el trabajador afiliado al régimen de capitalización perciba esta prestación se encontrará alcanzado por la disposición contenida en el artículo 45, inciso c) de la citada Ley.

La incompatibilidad establecida en el segundo párrafo del apartado 1 del artículo 15 se refiere exclusivamente a las prestaciones previsionales de retiro por invalidez, no siendo de aplicación en los supuestos del artículo 45, inciso d), de la Ley N° 24.557. (Párrafo incorporado por art. 7º del Decreto N° 491/97 B.O. 04/06/1997)

- 3) Declarado el carácter definitivo de la Incapacidad Laboral Permanente Total (IPT), el damnificado percibirá las prestaciones que por retiro definitivo por invalidez establezca el régimen al que estuviere afiliado, en la medida que cumpla con los requisitos que ese régimen estatuye.
- 4) La prestación dineraria a que alude el segundo párrafo del apartado 2 del artículo que se reglamenta se devenga a partir de la fecha en que la Comisión Médica emita el dictamen definitivo de Incapacidad Laboral Permanente Total (IPT).
- 5) La prestación de pago mensual complementaria a que se refiere el apartado 2 del artículo que se reglamenta adoptará diferentes modalidades según cual sea el régimen previsional al que se encuentre afiliado el damnificado y la modalidad de retiro definitivo por invalidez.
 - a) En los casos de afiliados al Régimen de Capitalización del SISTEMA INTEGRADO DE JUBILACIONES Y PENSIONES (SIJP), la Aseguradora o el empleador autoasegurado, integrará el capital al saldo de la cuenta

de capitalización individual a que hace referencia el artículo 91 de la Ley N° 24.241.

El beneficiario dispondrá de los montos de ambos capitales a efectos de seleccionar la modalidad de cobro de las prestaciones.

Si la modalidad elegida fuera Renta Vitalicia Previsional, la Administradora deberá transferir a la Compañía de Seguros de Retiro el saldo de la cuenta de capitalización individual, discriminando el mismo según provenga del S.I.J.P. o de la Ley N° 24.557. La Compañía de Seguros de Retiro deberá emitir una póliza en función del saldo acumulado a que hace referencia el artículo 91 de la Ley N° 24.241 y otra en base al saldo generado por el capital integrado por la Aseguradora o el empleador autoasegurado. La SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN determinará las bases técnicas a aplicar para la determinación de la prestación dineraria mensual.

Si la modalidad elegida fuera Retiro Programado, la Administradora determinará la prestación previsional en función del saldo acumulado a que hace referencia el artículo 91 de la Ley N° 24.241 y la prestación complementaria prevista en el artículo que se reglamenta en base al saldo generado por el capital integrado por la Aseguradora o el empleador autoasegurado. La SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE JUBILACIONES Y PENSIONES determinará las bases técnicas a aplicar para la determinación de la prestación dineraria mensual.

El derecho a disponer libremente del saldo excedente a que aluden los artículos 101 y 102 de la Ley N° 24.241, sólo será aplicable respecto del saldo de la cuenta de capitalización individual al que hace referencia el artículo 91 de la misma Ley, sin computar el capital integrado por la Aseguradora o el empleador autoasegurado.

- b)** Ambas prestaciones se liquidarán simultáneamente y se abonarán mediante un único recibo de haberes.
- c)** En los demás supuestos, la Aseguradora, o el empleador autoasegurado, integrará el capital en una Compañía de Seguros de Retiro a elección del beneficiario, a los fines de la contratación de una renta vitalicia. La SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN podrá establecer

frecuencias de pagos diferentes de la mensual, a los efectos de reducir la incidencia de los costos administrativos sobre el monto de la prestación.

(Apartado 5 sustituido por art. 15 del Decreto N° 491/97 B.O. 04/06/1997)

1. En caso de Incapacidad Laboral Permanente Total (IPT) que no deviniera, en definitiva, se procederá de la siguiente manera:
 - a) Si el trabajador se encuentra afiliado al Régimen de Capitalización del SISTEMA INTEGRADO DE JUBILACIONES Y PENSIONES (SIJP), la Aseguradora, o el empleador autoasegurado, deberá integrar el capital del artículo 94 de la Ley N° 24.241 y su reglamentación.
 - b) Si el trabajador se encuentra afiliado al Régimen de Reparto del SISTEMA INTEGRADO DE JUBILACIONES Y PENSIONES (SIJP) u a otro sistema o régimen previsional, la Aseguradora o el empleador autoasegurado deberán integrar a dicho sistema o régimen previsional el capital de recomposición del artículo 94 de la Ley N° 24.241, dejándose constancia del período de aportes que comprende el referido pago a los fines del cómputo de los años de servicios con aportes.

Artículo 6° — (Reglamentario del artículo 17, apartado 2).

La prestación adicional a la que hace referencia el apartado que se reglamenta será abonada mensualmente por la Aseguradora durante el período de Incapacidad Laboral Permanente Total (IPT).

Declarado el carácter definitivo de la incapacidad, la prestación adicional será abonada en forma coordinada con el haber de las prestaciones dinerarias establecidas en el artículo 15 de la Ley N° 24.557 que se reglamenta. La SECRETARIA DE SEGURIDAD SOCIAL del MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL dispondrá el mecanismo de transferencia de los fondos desde la Aseguradora de Riesgos del Trabajo o empleador autoasegurado hacia las distintas entidades responsables del pago. (Párrafo sustituido por art. 16 del Decreto N° 491/97 B.O. 04/06/1997)

Artículo 7º — (Reglamentario del artículo 18).

Se consideran derechohabientes, a los fines de la Ley N° 24.557, las personas enumeradas en el artículo 53 de la Ley N° 24.241, cualquiera fuera el régimen al que el damnificado estuviera afiliado.

Artículo 8º — (Reglamentario del artículo 19).

El empleador autoasegurado, o la Compañía de Seguros a la que se encuentre afiliado el empleador, pagará el premio correspondiente a la renta periódica a la Compañía de Seguros de Retiro que elija el beneficiario.

En el caso de empleadores afiliados a una Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART), el trabajador deberá optar entre esta o una Compañía de Seguros de Retiro y, si optase por esta última, deberá comunicar a la Aseguradora de Riesgos del Trabajo, para que abone el premio respectivo.

La SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN (SSN), establecerá los valores máximos correspondientes a los gastos de adquisición y de administración que se incluirán para el cálculo del premio referido en el párrafo anterior. No obstante, las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y las Compañías de Seguros de Retiro podrán solicitar autorización para gastos mayores, pero, en ese supuesto, la diferencia resultante se registrará por idénticas pautas a las aplicadas para las rentas vitalicias previsionales.

Artículo 9º — (Reglamentario del artículo 23).

- 1) La cuota a que hace referencia el apartado 1 del artículo que se reglamenta será declarada e ingresada durante el mes en que se brinden las prestaciones, con las mismas modalidades, plazos y condiciones establecidos para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social, en función de la nómina salarial del mes anterior. La D.G.I. establecerá los mecanismos para la distribución de los fondos a las respectivas Aseguradoras.

Lo dispuesto en el párrafo precedente será de aplicación respecto de los empleadores no obligados con el SISTEMA ÚNICO DE SEGURIDAD SOCIAL (S.U.S.S.). A tal efecto la DIRECCIÓN GENERAL IMPOSITIVA (D.G.I.) queda facultada para dictar las normas operativas que resulten necesarias.

- 2) En los casos de inicio de actividad, o cuando por otras razones no exista nómina salarial en el mes anterior al pago de la cuota, la cuota de afiliación se calculará en función de la nómina salarial prevista para el mes en curso. En el supuesto previsto para el inicio de actividad, la cuota será ingresada en forma directa a la Aseguradora correspondiente.
- 3) En los supuestos de organismos descentralizados o municipios correspondientes a provincias incorporadas al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, la DIRECCIÓN GENERAL IMPOSITIVA percibirá la cuota aludida en el párrafo primero, declarada e ingresada por los precitados contribuyentes, según el procedimiento y la modalidad que a tal efecto se establezca.

No serán de aplicación, para las cotizaciones previstas en esta Ley, las reducciones en las contribuciones patronales.

(Artículo sustituido por art. 18 del Decreto N° 491/97 B.O. 04/06/1997)

Artículo 10. — (Reglamentario del artículo 25).

- 1) La exención dispuesta en el apartado 2 del artículo que se reglamenta alcanza al IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (IVA), y comprende no sólo a la instrumentación del contrato, sino también a los servicios que sean prestados por las Aseguradoras en virtud de las contraprestaciones y derechos nacidos de dicho contrato.

En lo que respecta a la exención dispuesta en el artículo 6º, inciso j) punto 7. de la Ley N° 23.349, el tratamiento impositivo a dispensar a las Aseguradoras será análogo al que se le confiere a las Obras Sociales.

Aclárase que las cuotas a que hace referencia el artículo 23 de la Ley N° 24.557, no se encuentran alcanzadas por los impuestos internos que gravan la actividad del seguro.

- 2) Las reservas obligatorias de las Aseguradoras a las que alude el apartado 5 del artículo que se reglamenta, serán deducibles del Impuesto a las Ganancias.

Artículo 11. — (Reglamentario del artículo 26, apartado 3).

El ámbito de las Aseguradoras para el otorgamiento de las prestaciones que impone la Ley que se reglamenta deberá ser como mínimo nacional.

No obstante ello, las Aseguradoras deberán disponer los medios necesarios para el otorgamiento de prestaciones de urgencia fuera de la REPUBLICA ARGENTINA, cuando el accidente o enfermedad profesional ocurra fuera del país, en la medida en que el dependiente se encuentre realizando tareas o servicios en virtud de un contrato de trabajo celebrado, o relación laboral iniciada en la República, o de un traslado o comisión dispuestos por el empleador, y siempre que dichas personas tuvieran domicilio real en el país al tiempo de celebrarse el contrato, iniciarse la relación laboral o disponerse el traslado o comisión. El empleador deberá comunicar a su Aseguradora la salida del país de sus dependientes. (Párrafo incorporado por art. 17 del Decreto N° 491/97 B.O. 04/06/1997)

Sin perjuicio de ello, y a los fines de la afiliación, las Aseguradoras determinarán su ámbito de actuación territorialmente, de acuerdo a las pautas que fije la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO, las cuales deberán contemplar criterios que garanticen oferta suficiente de Aseguradoras en todo el territorio de la Nación y niveles razonables para los gastos que demande la gestión del sistema.

Artículo 12. — (Reglamentario del artículo 26, apartado 4).

La SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN establecerá los requisitos, y procedimientos a seguir por las Aseguradoras en caso de que contraten con sus afiliados las prestaciones y cobertura previstas en el artículo 26, apartado 4. de la LEY SOBRE RIESGOS DEL TRABAJO.

Artículo 13. — (Reglamentario del artículo 26, apartado 5).

El capital mínimo exigido a las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) en el artículo que se reglamenta estará sujeto a movilidad en función de los riesgos asumidos y no podrá ser inferior a PESOS TRES MILLONES (\$ 3.000.000). La SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN establecerá, con criterio uniforme y general, normas de variación de capitales mínimos para las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y las Compañías de Seguros previstas en

el artículo 49, disposición adicional 4º de la LEY SOBRE RIESGOS DEL TRABAJO.

Artículo 14. — (Reglamentario del artículo 26, apartado 6).

Los bienes que respalden las reservas de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo serán inembargables para cualquier crédito que no sea derivado de las obligaciones que la Ley N° 24.557 establece.

Cuando las reservas de las Aseguradoras o empleadores autoasegurados se constituyan con bienes inmuebles o bienes muebles registrables, la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN deberá ordenar a los registros nacionales o provinciales respectivos, para que procedan a la anotación de su afectación al cumplimiento de las obligaciones derivadas de la Ley N° 24.557 e inembargabilidad por créditos extraños a la misma.

Artículo 15. — (Reglamentario del artículo 27, apartado 5).

- 1) La facultad de rescisión del contrato de afiliación contemplada en el apartado que se reglamenta corresponde únicamente al empleador y no requiere para ejercerla alegación de causa alguna.

Para ejercer esta facultad el empleador deberá haber cotizado como mínimo SEIS (6) meses a la Aseguradora.

La facultad de rescisión sólo podrá ser ejercida nuevamente transcurrido UN (1) año de efectuado el cambio de Aseguradora por esta causa.

Estos requisitos no serán exigibles cuando el empleador rescinda el contrato de afiliación por encontrarse la Aseguradora suspendida o revocada la autorización para operar o en proceso de liquidación.

La rescisión realizada conforme lo dispuesto en el apartado que se reglamenta y lo establecido en el presente artículo no dará derecho a las Aseguradoras a reclamar indemnización alguna por tal motivo.

La SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO establecerá la forma de acreditar los requisitos y controlará su cumplimiento.

- 2) Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado que se reglamenta el empleador podrá rescindir el contrato de afiliación cuando:

- a) Cese la actividad del establecimiento o explotación.
- b) El empleador no tenga más trabajadores en relación de dependencia.

En este caso el empleador únicamente estará sujeto a los requisitos que establezca el contrato de afiliación.

Artículo 16. — (Reglamentario del artículo 28, apartado 1).

- 1) Los trabajadores y su representación gremial podrán controlar el cumplimiento del deber de afiliación del empleador y el pago de las cuotas correspondientes a la Aseguradora en la forma y con los alcances previstos en la Ley N° 23.449. Deberán, en su caso, realizar las denuncias pertinentes ante la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO.

Artículo 17. — (Reglamentario del artículo 28, apartado 3).

Son cuotas omitidas, a los fines de la LEY SOBRE RIESGOS DEL TRABAJO:

- 1. Las que hubiera debido pagar el empleador a una Aseguradora desde que estuviera obligado a afiliarse. El valor de la cuota omitida por el empleador no asegurado o autoasegurado será equivalente al CIENTO CINCUENTA POR CIENTO (150%) del valor que surja de aplicar la alícuota promedio de mercado para su categoría de riesgo. (Apartado sustituido por art. 1° del Decreto N° 1223/2003 B.O. 21/5/2003. Por art. 2° se establece que será de aplicación a todas las cuotas omitidas no abonadas hasta la fecha de publicación del Decreto de referencia.)
- 2. Las que hubiera debido pagar el empleador a una Aseguradora desde que estuviera obligado a declarar la obligación de pago o la contratación de un trabajador. El valor de la cuota omitida será proporcional a la obligación de pago o a la remuneración del trabajador contratado que se omitió declarar.

La omisión del pago de las cuotas conforme al apartado que se reglamenta, hará pasible al empleador de las sanciones previstas en el artículo 32 apartado 3 de la Ley sobre Riesgos del Trabajo, cuando no fueran pagadas dentro de los QUINCE (15) días de efectuada la intimación por parte de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO, o la Aseguradora en su caso, sin perjuicio de las sanciones que pudieren corresponder por aplicación de la Ley N° 23.771.

Artículo 18. — (Reglamentario del artículo 28 apartado 4).

- 1) Las Aseguradoras responderán por las contingencias producidas durante la vigencia del contrato de afiliación, otorgando las prestaciones con los alcances establecidos en los capítulos IV y V de la Ley N° 24.557.
- 2) La omisión por parte del empleador del pago de DOS (2) cuotas mensuales, consecutivas o alternadas, o la acumulación de una deuda total equivalente a DOS (2) cuotas, tomando como referencia la de mayor valor en el último año, facultará a la Aseguradora a extinguir el contrato de afiliación por falta de pago.
- 3) La Aseguradora deberá, previo a la extinción del contrato, intimar fehacientemente el pago de las sumas adeudadas en un plazo no inferior a QUINCE (15) días corridos.

Vencido dicho plazo, y no habiéndose dado cumplimiento a la intimación, la Aseguradora podrá extinguir el contrato efectuando una nueva comunicación, la que será efectiva a partir de la CERO (0) hora del día hábil inmediato posterior a la fecha de recepción.

A partir de la extinción el empleador se considerará no asegurado. Sin perjuicio de ello, la Aseguradora deberá otorgar prestaciones en especie, con los alcances previstos en el capítulo V de la ley 24.557, por las contingencias ocurridas dentro de los DOS (2) meses posteriores a la extinción por falta de pago, siempre que el trabajador denunciara la contingencia hasta transcurridos DIEZ (10) días de vencido dicho plazo.

La Aseguradora podrá repetir del empleador el costo de las prestaciones otorgadas conforme lo dispuesto en el párrafo anterior.

4. Las Aseguradoras deberán notificar la extinción de contratos de afiliación por falta de pago a las entidades gremiales pertinentes y a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO, en la forma y plazo que esta última establezca.
5. La SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO creará un registro de empleadores con contratos de afiliación extinguidos por falta de pago y dictará las normas que regulen el régimen de altas y bajas de dicho registro.

6. Las Aseguradoras podrán rechazar la afiliación de empleadores que registren ante la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO la extinción de algún contrato de afiliación por falta de pago dentro del año inmediato anterior, siempre que éstos no hubieren regularizado su situación a la fecha de solicitud de afiliación.

(Nota Infoleg: por art. 10 del Decreto N°2239/2002 B.O. 7/11/2002 se suspende, durante SEIS meses, contados a partir de la entrada en vigencia de ese decreto (al día siguiente al de su publicación en B.O.) la vigencia de el presente punto 6.)

Artículo 19. — (Reglamentario del artículo 29).

1. El trabajador o sus derechohabientes deberán realizar, por ante la autoridad judicial competente, las gestiones razonablemente indispensables a fin de procurar las prestaciones dentro del plazo de NOVENTA (90) días de quedar firme la decisión de la Comisión Médica o del vencimiento del plazo para otorgar la prestación en su caso, y solicitar la declaración de insuficiencia patrimonial dentro de los TREINTA (30) días de vencido el plazo antes indicado.

(Párrafos 2º y 3º derogados por art. 21 del Decreto N° 491/97 B.O. 04/06/1997)

2. — Las Aseguradoras podrán repetir del Fondo de Garantía únicamente las prestaciones otorgadas conforme al artículo 47 de la Ley sobre Riesgos del Trabajo y siempre que la concurrencia correspondiera a un empleador garantizado conforme al artículo 29 de la misma ley. Para acceder al fondo las Aseguradoras deberán realizar, por ante la autoridad judicial competente, las gestiones razonablemente indispensables a fin de repetir del empleador las prestaciones otorgadas dentro del plazo de NOVENTA (90) días otorgada la prestación al trabajador.
3. — El pedido de declaración de insuficiencia patrimonial debe ser debidamente fundado y tramitará en los mismos autos, por la vía que corresponda y conforme a lo dispuesto en el artículo 29 segundo párrafo de la Ley N° 24.557. De las actuaciones se correrá traslado a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO por el plazo previsto

para las acciones meramente declarativas conforme dispone el artículo que se reglamenta.

Las gestiones realizadas por ante el juez de la causa se considerarán a los fines probatorios de la determinación de la insuficiencia patrimonial.

Al contestar el traslado, la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO podrá solicitar únicamente medidas de prueba referidas al caudal ejecutable del obligado a otorgar las prestaciones.

La resolución que recaiga se notificará a las partes conforme a las leyes locales y será recurrible en el plazo y con los alcances que pueda serlo la sentencia definitiva.

4. Cuando el empleador o su patrimonio se encuentren sometidos a un proceso universal, el trabajador, sus derechohabientes o la Aseguradora requerirán el pago de las prestaciones por la vía que corresponda pudiendo solicitar por ante el juez de la causa la declaración de insuficiencia patrimonial.
5. Declarado el estado de insuficiencia patrimonial las prestaciones se pagarán del Fondo de Garantía, con los alcances y conforme al procedimiento que a tal fin establezca la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO. La obligación del Fondo de Garantía alcanza al monto de las prestaciones, excluyéndose expresamente los intereses, costas y gastos causídicos.

El Fondo de Garantía responderá por estas obligaciones exclusivamente con las sumas que ingresen en concepto de aportes, cuotas, multas y demás recursos previstos legalmente con excepción de lo dispuesto en el artículo 33 apartado 4 de la LEY SOBRE RIESGOS DEL TRABAJO.

El pago de las prestaciones por el Fondo de Garantía en los casos de insuficiencia patrimonial judicialmente declarada será considerado como efectuado por un tercero con subrogación en los derechos del acreedor.

Artículo 20. — (Reglamentario del artículo 33 apartado 3).

Cuando el organismo recaudador advierta la omisión, por parte de los empleadores obligados, del pago de cuotas, aportes o contribuciones con destino al Fondo de Garantía que impone la Ley N° 24.557 deberá proceder conforme a las disposiciones de la Ley N° 23.771.

Artículo 21. — (Reglamentario del artículo 33 apartado 3).

Las multas provenientes de incumplimientos de las normas sobre daños del trabajo son las que resultan del incumplimiento de las obligaciones impuestas por la Ley sobre Riesgos del Trabajo, incluidas las previstas en el artículo 32 apartado 1 de la misma ley y las de la Ley N° 18.694 en cuanto resulte de aplicación.

Las multas por incumplimiento de las normas de seguridad e higiene serán las que resulten de aplicación conforme la Ley N° 18.694 y normas especiales.

Artículo 22. — (Reglamentario del artículo 34).

La obligación del Fondo de Reserva alcanza al monto de las prestaciones reconocidas por la Ley N° 24.557 y sus modificatorias, excluyéndose las costas y gastos causídicos.

El Fondo de Reserva no responderá por las prestaciones derivadas de los servicios que las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo se encuentran habilitadas a contratar conforme al artículo 26, apartado 4, de la Ley sobre Riesgos del Trabajo ni por las indemnizaciones que se reconozcan con fundamento en el derecho común.

(Artículo sustituido por art. 1° del Decreto N° 1022/2017 B.O. 12/12/2017.
Vigencia: a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial)

Artículo 23. — (Reglamentario del artículo 34, apartado 2).

El aporte al Fondo de Reserva a cargo de las Aseguradoras será del QUINCE POR MIL (15 ‰) de los ingresos percibidos en concepto de cuota mensual a cargo del empleador, regulada en el artículo 23 de la LEY SOBRE RIESGOS DEL TRABAJO. Cuando los ingresos percibidos por las Aseguradoras en concepto de cuota sean percibidos a través del SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS), la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (AFIP) retendrá el mencionado aporte de dichos ingresos. En los demás casos, la

obligación de pago se regirá por los mismos mecanismos establecidos para la tasa prevista en el artículo 81 de la Ley N° 20.091. La mora por parte de la Aseguradora por un período mayor a TRES (3) meses importará la suspensión, de pleno derecho, para realizar nuevas contrataciones en estos seguros y hasta tanto no sea regularizada la situación de acuerdo a los mecanismos que a tal fin establezca la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN.

(Artículo sustituido por art. 2° del Decreto N° 1022/2017 B.O. 12/12/2017.
Vigencia: a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial)

Artículo 24. — (Reglamentario del artículo 34, apartado 2).

La SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN invertirá estos fondos en:

1. Depósitos a plazo en cualquiera de los bancos habilitados a recibir inversiones de las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones.
2. Títulos públicos nacionales.
3. También podrá efectuar préstamos destinados a financiar el déficit transitorio del Fondo de Garantía previsto en el artículo 33 de la LEY SOBRE RIESGOS DEL TRABAJO, previa autorización del MINISTRO DE ECONOMÍA Y OBRAS Y SERVICIOS PÚBLICOS.

Artículo 25. — (Reglamentario del artículo 36, apartado 1).

La SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO fijará el esquema de multas previstas en el artículo 32 y en la Ley N° 18.694 por incumplimientos a las normas sobre daños del Trabajo y de Higiene y Seguridad en que incurran los empleadores.

Artículo 26. — (Reglamentario del artículo 49, Disposición Adicional Cuarta).

Las Compañías de Seguros comprendidas en la disposición adicional que se reglamenta serán responsables por las obligaciones impuestas en la LEY SOBRE RIESGOS DEL TRABAJO y su reglamentación con los mismos alcances y efectos que los previstos para las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo.

Artículo 27. — (Transitorio). Difiérese la puesta en vigencia del artículo 27 del Decreto N° 170/96 hasta el 1° de julio de 1997.

Artículo 28. — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — MENEM. — Eduardo Bauzá. — José A. Caro Figueroa. Domingo F. Cavallo.

Antecedentes Normativos

- Artículo 17, apartado 1 sustituido por art. 19 del Decreto N° 491/97 B.O. 04/06/1997.

Ley 26.773

RIESGOS DEL TRABAJO

Régimen de ordenamiento de la reparación de los daños derivados de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Sancionada: Octubre 24 de 2012.

Promulgada: Octubre 25 de 2012.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, sancionan con fuerza de Ley:

RÉGIMEN DE ORDENAMIENTO DE LA REPARACIÓN DE LOS DAÑOS DERIVADOS DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

Capítulo I Ordenamiento de la Cobertura

ARTICULO 1º — Las disposiciones sobre reparación de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales constituyen un régimen normativo cuyos objetivos son la cobertura de los daños derivados de los riesgos del trabajo con criterios de suficiencia, accesibilidad y automaticidad de las prestaciones dinerarias y en especie establecidas para resarcir tales contingencias.

A los fines de la presente, se entiende por régimen de reparación al conjunto integrado por esta ley, por la Ley de Riesgos del Trabajo 24.557 y sus

modificatorias, por el Decreto 1694/09, sus normas complementarias y reglamentarias, y por las que en el futuro las modifiquen o sustituyan.

ARTICULO 2º — La reparación dineraria se destinará a cubrir la disminución parcial o total producida en la aptitud del trabajador damnificado para realizar actividades productivas o económicamente valorables, así como su necesidad de asistencia continua en caso de Gran Invalidez, o el impacto generado en el entorno familiar a causa de su fallecimiento.

Las prestaciones médico asistenciales, farmacéuticas y de rehabilitación deberán otorgarse en función de la índole de la lesión o la incapacidad determinada. Dichas prestaciones no podrán ser sustituidas en dinero, con excepción de la obligación del traslado del paciente.

El derecho a la reparación dineraria se computará, más allá del momento en que se determine su procedencia y alcance, desde que acaeció el evento dañoso o se determinó la relación causal adecuada de la enfermedad profesional.

El principio general indemnizatorio es de pago único, sujeto a los ajustes previstos en este régimen.

ARTICULO 3º — Cuando el daño se produzca en el lugar de trabajo o lo sufra el dependiente mientras se encuentre a disposición del empleador, el damnificado (trabajador víctima o sus derechohabientes) percibirá junto a las indemnizaciones dinerarias previstas en este régimen, una indemnización adicional de pago único en compensación por cualquier otro daño no reparado por las fórmulas allí previstas, equivalente al veinte por ciento (20%) de esa suma.

En caso de muerte o incapacidad total, esta indemnización adicional nunca será inferior a pesos setenta mil (\$ 70.000).

ARTICULO 4º — Los obligados por la ley 24.557 y sus modificatorias al pago de la reparación dineraria deberán, dentro de los quince (15) días de notificados de la muerte del trabajador, o de la homologación o determinación de la incapacidad laboral de la víctima de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, notificar fehacientemente a los damnificados o a sus derechohabientes los importes que les corresponde percibir por aplicación de este régimen, precisando cada

concepto en forma separada e indicando que se encuentran a su disposición para el cobro.

Los damnificados podrán optar de modo excluyente entre las indemnizaciones previstas en este régimen de reparación o las que les pudieran corresponder con fundamento en otros sistemas de responsabilidad. Los distintos sistemas de responsabilidad no serán acumulables.

El principio de cobro de sumas de dinero o la iniciación de una acción judicial en uno u otro sistema implicará que se ha ejercido la opción con plenos efectos sobre el evento dañoso.

Las acciones judiciales con fundamento en otros sistemas de responsabilidad sólo podrán iniciarse una vez recibida la notificación fehaciente prevista en este artículo.

La prescripción se computará a partir del día siguiente a la fecha de recepción de esa notificación.

En los supuestos de acciones judiciales iniciadas por la vía del derecho civil se aplicará la legislación de fondo, de forma y los principios correspondientes al derecho civil.

ARTICULO 5º — La percepción de las prestaciones en dinero, sea imputable a la sustitución de salarios en etapa de curación (ILT) o sea complementaria por Gran Invalidez, así como la recepción de las prestaciones en especie, no implicarán en ningún caso el ejercicio de la opción excluyente prevista en el artículo precedente.

ARTICULO 6º — Cuando por sentencia judicial, conciliación o transacción se determine la reparación con fundamento en otros sistemas de responsabilidad, la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART) deberá depositar en el respectivo expediente judicial o administrativo el importe que hubiera correspondido según este régimen, con más los intereses correspondientes, todo lo cual se deducirá, hasta su concurrencia, del capital condenado o transado.

Asimismo, la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART) interviniente deberá contribuir en el pago de las costas, en proporción a la parte del monto

indemnizatorio que le hubiera correspondido respecto del total del monto declarado en la condena o pactado en la transacción.

Si la sentencia judicial resultare por un importe inferior al que hubiera correspondido abonar por aplicación de este régimen de reparación, el excedente deberá depositarse a la orden del Fondo de Garantía de la ley 24.557 y sus modificatorias.

ARTICULO 7º — El empleador podrá contratar un seguro aplicable a otros sistemas de responsabilidad que puedan ser invocados por los trabajadores damnificados por daños derivados de los riesgos del trabajo, en las condiciones que fije la reglamentación que dicte la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN).

ARTICULO 8º — Los importes por incapacidad laboral permanente previstos en las normas que integran el régimen de reparación, se ajustarán de manera general semestralmente según la variación del índice RIPTÉ (Remuneraciones Imponibles Promedio de los Trabajadores Estables), publicado por la Secretaría de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, a cuyo efecto dictará la resolución pertinente fijando los nuevos valores y su lapso de vigencia.

ARTICULO 9º — Para garantizar el trato igual a los damnificados cubiertos por el presente régimen, los organismos administrativos y los tribunales competentes deberán ajustar sus informes, dictámenes y pronunciamientos al Listado de Enfermedades Profesionales previsto como Anexo I del Decreto 658/96 y a la Tabla de Evaluación de Incapacidades prevista como Anexo I del Decreto 659/96 y sus modificatorios, o los que los sustituyan en el futuro.

Capítulo II Ordenamiento de la Gestión del Régimen

ARTICULO 10. — La Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) en forma conjunta con la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) establecerán los indicadores que las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) habrán de tener en cuenta para establecer su régimen de alícuotas, entre los cuales se considerarán el nivel de riesgo y la siniestralidad presunta y efectiva; con más una suma fija que, por cada trabajador, corresponda integrar al Fondo Fiduciario de Enfermedades Profesionales.

Entre los citados indicadores se deberá considerar:

- a) El nivel de riesgo se ajustará a categorías que se determinarán de acuerdo al grado de cumplimiento de la normativa de higiene y seguridad, y demás parámetros objetivos que la reglamentación establezca.
- b) El rango de alícuotas fijado para cada categoría no podrá superponerse con los rangos de alícuotas establecidos para los restantes niveles.
- c) La prohibición de esquemas de bonificaciones y/o alícuotas por fuera del nivel de riesgo establecido.
- d) La prohibición de discriminación directa o indirecta basada en el tamaño de empresa.

La determinación de la base imponible se efectuará sobre el monto total de las remuneraciones y conceptos no remunerativos que declare mensualmente el empleador.

ARTICULO 11. — El sistema de alícuotas deberá estar sujeto a lo normado por el artículo 26 de la ley 20.091, sus modificatorias, y disposiciones reglamentarias, y será aprobado por la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN). Si transcurridos treinta (30) días corridos de la presentación efectuada por la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART) el organismo de control no hubiera notificado objeción o rechazo alguno, el régimen se considerará aprobado.

Una vez transcurrido un (1) año desde la incorporación de la alícuota al contrato del empleador, la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART) podrá modificarla dentro del régimen de alícuotas aprobado por la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) y previo aviso de manera fehaciente con sesenta (60) días de anticipación al empleador. En este supuesto, el empleador podrá optar por continuar con el contrato de afiliación y la nueva alícuota o cambiar de Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART). Cuando el empleador tuviera la obligación legal de ajustarse a un sistema de contrataciones por licitaciones públicas, dicho plazo se extenderá a seis (6) meses.

ARTICULO 12. — A los fines de una adecuada relación entre el valor de la cuota y la siniestralidad del empleador, la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) pondrá a disposición de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) toda la información sobre siniestralidad registrada en cada uno de los

establecimientos de los empleadores incluidos en el ámbito de aplicación del régimen.

ARTICULO 13. — Transcurrido dos (2) años de la vigencia de la presente, la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN), en forma conjunta con la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), podrán establecer nuevos indicadores para la fijación del sistema de alícuotas por parte de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART), orientados a reflejar la vinculación entre las cuotas y la siniestralidad efectiva y presunta, así como los niveles de cumplimiento de la normativa de higiene y seguridad.

Podrán considerar a tales efectos: alícuotas básicas, un componente de proporcionalidad entre la actividad económica principal y la de mayor riesgo que realice el empleador afiliado, suplementos o reducciones proporcionalmente relacionados tanto con el nivel de incumplimientos del empleador a la normativa vigente en materia de higiene y seguridad, como con los índices de siniestralidad.

La Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN), en forma conjunta con la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), podrán fijar un sistema de alícuotas uniformes por colectivo cubierto, que sólo reconocerá variaciones de acuerdo al nivel de riesgo probable y efectivo.

ARTICULO 14. — Para el supuesto de cobertura de la reparación fundada en otros sistemas de responsabilidad, por lo que exceda de lo cubierto en el presente régimen, deberán establecerse separadamente las primas para hacer frente a la misma, conforme a las normas que rigen en la materia, fijadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN).

ARTICULO 15. — Los empleadores tendrán derecho a recibir de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART) a la que se encuentren afiliados, información respecto del sistema de alícuotas, de las prestaciones y demás acciones que este régimen pone a cargo de aquélla.

ARTICULO 16. — Las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) deberán limitar su presupuesto en gastos de administración y otros gastos no prestacionales al porcentaje que establezcan conjuntamente la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) y la Superintendencia de Seguros de la Nación

(SSN), el que no podrá superar el veinte por ciento (20%) de los ingresos que les correspondan para ese seguro. Dentro de ese importe, podrán asignar a gastos de comercialización o intermediación en la venta del seguro hasta el cinco por ciento (5%) del total.

Capítulo III Disposiciones Generales

ARTICULO 17. —

- 1) Deróganse los artículos 19, 24 y los incisos 1, 2 y 3 del artículo 39 de la ley 24.557 y sus modificatorias. Las prestaciones indemnizatorias dinerarias de renta periódica, previstas en la citada norma, quedan transformadas en prestaciones indemnizatorias dinerarias de pago único, con excepción de las prestaciones en ejecución.
- 2) A los efectos de las acciones judiciales previstas en el artículo 4° último párrafo de la presente ley, será competente en la Capital Federal la Justicia Nacional en lo Civil.

Invítase a las provincias para que determinen la competencia de esta materia conforme el criterio establecido precedentemente.

- 3) En las acciones judiciales previstas en el artículo 4° último párrafo de la presente ley, resultará de aplicación lo dispuesto por el artículo 277 de la ley 20.744. Asimismo, se deberá considerar como monto del proceso a todos los efectos de regulaciones de honorarios e imposición de costas, la diferencia entre el capital de condena y aquel que hubiera percibido el trabajador —tanto en dinero como en especie— como consecuencia del régimen de reparación contenido en esta ley, no siendo admisible el pacto de cuota litis.
- 4) A los fines del depósito contemplado en el artículo 6° primer párrafo de la presente ley, en sede judicial se aplicarán los intereses a la tasa dispuesta en la sentencia desde la exigibilidad de cada crédito. En sede administrativa, el depósito se hará en un fondo especial administrado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), aplicándose los intereses a la tasa prevista para la actualización de créditos laborales.
- 5) Las disposiciones atinentes a las prestaciones en dinero y en especie de esta ley entrarán en vigencia a partir de su publicación en el Boletín Oficial

y se aplicarán a las contingencias previstas en la ley 24.557 y sus modificatorias, cuya primera manifestación invalidante se produzca a partir de esa fecha.

- 6) Las prestaciones en dinero por incapacidad permanente, previstas en la ley 24.557 y sus modificatorias, y su actualización mediante el decreto 1694/09, se ajustarán a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley conforme al índice RIPTE (Remuneraciones Imponibles Promedio de los Trabajadores Estables), publicado por la Secretaría de Seguridad Social, desde el 1° de enero del año 2010.

La actualización general prevista en el artículo 8° de esta ley se efectuará en los mismos plazos que la dispuesta para el Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) por el artículo 32 de la ley 24.241, modificado por su similar 26.417.

- 7) Las disposiciones atinentes al importe y actualización de las prestaciones adicionales por Gran Invalidez entrarán en vigencia a partir de la publicación en el Boletín Oficial de la presente, con independencia de la fecha de determinación de esa condición.

ARTICULO 18. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTICUATRO DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL DOCE.

REGISTRADO BAJO EL N° 26.773

- Julián A. Domínguez.
- Amado Boudou.
- Juan H. Estrada.
- Gervasio Bozzano.

Reglamentación de la Ley 26.773 de Ordenamiento de la Reparación de los Daños Derivados de los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales

DECRETO NACIONAL 472/2014 BUENOS AIRES, 1 de Abril de 2014 Boletín Oficial, 11 de Abril de 2014 Vigente, de alcance general

Id SAIJ: DN20140000472

Sumario

Decreto reglamentario, riesgos del trabajo, ley sobre riesgos del trabajo, accidentes de trabajo, indemnización por accidente de trabajo, enfermedad profesional, Derecho administrativo, Derecho laboral

Se Reglamenta la Ley 26.773 de Ordenamiento de la Reparación de los Daños Derivados de los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales

Visto

El Expediente N° 112.446/12 del Registro de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO, las Leyes nros. 24.557 y sus modificaciones y 26.773, el Decreto N° 1.694 de fecha 5 de noviembre de 2009, y

Considerando

Que mediante la Ley N° 26.773 se estableció un régimen de ordenamiento de la reparación de los daños derivados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Que el citado régimen incluye las disposiciones de la referida Ley N° 26.773, de la Ley N° 24.557 y sus modificaciones, así como las del Decreto N° 1.694 de fecha 5 de noviembre de 2009 y normas complementarias.

Que, en tal sentido, cabe recordar que, con el fin de mejorar las compensaciones previstas en el régimen de reparación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, el Decreto N° 1.694/09 determinó un nuevo mecanismo de cálculo para las prestaciones dinerarias en concepto de Incapacidad Laboral Temporaria y por Incapacidad Laboral Permanente, en su etapa de provisionalidad.

Que de igual forma, dicha regulación mejoró el monto de la prestación en concepto de Gran Invalidez, de las compensaciones adicionales de pago único y reemplazó los topes máximos de la incapacidad laboral permanente por pisos mínimos, reformas que se mantienen en la actualidad, omitiendo prever para estos últimos conceptos un mecanismo de incremento periódico, por lo que resulta necesario ajustarlos a la fecha de entrada en vigencia de la Ley N° 26.773, conforme lo establece el apartado 6 del artículo 17 de esta última.

Que posteriormente la Ley N° 26.773 avanzó en la progresión tuitiva antes descripta, al establecer que un accidente de trabajo o enfermedad profesional debe ser reparado en forma suficiente, accesible y automática, instituyendo el pago único como principio general indemnizatorio.

Que, ante la supresión del período de Incapacidad Laboral Permanente Provisoria, la ampliación de la etapa de Incapacidad Laboral Temporaria hasta que haya certeza de la disminución de la capacidad laborativa, implica una mejora de las prestaciones dinerarias, en sus aspectos temporales y cualitativos, en los términos del artículo 11, apartado 3) de la Ley N° 24.557.

Que, en ese contexto, también resulta necesario regular aspectos vinculados a la referida prolongación del período de Incapacidad Laboral Temporaria, a la base de cálculo a tomar en cuenta respecto de los montos indemnizatorios y a las cuestiones operativas relacionadas con la obligación de pago de la prestación dineraria. Que la Ley N° 26.773 dispuso en su artículo 2° que el principio general indemnizatorio es el de pago único, y mediante su artículo 17 apartado 1 derogó el artículo 19 de la Ley N° 24.557.

Que a fin de implementar el criterio antes expuesto, resulta razonable "utilizar la metodología de cálculo prevista en el artículo 14, apartado 2, inciso a) de la misma ley, sistema también previsto en el artículo 15, apartado 2, párrafo 2 (Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo, Sala II, 15/7/2011, "Montecucco, Jorge Alberto c/Mapfre Argentina ART SA s/Acción de Amparo"; ídem, Sala X, 26/6/2012, "Sahonero, Simón Pedro c/Mapfre Argentina ART SA s/Accidente - Ley Especial"; ídem, Sala X, 22/11/2012, "Soleres, Beatriz del Carmen c/Provincia ART S.A. s/Accidente - Ley Especial").

Que, de igual modo, se estima pertinente facultar a las dependencias competentes a establecer los parámetros técnicos de ajuste de las prestaciones e indemnizaciones que integran el régimen de reparación.

Que también resulta imperioso determinar dentro de la limitación de los gastos de administración y otros no prestacionales de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, los atinentes a la comercialización o intermediación en la venta del seguro.

Que la Dirección General de Asuntos Jurídicos del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL ha tomado la intervención que le compete.

Que el presente se dicta en uso de las facultades conferidas por el artículo 99, incisos 1 y 2, de la CONSTITUCIÓN NACIONAL, y el artículo 11, apartado 3) de la Ley N° 24.557.

Por ello,

LA PRESIDENTA DE LA NACIÓN ARGENTINA DECRETA:

Artículo 1° - Apruébase la reglamentación de la Ley N° 26.773; la que como ANEXO forma parte integrante del presente decreto.

parte_0,[Reglamentación]

Artículo 2° - Facúltase a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO a dictar las normas complementarias necesarias para la aplicación del presente decreto, y a regular la adecuación de las situaciones especiales establecidas en el artículo 45 de la Ley N° 24.557 y sus modificatorias, al régimen creado por la Ley N° 26.773.

Parte 1,[Contenido relacionado]

Artículo 3° - Las disposiciones del presente decreto, en lo que corresponda, serán de aplicación a las contingencias referidas en el artículo 17, apartado 5, de la Ley N° 26.773.

Artículo 4° - La presente medida entrará en vigencia al día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial.

Artículo 5° - Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. -

Firmantes

FERNÁNDEZ DE KIRCHNER-Capitanich-Tomada

REGLAMENTACIÓN DE LA LEY N° 26.773 DE ORDENAMIENTO DE LA REPARACIÓN DE LOS DAÑOS DERIVADOS DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

ARTICULO 1°.- Sin reglamentar.

PRESTACIONES DINERARIAS:

ARTICULO 2°.-

1. Considérase que a partir de la entrada en vigencia de la Ley N° 26.773, para las contingencias posteriores a la misma, la Incapacidad Laboral Permanente no tendrá situación de provisionalidad.
2. Los damnificados con Incapacidad Laboral Permanente superior al CINCUENTA POR CIENTO (50%) e inferior al SESENTA Y SEIS POR CIENTO (66%) percibirán una prestación de pago único calculada según la fórmula del artículo 14, apartado 2, inciso a) de la Ley N° 24.557 que no podrá ser inferior al piso indemnizatorio instituido por el Decreto N° 1.694 de fecha 5 de noviembre de 2009, este último con el ajuste previsto en el artículo 8° de la ley que se reglamenta. A esa reparación se agregarán las prestaciones previstas en los artículos 3° de la Ley N° 26.773, y 11, inciso 4, apartado a) de la Ley N° 24.557 y su actualización. Los demás montos indemnizatorios en concepto de Incapacidad Laboral Permanente y muerte del damnificado, se deberán calcular considerando las fórmulas establecidas para cada uno de ellos en la Ley N° 24.557 y sus modificaciones, y los pisos mínimos establecidos en el Decreto N° 1.694 de fecha 5 de noviembre de 2009 y su actualización.
3. La prestación adicional por Gran Invalidez deberá continuar abonándose en forma mensual.
4. En los casos en que el daño sufrido por el trabajador le impida la realización de sus tareas habituales más allá del plazo máximo previsto en el artículo

7°, apartado 2, inciso c) de la Ley N° 24.557, y no haya certeza del grado de disminución de la capacidad laborativa del mismo, la Aseguradora solicitará a los organismos competentes el otorgamiento de un nuevo período transitorio de hasta un máximo de DOCE (12) meses. El obligado al pago deberá abonar una prestación dineraria de cuantía y condiciones iguales a la que efectivizaba en concepto de Incapacidad Laboral Temporaria. Durante esta última etapa, el trabajador no devengará remuneraciones de su empleador. Dicho período podrá ser reducido si con anterioridad se hubiese sustanciado el trámite pertinente para establecer la Incapacidad Laboral Permanente ante los organismos competentes. Si al vencimiento del plazo de UN (1) año antes descripto, la Aseguradora no sustanció la solicitud de extensión ante los organismos competentes, se entenderá que poseía suficiente certeza sobre el grado de disminución de la capacidad laborativa del trabajador damnificado. En este caso, además de continuar con los pagos conforme lo establecido en el párrafo anterior, la aseguradora deberá abonar los intereses previstos en el artículo 1° de la Resolución de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO N° 2.524 de fecha 26 de diciembre de 2005 o la que en el futuro la modifique o complemente, desde el cese de la Incapacidad Laboral Temporaria, por el transcurso del año, hasta la fecha de emisión del dictamen o conclusión médica; respecto de la prestación dineraria de pago único, según el grado de Incapacidad Laboral Permanente que determinen los organismos competentes. Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo precedente, la Aseguradora que no sustancie la solicitud de extensión en tiempo y forma será pasible de las sanciones previstas en el artículo 32, apartado 1 de la Ley N° 24.557 y sus modificaciones.

Parte 7,[Contenido relacionado]

INDEMNIZACIÓN ADICIONAL DE PAGO ÚNICO:

ARTICULO 3°.- En los casos de Incapacidad Laboral Permanente o Muerte del damnificado, la indemnización adicional de pago único prevista en el artículo 3° de la Ley N° 26.773 consistirá en una suma equivalente al VEINTE POR CIENTO (20%), calculada sobre la base de las indemnizaciones determinadas conforme al procedimiento establecido en los párrafos primero y tercero del punto 2 del artículo

anterior, más las compensaciones adicionales de pago único incorporadas al artículo 11 de la Ley N° 24.557 y sus modificaciones, cuando así corresponda.

Parte 8,[Contenido relacionado]

PLAZO DE PAGO:

ARTICULO 4°.-

- 1) El plazo de QUINCE (15) días previsto legalmente para los obligados al pago de la reparación dineraria se deberá considerar en días corridos. En caso de fallecimiento del trabajador, dicho plazo se contará desde la acreditación del carácter de derecho habiente.
- 2) Notificado el acto que establece la Incapacidad Laboral Permanente, el obligado al pago realizará la correspondiente transferencia monetaria a una institución bancaria del domicilio constituido por el damnificado a los fines de percibir el pago único o, en su defecto, a una institución bancaria de la localidad del domicilio real del damnificado. Asimismo, se deberá notificar en forma fehaciente al trabajador damnificado o a sus derechohabientes sobre la puesta a disposición de las indemnizaciones, con una antelación de TRES (3) días al vencimiento del pago. También se deberá precisar cada concepto indemnizatorio en forma separada y hacer saber que el cobro total o parcial en dicha instancia implica optar por las indemnizaciones previstas en este régimen de reparación, respecto de las que le pudieren corresponder con fundamento en otros sistemas de responsabilidad.
- 3) La SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO dictará las normas complementarias tendientes a establecer las condiciones necesarias para que el damnificado o sus derechohabientes tengan pleno conocimiento de sus derechos con anterioridad al momento de percepción de las indemnizaciones previstas en este régimen.

PRESTACIONES DINERARIAS EN CURSO:

ARTICULO 5°.- El cobro de las prestaciones en dinero por Incapacidad Laboral Permanente en situación de provisionalidad que se encuentren en ejecución y cuya Primera Manifestación Invalidante se haya producido con antelación a la entrada en vigencia de la Ley N° 26.773, no implica el ejercicio de la opción excluyente prevista en su artículo 4°.

CONTROL DE PAGOS:

ARTICULO 6°.- Cuando el obligado al pago deba efectuar el depósito previsto en el párrafo primero del artículo 6° de la Ley N° 26.773, deberá informar dicha situación a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO para que ésta pueda ejercer las acciones de supervisión y control propias de su competencia.

ARTICULO 7°.- Sin reglamentar.

AJUSTE DE LAS COMPENSACIONES ADICIONALES DE PAGO ÚNICO Y DE LOS PISOS MÍNIMOS:

ARTICULO 8°.- Facúltase a la SECRETARIA DE SEGURIDAD SOCIAL del MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL para que establezca los parámetros técnicos y metodologías de ajuste de las compensaciones dinerarias adicionales de pago único y de los pisos mínimos que integran el régimen de reparación.

ARTICULO 9°.- Sin reglamentar.

RÉGIMEN DE ALÍCUOTAS:

ARTICULO 10.- Las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo deberán utilizar el régimen autorizado actualmente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN, hasta tanto se regule el nuevo régimen de alícuotas, sin perjuicio del ajuste que deban efectuar sobre el tope de gastos establecido en el artículo 16 de la Ley N° 26.773.

ARTICULO 11.- Sin reglamentar.

ARTICULO 12.- Sin reglamentar.

ARTICULO 13.- Sin reglamentar.

ARTICULO 14.- Sin reglamentar.

ARTICULO 15.- Sin reglamentar.

GASTOS DE LAS ASEGURADORAS DE RIESGOS DEL TRABAJO:

ARTÍCULO 16.-

1. El gasto de comercialización o intermediación de cualquier naturaleza en la venta del seguro por parte de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, por contrato, no podrá superar el CINCO POR CIENTO (5%) del monto de la cuota de afiliación. El porcentaje aludido no incluye el Impuesto al Valor Agregado. El gasto de administración y otros gastos no prestacionales, limitados al VEINTE POR CIENTO (20%), no incluyen los gastos de prevención, los cuales se consideran prestacionales.
2. El incumplimiento por parte de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo de lo establecido en el artículo que se reglamenta, como así también en el presente artículo, será pasible de las sanciones previstas en el artículo 32, apartado 1 de la Ley N° 24.557 y sus modificaciones. Asimismo, el incumplimiento por parte de los productores asesores de las disposiciones del presente artículo, será pasible de las sanciones establecidas en el Capítulo VII de la Ley N° 22.400.

Parte 21,[Contenido relacionado]

DISPOSICIÓN GENERAL:

ARTICULO 17.- Determinase que sólo las compensaciones adicionales de pago único, incorporadas al artículo 11 de la Ley N° 24.557, sus modificatorias, y los pisos mínimos establecidos en el Decreto N° 1.694/09, se deben incrementar conforme la variación del índice RIPTE (Remuneraciones Imponibles Promedio de los Trabajadores Estables), desde el 1° de enero de 2010 hasta la fecha de entrada en vigencia de la Ley N° 26.773, considerando la última variación semestral del RIPTE, de conformidad a la metodología prevista en la Ley N° 26.417.

Parte 22,[Contenido relacionado]

Ley 27348

RIESGOS DEL TRABAJO

Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de

Ley:

COMPLEMENTARIA DE LA LEY SOBRE RIESGOS DEL TRABAJO

TÍTULO I

De las comisiones médicas

ARTÍCULO 1° — Dispónese que la actuación de las comisiones médicas jurisdiccionales creadas por el artículo 51 de la ley 24.241 y sus modificatorias, constituirá la instancia administrativa previa, de carácter obligatorio y excluyente de toda otra intervención, para que el trabajador afectado, contando con el debido patrocinio letrado, solicite la determinación del carácter profesional de su enfermedad o contingencia, la determinación de su incapacidad y las correspondientes prestaciones dinerarias previstas en la Ley de Riesgos del Trabajo.

Será competente la comisión médica jurisdiccional correspondiente al domicilio del trabajador, al lugar de efectiva prestación de servicios por el trabajador o, en su defecto, al domicilio donde habitualmente aquel se reporta, a opción del trabajador y su resolución agotará la instancia administrativa.

Los trabajadores vinculados por relaciones laborales no registradas con empleadores alcanzados por lo estatuido en el apartado primero del artículo 28 de la ley 24.557 no están obligados a cumplir con lo dispuesto en el presente artículo y cuentan con la vía judicial expedita.

Los honorarios profesionales que correspondan por patrocinio letrado y demás gastos en que incurra el trabajador a consecuencia de su participación ante las comisiones médicas estarán a cargo de la respectiva aseguradora de riesgos del trabajo (A.R.T.).

ARTÍCULO 2° — Una vez agotada la instancia prevista en el artículo precedente las partes podrán solicitar la revisión de la resolución ante la Comisión Médica Central.

El trabajador tendrá opción de interponer recurso contra lo dispuesto por la comisión médica jurisdiccional ante la justicia ordinaria del fuero laboral de la jurisdicción provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, según corresponda al domicilio de la comisión médica que intervino.

La decisión de la Comisión Médica Central será susceptible de recurso directo, por cualquiera de las partes, el que deberá ser interpuesto ante los tribunales de alzada con competencia laboral o, de no existir éstos, ante los tribunales de instancia única con igual competencia, correspondientes a la jurisdicción del domicilio de la comisión médica jurisdiccional que intervino.

Los recursos interpuestos procederán en relación y con efecto suspensivo, a excepción de los siguientes casos, en los que procederán con efecto devolutivo:

- a) cuando medie apelación de la aseguradora de riesgos del trabajo ante la Comisión Médica Central en el caso previsto en el artículo 6°, apartado 2, punto c) de la ley 24.557, sustituido por el artículo 2° del decreto 1278/2000;
- b) cuando medie apelación de la aseguradora de riesgos del trabajo ante la Comisión Médica Central en caso de reagravamiento del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional.

El recurso interpuesto por el trabajador atraerá al que eventualmente interponga la aseguradora de riesgos del trabajo ante la Comisión Médica Central y la sentencia que se dicte en instancia laboral resultará vinculante para todas las partes.

Los decisorios que dicten las comisiones médicas jurisdiccionales o la Comisión Médica Central que no fueren motivo de recurso alguno por las partes, así como las resoluciones homologatorias, pasarán en autoridad de cosa juzgada administrativa en los términos del artículo 15 de la ley 20.744 (t.o.1976).

Las resoluciones de la respectiva comisión médica jurisdiccional y de la Comisión Médica Central deberán ser notificadas a las partes y al empleador.

Para todos los supuestos, resultará de aplicación lo dispuesto en el artículo 9° de la ley 26.773.

Todas las medidas de prueba producidas en cualquier instancia serán gratuitas para el trabajador.

En todos los casos los peritos médicos oficiales que intervengan en las controversias judiciales que se susciten en el marco de la ley 24.557 y sus modificatorias deberán integrar el cuerpo médico forense de la jurisdicción interviniente o entidad equivalente que lo reemplace y sus honorarios no serán variables ni estarán vinculados a la cuantía del respectivo juicio y su regulación responderá exclusivamente a la labor realizada en el pleito.

En caso que no existieren profesionales que integren los cuerpos médicos forenses en cantidad suficiente para intervenir con la celeridad que el trámite judicial lo requiera como peritos médicos, los tribunales podrán habilitar mecanismos de inscripción de profesionales médicos que expresamente acepten los parámetros de regulación de sus honorarios profesionales conforme lo previsto en el párrafo precedente.

No podrán ser objeto de pactos de cuota litis los procesos judiciales que se sustancien en el marco del presente Título.

ARTÍCULO 3° — Créase el Servicio de Homologación en el ámbito de las comisiones médicas jurisdiccionales, el cual tendrá las funciones y operará según el procedimiento establecido en el Anexo I de la presente.

La Superintendencia de Riesgos del Trabajo dictará las normas del procedimiento de actuación ante las comisiones médicas jurisdiccionales y la Comisión Médica Central.

La comisión médica jurisdiccional deberá expedirse dentro de los sesenta (60) días hábiles administrativos, contados a partir de la primera presentación debidamente cumplimentada y la reglamentación establecerá los recaudos a dichos efectos.

Dicho plazo será prorrogable por cuestiones de hecho relacionadas con la acreditación del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional, debidamente fundadas.

Todos los plazos resultarán perentorios y su vencimiento dejará expedita la vía prevista en el artículo 2° de la presente ley.

La demora injustificada que pudiere imputarse a la respectiva comisión médica jurisdiccional hará incurrir en falta grave a los responsables.

ARTÍCULO 4° — Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir al presente Título.

La adhesión precedentemente referida, importará la delegación expresa a la jurisdicción administrativa nacional de la totalidad de las competencias necesarias para dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 1°, 2° y 3° del presente y en el apartado 1 del artículo 46 de la ley 24.557 y sus modificatorias, así como la debida adecuación, por parte de los Estados provinciales adherentes, de la normativa local que resulte necesaria.

TÍTULO II

Del Autoseguro Público Provincial

ARTÍCULO 5° — Créase el Autoseguro Público Provincial destinado a que las provincias y sus municipios y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires puedan autoasegurar los riesgos del trabajo definidos en la ley 24.557 y sus modificatorias, respecto de los regímenes de empleo público provincial y municipal, de acuerdo a lo que establezca la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Para acceder al Autoseguro Público Provincial, cada jurisdicción deberá garantizar la existencia de una estructura suficiente para el adecuado otorgamiento de las prestaciones en especie de la ley 24.557 y sus modificatorias, de acuerdo a las condiciones y requisitos que establezca la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Las prestaciones dinerarias deberán ser administradas mediante un régimen de gestión económica y financiera separado del que corresponda a la contabilidad general provincial.

El Autoseguro Público Provincial deberá integrarse al sistema de registros y establecer para cada dependencia o establecimiento con riesgo crítico, de conformidad con lo que determine la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, un plan de acción específico.

Los autoasegurados públicos provinciales tendrán idénticas obligaciones que las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y los empleadores autoasegurados en materia de reportes e integración al Registro Nacional de Incapacidades, según determine la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

El autoseguro público de cada provincia podrá admitir la incorporación de sus municipios, los que pasarán a integrar el Autoseguro Público Provincial de la respectiva provincia.

ARTÍCULO 6° — Los empleadores que opten por el régimen de Autoseguro Público Provincial deberán:

- a) Inscribirse en un registro que se creará específicamente a tal efecto, cuya forma y contenido determinará la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.
- b) Cumplir con las obligaciones y procedimientos que la ley 24.557 y sus modificatorias ponen a cargo de los empleadores y de las aseguradoras de riesgos del trabajo, en los términos que establezca la Superintendencia de Riesgos del Trabajo con la excepción de la afiliación, del aporte al Fondo de Reserva de la ley 24.557 y sus modificatorias y de toda otra obligación incompatible con dicho régimen.

ARTÍCULO 7° — El incumplimiento por parte de los empleadores que opten por el régimen de Autoseguro Público Provincial de las obligaciones a su cargo, será pasible de las sanciones dispuestas en el artículo 32 de la ley 24.557 y sus modificatorias, sin perjuicio de las previstas en el Libro 2°, Título XI, Capítulo VII del Código Penal.

ARTÍCULO 8° — Estará a cargo de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo:

- a) Supervisar y fiscalizar a los empleadores incorporados al Autoseguro Público Provincial en cuanto al otorgamiento de las prestaciones dinerarias y en especie vinculadas al sistema de riesgos del trabajo;
- b) Establecer los programas de prevención para los empleadores incorporados al Autoseguro Público Provincial.

ARTÍCULO 9° — Incorpórase como miembros del Comité Consultivo Permanente creado por el artículo 40 de la ley 24.557 y sus modificatorias, a dos (2) representantes de las jurisdicciones que hayan optado por el régimen de Autoseguro Público Provincial, los que se integrarán a la representación del sector gubernamental.

TÍTULO III

Disposiciones de ordenamientos del sistema sobre riesgos del trabajo

ARTÍCULO 10. — Sustitúyese el artículo 7° de la ley 24.557 por el siguiente texto:

Artículo 7° — Incapacidad Laboral Temporaria.

1. Existe situación de Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) cuando el daño sufrido por el trabajador le impida temporariamente la realización de sus tareas habituales.
2. La situación de Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) cesa por:
 - a) Alta médica;
 - b) Declaración de Incapacidad Laboral Permanente (ILP);
 - c) Transcurso de dos (2) años desde la primera manifestación invalidante;
 - d) Muerte del damnificado.
3. Si el trabajador damnificado, dentro del plazo previsto en el inciso c) del apartado anterior, se hubiera reincorporado al trabajo y volviera a estar de baja por idéntico accidente o enfermedad profesional, su situación de Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) continuará hasta el alta médica, declaración de Incapacidad Laboral Permanente, en caso de corresponder, su deceso o hasta completar dos (2) años efectivos de baja, sumándose todos los períodos en los cuales se hubiera visto impedido de trabajar.

ARTÍCULO 11. — Sustitúyese el artículo 12 de la ley 24.557 por el siguiente texto:

Artículo 12: Ingreso base. Establécese, respecto del cálculo del monto de las indemnizaciones por incapacidad laboral definitiva o muerte del trabajador, la aplicación del siguiente criterio:

- 1) A los fines del cálculo del valor del ingreso base se considerará el promedio mensual de todos los salarios devengados —de conformidad con lo establecido por el artículo 1° del Convenio N° 95 de la OIT— por el trabajador durante el año anterior a la primera manifestación invalidante, o en el tiempo de prestación de servicio si fuera menor. Los salarios mensuales tomados a fin de establecer el promedio se actualizarán mes a mes aplicándose la variación del índice RIPTE (Remuneraciones Imponibles Promedio de los Trabajadores Estables).

- 2) Desde la fecha de la primera manifestación invalidante y hasta el momento de la liquidación de la indemnización por determinación de la incapacidad laboral definitiva, deceso del trabajador u homologación, el monto del ingreso base devengará un interés equivalente al promedio de la tasa activa cartera general nominal anual vencida a treinta (30) días del Banco de la Nación Argentina.
- 3) A partir de la mora en el pago de la indemnización será de aplicación lo establecido por el artículo 770 del Código Civil y Comercial acumulándose los intereses al capital, y el producido devengará un interés equivalente al promedio de la tasa activa cartera general nominal anual vencida a treinta (30) días del Banco de la Nación Argentina, hasta la efectiva cancelación.

ARTÍCULO 12. — Incorpórase como apartado 6 del artículo 27 de la ley 24.557 el siguiente texto:

6. La Aseguradora de Riesgos del Trabajo podrá extinguir el contrato de afiliación de un empleador en caso que se verifique la falta de pago de dos (2) cuotas mensuales, consecutivas o alternadas, o la acumulación de una deuda total equivalente a dos (2) cuotas, tomando como referencia la de mayor valor en el último año. La extinción del contrato deberá ajustarse a los requisitos, modalidades y plazos que determine la reglamentación. A partir de la extinción, el empleador se considerará no asegurado y estará en la situación prevista en el apartado 1 del artículo 28 de esta ley. Sin perjuicio de ello, la aseguradora deberá otorgar prestaciones en especie, con los alcances previstos en el Capítulo V de esta ley, por las contingencias ocurridas dentro de los tres (3) meses posteriores a la extinción por falta de pago. La aseguradora podrá repetir del empleador el costo de las prestaciones otorgadas conforme lo dispuesto en el párrafo anterior.

ARTÍCULO 13. — Sustitúyese el texto del artículo 37 de la ley 24.557 (reemplazado por el artículo 74 de la ley 24.938) por el siguiente:

Artículo 37: Financiamiento. Los gastos de los entes de supervisión y control serán financiados por las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, los empleadores autoasegurados públicos provinciales y los empleadores autoasegurados, conforme aquellos entes lo determinen.

En ningún supuesto dicha contribución podrá superar:

- a) En el caso de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, el uno coma cuatro por ciento (1,4 %) del total de los importes percibidos por cuotas de contratos de afiliación.
- b) En el caso de los empleadores públicos autoasegurados y los empleadores autoasegurados, el cero coma cinco por mil (0,5‰) de su masa salarial promedio de los últimos seis (6) meses.

ARTÍCULO 14. — Sustitúyese el primer apartado del artículo 46 de la ley 24.557 por el siguiente texto:

Artículo 46: Competencia judicial.

1. Una vez agotada la instancia prevista ante las comisiones médicas jurisdiccionales las partes podrán solicitar la revisión de la resolución ante la Comisión Médica Central.

El trabajador tendrá opción de interponer recurso contra lo dispuesto por la comisión médica jurisdiccional ante la justicia ordinaria del fuero laboral de la jurisdicción provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según corresponda al domicilio de la comisión médica que intervino.

La decisión de la Comisión Médica Central será susceptible de recurso directo, por cualquiera de las partes, el que deberá ser interpuesto ante los tribunales de alzada con competencia laboral o, de no existir éstos, ante los tribunales de instancia única con igual competencia, correspondientes a la jurisdicción del domicilio de la comisión médica jurisdiccional que intervino.

Los recursos interpuestos procederán en relación y con efecto suspensivo, a excepción de los siguientes casos, en los que procederán con efecto devolutivo:

- a) cuando medie apelación de la A.R.T. ante la Comisión Médica Central en el caso previsto en el artículo 6°, apartado 2, punto c) de la ley 24.557, sustituido por el artículo 2° del decreto 1278/2000;
- b) cuando medie apelación de la A.R.T. ante la Comisión Médica Central, en caso de reagravamiento del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional.

El recurso interpuesto por el trabajador atraerá al que eventualmente interponga la aseguradora de riesgos del trabajo ante la Comisión Médica Central y la sentencia que se dicte en instancia laboral resultará vinculante para todas las partes.

Los decisorios que dicten las comisiones médicas jurisdiccionales o la Comisión Médica Central que no fueren motivo de recurso alguno por las partes así como las resoluciones homologatorias, pasarán en autoridad de cosa juzgada administrativa en los términos del artículo 15 de la ley 20.744 (t.o. 1976).

Las resoluciones de la respectiva comisión médica jurisdiccional y de la Comisión Médica Central deberán ser notificadas a las partes y al empleador.

Para todos los supuestos, resultará de aplicación lo dispuesto en el artículo 9° de la ley 26.773.

Todas las medidas de prueba producidas en cualquier instancia serán gratuitas para el trabajador.

ARTÍCULO 15. — Sustitúyese el cuarto párrafo del artículo 4° de la ley 26.773 por el siguiente texto:

Las acciones judiciales con fundamento en otros sistemas de responsabilidad sólo podrán iniciarse una vez recibida la notificación fehaciente prevista en este artículo y agotada la vía administrativa mediante la resolución de la respectiva comisión médica jurisdiccional o cuando se hubiere vencido el plazo legalmente establecido para su dictado.

ARTÍCULO 16. — Incorpórase a la ley 26.773 el artículo 17 bis, según el siguiente texto:

Artículo 17 bis: Determinase que sólo las compensaciones adicionales de pago único, incorporadas al artículo 11 de la ley 24.557 y sus modificatorias, y los importes mínimos establecidos en el decreto 1694/09, se deberán incrementar conforme la variación del índice RIPTE (Remuneraciones Imponibles Promedio de los Trabajadores Estables), desde el 1° de enero de 2010 y hasta la fecha de la primera manifestación invalidante de la contingencia considerando la última

variación semestral del RIPTE de conformidad con la metodología prevista en la ley 26.417.

ARTÍCULO 17. — Dispónese que todas las prestaciones dinerarias e indemnizaciones que se liquiden administrativa o judicialmente, deberán ser depositadas en la “cuenta sueldo” del respectivo trabajador, creada en virtud de lo establecido en la ley 26.590 y normativa complementaria y siempre que aquella se encuentre disponible.

ARTÍCULO 18. — Estarán a cargo de la respectiva aseguradora de riesgos del trabajo o empleador autoasegurado los gastos de atención médica en que incurra la obra social del trabajador y que resulten cubiertos por la ley 24.557 y sus modificatorias.

Asimismo, las prestaciones en especie que sean brindadas por las aseguradoras de riesgos del trabajo y que resulten motivadas en accidentes o enfermedades inculpables no alcanzados por la ley 24.557 y sus modificatorias, serán reintegradas por la respectiva obra social del trabajador.

La Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), la Superintendencia de Riesgos del Trabajo y la Superintendencia de Servicios de Salud, crearán una Comisión Especial que dictará las normas reglamentarias para instrumentar esos reintegros y establecerá un procedimiento administrativo obligatorio para las partes, en caso de conflicto, que deberá incluir penalidades para los incumplidores.

Establécese que los prestadores médico asistenciales contratados por las administradoras de riesgos del trabajo deberán estar inscriptos en el registro de prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud. Las superintendencias de Riesgos del Trabajo y de Servicios de Salud establecerán las modalidades y condiciones para formalizar dicha inscripción.

ARTÍCULO 19. — La Superintendencia de Riesgos del Trabajo deberá remitir al Comité Consultivo Permanente creado por el artículo 40 de la ley 24.557 y dentro del plazo de tres (3) meses contado a partir de la vigencia de la presente, un anteproyecto de ley de protección y prevención laboral destinado a garantizar que las condiciones y medio ambiente de trabajo resulten acordes con las mejores

prácticas y la normativa internacional en la materia de su incumbencia y que permita que esos principios generales sean ajustados en forma específica para cada actividad, a través de los convenios colectivos de trabajo.

ARTÍCULO 20. — La modificación prevista al artículo 12 de la ley 24.557 y sus modificatorias, se aplicará a las contingencias cuya primer manifestación invalidante resulte posterior a la entrada en vigencia de la presente ley.

ARTÍCULO 21. — Deróganse el artículo 8° y el apartado 6° del artículo 17 de la ley 26.773.

ARTÍCULO 22. — Las disposiciones de la presente son de orden público.

ARTÍCULO 23. — El Poder Ejecutivo deberá, dentro del plazo de seis (6) meses contados desde la vigencia de la presente ley, elaborar un texto ordenado de las leyes 24.557, 26.773 y de la presente.

ARTÍCULO 24. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS QUINCE DÍAS DEL MES DE FEBRERO DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE.

— REGISTRADO BAJO EL N° 27348 —

MARTA G. MICHETTI. — EMILIO MONZÓ. — Eugenio Inchausti. — Juan Pedro Tunessi.

ANEXO I

PROCEDIMIENTO ANTE EL SERVICIO DE HOMOLOGACIÓN EN EL ÁMBITO DE LAS COMISIONES MÉDICAS JURISDICCIONALES

Artículo 1° - El Servicio de Homologación, en el ámbito de las comisiones médicas jurisdiccionales, será el encargado de sustanciar y homologar los acuerdos por incapacidades laborales permanentes definitivas y fallecimiento, previstas en la ley 24.557 y sus modificatorias, mediante las actuaciones y con intervención de los funcionarios que a tal efecto determine la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Artículo 2° - Los dictámenes de la comisión médica jurisdiccional que determinen un porcentaje de incapacidad laboral permanente definitiva o el fallecimiento por causas laborales, deberán ser notificados a las partes y al empleador.

En oportunidad de la notificación prevista en el apartado anterior, se los citará a una audiencia a celebrarse ante el Servicio de Homologación, la cual estará presidida por un funcionario letrado designado a tal efecto por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, siendo obligatoria la concurrencia de la Aseguradora de Riesgos del Trabajo, del trabajador o derechohabientes y/o sus representantes legales.

En dicha audiencia se informará a las partes el importe de la indemnización que le corresponde percibir al trabajador o a sus derechohabientes según lo dispuesto en la ley 24.557 y sus modificatorias.

Si mediare conformidad con lo actuado, el Servicio de Homologación, emitirá el acto de homologación pertinente, dejando expresa constancia del ejercicio por parte del trabajador o de sus derechohabientes de la opción prevista en el artículo 4° de la ley 26.773.

En caso de disconformidad de alguna de las partes con el porcentaje de incapacidad determinada, se labrará un acta dejando constancia de ello y quedará expedita la vía recursiva prevista en el artículo 2° de la presente ley.

Si la disconformidad fuera respecto del importe de la indemnización, las partes podrán arribar a un acuerdo por un monto superior, el cual deberá ser homologado por el Servicio de Homologación quedando expedita, en caso contrario, la vía recursiva prevista en el artículo 2° de la presente ley, dejándose expresa constancia en el acta que se labre a tal efecto.

Artículo 3° - Para el caso en que las partes, en forma previa a la intervención de la comisión médica jurisdiccional, hubieren convenido el monto de la indemnización correspondiente al daño derivado del accidente laboral o enfermedad profesional, la Aseguradora de Riesgos del Trabajo deberá solicitar la intervención de la Comisión Médica Jurisdiccional, a fin de someter la propuesta de convenio ante el Servicio de Homologación.

El Servicio de Homologación citará a las partes y al empleador, con el objeto de

que los profesionales médicos que la Superintendencia de Riesgos del Trabajo designe al efecto, verifiquen el grado de incapacidad contenido en la propuesta. Cumplido tal extremo y contando con el respectivo informe del profesional médico, el Servicio de Homologación constatará que el grado de incapacidad y el importe de la indemnización acordada se corresponden con la normativa de la ley 24.557 y sus modificatorias.

En tal caso, el Servicio de Homologación, luego de constatar la libre emisión del consentimiento por parte del trabajador o de sus derechohabientes, homologará la propuesta de convenio mediante el acto pertinente, dejando expresa constancia del ejercicio por parte del trabajador o de sus derechohabientes de la opción prevista en el artículo 4° de la ley 26.773.

En ningún caso se homologará una propuesta de convenio que contenga un monto de reparación dineraria menor a la que surja de la estricta aplicación de la normativa de la ley 24.557 y sus modificatorias.

En caso de disconformidad de alguna de las partes con el grado de incapacidad verificado por el Servicio, se labrará un acta dejando constancia de ello y se requerirá la intervención de la Comisión Médica a fin de que se sustancie el trámite de determinación de incapacidad.

Artículo 4° - Los actos de homologación asumirán autoridad de cosa juzgada administrativa en los términos y con los alcances del artículo 15 de la ley 20.744 (t.o. 1976).

Las prestaciones dinerarias que se liquiden como consecuencia de la homologación deberán ser puestas a disposición del trabajador o de sus derechohabientes dentro de los cinco (5) días de notificado el acto.

➤ Análisis jurídico

Tal como se ha expuesto en el presente trabajo, los riesgos psicosociales intralaborales como los riesgos psicosociales extralaborales cada día obtienen más relevancia con una directa relación con las enfermedades psíquicas las cuales ocasionan mayor ausentismo laboral y mayores incapacidades que los riesgos físicos. Al encontrarse el profesional de enfermería con altos niveles de estrés, circunstancia que lo puede llevar a padecer de fatiga emocional y un elevado deterioro de energía, que también trae efectos negativos en el estado de salud del trabajador con un alto porcentaje de desarrollar enfermedades físicas tales como reflujo, gastritis, dolores musculares y lumbares, cefaleas a repetición y por demás enfermedades psicosomáticas como baja autoestima y culpa de ineficiencia, insomnio, inapetencia alimentaria, apatía, dolores crónicos de aparición súbita entre otras, es que denota una relevancia particular mencionar, a modo de apéndice, la regulación citada.

Frente a la exposición de manera constante y permanente en el tiempo a los factores de riesgos intralaborales y extralaborales traerá consigo mayores consecuencias negativas las cuales podrán repercutir a nivel psicológico y en ocasiones deterioran la relación con la familia y amigos cuando se llega cansado a casa, malhumorado desencadenando como lo mencionamos anteriormente insomnio, irritación, intranquilidad, tensión, preocupación y hasta depresión, todas estas situaciones negativas que el trabajador acarreará de su casa al trabajo construyendo paulatinamente problemas cognoscitivos y conductuales como la pérdida de concentración, atención, memoria y tomas de decisiones los que son de suma importancia en el personal de enfermería, ya que trabajan brindando sus servicios a personas que tienen disminuido su estado de salud y frente a este desequilibrio estarían más propensos y expuestos a sufrir accidentes en su lugar de trabajo.

Nos parece interesante analizar el artículo 6º que lleva por título “contingencias” en la ley 24557 sobre riesgos del trabajo en donde textualmente señala en el inciso 1, lo siguiente: “Se considera accidente de trabajo a todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre y

cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo. El trabajador podrá declarar por escrito ante el empleador, y éste dentro de las setenta y dos (72) horas ante el asegurador, que el in-itinere se modifica por razones de estudio, concurrencia a otro empleo o atención de familiar directo enfermo y no conviviente, debiendo presentar el pertinente certificado a requerimiento del empleador dentro de los tres (3) días hábiles de requerido”.

Si tomamos como referencia el puntaje total obtenido del cuestionario de factores psicosociales extralaborales de la presente investigación en donde se observó que **5,2%** de los encuestados se encuentra sin riesgo del puntaje total, un **7,1%** cuenta con un bajo riesgo en el puntaje total del cuestionario factores psicosociales extralaborales, un **14,9%** se encuentra en riesgo medio del puntaje total, un **18,2%** de los encuestados se encuentra en riesgo alto en el puntaje total del cuestionario factores psicosociales extralaborales y el **54,5%** de los encuestados se encuentran en muy alto riesgo, tan solo tomando los porcentajes de alto y muy alto riesgo podría deducir y concluir que el 72.7% de la población estudiada se encuentra propensa a sufrir un accidente de trabajo de forma directa o indirectamente.

Si hacemos referencia al accidente in-intinere el porcentaje de sufrirlo sería el mismo debido a que el trabajador no cuenta con el equilibrio bio-psico-social pertinente que lo lleve tener o tomar todos los recaudos necesarios para prevenir posibles accidentes fuera del ámbito laboral debido a la afección en los factores psicosociales extralaborales.

No es falacia la afirmación de que ni el Estado y muchas Instituciones de Salud le prestan la importancia necesaria a las condiciones en el entorno social, familiar y económico del trabajador y tanto solo realizan programas y estrategias de prevención de los riesgos psicosociales intralaborales (no en todas las empresas como debieran) y luego se cuestionan de manera interna el motivo de la ocurrencia accidentalógica a pesar de los programas, medidas y estrategias instauradas a nivel intralaboral del personal a su cargo, ya que continúan presentando alto ausentismo y justificaciones médicas por enfermedades físicas

y algunas veces psicosomáticas que se encuentran directamente relacionadas en la mayoría de los casos al estrés no solamente de tipo laboral.

Se hace necesario que los empleadores le brinden la importancia que merece a los factores de riesgos que se relacionan con la salud mental, sin darle prioridad de donde provengan, bien sea por causas laborales o debido a problemas familiares o sociales, porque en definitiva provengan de donde provengan el trabajador podrá tener una disminución en su rendimiento laboral, déficit de concentración, disminución en su salud física y mental, entre otras.

No es insensato imaginarse a un trabajador de salud llevando consigo su estrés, discusiones y carga emocional del entorno familiar y social a su puesto de trabajo, sumado a lo anterior, el estrés habitual que se vive en los nosocomios a diario, volviendo a su casa cargado de cansancio físico y emocional debido al quehacer diario. De hecho, en muchas ocasiones con su hogar distante a su lugar de trabajo, sin dormir bien por su cansancio y tener que continuar al día siguiente como si nada hubiese ocurrido el día anterior, logrando así, de manera inconsciente un círculo vicioso que a largo o corto plazo llegará a deteriorar su organismo y su salud mental y por consiguiente aumentando el riesgo y las posibilidades de poder sufrir un accidente de trabajo.

Continuando con el análisis del mismo artículo 6º de la ley 24557 sobre riesgos del trabajo reza textualmente en el inciso 2: “Se consideran enfermedades profesionales aquellas que se encuentran incluidas en el listado de enfermedades profesionales que elaborará y revisará el Poder Ejecutivo anualmente, conforme al procedimiento del artículo 40 apartado 3 de esta ley. El listado identificará agente de riesgo, cuadros clínicos y actividades, en capacidad de determinar por sí la enfermedad profesional”.

Más allá de que las leyes vigentes en la República Argentina y exactamente la ley 24557 y sus modificatorias que trata sobre riesgos del trabajo se sancionen y se promulgan de forma autónoma sin tener en cuenta las recomendaciones de organismos internacionales en el listado de enfermedades profesionales dictado en virtud de lo dispuesto en el artículo 6º, inciso 2 de la Ley en mención no tiene en cuenta la recomendación 2.4 que se encuentra consignada en la lista de enfermedades profesionales revisada en el año 2010 por la Organización

Internacional Del Trabajo (OIT, 2010), en donde agregó los trastornos mentales y del comportamiento que postuló así:

- 1) Trastorno de estrés postraumático.
- 2) Otros trastornos mentales o del comportamiento no mencionados en el punto anterior cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y el (los) trastorno(s) mentales o del comportamiento contraído(s) por el trabajador.

Dentro de estas enfermedades podemos mencionar las más relevantes sin dejar a un costado que pueden existir otras:

- a. Estrés.
- b. El burnout o Síndrome de quemado.
- c. Mobbing. Acoso laboral.
- d. La depresión intra o extralaboral.
- e. Síndrome postvacacional, la cual se relaciona con el estrés y la depresión.

Si observamos las enfermedades mencionadas, podemos identificar que ninguna de estas, es ajena a nuestra población nacional y que además tienen una alta relación de forma directa con el trabajo y observado el personal de enfermería, pero por intereses ajenos, estas enfermedades no forman parte del listado de enfermedades profesionales en la ley 24557 sobre riesgos del trabajo.

Cabe por último mencionar que dentro de los objetivos de la Ley sobre Riesgos del Trabajo se enmarca la prevención de los riesgos y asimismo busca la reducción en la siniestralidad laboral a través de la prevención de los riesgos derivados del trabajo, realizando un estudio de los factores de riesgos psicosociales tanto intralaborales como extralaborales con un instrumento diseñado o certificado a nivel nacional se podrán identificar cuáles de estos factores se encuentran en mayor riesgo e implementar programas y estrategias de mejora, los cuales aportarán a la prevención de riesgos relacionados con el trabajo y paralelamente disminuir así la accidentalidad y la siniestralidad de los trabajadores. Para ello, se precisa proteger al trabajador no solamente en el

aspecto intralaboral con mejores condiciones en la organización del puesto de trabajo, remuneraciones salariales acorde a su labor, sino que se debe proteger además su entorno extralaboral con la finalidad de conservar al trabajador en una adecuada condición y equilibrio físico y psíquico para poder cumplir con sus funciones en el ámbito laboral, contribuyendo y manteniéndose en el sistema y por otra parte ayudaría a disminuir el ausentismo laboral vigente en nuestro país.

Urbe al Ius.(2014). En una de sus publicaciones afirma que las modificaciones introducidas a la ley 24557 por medio de la ley 26773 del año 2012 ha merecido tantas críticas como bienvenidas en el universo del mundo laboral, toda vez que promueve este nuevo sistema (compuesto, de acuerdo al segundo párrafo del art. 1 de la ley 26773 por dicha norma, la Ley de Riesgos del Trabajo 24557 y sus modificaciones, por el Decreto 1694/09, normas complementarias y reglamentarias y las que en el futuro las modifiquen o sustituyan), encontramos la convocatoria formalizada por el Ministerio de Trabajo de la Nación a través de la Resolución MTESS 915/12 al Comité Consultivo Permanente creado por el art. 40 de la LRT, para tratar, por un lado, la incorporación al Listado de Enfermedades Profesionales previsto en el Anexo I del decreto 658 del 24/6/96 de las siguientes enfermedades: a) Hernias Inguinales; b) Várices y, c) Espondiloartrosis y, por otro lado, la evaluación de la Tabla Baremo prevista en el Anexo I del decreto 659/96, el establecimiento de consensos sobre las adecuaciones normativas y operativas del trámite ante las Comisiones Médicas.

Parra, R.A.(2018) en referencia a las leyes Nº: 26.773/12 y 27.348/17 que, con sus respectivas reglamentaciones, reformaron la ley 24.557/95. Es de destacar que retrotrajeron algunos derechos adquiridos por los trabajadores. Si bien es cierto que se sancionaron en tres momentos diferentes de la Argentina, Gobierno del Dr. Saúl Carlos Menem; Gobierno de la Dra. Cristina Fernández de Kirchner y Gobierno del Ingeniero Mauricio Macri respectivamente, no es menos cierto que por sobre todas las cosas la ley 26.773 cercenó algunos derechos consagrados en la ley 24.557, coartando en alguna medida las protecciones legales conseguidas por la normativa anterior. A modo de ejemplo: El trabajador debe de optar por la vía del reclamo ante un accidente laboral, es decir que, optada la vía civil, no puede iniciar otro reclamo por ante la A.R.T. Las contingencias

laborales se mencionan de una manera particular no se realiza ningún análisis debido a que las mencionadas, si bien dependen de la ley N°: 24.557 de riesgos del trabajo, solo tratan de reparaciones de los daños derivados de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y nuevas regulaciones de tipo administrativo a que haya lugar una vez sucedido el accidente de trabajo. La 27.348 solo hace mención a la ampliación de las comisiones médicas jurisdiccionales, las regionales y la central, así como y de forma complementaria con resoluciones dictadas por la S.R.T., establecen el procedimiento administrativo previo, especial y obligatorio determinado a los efectos de que el trabajador, a través de un representante legal pueda obtener una reparación de los daños acontecidos por algún hecho súbito y violento y se satisfaga su prestación.

Concluyendo con éste pequeño acápite jurídico es dable poner de resalto que más allá de los momentos históricos de la argentina, las modificaciones de la normativa, resoluciones complementarias de la S.R.T., marchas y contramarchas en el cercenamiento o consecución de derechos, una circunstancia debe de quedar claramente establecida: “Los Riesgos Psicosociales tanto intralaborales, cuanto Extralaborales” en el personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio Piñero , tienen una alta incidencia en los accidentes de trabajo, que, tal y como reza la normativa vigente, abre el subsistema de protección laboral de todos los trabajadores registrados del sistema.

Discusión

En el presente trabajo se muestran los resultados descriptivos de los factores de riesgo psicosociales extralaborales del personal de enfermería que trabaja en los diferentes servicios hospitalarios del Hospital General de Agudos Parmenio T. Piñero.

◆ En la presente investigación se observó que la mayor población pertenece al género femenino con un 76% del total de los encuestados. Lo que significa que en las mujeres pertenecientes a la profesión de enfermería se encuentra la mayor prevalencia de factores de riesgo. Garduño (1993) citado por Sánchez (2010) considera que en el ámbito extralaboral las mujeres deben ejercer la doble jornada

laboral, entendida ésta como salir de su hogar para unirse a la fuerza laboral y mejorar sus condiciones de vida y las de su familia; abrirse a nuevas oportunidades de trabajo y estudio, pero sin desligarse de sus labores domésticas.

◆ Se observa dentro de este estudio que el personal de enfermería de la mencionada Institución prestadora de salud se encuentra en su mayoría casados con un 37% de los encuestados, seguido con un 34% del personal de enfermería solteros y el otro porcentaje restante se encuentra disperso entre divorciados, separados, unión libre y personas viudas. Por otro lado, Villegas y Barberán, (2012) consideran que los sujetos casados suelen tener un estilo de vida más estable y una perspectiva de vida diferente a los solteros. Los sujetos solteros podrían tender a usar el trabajo como fuente de vida social y esto los llevaría a implicarse excesivamente con la gente del ámbito laboral y por tanto exponerse a un mayor riesgo de sufrir de síndrome de Burnout entre otras situaciones disvaliosas en el trabajo.

◆ Al respecto en la distribución de las edades, se logró identificar que la mayoría de los encuestados se encuentran en el rango de edad de 41 a 50 años con un 35,1%, seguido de un 31,2% de los encuestados que se ubican en el rango de edad de 31 a 40 años, continuo a estos se encontró un 19,5% de los encuestados posicionados en el rango de edad de 51 a 60 años y por último un 14,3% se encuentran los enfermeros encuestados en el rango de edad de 21 a 30 años.

◆ Al observar en la distribución en cuanto a la formación profesional de los enfermeros del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero se logró determinar que el 56% de los encuestados que trabajan en los distintos servicios del mencionado nosocomio cuenta con título de enfermería profesional, seguido de un 38% de los mencionados profesionales de la salud cuentan con título universitario de Licenciado en enfermería, y tan solo un 6% de los encuestados obtienen título de enfermería universitaria.

◆ Mediante el análisis realizado en el personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero en cuanto al lugar de residencia se logró identificar que el 73% del personal encuestado tiene como lugar de residencia a la ciudad

Autónoma de Buenos Aires, mientras que el 27% del personal de enfermería que participaron en la presente investigación su lugar de residencia se cita en alguna de las provincias localizadas en la periferia a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- ◆ Se identificó por medio del análisis con respecto al tipo de vivienda del personal de enfermería que se encuentra en planta permanente en el Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero, que el 50% de estos cuenta con vivienda propia, seguido de un 31% de los encuestados en el presente estudio su vivienda se encuentra en alquiler y un 19% del personal de enfermería encuestados residen en una vivienda de tipo familiar.

- ◆ Realizado el análisis concerniente al número de personas a cargo, se obtuvo como resultado que el 27% del personal de enfermería participante en el presente estudio tiene bajo su cargo 2 personas, seguido del 23% de los encuestados tienen bajo su cargo 3 personas, 17% de los profesionales de la salud de encuestados no cuentan con personas bajo su cargo, continuo a estos un 13% del personal de enfermería tiene bajo su cargo a 4 personas, un 12% de los encuestados tiene bajo su cargo a una persona, seguido con un 5% de los encuestados del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero tiene bajo su cargo 5 personas y se identificó que un 3% de los enfermeros encuestados en el presente estudio tiene a su cargo 6 personas.

- ◆ En lo Relacionado con los años de trabajo en el Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero, en el análisis se logró identificar que el 53% de los encuestados en la presente investigación tienen una antigüedad en su puesto de trabajo entre 1 a 5 años, seguido del 23% de los encuestados los cuales cuentan con una antigüedad entre el rango de 6 a 10 años de trabajo en el mencionado nosocomio, en el rango de 11 a 15 años se observó un 12% de los encuestados, un 5% del personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero se encuentran ubicados en el rango de antigüedad en el trabajo entre 26 a 30 años y el otro restante del porcentaje de la población estudiada se encuentra disperso en el rango de años de trabajo entre 16 a 20 años con un 3%, con un igual 3% de los encuestados en el presente estudio se encuentran en el rango de 21 a 25 años y

solo un 2% del personal de enfermería encuestada se ubica en el rango de >31 años de trabajo en el Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero.

◆ En cuanto a lo relacionado al análisis respectivo a las horas de trabajo se observó que el 50% del personal de enfermería encuestado tiene una carga horario de 6 horas diarias, un 23% de los participantes del presente estudio tienen una carga horario diaria de trabajo de 12 horas, seguido con un 21% se encuentran los enfermeros encuestados los cuales tienen una carga horaria de 7 horas y con un 6% se encuentran los enfermeros del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero que tiene una carga horario de 10 horas. Cabe mencionar y de manera aclaratoria con la variedad de la carga horario, que el personal de enfermería encuestado trabaja 6 horas al día, son aquellos profesionales de enfermería en donde su servicio pertenece a una área cerrada o insalubre según sea el caso, entre ellos se encuentran el servicio de guardia adultos y pediátrica, terapia intermedia, terapia intensiva neonatal y adulta, sala de partos y psicopatología, al igual los enfermeros que tienen una carga horaria de 12 horas corresponde a aquellos profesionales de enfermería que trabajan en los respectivos servicios mencionados, solo que estos prestan sus servicios y cuidados en el turno de los fines de semana y días feriados. En cuanto al personal con carga horario de 7 horas diarias se hace referencia a aquellos profesionales de enfermería que prestan sus servicios y cuidados en las áreas abiertas entre los cuales se encuentran los servicios de clínica médica, maternidad, internación pediátrica y docencia, al hacer referencia a la carga horario de 12 horas, corresponde a aquellos profesionales de enfermería que trabajan en los respectivos servicios mencionados, solo que estos prestan sus servicios y cuidados en el turno nocturno.

◆ Realizado el análisis correspondiente al servicio de trabajo del personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero, se puede establecer que el 23% de los participantes de la presente investigación pertenecen al servicio de guardia, seguido de un 19% de los encuestados que pertenecen al servicio de maternidad, un 14% del personal de enfermería encuestados pertenecen al servicio de neonatología, otro 11% de los encuestados en este estudio pertenece al servicio de terapia intensiva adultos, el otro porcentaje se encuentran disperso

en los demás servicios respectivamente así, clínica médica 9%, pediatría 8%, sala de partos 7%, psicopatología 5%, terapia intermedia 3% y 1% de los encuestados pertenece al servicio de docencia.

Continuando con el énfasis en el propósito central de la investigación en cuanto a la descripción de los factores de riesgo psicosociales extralaborales, se encontró que el 7.1% de los enfermeros participantes del presente estudio pertenecientes al Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero no presentan riesgo, el 5,2% presenta riesgo muy bajo por lo tanto no amerita desarrollar actividades de intervención.

Las dimensiones y dominios que se encuentren bajo esta categoría serán objeto de acciones o estrategias de promoción y prevención , en riesgo medio los muestran el 14,9%, y es indicador de respuesta moderada al estrés, las dimensiones que se encuentren bajo esta categoría ameritan observación y acciones sistemáticas de intervención para prevenir efectos perjudiciales, en riesgo alto se encontró el (18.2%) del personal de enfermería encuestados del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero, es indicador de importante posibilidad de asociación con respuestas de estrés alto. En riesgo muy alto se encontró el (54.5%) de los enfermeros encuestados, arrojando un indicador de amplia posibilidad de asociarse a respuestas muy altas de estrés.

Estos tres porcentajes en riesgo medio, alto y muy alto son equivalentes al 87.6% del personal de enfermería encuestados del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero.

Por consiguiente, se identificaron en los resultados las dimensiones que hacen parte del riesgo medio, alto y muy alto en el constructo extralaboral entre las que se encuentran:

- ◆ En cuanto a la dimensión tiempo fuera del trabajo que hace referencia al tiempo que el individuo dedica a actividades diferentes a las laborales, como descansar, compartir con familia y amigos, atender responsabilidades personales o domésticas, realizar actividades de recreación y ocio. En el personal de enfermería encuestados del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero se identificó un 11.7% muestra riesgo medio, 39.% riesgo alto y 26.6% riesgo muy alto, equivalentes al 77,3% de la población que requiere intervención ya que perciben

que la cantidad de tiempo destinado a su descanso y recreación es mínimo, insuficiente o nulo al igual que la cantidad de tiempo fuera del trabajo se encuentra reducida y algunas veces suprimida para compartir con la familia o amigos, o para atender asuntos personales o domésticos. Asociándolo con lo que opina Miranda (2006) acerca de que los juegos y la diversión favorecen las relaciones sociales, suponen un intercambio dentro de un grupo o en el seno familiar, el descanso permite recuperar energías físicas, y la recreación y la diversión libera de las tensiones nerviosas y reestablece el equilibrio psicológico.

Cabe resaltar que el 12,3% y el 10,4% del personal de enfermería encuestado del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero no presenta riesgo y/o presentan por defecto riesgo muy bajo respectivamente en esta determinada dimensión.

◆ En la dimensión de las relaciones familiares se puede definir como las propiedades que caracterizan las interacciones del individuo con su núcleo familiar. Esta condición se transforma en fuente de riesgo cuando la relación con su entorno familiar es conflictiva y el apoyo social que el trabajador recibe de sus familiares se encuentra ausente o es pobre.

Haciendo referencia al estudio actual de las relaciones familiares del personal de enfermería encuestado del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero se obtuvo como resultado que el 34,4% y el 47,4% del personal de enfermería encuestado del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero no presenta riesgo y/o por defecto riesgo muy bajo en esta presente dimensión, con este resultado se agrupa al 81,8% de la población encuestada no amerita desarrollar actividades de intervención.

Cabe mencionar que el 6,5%, 8,4% y el 3,2% del personal de enfermería encuestado del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero presenta riesgo medio, riesgo alto y muy alto, que implica que ascienda al 18,1% de los encuestados respectivamente en esta determinada dimensión, por tanto en ésta se requiere intervención de este porcentaje de encuestados del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero en la búsqueda de mejoramiento en sus relaciones familiares, fortaleciendo los lazos entre estos, con el fin de impedir que esta deficiencia logre alcanzar un desequilibrio perjudicial en la salud mental en el trabajador y a su vez evitar que a futuro se vea reflejado en el ámbito laboral.

(Edwards y Rothbard, 2000) sostienen que el bienestar, y más concretamente, la satisfacción, son conceptos que aportan una visión global de la calidad de vida de las personas. Se ha entendido que ésta puede ser medida de una manera global o en relación a dominios específicos, entre los cuales se considera que la familia y el trabajo ocupan un lugar importante para explicar la satisfacción global y el bienestar global del individuo.

♦ En cuanto en la dimensión de comunicación y las relaciones interpersonales. La comunicación es una de las habilidades más importantes de todo ser humano. A través de ésta no sólo recibimos y brindamos información, sino que también expresamos sentimientos y emociones, cruzamos ideas y opiniones y nos socializamos con el resto de las personas con las cuales interactuamos. La comunicación está siempre presente en todos los ámbitos de nuestra vida, también en el laboral, y es fundamental para mantener afinidades positivas y satisfactorias con las demás personas. Cuanto mejores sean las destrezas comunicativas que se posean, mejores serán las afinidades con los demás.

Al hacer referencia en la dimensión de comunicación y las relaciones interpersonales se logró identificar en los enfermeros encuestados que 20,1% y el 14,9% del personal de enfermería encuestados del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero no presenta riesgo y riesgo muy bajo respectivamente en esta dimensión estudiada. Continuando con los riesgos de la presente dimensión estudiada se identificó un 18,2% muestra riesgo medio, 26,6. % riesgo alto y 20,1% riesgo muy alto. Estos tres porcentajes en riesgo medio, alto y muy alto son equivalentes al 64,9% del personal de enfermería encuestados del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero por lo cual requiere intervención con el fin de mejorar la comunicación y las relaciones interpersonales del personal de enfermería estudiada en la presente investigación.

El Ministerio de la Protección Social de Colombia, (2010), sostiene que la comunicación y las relaciones interpersonales se refieren a las propiedades que caracterizan las interacciones del individuo con su núcleo familiar. Son cualidades que caracterizan la comunicación e interacciones del individuo cuando la relación con familiares es conflictiva. La ayuda (el apoyo social) que el trabajador recibe de

sus familiares es inexistente o pobre. La comunicación con los integrantes del entorno social es escasa o deficiente.

♦ La dimensión situación económica que trata de la disponibilidad de medios económicos para que el trabajador y su grupo familiar atiendan sus gastos básicos da cuenta que en esta dimensión el 18,8% del personal de enfermería encuestado del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero expresa riesgo alto muy alto, el 29,2% presenta riesgo alto y el 16,2% se manifiesta con riesgo medio equivalente estos tres porcentajes al 64,2% del personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero, por ende, este porcentaje de profesionales de enfermería amerita desarrollar actividades de intervención, quienes están percibiendo que los ingresos familiares son insuficientes para sustentar las necesidades básicas del grupo familiar y que existen deudas económicas difíciles de solventar, además de saberse identificado que el 31% de los encuestados en el presente estudio tiene su vivienda en alquiler, lo cual aumenta el riesgo en cuanto a la dimensión de la situación económica familiar.

Cabe resaltar que el 14,3% de los enfermeros participantes del presente estudio pertenecientes al Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero no presentan riesgo, el 21,4% presenta riesgo muy bajo por lo tanto no amerita desarrollar actividades de intervención.

En el estudio realizado por Gómez y Rodríguez (1997) encontraron que un factor importante para la aparición de depresión estaba relacionado con los ingresos familiares. En este aspecto se describió una relación inversa entre ingresos y depresión. Cuando todas las situaciones económicas eran satisfechas, el porcentaje de personas que estaba deprimida disminuía y aumentaba en la medida en que los ingresos familiares se iban haciendo menores. Asimismo, menciona Louro (2003) que el condicionamiento psicológico y social de la salud constituye un principio básico para su análisis integral, se profundiza al concebir los determinantes intermedios provenientes del grupo familiar, de su estructura y funcionamiento y de la materialización de las condiciones económicas y sociales en el hogar.

♦ Características de la vivienda y su entorno el cual se refiere a las condiciones de infraestructura, ubicación y entorno de las instalaciones físicas del lugar habitual de residencia del trabajador y de su grupo familiar. En esta

dimensión el personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero refleja un riesgo medio en un 6,5%, riesgo alto en el 13,0% y riesgo muy alto en el 59,7% equivalente al 79,2% del personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero, perciben que las condiciones de sus viviendas son precarias o su entorno desfavorece el descanso, la comodidad del individuo y su grupo familiar, la ubicación de la vivienda dificulta el acceso con calles intransitables, medios de transporte insuficientes y dificultad en distancia a los servicios de salud.

Con un 7,1% de los enfermeros participantes del presente estudio pertenecientes al Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero no presentan riesgo, el 13,6% presenta riesgo muy bajo por lo tanto no amerita desarrollar actividades de intervención en este porcentaje.

Este aspecto mencionado por Juárez, (2010) refiere que los problemas de vivienda son un factor de riesgo para la depresión, la falta de hogar, de vivienda adecuada, el vecindario insalubre, los conflictos de vecinos o propietarios, son condiciones básicas, y al no tenerlas resueltas en la edad adulta se vive como una pérdida de ideales y puede afectar el estado de ánimo.

♦ La influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo hace referencia a los altos compromisos o tareas que se adquieren tanto en el nivel personal como familiar los cuales a largo plazo impactan de manera significativa su rendimiento del cumplimiento de su rol en el ámbito laboral. El Ministerio de la Protección Social de Colombia, (2010), postula “La influencia del entorno extralaboral en el trabajo se constituye en fuente de riesgo psicosocial cuando: las situaciones de la vida familiar o personal del trabajador afectan su bienestar, rendimiento o sus relaciones con otras personas en el trabajo”. El personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero es esta dimensión presenta un riesgo medio en un 14,9%, riesgo alto en el 16,9% y riesgo muy alto en el 28,6% equivalente al 60,4% del personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero perciben que sus altos compromisos a nivel personal y familiar influyen en su trabajo, por consiguiente, este porcentaje requiere intervención con el fin de disminuir el riesgo de esta dimensión.

Un 29,9% no presentan riesgo, el 9,7% presenta riesgo muy bajo en los enfermeros participantes del presente estudio pertenecientes al Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero.

En el estudio sobre desencadenantes del estrés laboral (Peiró, 1999) caracteriza brevemente los principales estresores que se incluyen en cada categoría y tienen que ver con las relaciones entre el trabajo y otras esferas de la vida como, la vida en familia y las demandas conflictivas entre la actividad laboral y los roles familiares.

La inadecuada interconexión hogar - trabajo genera conflictos psicológicos y fatiga mental, falta de motivación y disminución de la productividad, como así también un deterioro de la relación conyugal y familiar.

♦ La dimensión desplazamiento vivienda - trabajo - vivienda hace referencia a las condiciones en que se realiza el traslado del trabajador desde su sitio de vivienda hasta su lugar de trabajo y viceversa, en esta dimensión se identificó un riesgo medio en un 23,4%, riesgo alto en el 20,10% y riesgo muy alto en el 40,9% equivalente al 84,4% del personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero, una vez conocido este porcentaje queda claro que requiere intervención, ya que el personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero representa en esta dimensión que el transporte para acudir al trabajo es difícil y por demás incómodo en la mayoría de los casos, afirmado su evidencia en la duración del desplazamiento entre su vivienda y su lugar trabajo, ya que el mismo es prolongado, convirtiéndose en un indicador de manera conjunta con las preocupaciones del diario vivir del trabajador.

El personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero, con un 11,7% no presenta riesgo, el 3,9% presenta riesgo muy bajo por lo tanto no amerita desarrollar actividades de intervención en este porcentaje.

Gutiérrez y García, (2005), en su trabajo “cambios en la movilidad en el área metropolitana” consigna que los cambios estructurales que afectan de forma sustancial a la demanda del transporte, a las pautas de movilidad diaria de su población. De forma general se puede afirmar que las metrópolis actuales se caracterizan por una movilidad creciente (mayor número de viajes por persona), una mayor complejidad y dispersión de las redes de flujo, un incremento de las distancias recorridas en los viajes y, sobre todo, y en muchos casos consecuencia de lo anterior, por un aumento constante en el uso de transporte privado.

Conclusiones

Al realizar el análisis de la información recolectada se pueden obtener las siguientes conclusiones:

Con los datos recogidos del personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero en el conocimiento de los factores de riesgo psicosociales extralaborales de esta población estudiada permite realizar estrategias de cambio a nivel Institucional que puedan facilitar, disminuir y/o atenuar la exposición de estos factores y ello repercuta en el ámbito laboral.

El personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero se encuentra expuesto a los factores de riesgo psicosociales extralaborales, por lo cual las acciones posibles de ejecutar a nivel Institucional deben estar dirigidas tanto a la promoción y prevención, como a la intervención de estos factores con el fin de que no interfieran a futuro con el ámbito laboral o quizás en el peor de los casos sea el inicio de un deterioro y desgaste tanto físico como mental en el personal de enfermería, lo cual conllevaría a la adquisición de alguna patología clínica como consecuencia de los malos manejos en sus factores de riesgo extralaborales y su equilibrio.

La mayoría del personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero presentaron riesgos extralaborales en 6, de las 7 dimensiones analizadas en el constructo de los factores de riesgo psicosociales extralaborales, para la presente conclusión, nos centramos en las categorías de: riesgo medio, riesgo alto y muy alto respectivamente del puntaje total del instrumento de medición utilizado, estas tres categorías son equivalentes al 87.6%, por lo cual se concluye que esta población se encuentra expuesta a altos niveles de estrés asociados a los factores de riesgo psicosociales extralaborales.

Se realizó un análisis descriptivo asociado a las variables edad, profesión y estado civil, con el fin de identificar, si en alguna de estas se evidenciaba algún cambio significativo en concordancia del puntaje total, y los resultados fueron los mismos, en cada dimensión asociada con alguna de estas variables demográficas demostró resultados por encima del 60% en el puntaje total sumando las categorías de riesgo medio, riesgo alto y muy alto y resalto un puntaje por encima del 50% en la categoría de muy alto riesgo en todas las dimensiones, excepto en la dimensión de las relaciones familiares en donde se evidenció un lazo fuerte

familiar, dado que solo se identificó un 18,2% en el puntaje total en las categorías riesgo medio, riesgo alto y muy alto en la mencionada dimensión, por ende se concluye que no requiere intervención.

El personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero se encuentra expuesto en mayor grado a los factores de Riesgo Psicosociales Extralaborales, las dimensiones que se identificaron principalmente en este constructo a nivel de riesgo medio, alto y muy alto, se encuentran en:

- ◆ Tiempo fuera del trabajo, en la que el personal de enfermería percibe que la cantidad de tiempo destinado a su descanso y recreación es mínima, insuficiente o nula y al igual que la cantidad de tiempo fuera del trabajo se encuentra reducida y algunas veces suprimida para compartir con la familia o amigos, o para atender asuntos personales o domésticos.
- ◆ Comunicación y las relaciones interpersonales, el personal de enfermería percibe que la comunicación con personas cercanas en su entorno no es fuerte, y, a pesar de contar con amistades, las relaciones con estas, no son buenas en algunas oportunidades, además perciben que sus amistades en la mayoría de los casos ante el afrontamiento de una situación en particular, no están presentes o disponibles a la escucha activa como contención.
- ◆ Situación económica, el personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero percibe que los ingresos familiares en algunos casos son insuficientes para sustentar las necesidades básicas del grupo familiar y que existen o adquieren deudas económicas difíciles de solventar.
- ◆ Características de la vivienda y su entorno, el personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero percibe que las condiciones de su vivienda son mínimas, lo que no favorece su descanso y la ubicación geográfica dificulta el acceso debido en la mayoría de los casos a que el acceso a las calles periféricas a su vivienda se encuentra intransitable, además afirman que viven en zonas con alta estadística de hurtos, robos u otro tipo de acciones delictivas.
- ◆ Desplazamiento vivienda trabajo, el personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero percibe que el transporte para acudir al trabajo es

incómodo y manifiestan que la duración del desplazamiento entre la vivienda y el trabajo es prolongada.

Se puede concluir que a causa de los dominios y dimensiones en riesgo mencionados con antelación acerca del personal de enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero, presenta sintomatología posiblemente relacionada con el Estrés, lo cual requeriría de un estudio puntual con un instrumento de medición de estrés, con el fin de poder lograr identificar una posible asociación de este, con los factores de riesgo psicosociales extralaborales identificados en la presente investigación.

Conocidos y analizados los datos de esta población se da por afirmada la hipótesis instaurada al inicio de este trabajo, por lo cual hace pertinente realizar intervenciones estratégicas inmediatas que permitan favorecer el bienestar de los profesionales de enfermería en el mencionado nosocomio.

ESTRATEGIAS DE MEJORA

ESTRATEGIAS PARA FAVORECER LOS FACTORES PSICOSOCIALES EXTRALABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE AGUDOS PARMENIO T. PIÑERO		
DIMENSION	OBJETIVO	ESTRATEGIA
<p>TIEMPO FUERA DEL TRABAJO</p>	<p>Brindar tiempo de esparcimiento al personal de enfermería con las familias y los compañeros</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir bonos para recreación a entidades externas para rifarlos entre el personal de enfermería. • Realización de al menos un sorteo anual de algún viaje entre el personal de enfermería con al menos un acompañante. • Adquirir convenios con clubes, gimnasios y lugares de recreación y esparcimiento. • Celebración de fechas especiales como actividad interna como por ejemplo el día del padre, día de la madre, día del enfermero y el día de la mujer, día de cumpleaños, siempre involucrando al grupo familiar. • Adquirir con entidades externas planes vacacionales, con facilidades de pago. • Realizar a nivel grupal la cena navideña en el lugar de trabajo. • Realización de la Despedida fin de año, en fecha consensuada en la búsqueda de mayor participación del personal de enfermería. • Realización de torneos deportivos de corta duración según el hobby del personal de enfermería.

**ESTRATEGIAS PARA FAVORECER LOS FACTORES PSICOSOCIALES
EXTRALABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL
DE AGUDOS PARMENIO T. PIÑERO**

DIMENSION	OBJETIVO	ESTRATEGIA
<p align="center">COMUNICACIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES</p>	<p align="center">Mejorar la comunicación, y fortalecer los lazos de amistad y de compañeros de trabajo en el equipo de salud en las tareas asignadas.</p>	<p>Realizar charlas educativas sobre herramientas efectivas de la comunicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar reuniones grupales en la búsqueda de fortalecer el trabajo en equipo. • Elaborar talleres en donde se focalice el interés común del grupo de trabajo. • Realizar charlas a nivel institucional acerca de resolución de conflictos internos. • Elaborar talleres de manera periódica sobre cuidado de la salud emocional. • Organizar charlas educativas concernientes al respeto hacia los demás, en temas pertinentes en la búsqueda de erradicar la burla y la ridiculización en puntos de vista a nivel personal en el ámbito laboral.

ESTRATEGIAS PARA FAVORECER LOS FACTORES PSICOSOCIALES EXTRALABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE AGUDOS PARMENIO T. PIÑERO		
DIMENSION	OBJETIVO	ESTRATEGIA
SITUACIÓN ECONÓMICA DEL GRUPO FAMILIAR	Fomentar la costumbre del ahorro y priorización de los gastos	<p>Elaborar talleres de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Fomento de ahorro mensual. ◆ Priorización de gastos. ◆ Fijación de metas de mediano y largo plazo. ◆ Concientización de gastos innecesarios. ◆ Abstención de deudas con altos intereses. ◆ Compulsividad en compras.
CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DE SU ENTORNO	Implantar la cultura del autocuidado en su entorno	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar charlas de seguridad ciudadana. <p><u>Realización de talleres sobre:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Signos de alarmas y prevención de hurtos. • Organización de vecinos. • Concientización del peligro. • Implementación de cambios de rutina al salir de su vivienda. • Acciones evasivas ante el peligro. <ul style="list-style-type: none"> • Realizar charlas acerca de adecuación del ambiente para un descanso confortable. • Realización de convenios con bancos para la adquisición de créditos con intereses asequibles con fines de mejora de la vivienda.

ESTRATEGIAS PARA FAVORECER LOS FACTORES PSICOSOCIALES EXTRALABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE AGUDOS PARMENIO T. PIÑERO		
DIMENSION	OBJETIVO	ESTRATEGIA
INFLUENCIA DEL ENTORNO EXTRALABORA L SOBRE EL TRABAJO	Disminuir el impacto negativo de las demandas extralaboral sobre el trabajo	Realizar talleres sobre: Clarificación de los roles familiares. Manejo de situaciones de conflictos extralaborales. Resolución de los conflictos familiares. Apoyo familiar. ♦ Importancia de la comunicación en el ámbito familiar.
DESPLAZAMIENTO VIVIENDA - TRABAJO - VIVIENDA	Mejorar las condiciones en las que se realiza el traslado vivienda- trabajo-vivienda	♦ Organizar itinerarios en lugares comunes que permitan la facilidad y mejoramiento del tiempo de desplazamiento del enfermero. ♦ Difundir a través de correo electrónico la estrategia el "auto compartido", sensibilizando a los enfermeros acerca de problemática y el apoyo hacia esta. ♦ Los aspectos del transporte al trabajo deberán ser tenidos a nivel directivo, valorándose la movilidad de los trabajadores como factor de calidad, protección y satisfacción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abelson, R. P. y Prentice, D. A. (1989). Beliefs as possessions: A functional perspective. En Pratkanis, A. R.; Breckler, S. J. y Greenwald, A. G. (Eds.), *Attitude structure and function* (pp. 361-381). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Abraham, R. (1998). Emotional dissonance in organizations: Antecedents, consequences, and moderators. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 124(2), 229-246.

Acevedo G, Farías A, Sánchez J. (2012). Trabajar en el sector salud. Factores 6. Eller NH, Netterström B, Gyntelberg F, Kristensen TS, Nielsen F, Steptoe A. Influyentes en las condiciones y medioambiente de trabajo. Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.

Adams, A.; Bond, S.; Arber, S. (1995) Development and validation of scales to measure organisational features of acute hospital wards. *Int J Nurs Stud.* 32:612-27.

Agervold, M., y Mikkelsen, E.G. (2004). Relationships between, psychosocial work environment and individual stress reactions. *Work and stress*, 18(4), 336-351.

Agulló, E. (2001). Entre la precariedad laboral y la exclusión social: los otros trabajos y los otros trabajadores. En Agullo, E. Y Ovejero, A. *Trabajo, individuo y sociedad* (pp.95-144) Madrid: Pirámide

Aiken LH, Mullin M. (1995) Hospital con Magnetismo: un mecanismo de organización para mejorar los resultados de los pacientes. *Enfermería Clínica*; 5 (6): 35-38.

Aiken LH, Patrician PA. (2000) Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49 (3): 146-153.

Aiken, LH; Clarke, SP; Sloane, DM; Sochalski, J; Silber, JH. (2002a) Plantilla de enfermeras y mortalidad de pacientes, burnout de enfermería e insatisfacción laboral. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA.* 28(16):1987-1993.

Albanesi de Nasetta, S. (2004) "La enfermería como profesión de riesgo". *Vertex*, diciembre 2003-febrero 2004; 14(54): 280-5. Buenos Aires.

Aluja, A. (1997). Burnout profesional en maestros y su relación con indicadores de salud mental. *Boletín de Psicología*, 55, 47-61.

Alvarado R, Marchetti N, Villalón M, Hirmas M, Pastorino MS. (2009). Adaptación y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar

riesgos psicosociales en el trabajo en Chile: versión media del COPSOQ. Rev Chile Salud Pública. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v140n9/art08.pdf>.

Amérigo, M. y Pérez López, R. (2010). Ambientes residenciales. En J. I. Aragonés y M. Amérigo (Eds.). *Psicología Ambiental*. (3.ed, pp.59-75). Madrid: Pirámide.

Antón Nardiz, M.V. (1998). *Las enfermeras entre el desafío y la rutina*. Madrid. Díaz de Santos.

Antonovsky, A. (1994). The sense of coherence: An historical and future perspective. En I McCubbin, A. Thompson, I. Thompson y E. Fromer (Eds.), *Sense of Coherence and Resiliency: Stress, Coping, and Health*. University of Wisconsin, pp.3-20.

Aparicio, JC. (2000). El estrés relacionado con el trabajo: un problema creciente. *Trabajando contra el estrés*. Agencia Europea para la Salud y la Seguridad en el Trabajo, Luxemburgo: Comisión Europea, 14-15.

Aragonés, J.I. y Pérez López (2009). Personalización del dormitorio: descripción, sentimientos y conductas. *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*, 10, 287-301.

Aragonés, J.I., Amérigo, M. y Pérez-López, R. (2010). Perception of personal identity at home. *Psicothema*, 22, 872-879.

Arón, A. y Milicic, N. (2000). Desgaste profesional de los profesores y clima social escolar. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32(3), 447-466.

Aronson, E.; Kafry, D.; Pines, A.; (1981) *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: The Free Press.

Arranz, P.; Torres, J.; Cancio, H. y Hernández, F. (1999). Factores de riesgo y de protección en los equipos de tratamiento de los pacientes terminales. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 6, 302-311.

Arrogante O. (2014) *Mediación de la resiliencia entre burnout y salud en enfermería*. *Enfermería Clínica*.

Arteaga Ruiz, A. (1997). *La enfermera ante el síndrome de burnout: Estudio comparativo Atención Primaria-Atención Especializada*. Catálogo de tesinas de la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud. Madrid. Escuela Nacional de Sanidad.

Aycan, Z. Y Kanungo, R.N. (2001). Cross-cultural Industrial and Organizational Psychology: A critical appraisal of the field and future directions. En N. Anderson, D.S. Ones, H.K. Sinangil y C. Viswesvaran (Eds.), *Handbook of Industrial, Work and Organizational Psychology*. Vol. 1: 385-408. Londres: Sage.

Bandura, A. (1987). Pensamiento y acción: Fundamentos sociales. Barcelona: Martínez Roca.

Bañeres, J. Cavero, E. López, L. Orrego, C. Suñol, R. (2005). Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Belloch, S.L.; Renovell, V.; Calabuig, J.R. Y Gómez, L. (2000). Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. Anales de Medicina Interna, 17(3), 118-122.

Benevides - Pereira, AM. (2002). Burnout: O processo de adoecer pelo trábalo. En AM. Benevides-Pereira. Burnout: Quando o trábalo ameaça o bem-estar do trabalhador (pp.21—91). Sao Paulo: Casa do psicólogo.

Berrios Martos, M. P.; Augusto Landa, JM., Aguilar Luzón, MC. (2006) Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios. Un estudio exploratorio con profesionales de enfermería.

Betanzos, O. (1997).El <english>> y sus accidentes. Apuntes, 5(2), primavera. En: <http://www.elcastellano.org/spangl.html>.

Bischoff, A.; Tonnerre, C.; Loutan, L. Y Stalder, H. (1999). Language difficulties in an outpatient clinic in Switzerland. Sozial und Präventivmedizin, 44 (6), 283-287.

Blanch, J.; Espuny, M.; Duran, C.; Artiles, M. (2003). Teoría de las Relaciones Laborales, Fundamentos. Editorial UOC. España, Barcelona.

Boada, J., de Diego, R., y Agulló, E. (2004). El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. Psicothema, 16(1), 125- 131.

Bonafonte, M. (2005). Psychosocial risks for work related stress.

Borrachina I, Caballer V, Vivas D. (2002) Clasificación de usuarios en centros para mayores y un modelo de financiación de acuerdo con dependencia. Rev. Gerencia y Políticas de Salud; 3:130-144.

Bravo C., Nazar G. (2015). Riesgo psicosocial en el trabajo y salud en conductores de locomoción colectiva urbana en Chile. Rev. SALUD DE LOS TRABAJADORES. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375844217004>.

Bravo, M. J.; Peiró, J. M. y Rodríguez, I. (1996). Satisfacción laboral. En J. M. Peiró y F. Prieto (Dirs). Tratado de Psicología del Trabajo (Vol.1). La actividad laboral en su contexto (pp.344-393). Madrid: Síntesis.

- Bright J. (1997) Turning the tide. London: Demos Publishers.
- Brooks R. & Goldstein S. (2004) El poder de la resiliencia. Cómo lograr el equilibrio, la seguridad y la fuerza interior necesarios para vivir en paz. Barcelona: Paidós.
- Brotheridge, C.M. Y Grandey, A.A. (2002). Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of people work. *Journal of Vocational Behavior*, 60, 17-39.
- Buendía, J. y Ramos, F. (2001). Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide.
- Burke, R.J. (1987). Burnout in police work: An examination of the Cherniss model. *Group and Organization Studies*, 12, 174-188.
- Büssing, A. (1992). A dynamic view of job satisfaction in psychiatric nurses in Germany. *Work and Stress*, 6, 239-259.
- Bustos H., Celedon A., Pareto N., Marchetti P. (2014). Riesgos psicosociales en conductores de transporte de carga y pasajeros urbanos e interurbanos, y su asociación con la autopercepción de salud y siniestralidad laboral.
- Buunk, B.P. y Schaufeli, W.B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Londres: Taylor & Francis.
- Cabezas, C. (1998) Síndrome del desgaste profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional. *FMC*, 5:491-2.
- Campos Aranda, M. et al. (2002). Demandas ante un proceso de muerte. *Rev. Electrónica enfermería Global*, (<http://www.um.es/eglobal>) 1, 22-25.
- Canter, D. (1977). *Psicología del lugar*. México DF: Editorial Concepto, S.A.
- Cárcamo, M (1968). *Las Relaciones Humanas y la Administración de Personal*. Editorial Andrés Bello. Santiago de Chile.
- Cartwright, L. (1978) Occupational stress in women Physicians. En: Payne RL, Firth-Cozens (ends). *Stress in health professionals*. Chichester: John Wiley. Carver CS, Connor-Smith J. (2010) Personality and coping. *Annu Rev Psychol*. Vol 61:679-704.
- Cascio, W.F. y Thacker, J.W. (1994). *Managing human resources*. Canadá: McGraw-Hill Ryerson.
- Cherniss, C. (1980) *Staff Burnout. Job Stress in the human services*. New York, Sage Publications.

Cherniss, C. (1993). Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. In W. B. Schaufeli, C.

Chinchilla, Nuria; Poelmans, Steven; León, Consuelo; Gallo, S. (2003) "Dues professions i una familia", Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar Social.

Climent G, Mendes Díaz A. (1983) Modelo para la definición y evaluación de la calidad del personal de enfermería. Medicina y Sociedad; 6 (6).

Colombo, V. y Cifre, E. (2012). La importancia de recuperarse Del trabajo: Una revisión Del dónde, cómo y por qué. Papeles Del Psicólogo, Vol 33 (2), 129-137.

Comisión Europea (2000). Guía sobre el estrés relacionada con el trabajo- ¿La sal de la vida o el beso de la muerte? Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Luxemburgo.

Condori D.(2014).Factores psicosociales como conductores del estrés en los trabajadores de las agencias de viajes y turismo en la ciudad de Puno.<http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/1370/tesis.pdf?sequence=1&>

Connor KM & Davidson JRT. (2003) Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. Volumen 18.

Connor Smith JK & Flachsbart C. (2007) Relations between personality and coping: A metaanalysis. *J Pers Soc Psychol*.

Conrad, KM.; Conrad, KJ. Parker, JE. (1985). Job satisfaction among occupational health nurses. *J Community Health Nurs*.

Cooper, C. M. (1974). The House as a Symbol of Self. En Jon Lang et al. (Eds). *Designing for Human Behavior* (pp.130-143). Stroudsburg, PA: Dowden, Hutchinson and Ross.

Cooper, C. M. (1995). *House as Mirror of Self: Exploring the Deeper Meaning of Home*. Berkeley: Conari Press.

Corraliza, J. A. (2010). Emoción y Ambiente. En J. I. Aragonés y M. Amérgo (Eds.). *Psicología Ambiental*. (3.ed, pp.59-75). Madrid: Pirámide

Cox, T. & Griffiths, A. (1996). El estrés relacionado con el trabajo en la enfermería: Controlar el riesgo para la salud.

Cox, T. & Griffiths, A. J. (1996). To evaluation of psychosocial risks at work. In M.J. Schabracq, J. A.M. Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.), *Workbook and Psychological Health*. (pp. 127-146).

Cruz, V. Y Vargas, J. (2006). Manifestaciones físicas y riesgo psicosocial que presentan las enfermeras del Hospital San José de Sogamoso y su relación con el estrés intralaboral. Biblioteca Las casas.

Csikszentmihalyi, M. y Rochberg-Halton, E. (1981). The meaning of things: domestic symbols and the self-. Nueva York: Cambridge University Press.

Cuevas Muñoz, P.; O'Ferrall González, F.C.; Crespo Benítez, J. (1998). Estudio comparativo de las relaciones entre el estrés laboral y la salud mental en enfermeras de un hospital comarcal.

Curiel García, J.A.; Rodríguez Moran, M.; Guerrero Romero, F.; (2006). "Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud". Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Mayo-Junio; 44(3):22-6. México.

Davenport, N.; Distler, R. y Pursell, G. (1999). Mobbing Emotional abuse in the american workplace. USA: Civil Society publishing.

Dawis, R.V.; England, G.W. Y Lofquist, L.H. (1964). A theory of work adjustment. Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation, XV.

Deckard, G.; Meterko, M.; y Field, D. (1994). Physician burnout: An examination of personal, professional and organizational relationship. Medical Care, 32(7), 745-754.

Decreto Nacional 334 (1996). Riesgos del trabajo. Reglamentación de la Ley Nº 24.557. Promulgada en el día 01 de abril de 1996. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el día el día 16 de mayo de 2021. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/35000-39999/36110/texact.htm>

Decreto Nacional 472 (2014). Reglamentación de la Ley 26.773 de Ordenamiento de la Reparación de los Daños Derivados de los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Publicada 01 de Abril de 2014 Boletín Oficial el día 11 de Abril de 2014 Vigente, de alcance general. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el día el día 16 de mayo de 2021. <http://www.saij.gob.ar/472-nacional-reglamentacin-ley-26773-ordenamiento-reparacin-daos-derivados-accidentes-trabajo-enfermedades-profesionales-dn20140000472-2014-04-01/123456789-0abc-274-0000-4102soterced>

Demerouti, E., Bakker, A. B., Geurts, S. A. E., y Taris, T. W., (2009) Daily Recovery from Work -related effort during non-work time. En S. Sonnentag, P. L. Perrewé, y D. C. Ganster (Eds.), Current perspectives on job- stress

recovery. *Research in occupational stress and well-being* (Vol. 7, pp. 85–123). United Kingdom: Emerald.

Dewe, P.J. (1987) Identifying the causes of nurse's stress. A survey of New Zealand nurses. *Work & stress*; 1(1):15-24.

Díaz, R.J. e Hidalgo, I. (1994). El síndrome de burnout en los médicos del Sistema Sanitario Público de un Área de Salud. *Revista Clínica Española*, 194, 670-676.

Dittmar, H. (1992). The social psychology of material possessions: To have is to be. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf. *Environments. Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 311-322. *Estudios de Psicología*, 34, 251-259.

Doland, N. (1987). The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 3-12.

Dollard MF, LaMontagne AD, Caulfield N, Blewett V, Shaw A. (2007). Job stress in the Australian and international health and community services sector: a review of the literature. *Int J Stress Manag.*; 14:417-45.

Donnerstein, E. y Hatfield, E. (1982). Aggression and inequity. En J. Greenberg y R.L. Cohen (Eds). *Equity and justice in social behavior* (pp. 309-336). New York: Academy Press.

Dupuy, g. (1999). *La dépendance automobile. Symptôme, analyse, diagnostic, traitement*. Paris: anthropos.

Edelwhich, J. Y Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Science Press. pp.14.

Edwards, J. y Rothbard, N. (2000). "Mechanism linking work and family: clarifying the relationship between work and family constructs". *Academy of Management*. 25, 178.

Edwards, J.R. y Cooper, C.L. (1988). The impact of positive psychological states on physical health: a review and theoretical framework. *Social science Medicine*, 27, 12, 1447-1459.

Einarsen, S. y Raksen, B.I. (1997). Harassment in the workplace and the victimization of men. *Violence and Victims*, 12, 247-263.

Einarsen, S., Matthiesen, S., y Skogstad, A. (1998). Bullying, burnout and well-being among assistant nurses. *Journal of Occupational Health Safety*, 14(6), 563-568.

Einsiedel, A. y Tully, H. (1982). Methodological considerations in studying the burnout phenomenon. En J.W. Jones. (Ed), the burnout syndrome: Current research, theory, interventions (pp.89-106). Park Ridge, Illinois: London House Press.

Engel, GL. (1962). Psychological development in health and disease. Philadelphia: Saunders.

Escriba Aguir, V.; Mas Pons, R.; Cárdenas Echegaray, M.; Bueguete Ramos, Dom; Fernández Sánchez, R. (2000). "Estresores laborales y bienestar psicológico. Impacto en la enfermería hospitalaria". Revista de enfermería. Julio-Agosto; 23(7-8).506-11. Barcelona.

Estryn-Bèhar M. (1996) Ergonomía y salud en el trabajo (III). El caso de las profesiones sanitarias. Revista ROL enfermería; 218: 57-62.

Etzion, D. (1987) Burnout: The hidden agenda of human distress. Tel-Aviv: University Faculty of Management.

Farber, B.A. (1983). Introduction: A critical perspective on burnout. En B.A. Farber (Ed.), Stress and burnout in the human service professions (1985, 2ª ed., pp.1-20) New York: Pergamon Press. Fischer.

Farber, B.A. (1984). Stress and burnout in suburban teachers. Journal of Educational Research, 77, 6 325-331.

Faura y Vendrell. (1993) Síndrome de Burnout. Enfermería, grupo de alto riesgo. Rev. ROL de Enferm. Núm. 116.

Faura, T.; Aiken, LH. (2002). "Validation of Measure Assess the Hospital Clinical Nurse Practice Environment: Across National Pilot Study". Enfermería Clínica, 12:13-22.

Fernández Abascal EG. (2009) Emociones positivas, psicología positiva y bienestar. En: Fernández Abascal EG, coordinador. Emociones positivas. Madrid: Pirámide; 2009. p. 27-46.

Fernández, P.; Ramos, N. (2004). Desarrolla Tu Inteligencia Emocional. Editorial Kairos. España, Mallorca Barcelona.

Fernández, Ricardo. (2010). La productividad y el riesgo psicosocial o derivado de la organización del trabajo. Madrid, España: Club universitario.

Figuroa, O. y a. orellana. (2007).Transantiago: gobernabilidad e institucionalidad. Eure, v. 100, nº 33.

Fischer, H.J. (1983). A psychoanalytic view of burnout. En B.A. Farber (Ed.) Stress and burnout in the human service professions (1985, 2ª ed., pp.40-45) New York: Pergamon Press. Fischer.

Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P. y Xu, J. (2002). A model of (often-mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 878-902.

Fletcher D. & Sarkar M. (2013) Psychological resilience: a review and critique of definitions, concepts, and theory. *Eur Psychol*. Volume 18:12 -23.

Fordyce MW. (1997) Education au Bonheur. *Revue québécoise de psychologie*.

Fornés Vives, J. (1994). Respuesta emocional al estrés laboral. *Rev. Rol enfermería*, 186, pp.31-39.

Fornés Vives, J. (1990). Implicaciones del estrés en la salud. *Rev. Rol enfermería*, 139, pp. 77-80.

Fornés Vives, J. González, R.; Almendros, L.; Crespí, M. y Gallego, G.L. (1991). Estrés y estilos atributivos en personal de Enfermería de unidades de cuidados intensivos (UCI). *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 3 (1), pp. 193.

Fornés Vives, J. González, R.; Almendros, L.; Crespí, M.; Gallego, G.L. (1992). Respuesta del personal de enfermería intensiva al estrés profesional. *Rev. enfermería Intensiva*, 3 (1), pp. 8-13.

Fornés Vives, J.; Ponsell Vicens, E.; Guasp Sitjar, E. (2001) Ansiedad y estrés en enfermería. *Rev. Rol enfermería*; 24/1:51-56.

Fornés, J. (2003). Enfermería de salud mental. Cuidados para la mejora de la autoestima. *Psiquiatría.com*, 7 (3).

Fornés, J., Reynés, J. Y Sureda, C. (2004a). Hostigamiento psicológico (mobbing) en enfermería. Un estudio piloto. *Rol de enfermería*, 27, 568-576.

Fornés, J.; García de la Banda, G.; Martínez-Abascal, M.A.; Reinés, J.; Pérez, S. (2004) Hostigamiento psicológico en enfermería. Análisis factorial del cuestionario HPT. Poster presentado al VIII Encuentro de Investigación en enfermería. Sevilla.

French, J.R.P. y Kahn, R.L. (1962). A programmatic approach to studying the industrial environment and mental health. *Journal of Social Issues*, 18, 3, 1-47.

Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burnout. *Journal os Social Issues*.

Freudenberger, H.J. (1974a) Staff Burnout. *Journal of Social Issues*; 30:159-165.

Freudenberger, H.J. (1975) The staff- burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 12, 73-83.

Freudenberger, H.J.; y Richelson, G. (1980). *Burnout: the high cost of high achievement*. Nueva York: Anchor Press.

Friedman, H.S. (1990). *Personality and disease*. Nueva York: Wiley.

Fuentelsaz Gallego C, Moreno-Casbas T, Gómez-García T, González-María E. (2013) en nombre del consorcio RN4CAST-España. ~ Entorno laboral, satisfacción y burnout de las enfermeras de unidades de cuidados críticos y unidades de hospitalización. Proyecto RN4CAST-España. *Enfermería Intensiva*.

Fuertes, J.C. et. al. (1997). Estrés laboral (burnout) en personal profesional de las Fuerzas Armadas (estudio de la insatisfacción laboral y sus repercusiones psicopatológicas en oficiales, suboficiales y oficiales superiores del Ejército de Tierra), *Anales de Psiquiatría*, 13(9), 362-374.

Gálvez Toro, Alberto. (2003). Reducción de la mortalidad en hospitales que prestan cuidados de enfermería de calidad. *El Hospital magnético. Index Enferm. Invierno. XII (43):80-82*.

Gamo González MF. (2007) ¿Cuál es el bienestar psicológico del personal de enfermería?". Comunicación premiada en el XXIII Congreso de ANESM celebrado en Málaga. Disponible en: www.psiquiatria.com/noticias/Enfermeria.

García Caro, M. P.; Cruz Quintana, F.; Prados Peña, D.; Muñoz Vinuesa, A. Y Pappous, A. Y Schmidt Rio-Valle, J. (2008). Enfermedad terminal: muerte...en palabras de los profesionales (I). *Revista Rol de enfermería*, 31.

García M. (1991) Burnout en profesionales de enfermería de Centros Hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*; 7:3-12.

García, M. (1990). Burnout profesional en organizaciones. *Boletín de Psicología*, 29, 7-27.

García, M. (1995). Evaluación del burnout: Estudio de la fiabilidad, estructura empírica y validez de la escala EPB. *Ansiedad y Estrés*, 1(2-3), 219-229.

García, M.; Llor Esteban, B.; García-Izquierdo, A.; Ruiz Hernández, J.A.; (2006). "Bienestar psicológico y Mobbing en una muestra de profesionales de los sectores educativo y sanitario". *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 22(3):381- 396.Madrid.

García, M.; Sáez, C. y Llor, B. (2000). Burnout satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 215-228.

García, M.; Sobrido, N.; García, M, Raña, C. y Saleta, L. (1999). El síndrome de burnout en profesionales de enfermería. *Enfermería Científica*, 202-203, 61-67.

Garden, A.M. (1989). Burnout: The effect of Psychological Type on research finding. *Journal of occupational psychology*; 62:223-234.

Garduño, L. (1993) La salud laboral femenina Apuntes para su investigación. Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. Washington: O. P. S.

Garros Hernández, E. (2002) Los procesos emocionales de resistencia: un afrontamiento adaptativo ante el desgaste profesional. Tesis Doctoral. Dpto. de Psicología Biológica y de la Salud. Universidad Autónoma de Madrid.

Giachero, Silvana. (2017). *Bullying & mobbing: Haciendo visible lo invisible*. Penguin Random House Grupo Editorial Uruguay.

Gifford, R. (2007). *Environmental Psychology: Principles and Practice*. (4.ed). Colville: Optimal Books.

Gil Monte P.R. (2005a) El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide.

Gil Monte P.R. (2005b) El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide.

Gil Monte PR. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*.

Gil Monte, P.R y Peiró J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

Gil- Monte P.R. (2005c) El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid. Pirámide, pp. 92-94.

Gil- Monte, P.R. (2005) El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide, pp. 19-22.

Gil-Monte, P.R. (1994). El síndrome de burnout: Un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de La Laguna.

Glaser, R.; Rice, J.; Sheridan, J. Et al. (1987). Estrés related immune Suppression: Health implications. *Brain, Behavior and Immunity*; 1:7-20.

Glass, DC. Mcnight, JD.; Valdimarsdottir, H. (1993). Depression, burnout and perceptions of control in hospital nurses. *Journal of consulting and clinical Psychology*; 61:147-155.

Goleman, D. (1996). *Inteligencia. Emocional*. Editorial Kairos. España, Barcelona.

Golembiewski, R. T., Munzenrider, R., y Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19(4), 461-481.

Golembiewski, R.T. Scherb, K. y Boudreau, R.A. (1993). Burnout in cross-national settings: generic and model-specific perspectives. En Sáez Navarro, M.C. (1997) Tesis Doctoral. Murcia. Universidad de Murcia, pp. 39-44.

Golembiewski, R.T. y Munzenrider, R.F. (1988). *Phases of Burnout: development in concepts and applications*. Nueva York: Praeger.

Golembiewski, R.T., Hilles, R. y Daly, R (1987). Some effects of multiple OD interventions on burnout and work site features. *Journal of Applied Behavioral Science*, 23, 2, 295-313.

Gómez Bosque, P.; Ramírez Villa, F. (1998). *Cerebro, mente y conducta humana*. Salamanca: Amarus.

Gómez, C y Rodríguez, N. (1997). Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Rev. Col. Psiquiatría*, Vol. XXVI, No. 1.

Grau A Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. (2009). El síndrome de burnout en profesionales sanitarios hispanoamericanos y españoles. Influencia de factores personales, profesionales y nacionales. *Rev Esp Salud Pública*. 8:215-230.

Greenhaus, J. & Beutell, N.J. (1985) Sources of Conflict between Work and Family Roles. *The Academy of Management Review*, 10(1), 76-88.

Gutiérrez J. y García J (2005). Cambios en la movilidad en el área metropolitana de Madrid: El creciente uso del transporte privado. *Anales de geografía de la universidad Complutense* Vol.25.

Gutiérrez, a. (2009). De las redes de transporte al problema de la movilidad: límites físicos y analíticos de la expansión urbana en buenos aires. In Pérez, p. (ed.). Buenos Aires, la formación del presente. Quito: ed. olachi, p. 239-267.

Hackett, R.D. (1989). Work attitudes and employee absenteeism. A synthesis of the literature. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 235-248.

- Hanisch, K. A., & Hulin, C. L. (1991). General attitudes and organizational withdrawal: An evaluation of a causal model. *Journal of Vocational Behavior*, 39.
- Harpaz, I. (1983). *Job Satisfaction: Theoretical perspectives and a longitudinal analysis*. Nueva York: Libra Publishers.
- Harrison, W.D. (1983). A social competence model of burnout. En B.A. Farber (Ed) (1983). *Stress y burnout in the human services professions*, (1985, 2ª ed. pp. 29-39) New York: Pergamon Press.
- Hartz, A et al. (1989) Hospital characteristics and mortality rates. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 321, No. 25; p. 1720– 1725.
- Hauge, A. (2007). Identity and Place: A Critical Comparison of Three Identity Theories. *Architectural Science Review*, 50, 44-51.
- Hayward, G. (1977). Housing Research and the Concept of Home. *Housing Educators Journal*, 4, 7-12.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. Nueva York; Wiley.
- Hershberger; R. G. (1972). Toward a set of semantic scales to measure the meaning of architectural environments. En W. J. William (Ed.). *Environmental Design: Research and Practice* (pp. 641-648). Berkeley: Board of Regents.
- Herzberg, F.; Mausner, B. Y Snyderman, B.B. (1959). *The Motivation to work*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Heuven, E. Y Bakker, AB. (2003). Emotional dissonance and burnout among cabin attendants. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 12(1), 81-100.
- Hidalgo, M. C. (2013). Operationalization of place attachment: A consensus proposal.
- Hidalgo, M. C. y Hernández, B. (2001). Place attachment: conceptual and empirical questions. *Journal of Environmental Psychology*, 21,273-281.
- Hipwell, AE: Tyler, PA. (1989). Sources of stress and dissatisfaction among nurses in four hospital environments. *British Journal Medical Psychology*. 62:71-79.
- Hobfoll, S.E. Y Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, pp.115-129, Londres: Taylor & Francis.

Hochschild, A.R. (1983). *The managed heart. Commercialization of human feeling.* Berkeley, CA. University of California Press.

Hulin, C.L.; Roznowski, M. Y Hachiya, D. (1985). Alternative opportunities and withdrawal decisions: Empirical and theoretical discrepancies and integration. *Psychological Bulletin*, 97.

Informe de la Secretaría OMS. (2002). *Calidad de la atención: seguridad del paciente.* 55ª Asamblea Mundial de la Salud A55/13. Disponible en http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/sa5513.pdf.

INSHT: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2008). VI Encuesta de Condiciones de Trabajo. Madrid: MTAS. P. 183.

Iruela Cuadrado, LM (1983). Trastornos mentales en médicos. *Tribuna Médica*. 1008:29-30.

Ivancevich, J.M. & Matteson, M.T. (1980). *Stress and work. A managerial perspective.* Glenview: Scott Foresman.

Jackson D, Firtko A & Edenborough M. (2007) Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *J Adv Nurs*.

Jansen, P.G., et al (1996). The effects of job characteristics and individual characteristics on job satisfaction and burnout in community nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 33(4), 407-421.

Josten, E. J. (2003). The effects of extended workdays on fatigue, health, performance and satisfaction in nursing. *Journal of advanced nursing*; Diciembre, 44(6):643-52.

Juárez., F. (2010). Factores de riesgos psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma psicológica* Vol. 17 No 1, 59-68.

Kahn, RL. Wolf, DM.; Quinn, RP.; et al. (1964). *Organizational stress. Studies in role conflict and ambiguity.* Wiley, New York.

Kalimo, R., Cooper, C. L., El-Batawi, M. A., & Organización Mundial de la Salud. (1988). *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Kasl, (1991) S.V, *Assess health risks in the workplace,* Hemisphere, New York.

Kasmar, J. V. (1970). The development of a usable lexicon of environmental descriptors. *Environment and Behavior*, 2, 153-169.

Kelley, H.H. (1979). *Personal Relationships: their Structures and Processes.* Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Kerouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F. et. al. (1996). El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson.

Lamberth, J. (1982). Psicología Social. Madrid: Pirámide.

Lawler, E.E. (1973). Motivation in work organizations. Monterrey: Brooks Cole.

Lazarus, R.S. (2001). Estrés y salud. En Buendía, J. y Ramos, F. Empleo, estrés y salud, Madrid: Pirámide, pp.19-31.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.

Lazarus, R.S. y Lazarus, B.N. (1994). Passion and reason: Making sense of our emotions. Nueva York: Oxford University Press.

Lazo, a. (2008). Transporte, movilidad y exclusión. El caso de transantiago en Chile. Scripta nova. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales. [En línea]. Barcelona: universidad de Barcelona, vol. XII, nº 270.

Leiter, M.P. (1988). Burnout as a function of communication patterns. Group and Organizations Studies, 13, 1, 111-128.

Leiter, M.P. (1989). Conceptual implications of two models of burnout. Group and Organization Studies, 14 1, 15-22.

Leiter, M.P. (1992). Burnout as a crisis in self-efficacy: Conceptual and practical implications. Works and stress, 6(2), 107-115.

Leno González, D. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. Gaceta de Antropología, 22.

Ley 27348 (2017). Riesgos del trabajo. Complementaria de la ley sobre riesgos del trabajo. Publicada en el Boletín Oficial el día 24 febrero de 2017. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el día el día 16 de mayo de 2021. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=272119>

Ley 24.557 (1995). Riesgos del trabajo. Promulgada el día 05 de octubre de 1995. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el día 16 de mayo de 2021. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/27971/norma.htm>

Ley 26.773 (2012). Riesgos del trabajo. Régimen de ordenamiento de la reparación de los daños derivados de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Promulgada el día 15 de Octubre de 2012. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el día el día 16 de mayo de 2021. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/200000-204999/203798/norma.htm>

Leyman, H. y Gustafsson, A. (1996). Mobbing and the development of PTSD. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 251-275.

Leymann, H. (1996). *La persécution au travail*. París: Seuil.

Llaneza Álvarez, Francisco. (2009). *Ergonomía y psicología aplicada: Manual para la formación del especialista*. Valladolid, España: Lex Nova.

Lleras, g. y m. j. idrovo. (2007). Movilidad y pobreza en Bogotá, análisis alternativo de la encuesta de movilidad 2005. In XIV clatpu. [Cd-rom]. Rio de Janeiro.

Locke, E. A., & Latham, G. P. (1984). *Goal setting: ¡A motivational technique that works!* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Lomeña JA, Martínez C, Negrillo M, Naranjo de la Cruz A. (1991) Malestar psíquico en profesionales de la salud: una aproximación a su estudio, *Revista de Atención Primaria* Julio-Agosto; 8 (7): 31-38.

López Franco, M.; Rodríguez Núñez, A.; Fernández Sanmartin, M.; Marcos Alonso, S.; Martínón Torres, F.; Martínón Sánchez, J.M. (2005) "Síndrome de desgaste profesional en personal asistencial pediátrico". *Anales de Pediatría*, marzo; 62(3):248-51. Barcelona.

López, J.J. (1996). El desgaste ocupacional en el personal sanitario que trabaja con enfermos afectados con el virus de la inmunodeficiencia humana. *Folia Neuropsiquiátrica*, 31, 39-55.

Louro, I (2003) La familia en la determinación de la salud revista cubana de salud pública v.29 n.1

Lu, H.; While, A.; Barribal, L. (2007) Job satisfaction and its related factors: A questionnaire survey of hospital nurses in Mailandd China. *Int J Nurs Stud*.

Manzano García, G. (1997) Tesis Doctoral. Dpto. De Psicología. Universidad de Deusto.

Manzano García, G. Y Ramos Campos, F. (2000). enfermería hospitalaria y síndrome de burnout. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 173-195.

Manzano García, G.; Ramos Campos, F. (1999). La despersonalización: clave para identificar el síndrome de burnout en personal de enfermería. *Enfermería Científica*; 206-207: 69-78.

Manzano, G. (2001). Estrés crónico laboral asistencial (burnout) en las administraciones públicas. *Dirección, Organización y Administración de Empresa*, 25, 148-159.

- March, J.G. Y Simon, H.A. (1958). *Organizations*. Nueva York: Wiley.
- Marshall, V. W. (1981). *Death and Dying*. En D. Mangen y W. Peterson (comps.), *Research instruments in social gerontology* (pp. 303-381), Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Martínez Iñigo, D. (2001). Evolución del concepto de Trabajo Emocional: dimensiones antecedentes y consecuencias. Una revisión teórica. *Revista de psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 17, 131-153
- Maslach y T. Marek (1993). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, pp.115-129, Londres: Taylor & Francis.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5(9), 16-22.
- Maslach, C. y Pines, A. (1977) The Burne-out syndrome in the day care setting. *Child Care Quarterly*, 6,100-113.
- Maslach, CH.; Jackson, S.E. (1981) the measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*; 2:99-113.
- Maslach, CH.; Jackson, S.E. (1981a). *Maslach Burnout Inventory*. Manual. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, CH.; Jackson, S.E. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. En G. Sanders y J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Maslach, CH.; Jackson, SE. Y Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual* (3ª Ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Mason, J.W.; (1975) Psychological stress and endocrine function. En: E.L. Sacher (ed): *Topics in psychoendocrinology*. New York Grune Stratton.
- Matthews, D.B. (1990). A comparison of burnout in selected occupational fields. *The Career Development Quarterly*, 38(3), 230- 239.
- McCann CM, Beddoe E, McCormick K, Huggard P, Kedge S, Adamson C, et al. (2013) Resilience in the health professions: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing*. Vol. 3:60 - 81.
- Mcgrath, J.E. (1976). Stress and behavior in organizations. In M.D. Dunnette (Ed), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 1351-1395). Chicago: Rand McNally.
- McGregor, D., 1960, «The Human Side of Enterprise», and Management. Review, *American Management*.

- Meerof, M. (1997). Enfermedad laboral del médico. Síndrome de Tomás y Burnout. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 110(2).
- Meijman, Th. F., y Mulder, G. (1998). Psychological aspects of workload. En P. J. D. Drenth y H. Thierry (Eds.), *Handbook of work and organizational psychology: Vol. 2. Work psychology* (pp. 5–33). Hove, England: Psychology Press.
- Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. (2006) Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull.*132:327-53.
- Mellie, D. & Paoli, P. (2001). Diez años de condiciones de trabajo en la Unión Europea.
- Mesa de la Torre, E. et al. (2001). Valoración del riesgo psicosocial en las enfermeras de nefrología de los hospitales de Sevilla. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752005000400004.
- Mingote Adán, J.C.; Pérez García, S. (2003). Estrés en la enfermería. El cuidado del cuidador. Madrid: Díaz de Santos; 1:11- 12.
- Mingote Adán, J.C.; Pérez Corral, F. (1999) El estrés del médico. Manual de autoayuda. Madrid: Díaz de Santos.
- Ministerio de la Protección Social, MPS. (2010). Bateria de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial, resolución 2646 de 2008.
- Ministerio Sanidad y Consumo (2006). Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS Informe 2005.
- Mintzberg, H. (1988). La estructuración de las organizaciones. Barcelona: Ariel.
- Miranda, G. (2006). El tiempo libre y ocio reivindicado por los trabajadores. Pasos revista de turismo y patrimonio cultural, vol.4 (3), 301-326.
- Molina JM, Avalos F, Giménez I. (2005) Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enfermería Clínica*.
- Moreno Arroyo MC, Jérez González JA, Cabrera Jaime S, Estrada Masllorens JM, López Martín A. (2013) Turnos de 7 horas versus 12 horas en enfermería intensiva: vivir a contratiempo. *Enfermería Intensiva* 24:98 - 103.
- Moreno Jiménez, B.; González Gutiérrez, J.L.; Garrosa Hernández, E.; Penacoba Puente, C. (2002). “Desgaste profesional en hospitales.

Influencia de las variables sociodemográficas". Revista de enfermería. Noviembre; 26(11):18-26. Barcelona.

Moreno, Bernardo y Carmen Báez. (2010). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Madrid, España: Editorial de la Universidad Autónoma de Madrid.

Morris, J.A, y Feldman, D.C. (1996). The dimensions, antecedents and consequences the emotional labor. Academy of Management Review, 21,986-1010.

Muchinsky, P.M. (1993). Psychology applied to work. California. Pacific Grove Publishing Company.

Munist M, Suárez Ojeda EN, Galli A, Álvarez R, Cárcamo S. (2004) Módulo de enseñanza de resiliencia en enfermería. En: Melillo A, Suárez Ojeda EN, Rodríguez D, compiladores. Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida. Buenos Aires: Editorial Paidós. p. 325-41.

Muñiz Saborido JR. (2009). Factores Psicosociales. En: Gestal JJ, Acevedo G. Salud Laboral, Prevención de Riesgos en el Trabajo, Aplicación al Sector Salud en la República Argentina. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela. pp. 407-17.

Muñoz Camargo JC. (2007) Síndrome de burnout en unidades de cuidados intensivos. Enfermería Intensiva.

NANDA, (2010) Internacionales diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier.

Needleman, J; Buerhaus, P; Mattke, S; Stewart, M; Zelevinsky, K. (2002). [Nivel de plantilla de enfermeras y calidad de los cuidados en los hospitales] Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. N Engl J Med [New England Journal of Medicine]. 346 (22):1715-1722.

Nightingale, OF. (1969). Notes of nursing. What it is what it is not? New York. Dover Publications (original publicado en 1859).

NIOSH: National Institute for Occupational Safety and Health. (2004). Worker Health Chartbook. Cincinnati.34 en: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/chartbook/>

Normativa Española de Ley de Prevención de riesgos laborales (1995) En: Ley 31/1995, de 8 de nov. (Boe 10-11-95, artículo 4).

Novack, M., y Chappell, N.L. (1996). The impact of cognitively impaired patients and shift of nursing assistant stress. International Journal of Aging and Human Development, 43(3), 235- 248.

Novack, M., y Chappell, N.L. (1994). Nursing assistant burnout and the cognitively impaired elderly. *Aging and Human Development*, 39(2), 105-120.

Noval, R. (2002). Aspectos médicos éticos y legales. Disponible en: <http://www.amaportal.com/hemeroteca/articulos/articulo1.html>.

OIT (2001). Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Madrid: Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: <http://www.mtas.es/publica/enciclo/default.htm> (Consultado: 1 de mayo de 2008).

Olmeda, M.S.; García, I.; Morante, L. (1998). Burnout en profesionales de salud mental. *Anales de Psiquiatría*, 14(2), 48-55.

Olson, C. (1985). Materialism in the Home: The Impact of Artifacts on Dyadic Communication. *Advances in Consumer Research*, 12, 388-393.

Pamplona Calejero, E.; Pasamar Millan, B.; Tomeo Ferrer, M.; et al. (1999) El síndrome de burnout en el personal de enfermería. *Anales Ciencias de la Salud*; 2:55-64.

Parent-Thirion A, Fernández E, Hurley J, Vermeylen G. (2007). Fourth European Working Conditions Survey, Luxembourg: European Communities Press. <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf>.

Parlamento europeo (2001) Resolución del Parlamento Europeo sobre el acoso moral en el lugar de trabajo. 2339(INI).

Parra, N y Pulido, N. (2013). Riesgos psicosociales en una entidad pública de Boyacá. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 5 (1), 59-73.

Parra, R.A.(2018).Inédito seminario el derecho de trabajo en los profesionales de la salud.Buenos, Aires, Argentina.Doctorado en salud publica UCES.

Paulo Marín P, Valenzuela E, Sergio Castro H, et al. (1998) Resultados al aplicar el sistema de clasificación de pacientes RUG en un hospital universitario. *Rev. Méd Chile*, 126(7): 33-42.

Peiró, J. (1999). *Desencadenantes del estrés Laboral*. Madrid. Pirámide.

Peña y Chico (2007). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo burnout, en empleados de sucursales de un banco dominicano ciencia y sociedad. *Revista ciencia y sociedad*. 645-667.

Pérez García AM. (2011) Personalidad y enfermedad. En: Bermúdez J, Pérez-García AM, Ruiz JA, Sanjuán P, Rueda B, editores. *Psicología de la personalidad*. Madrid: UNED. p. 635 - 700.

Pérez-López, R. (2011). La vivienda como símbolo de identidad personal y social. Un estudio sobre la personalización de los dormitorios como facilitadora de inferencias. (Tesis Doctoral). Universidad de Castilla-La Mancha.

Pérez, Gómez; Guardia, J.; Perón, N.; Barrios, M.; Gallego, Y. Y Romero, A. (2006): Batería de Evaluación de Riesgos Psicosociales de la Mediana y Pequeña Empresa (Cyclops-UB). 4th. International Conference on Occupational Risk Prevention. Mayo. Sevilla (España).

Pérez, María Lourdes, Cristina Avilés, y Samreen Channa. (2016). «Estrés Laboral.» En Ciencia de la administración y sanidad, de Francisco López y Ariana Expósito, 75-85. Editorial ACCI.

Perlman, B. y Hartman, E.A. (1982). Burnout: summary and future research. *Human Relations*, 35(4), 283-305.

Petterson JL.; Arnetz, BB. Arnetz, JE. (1995) Predictors of job satisfaction and job influence. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 64: 9-19.

Pines, A.; Aronson, E.; Kafry, D (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York: The Free Press.

Prentice, D. A. (1987). Psychological correspondence of possessions, attitudes, and values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 993-1003.

Price, D.M. y Murphy, P.A. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8(1), 47-58.

Price, JL.; Mueller, CW. (1981). *Professional turnover. The case for nurses*. Iowa State: University Press Ames.

Prieto, L. et al. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Atención Primaria*, 29(5), 294-302.

Proshansky, H. M.; Fabian, A. K. y Kaminoff, R. (1983). Place-identity: Physical world socialization of the self. *Journal of Environmental Psychology*, 3, 57-83.

Prudential, (2014). *Hispanic American Financial Experience*. The Prudential Insurance Company of America and its affiliates Newark, NJ. https://www.prudential.com/media/managed/hispanic_en/prudential_hafe_researchstudy_2014_en.pdf.

Quarstein, V.A.; Mc Afee, R.B. Y Glassman, M. (1992). The situational occurrences theory of job satisfaction. *Humans Relations*, 42.

Quevedo Aguado, M.P. et.al. (1999). Relación entre “despersonalización (burnout), trastornos psicofisiológicos, clima laboral y tácticas de afrontamiento en una muestra de docentes. *Estudios de Psicología*, 63-63, 87-110.

Quijano, S. Navarro, J.; Yepes, M.; Berger, R y Romeo, M. (2008) La Auditoría del Sistema Humano (ASH) para el análisis del comportamiento humano en las organizaciones. Papeles del Psicólogo, Sección Monográfica. 29 (1), 92-106.

Ramos, F. (1999). El síndrome de burnout. Madrid, UNED-FUE.

Robles, M.; Dierssen, T. Y Martínez, E. (2005). Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. Gaceta Sanitaria, 19 (2), 127-134.

Rochberg-Halton, B. (1984). Object relations, role models, and cultivation of the self. Environment and Behavior, 16, 338-388.

Rodríguez Duran, L.; López Rodríguez, M. (1996). Enfermeras y supervisoras de enfermería: motivación y estrés. Index enfermería. V16-17; 13-16.

Rogers, M (1970). Nursing Science: introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia. FA. Davis.

Romero-Díaz, C.H., Beleño, R., Ucros, M., Echeverría, A. y Lasprilla, S. (2016). Factores de riesgos psicosociales extralaborales en personal administrativo universitario. REV. Enfermería Actual en Costa Rica, 31, 1-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i31.22083>.

Russell, J. A. y Pratt, G. (1980). A description of the Affective Quality Attributed to Scannell, L. Y Gifford, R. (2010). Defining place attachment: A tripartite organizing framework. Journal of Environmental Psychology, 30, 1-10.

Ryerson, D. y Marks, N. (1982). Career burnout in the human services: Strategies for intervention. En J.W. Jones (Ed.), The Burnout syndrome: Current research, theory, interventions (pp.151-164). Park Ridge, Illinois: London House Press.

Ryff C. (1989) Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. J Pers Soc Psychol.

Sáez Navarro, (1997). Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia, pp.38.

Salanova, M.; Schaufeli, W.B.; Llorens, S.; Peiró, J.M. y Grau, R. (2000). Desde el burnout al <<engagement>>: ¿una nueva perspectiva? Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 16(2), 117-134.

Sandin, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín, y F Ramos (Eds). Manual de psicopatología (2). Madrid: McGraw Hill.

Schaufeli, W.B. y Dierendonck, D. (1993). The construct validity of two burnout measures. Journal of Organizational Behavior, 14, 631-647.

Schwab, R.L.; Jackson, S.E. Y Scheler, R.S. (1986). Educator Burnout: Sources and consequences. *Educational Research Quarterly*, 10(3), 14-30.

Segarra, M. y Garrido, J. (2000). La supervisión de enfermería y el burnout: Un estudio sobre factores laborales y psicológicos. *Gestión Hospitalaria*, 11(4), 165-169.

Selye, H. (1936). A syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*, 138-32.

Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: Lippincott. Simpson L, Grant L. (1991). Sources and Magnitude of Job Stress Among Physicians. *Journal of Behavioral Medicine*; 14(1).

Serrano Parra MD, Garrido-Abejar M, Notario-Pacheco B, Bartolomé-Gutiérrez R, Solera-Martínez M, Martínez-Vizcaíno V. (2013). Validez de la escala de resiliencia Connor-Davidson (10 ítems) en una población de mayores no institucionalizados. *Enfermería clínica*.

Silva H, Lefio A, Marchetti N, Benoit P. (2014). Riesgos Psicosociales en Conductores de Transporte de Carga y Pasajeros Urbanos e Interurbanos, y su Asociación con la Autopercepción de Salud y Siniestralidad Laboral. *Cienc Trab. May-Ago*; 16 [50]: 67-74).

Simpson L, Grant L. (1991). Sources and Magnitude of Job Stress Among Physicians. *Journal of Behavioral Medicine*; 14(1).

Sixsmith, J. (1986). The meaning of home: An exploratory study of environmental experience. *Journal of Environmental Psychology*, 6,281-298.

Sonnentag, S. y Natter, E. (2004). Flight attendants' daily recovery from work: ¿Is there no place like home? *International Journal of Stress Management*, 11, 366- 391.

Sonnentag, S., y Geurts, S. A. E. (2009). Methodological issues in recovery research. En S. Sonnentag, P. Perrewé, y D. Ganster (Eds.), *Currents perspectives on job stress recovery* (pp. 1–36). Bingley, UK: Emerald.

Soto R y Santamaría M.I. (2005) Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Enfermería Clínica*. Volume 15.

Spector, P. E. (1992). A consideration of the validity and meaning of self-report measures of job conditions. En C.L. Cooper e I.T. Robertson (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 59-65). Nueva York: Jhon Wiley & Sons.

- Stets, J. E. y Burke, P. J. (2000). Identity Theory and Social Identity Theory. *Social Psychology Quarterly*, 63, 224-237.
- Teixidó, J. (2009). *La Acogida al Profesorado de Nueva Incorporación*. Editorial Graó. Barcelona.
- Teixido, J.; Tarrats, L.; Arias, N.; Coscolluela, A. (2006). Cuestionario de sobrecarga de cuidadores de pacientes de diálisis peritoneal. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*; 26(1):74- 83. Madrid.
- Tognoli, J. (1987). Residential Environments. En D. Stokols e I. Altman (Eds.). *Handbook of Environmental Psychology* (vol.1. pp. 655-690). Nueva York: Wiley.
- Torres Barrera, S.; Chávez-González, C.; Lizárraga-Zambrano, E. y Guerra Herrera, M. A. (2007). Absentismo y su relación con satisfacción laboral de enfermería en una unidad médica de segundo nivel. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*; 15 (3): 147-153.
- Turcotte, P.R. (1986). *Calidad de vida en el trabajo. Antiestrés y creatividad*. México, D.F.: Trillas.
- Twigger-Ross, C. L. y Uzzell, D. L. (1996). Place and identity processes. *Journal of Environmental Psychology*, 16, 205-220.
- Urbe al lus,(2014).Colaboradores Nacionales.Las principales modificaciones introducidas a la ley 24557 por medio de la ley 26773.Urbeetius.org/.Recuperado el día 16 de mayo de 2021.<http://urbeetius.org/colaboraciones-nacionales/las-principales-modificaciones-introducidas-a-la-ley-24557-por-medio-de-la-ley-26773/>
- Urricelqui Chasco, A.; Sanz Aznarez, A.C. (2000) “Satisfacción laboral y factores asociados en el personal de enfermería”. *Revista de enfermería*. Mayo; 23(5):353-6 Barcelona.
- Vaillant, GE. (1992) *Ego mechanism of defense. A guide for clinicians and researchers*. Washington, American Psychology Press.
- Valera, S. (1997). Estudio de la relación entre el espacio simbólico urbano y los procesos de identidad social. *Revista de Psicología Social*, 12, 17-30.
- Valera, S. y Vidal, T. (2010). Privacidad y territorialidad. En J. I. Aragonés y M. Amérigo (Eds.). *Psicología Ambiental*. (3. ed, pp.119-138). Madrid: Pirámide.
- Vartia, M. (1996). The sources of bullying – Psychological work environment and organizational climate. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 203-214.

Vartia, M. (2001). Consequences of workplaces bullying with respect to the well-being of its targets and the observers of bullying. *Scandinavian Work Environment Health*, 21(1), 63-69.

Vázquez Guillamet B, Guillamet Lloveras A, Martínez Estalella G, Pérez Ramírez F. (2014) Innovaciones en los métodos de formación continuada/permanente de las enfermeras de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*.

Vidal, T. y Pol, E. (2005). La apropiación Del espacio: una propuesta teórica para comprender la vinculación entre las personas y los lugares. *Anuario de Psicología*, 36, 281-297.

Vigoda, E. (2000). Organizational politics, job attitudes, and work outcomes: Exploration and implications for the Public Sector. *Journal of Vocational Behavior*, 57, 326-347.

Villegas, J. y Barberán, E. (2012). Evaluación del nivel de Burnout en una muestra de trabajadores del área de tratamiento de un Centro Penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 1(3).

Vrljicak, Ignacio. (2015). *Estrés, Gerencia y subjetividad*. Editorial Dunken.

Vroom, V. (1964). *Work and Motivation*. Nueva York: Wilwy and Sons.

Walker, C. R., & Guest, R. H. (1952). *The man on the assembly line*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Warr, P. (1987) *Work, unemployment and mental health*. Oxford. Oxford University Press.

Warren N. (2010). Psychosocial and work organizational risk factors for work related musculoskeletal disorders. En: Karwowski W. *International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors*. Oxford: CRC Press. pp. 1299-1302.

Wilder RL. (1995). Neuroendocrine-Immune system interactions and autoimmunity. *Ann Rev. Immunol*, 13: 170-175.

Winnubst, J.A. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds), *professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp.151-162). Londres: Taylor & Francis.

Wynne, AR., Clarkin, N. & McNeive, A. (1993). *The Experience of Stress Amongst Irish Nurses: A Survey of Irish Nurses Organisation Members*.

Yegler V., M. C.; y Cía.: Díez F., T.; Gómez G., J. L.; Carrasco F., B.; Miralles S., T.; Gómez C., J. A. (2003) Identificación de los estresores laborales en el personal sanitario enfermero de una urgencia hospitalaria. *Sociedad*

Española de enfermería de Urgencias y Emergencias. Alcalá de Henares, Madrid.

Zapf, D., Knorz, C. y Kulla, M. (1996). On the relationship between mobbing factors, and job content, social work environment, and health outcomes. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 215-237.

Zellars, K.L. y Perrewé, P.L. (2001). Affective personalista and the content of emotional social support: Coping in organizations. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 459-467.

Zimmermann, E. (2000) *Kulturelle Missverständnisse in der Medizin: ausländische patienten besser versorgen*. Berna: Verlag Hans Huber

ANEXOS

Buenos Aires, 26 de julio de 2018

Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires
Hospital General de Agudos
Pármenio Piñero

Señores
Docencia e investigación
Comité de ética

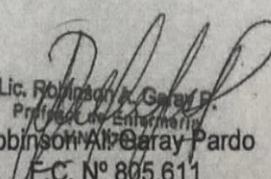
De mi mayor consideración

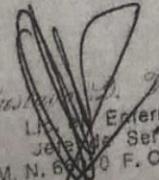
Me dirijo a usted para saludarlo y presentarle, en mi condición de responsable del proyecto, la propuesta de investigación FACTORES PSICOSOCIALES EXTRALABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA, para su analisis y autorizacion pertinente.

Mi nombre es Robinson Ali Garay Pardo, Licenciado en enfermería, actualmente me encuentro como doctorando en el posgrado DOCTORADO EN SALUD PUBLICA, en la Univeridad de Ciencias Empresariales y Sociales, la solicitud realizada se centra en la investigacion del estudio en mención como trabajo final, para la obtención del título descrito con anterioridad, me desempeño en el hospital como enfermero en el servicio de terapia intensiva adultos.

Quedo atento a mi solicitud, a la espera de una pronta y positiva respuesta.

Atentamente


Lic. Robinson Ali Garay Pardo
Profesora de Enfermería
Robinson Ali Garay Pardo
F.C. N° 805.611
Humberto Primo 2767, CABA
Tel: 11 41 58 50 11
Licenciado en Enfermería
Terapia Intensiva adultos
Julian1a@hotmail.com


Lic. Valentin
Enfermería
Servicio
M. N. 6000 F. C. 328312

Recibido 31/7/18

Buenos Aires, 01 de agosto de 2018

**Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires
Hospital General de Agudos
Pármenio Piñero**

**Dr. OSCAR COLLIA
Comité de Docencia e Investigación**

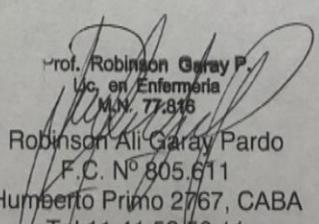
De mi mayor consideración

Me dirijo a usted para saludarlo y presentarle, en mi condición de responsable del proyecto, la propuesta de investigación FACTORES PSICOSOCIALES EXTRALABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA, para su análisis y autorización pertinente.

Mi nombre es Robinson Ali Garay Pardo, Licenciado en enfermería, actualmente me encuentro como doctorando en el posgrado DOCTORADO EN SALUD PUBLICA, en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, la solicitud realizada se centra en la investigación del estudio en mención como trabajo final, para la obtención del título descrito con anterioridad, me desempeño en el hospital como enfermero en el servicio de terapia intensiva adultos.

Quedo atento a mi solicitud, a la espera de una pronta y positiva respuesta.

Atentamente


Prof. Robinson Garay P.
Lic. en Enfermería
M.N. 77.816

Robinson Ali Garay Pardo
F.C. N° 805.611
Humberto Primo 2767, CABA
Tel: 11 41 58 50 11
Licenciado en Enfermería
Terapia Intensiva adultos
Julian1a@hotmail.com

*Recibido.
01-08-2018
Collia*



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
HOSPITAL PARMENIO PIÑERO
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

DICTAMEN SOBRE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Fecha 19 de setiembre de 2018

Título del Proyecto: "FACTORES PSICOSOCIALES EXTRALABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA" (versión N°3)

CODEI Nota N° 87/18

Responsable del Proyecto: Prof. Robinson Ali Garay Pardo, Licenciado en Enfermería

Investigador responsable del HOSPITAL PIÑERO: Prof. Lic. en Enfermería Gustavo Daniel Valentín

Sin Patrocinante

Lugar de realización: Hospital Parmenio Piñero. Servicio de Enfermería.

Monitoreo del estudio: Dr. Ricardo Parra (UCES)

Comité de Ética en Investigación Hospital Parmenio Piñero (CEIPIñero)
Varela 1301.CABA bioeticapinero@gmail.com

1 de 2



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
HOSPITAL PARMENIO PIÑERO
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

El Comité ha dado APROBACION ÉTICA Y METODOLÓGICA al proyecto de investigación "FACTORES PSICOSOCIALES EXTRALABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA" (versión N°3), y se elevara al Comité Central de Ética para su registro centralizado.

Dejamos constancia que en el cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 25.326), garantía de **confidencialidad y anonimato**, en caso de publicación del estudio, la identidad de la persona se mantendrá **confidencial**.

Esta APROBACION consta en ACTA N° 685 /18, folio 310, 19 de setiembre 2018.

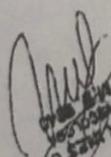
Informes:

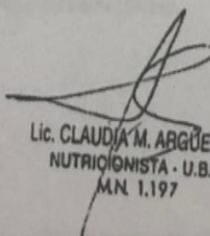
El/Los investigadores Principales deben comunicar en forma escrita al CEI Piñero la fecha de inicio de la investigación, así como el Informe del **Primer Paciente Incorporado** -dentro de los 10 días de realizado.

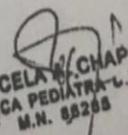
Asimismo Informe en forma final sobre el estado en que se encuentra la investigación, eventos adversos e inesperados, variaciones del proyecto y solicitud de enmiendas al protocolo.

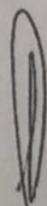
Comunicar la finalización del proyecto de investigación y, oportunamente, las conclusiones del mismo.

Hacemos mención a la disposición de "Validez por un año" de la aprobación y a la solicitud de renovación finalizado este plazo. En caso de no realizarlo en tiempo y forma el CEI podrá suspender el estudio.

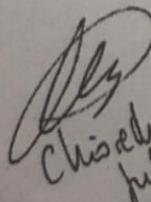
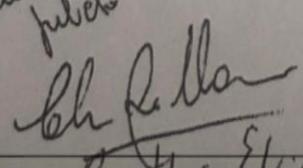

Lic. MARIANA MESA CAPELLI
NUTRICIONISTA - U.B.A.
M.N. 1.197

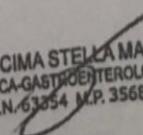

Lic. CLAUDIA M. ARGÜELLES
NUTRICIONISTA - U.B.A.
M.N. 1.197


MARCELA R. CHAPOY
MEDICA PEDIÁTRA - U.B.A.
M.N. 88288

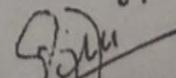

Dr. MARIANO J. MEMOLLI
MÉDICO
M.N. 75393

Comité de Ética en Investigación Hospital Parmenio Piñero (CEI Piñero)
Varela 1301.CABA bioeticapinero@gmail.com


Chisel

Chella


Dra. CIMA STELLA MARIS
MEDICA-GASTROENTEROLOGIA
M.N. 63354 M.P. 35688

2 de 2


Lic. CLAUDIA CAPPONI
KINESIOLOGA FISIATRA
M.N. 15.140



Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires
Hospital General de Agudos Parmenio T. Piñero



Buenos aires, lunes, 26 de Noviembre de 2018

MOTIVO: Entrega de resultados y conclusión final de investigación

Licenciado
MARCELO ALANIS
Subgente Operativo de Enfermería
Hospital General de Agudos Parmenio T. Piñero

De mi mayor consideración

Me dirijo a usted para saludarlo y presentarme, en mi condición de responsable de la investigación **FACTORES PSICOSOCIALES EXTRALABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA**, el cual fue autorizado por sección de manera satisfactoria el día 29 de mayo de 2018.

De la manera más cordial y respetuosa me permito entregarle el análisis, los resultados y la conclusión final de la investigación anteriormente mencionada, por cuanto ya se analizaron los datos obtenidos de la población en estudio.

De antemano le agradezco por su tiempo y su invaluable colaboración para la viabilidad de esta investigación acerca de los **FACTORES PSICOSOCIALES EXTRALABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA**, ya que sin su respectiva autorización no hubiese sido posible la realización de esta, uno de los objetivos de la presente investigación apunta a proponer estrategias para favorecer los factores psicosociales Extralaborales que afectan al personal de Enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero, las estrategias mencionadas se encuentran especificadas por dimensión, al final de la conclusión final, las cuales quedan a nivel institucional la puesta en marcha de estas.

Atentamente

Lic. Robinson A. Garay P.
Profesor de Enfermería
M. N. 7/819 M. P. 168061

Prof. Lic. Robinson A. Garay Pardo
Doctorado en Salud Pública
F.C. N° 805.611
Tel: 11 41 58 50 11
Julian1a@hotmail.com

14/11/18 Se recibió copia del trabajo de investigación mencionado anteriormente

MARCELO FABIAN ALANIS
LICENCIADO EN ENFERMERIA
M.N. 90034



Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires
Hospital General de Agudos Parmenio T. Piñero



Buenos aires, Martes, 27 de Noviembre de 2018

MOTIVO: Entrega de resultados y conclusión final de investigación

Dr. Oscar Collía
Secretario CODEI

De mi mayor consideración

Me dirijo a usted para saludarlo y presentarme, en mi condición de responsable de la investigación **FACTORES PSICOSOCIALES EXTRALABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA**, el cual fue autorizado por sección de manera satisfactoria el día 29 de julio de 2018.

De la manera más cordial y respetuosa me permito entregarle el análisis, los resultados y la conclusión final de la investigación anteriormente mencionada, por cuanto ya se analizaron los datos obtenidos de la población en estudio.

De antemano le agradezco por su tiempo y su invaluable colaboración para la viabilidad de esta investigación acerca de los **FACTORES PSICOSOCIALES EXTRALABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA**, ya que sin su respectiva autorización no hubiese sido posible la realización de esta, uno de los objetivos de la presente investigación apunta a proponer estrategias para favorecer los factores psicosociales Extralaborales que afectan al personal de Enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero, las estrategias mencionadas se encuentran especificadas por dimensión, al final de la conclusión final, las cuales quedan a nivel institucional la puesta en marcha de estas.

Atentamente

Lic. Robinson A. Garay P.
Profesor de Enfermería
M. N. 77610 M. P. 168031

Prof. Lic. Robinson Ali Garay Pardo
Doctorado en Salud Pública
F.C. Nº 805.671
Tel. 11 41 58 50 11
Julian1a@hotmail.com

Dr. OSCAR COLLIA
M. N. 93102
SECRETARIO CODEI
HGAP PIÑERO G.C.A.B.A.



Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires
Hospital General de Agudos Parmenio T. Piñero



Buenos aires, Martes, 27 de Noviembre de 2018

MOTIVO: Entrega de resultados y conclusión final de investigación

Señores
Comité de Bioética
Hospital General de Agudos Parmenio T. Piñero

De mi mayor consideración

Me dirijo a usted para saludarlo y presentarme, en mi condición de responsable de la investigación **FACTORES PSICOSOCIALES EXTRALABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA**, el cual fue autorizado por sección de manera satisfactoria el día 19 de septiembre de 2018.

De la manera más cordial y respetuosa me permito entregarle el analisis, los resultados y la conclusión final de la investigación anteriormente mencionada, por cuanto ya se analizaron los datos obtenidos de la población en estudio.

De antemano les agradezco por su tiempo y su invaluable colaboración para la viabilidad de esta investigación acerca de los **FACTORES PSICOSOCIALES EXTRALABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA**, ya que sin su respectiva autorización no hubiese sido posible la realización de esta, uno de los objetivos de la presente investigación apunta a proponer estrategias para favorecer los factores psicosociales Extralaborales que afectan al personal de Enfermería del Hospital de Agudos Parmenio T. Piñero, las estrategias mencionadas se encuentran especificadas por dimensión, al final de la conclusión final, las cuales quedan a nivel institucional la puesta en marcha de estas.

Atentamente

Lic. Robinson A. Garay P.
Profesor de Enfermería
M. N. 77816 M. P. 168031

Robinson Ali Garay Pardo
Prof. Lic. Robinson Ali Garay Pardo
Doctorado en Salud Pública
F.C. N° 805.611
Tel: 11 41 58 50 11
Julian1a@hotmail.com

Revisado
4/2/18
Dra. CIMA STELLA MARIS
MEDICA-GASTROENTEROLOGIA
M.N. 67354 M.P. 35688
CEI.
Hospital Piñero

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por **Robinson Ali garay Pardo**, doctorando en salud pública, de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, con sede en la calle Paraguay 1338, de la ciudad autónoma de buenos aires. La meta de este estudio es FACTORES PSICOSOCIALES EXTRALABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una encuesta, Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto sin que eso perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Licenciado en Enfermería **Robinson Ali Garay Pardo**, doctorando en salud pública, de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. He sido informado (a) de que la meta de este estudio son los FACTORES PSICOSOCIALES EXTRALABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una encuesta, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a **Robinson Ali garay Pardo** al teléfono 1141585011.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a **Robinson Ali garay Pardo** al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

Fecha de aplicación:

--	--	--

dd mm aaaa

Número de identificación
del respondiente (ID):

--

FICHA DE DATOS GENERALES

Las siguientes son algunas preguntas que se refieren a información general de usted o su ocupación.

Por favor seleccione una sola respuesta para cada pregunta y márquela o escríbala en la casilla. Escriba con letra clara y legible.

1. Sexo:

Masculino	
Femenino	

2. Año de nacimiento:

--

3. Estado civil:

a) Soltero (a)		d) Divorciado(a)	
b) Casado (a)		e) Viudo(a)	
c) Separado (a)		f) Unión libre	

4. Último nivel de estudios que alcanzado

Enfermero profesional	
Enfermero universitario	
Lic. en enfermería	
Lic. en enfermería incompleto	
Post-grado incompleto	
Post-grado completo	

5. Lugar de residencia actual:

Ciudad	
Provincia	

6. Lugar donde trabaja actualmente:

Ciudad	
Provincia	

7. ¿Cuál es su profesión de la cual posee el título?

--

8. Tipo de vivienda

Propia	
Alquiler	
Familiar	

9.

Número de personas que dependen económicamente de usted (aunque vivan en otro lugar)	
---	--

10. ¿Hace cuántos años que trabaja en el hospital?

Si lleva menos de un año marque esta opción	
Si lleva más de un año anote cuantos años	

11. Escriba el nombre sector del hospital en el que trabaja

--

12. Seleccione el tipo de cargo que más se parece al que usted desempeña y señálelo en el cuadro correspondiente de la derecha.

Jefatura – tiene personal a cargo	<input type="checkbox"/>
Profesional, analista, técnico, tecnólogo	<input type="checkbox"/>

13. Seleccione el tipo de contrato que tiene actualmente (marque una sola opción)

Planta permanente	<input type="checkbox"/>
Planta transitoria	<input type="checkbox"/>

14. Indique cuántas horas diarias de trabajo están establecidas habitualmente por el hospital para su cargo

.....Horas

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Las siguientes preguntas están relacionadas con varias condiciones de la zona donde usted vive:

		siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1	Es fácil transportarme de mi casa al trabajo					
2	Tengo que tomar varios medios de transporte para llegar a mi lugar de trabajo					
3	Paso mucho tiempo viajando de ida y regreso al trabajo					
4	Me transporto cómodamente entre mi casa y el trabajo					
5	La zona donde vivo es segura					
6	En la zona donde vivo se presentan hurtos y mucha delincuencia					
7	Desde donde vivo me es fácil llegar al centro médico donde me atienden					
8	Cerca de mi vivienda las calles están en buenas condiciones					
9	Cerca de mi vivienda encuentro fácilmente transporte					
10	Las condiciones de mi vivienda son buenas					
11	En mi vivienda hay servicios de agua y luz					
12	Las condiciones de mi vivienda me permiten descansar cuando lo requiero					
13	Las condiciones de mi vivienda me permiten sentirme cómodo					
14	Me queda tiempo para actividades de recreación					
15	Fuera del trabajo tengo tiempo suficiente para descansar					
16	Tengo tiempo para atender mis asuntos personales y del hogar					
17	Tengo tiempo para compartir con mi familia o amigos					
18	Tengo buena comunicación con las personas cercanas					
19	Las relaciones con mis amigos son buenas					
20	Converso con personas cercanas sobre diferentes temas					
21	Mis amigos están dispuestos a escucharme cuando tengo problemas					
22	Cuento con el apoyo de mi familia cuando tengo problemas					
23	Puedo hablar con personas cercanas sobre las cosas que me pasan					
24	Mis problemas personales o familiares afectan mi trabajo					
25	La relación con mi familia cercana es cordial					
26	Mis problemas personales o familiares me quitan la energía que necesito para trabajar					
27	Los problemas con mis familiares los resolvemos de manera amistosa					
28	Mis problemas personales o familiares afectan mis relaciones en el trabajo					
29	El dinero que ganamos en el hogar alcanza para cubrir los gastos básicos					
30	Tengo otros compromisos económicos que afectan mucho el presupuesto familiar					
31	En mi hogar tenemos deudas difíciles de pagar					

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

CARRERA DE DOCTORADO DE SALUD PÚBLICA

Título de la Tesis: Factores Psicosociales Extralaborales que afectan al personal de Enfermería del Hospital General de Agudos de Agudos Parmenio T. Piñero

Alumno: Lic. Robinson Ali Garay Pardo

Director: Dr. Ricardo Adrián Parra

Mención: Sistemas y Servicios de Salud

Justificación: Los Factores de riesgo psicosociales extralaborales configuran una problemática actual en el personal de enfermería, cobrando aún mayor relevancia en tiempos pandémicos, pudiendo afectar de manera directa las decisiones que tomen los profesionales en Enfermería con respecto a la atención de sus pacientes. No puede quedar aislado, sino por el contrario considerarlo como un eje central estratégico de la problemática con incidencia específica en los Servicios de Salud.

Esta Tesis cuenta con gran originalidad, pertinencia y relevancia, tanto por entender en problemas prácticos de alta importancia en los profesionales de enfermería que afectan directamente la atención de la salud de los pacientes, cuanto por incidir de manera directa en un conflicto personal/laboral que afecta y afectará por consecuencia al Sistema de Salud Pública y/o privada en la gestión de los Servicios de Salud.

En la actualidad en la práctica de la atención de salud primaria y hospitalaria los enfermeros/as tienen nuevos roles y responsabilidades en los que se presentan problemas éticos y morales y dilemas éticos que demandan de los valores, principios, códigos, muchas veces conocimientos de legislación que guíen el análisis y toma de decisiones. Para ello estos importantes integrantes del equipo de salud deben de contar con claridad mental y tranquilidad en esa toma de decisiones, visión que se encontrará sesgada si los problemas que acarrea el profesional en calidad de trabajador no encuentra un equilibrio y/o acciones por parte del medio laboral que lo rodea en pos de soluciones rápidas, prácticas y concretas a sus problemas cotidianos.

El rol del profesional de enfermería es una de las funciones más importantes en la atención primaria la salud, estando especializada en el ámbito de los cuidados orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud. En este contexto la Enfermería, además de aplicar de forma integral un conjunto de cuidados al individuo, la familia y la comunidad en el proceso salud-enfermedad, debe contribuir a que adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado en el marco de una atención primaria integral y comunitaria que incluye la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, y la prevención de la enfermedad.

Para estas actividades en el primer nivel de atención, el personal de enfermería tiene una serie de conocimientos y habilidades que le permite ser parte de un equipo de trabajo y llegar a la comunidad para determinar situaciones de salud del individuo, familia, comunidad, grupos sociales y entorno natural, mediante la educación, promoción, prevención, rehabilitación y curación, ya que ha sido es y será siempre el paciente el centro de los cuidados, y en torno a él deben organizarse y gestionarse todas las acciones de enfermería.

El objetivo es estudiar cómo afectan los riesgos sociales extralaborales al profesional de enfermería del Hospital General de Agudos Parmenio T. Piñero y los inconvenientes que atraviesan para tratar de solucionar y morigerar dichos riesgos, contrastando la hipótesis planteada e implementando acciones positivas de trabajo conjunto entre la Institución hospitalaria y el trabajador afectado, a fin de equilibrar la situación y conformar herramientas de trabajo en el ámbito laboral.

Entre las necesidades que se suscitan y las realidades que se concretan, existe una gran brecha y ésta investigación tiene acciones propositivas para merituar y disminuir los Factores de Riesgos Psicosociales Extralaborales en el personal de Enfermería del hospital general de agudos Parmenio T. Piñero.



Dr. Ricardo Adrián Parra

UCES
**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

Buenos Aires ,09 de julio de 2021

Por la presente se autoriza el pasaje del documento de Trabajo Final “Factores Psicosociales Extralaborales que afectan al personal de Enfermería del Hospital General de Agudos Parmenio T. Piñero” del alumno, Robinson Alí Garay Pardo correspondiente a la Carrera de Doctorado en Salud Pública, aprobado por las autoridades de la carrera, para su evaluación por parte de los jurados:



Firma y aclaración del Director/Tutor:

Dr. Ricardo Adrián Parra

Firma y aclaración del Coordinador

de Trabajo Final de la Carrera.....

Firma y aclaración del Director de la Carrera: