

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA



UNSA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN

**“CARACTERISTICAS DE LA VIOLENCIA LABORAL EN EL PROCESO DE
ATENCION, AL PERSONAL DE SALUD DE ESTABLECIMIENTOS DEL
PRIMER NIVEL DE ATENCION, AREQUIPA 2017.”**

Presentado por la

**MAESTRA CLAUDIA MARIA DEL CARMEN
TAYPICAHUANA JUAREZ**

Para optar el Grado Académico de

DOCTORA EN CIENCIAS: SALUD PUBLICA

Asesor: Dr. ALEJANDRO VELA QUICO

AREQUIPA – PERU

2017

DEDICATORIAS

A DIOS Y LA VIRGEN MARÍA

Pues la fé en ellos, hace que lleve con esperanza

cada momento multicolor de mi vida.

A MIS PADRES

Aquiles y Lola por su amor, ejemplo y apoyo en esta larga travesía,

sin su ánimo hubiera sido imposible lograrlo.

A MI ESPOSO

Roberto por su amor y porque a su lado

aprendo a ser mejor cada día.

A MIS HERMANOS

Marcos y José por su ánimo y palabras confortadoras,

que me impulsan a seguir adelante.

A BETY, DORA, ALEJANDRA, GABRIELA, SOFÍA Y JOSÉ ANTONIO

Por darme su cariño y alegría en todos los momentos de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

AL DR. ALEJANDRO VELA QUICO

Por las enseñanzas invaluableles tanto académicas como personales.

*A MILAGROS ESQUIVEL YUCRA, FABIOLA HUAYLLA ZEA, FLOR DEZA SANTOS,
NOELIA RUIZ ASTUÑAGUE, ANDREA LAZO DE LA VEGA y ROSALIA QUISPE FLORES*

Por su apoyo en el desarrollo de este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	14
CAPÍTULO II: MÉTODOS	35
CAPÍTULO III: RESULTADOS	40
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	60
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES	70
BIBLIOGRAFÍA	71
ANEXOS	76

RESUMEN

Objetivos: Determinar las características de la violencia al personal de salud, analizar sus percepciones de las consecuencias de la violencia, como las características de la víctima de la violencia, además las características del agresor y determinar los conocimientos sobre legislación asociada a la violencia laboral del personal de salud. **Métodos:** Estudio observacional, prospectivo y transversal. Se realizó en trabajadores de tres microredes de salud de la ciudad de Arequipa, siendo un total de 258 unidades de estudio que cumplieron criterios de inclusión y exclusión. La técnica fue la entrevista y se usó una guía de entrevista. Para la validación de contenido se obtuvo la opinión de dos sociólogos y un salubrista, con experiencia en la investigación de la violencia. Para calibrar la comprensión de las preguntas se realizó una prueba piloto. Se realizó una clasificación y tabulación de la información de las entrevistas agrupando los datos por categorías de análisis. **Resultados:** El 65.57% de varones y el 75.63 % en mujeres, presentaron un hecho de violencia en el último año; siendo lo más frecuente una vez al año en ambos (19.67% y 18.79%), la agresión moral fue la más frecuente y la verbal la más grave, la percepción de las motivaciones fueron mayormente por demora de la atención (27.37%), siendo la actitud inicial de los trabajadores de ser conciliadora seguido de ignorar el hecho. Un 74.07 % refiere consecuencias siendo el desánimo y frustración los mas resaltantes. Las víctimas de violencia laboral suelen ser de género femenino, nombrados, en las edades de 30 a 59 años, indicando que fue el consultorio (36.50%) el lugar donde mayormente se dio el acto, siendo los técnicos asistenciales (84.72%) el grupo ocupacional más vulnerado seguido por las enfermeras habiendo cierta disminución de la frecuencia a medida que tienen mayor experiencia laboral, más bien en los técnicos asistenciales se mantiene a través de los años de trabajo. Los agresores suelen ser los mismos pacientes con un 64.47% en su mayoría adultos de 25 a 59 años a predominio de mujeres. Los trabajadores de salud en gran parte desconocen si existe alguna ley que los proteja (68.25%), y de los pocos que creen conocer, indican leyes que no existen (27.51%) o leyes que existen pero que en realidad no contiene artículos que los proteja expresamente ante un hecho violento. **Conclusiones:** Hubo 65.57 % de varones y 75.83% de mujeres que percibieron un hecho de violencia laboral en los establecimientos de

salud del primer nivel, la agresión moral fue la más frecuente, el episodio más grave fue la verbal, la percepción de las motivaciones fue por demora de la atención, la reacción ante un hecho de violencia fue la conciliadora. Las consecuencias percibidas fue el desánimo. Las víctimas suelen ser mujeres, nombrados, en las edades de 30 a 59 años, siendo el consultorio donde mayormente se dio el acto, siendo los técnicos asistenciales los que más percibieron violencia. Los agresores suelen ser mujeres adultas de 25 a 59 años. Finalmente los trabajadores de salud desconocen si existe alguna ley que los proteja.

Palabras Clave: violencia laboral, trabajadores de salud, atención.

ABSTRACT

Objectives: To determine the characteristics of violence to health personnel, analyze their perceptions of the consequences of violence, such as the characteristics of the victim of violence, as well as the characteristics of the aggressor and determine the knowledge about legislation associated with workplace violence. health personnel.

Methods: Observational, prospective and cross-sectional study. It was performed in three micro-health workers in the city of Arequipa, with a total of 258 study units that met inclusion and exclusion criteria. The technique was the interview and an interview guide was used. For the validation of content was obtained the opinion of two sociologists and a public health professional, with experience in the investigation of violence. A pilot test was used to gauge the understanding of the questions. A classification and tabulation of interview information was performed by grouping the data by analysis categories. **Results:** 65.57% of males and 75.63% of females presented a violent event in the last year; (19.67% and 18.79%), moral aggression was the most frequent, and verbal abuse was the most frequent; the perception of motivations was mainly due to delayed care (27.37%), being the initial attitude of workers to be conciliatory followed by ignoring the fact. A 74.07% refers to consequences being the discouragement and frustration the most outstanding. Victims of labor violence are usually female, named, in the ages of 30 to 59 years, indicating that the clinic (36.50%) was the place where the act was most often, with the assistance technicians (84.72%) being the group occupational most frequently followed by nurses having some decrease in frequency as they have more work experience, rather in the care technicians is maintained through the years of work. The aggressors are usually the same patients with 64.47% mostly adults aged 25 to 59 years with predominance of women. Health workers are largely unaware of any laws that protect them (68.25%), and of the few who believe they know, indicate laws that do not exist (27.51%) or laws that exist but do not actually contain articles that expressly protects against a violent act. **Conclusions:** There were 65.57% of males and 75.83% of females who perceived a fact of labor violence in health facilities of the first level, moral aggression was the most frequent, the most serious episode was verbal, the perception of motivations was by delayed attention, the reaction to an act of violence was the conciliator. The perceived consequences were discouragement.

The victims are usually women, named, in the ages of 30 to 59 years, being the clinic where the act was most often, with the assistance technicians most perceived violence. The perpetrators are usually adult women aged 25 to 59 years. Finally health workers are unaware of any laws that protect them.

Keywords: labor violence, health workers, attention.

INTRODUCCIÓN

El ejercicio profesional en un mundo que está en constante cambio no podía quedar exento a las modificaciones que las sociedades experimentan de modo cada vez más rápido. Somos testigos que los niveles de casos de robo, delincuencia, homicidio, terrorismo, abuso sexual o físico son ejemplos de la violencia social que se incrementan desenfrenadamente en la actualidad. Este aumento vertiginoso de la violencia no solo se confronta en la familia, en la comunidad sino también alcanza los lugares de trabajo, siendo uno de ellos los centros de atención a pacientes (1).

Dentro de los sectores comprometidos, el personal que trabaja en instituciones de salud, es uno de los más afectados. Siendo una paradoja que estas instituciones fueron creadas, entre otros, con el objetivo de “cuidar la salud” de los individuos y las poblaciones, lo que hace más inaceptable aún, que la violencia atente contra la salud de las personas que trabajan en ellas. Todo análisis integral de la violencia debe empezar por definir las diversas formas que ésta adopta, con el fin de facilitar su conocimiento e intervención (2).

Al respecto, la Organización Internacional de Trabajo (OIT) estableció que el 25% de las agresiones laborales a nivel mundial (2002), se producían contra el trabajador sanitario. Desde entonces se ha brindado mayor atención a este problema y algunas instituciones de salud han empezado a estudiar este fenómeno y sus repercusiones sobre el recurso humano (2).

Antes de comenzar a analizar este fenómeno, es preciso tener en cuenta que cualquiera sea el tipo o expresión de violencia, ésta puede presentarse en forma manifiesta o pasar inadvertida. Su reconocimiento está sujeto a lo que culturalmente se establece como violencia y a lo que socialmente se considera aceptable o no. Por este motivo, tanto la percepción, como la evaluación de hechos violentos, constituyen un proceso social (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del

desarrollo o privaciones.” La definición usada por la OMS vincula la intención con la realización del acto mismo, independientemente de las consecuencias que se producen. Esto podría entenderse que puede provenir del paciente o de los mismos compañeros de trabajo. La inclusión del término poder, además de uso intencional de la fuerza física, amplía la naturaleza de un acto de violencia así como la comprensión convencional de la violencia para dar cabida a los actos que son el resultado de una relación de poder, incluidas las amenazas y la intimidación (2).

Esta definición abarca una amplia gama de consecuencias, entre ellas los daños psíquicos, las privaciones y las deficiencias del desarrollo. Esto refleja el reconocimiento cada vez mayor de la necesidad de incluir los actos de violencia que no causan lesiones visibles o la muerte, pero que a pesar de todo imponen una carga sustancial a los individuos, las familias, las comunidades y los sistemas de asistencia sanitaria en todo el mundo.

Es difícil dar una cifra de incidencia/prevalencia de actos violentos en el ámbito sanitario, existiendo una gran variabilidad de datos debido a las diferentes metodologías empleadas y a la diversidad de instrumentos y criterios de evaluación utilizados en los estudios (3,4). La importancia de este riesgo no sólo radica en la frecuencia con la que se presenta, sino también en la gravedad de las posibles consecuencias que pueden derivarse de él. Estas formas pueden ser físicas, psicológicas y/o económicas para el trabajador, por ejemplo: lesiones, burnout, cuadros psicopatológicos reactivos o abuso de sustancias (5), pero también económicas para la empresa por el ausentismo o pérdida trabajadores capacitados (6).

Según la OIT, los actos de violencia provocan una alteración inmediata y a menudo duradera de las relaciones interpersonales, la organización del trabajo y el entorno laboral en su conjunto. En los empleadores recae el costo directo del trabajo perdido y de la necesidad de mejorar las medidas de seguridad. Entre los costos indirectos se pueden citar la menor eficiencia y productividad, la reducción de la calidad de los productos, la pérdida de prestigio de la empresa y la disminución del número de clientes (6).

El Ministerio de Salud (MINSa) identificó el área de recursos humanos como una de las prioridades de investigación en salud en Perú, sobre la base de un proceso participativo y descentralizado liderado por el Instituto Nacional de Salud (7). Adicionalmente, se cuenta con una agenda nacional, en cuya construcción se buscó identificar la temática más relevante y se propuso catorce grandes temas de investigación en el área de trabajo en salud. No obstante, los lineamientos publicados no incluyen de modo directo un factor importante como la violencia en el lugar de trabajo; teniendo en cuenta que, en la revisión realizada no se encuentran trabajos desarrollados en Perú en el primer nivel de atención (8).

A nivel global, se describe que alrededor del 25% de los casos de violencia en el trabajo suceden en el sector salud y uno de cada dos profesionales de salud es víctima de violencia, la cual puede provenir de los pacientes o familiares de estos, así como de los compañeros de trabajo (2, 9,10)

Atendiendo a la necesidad de mejorar la eficiencia en la asignación de recursos públicos para la ejecución de actividades de investigación en salud, el INS (Instituto Nacional de Salud), organizó y condujo el proceso de identificación de las prioridades nacionales de investigación en salud, Perú 2010 -2014 (7,8, 9,11) y como resultado de dicho proceso se identificó como primera prioridad nacional a las “investigaciones para conocer los problemas de los recursos humanos en salud”.

Tomando en cuenta que este resultado, se obtuvo con el concurso de más de mil representantes del sector salud de todo el país, quienes participaron en 20 talleres regionales, un taller de análisis del Plan Nacional Concertado de Salud y finalmente un foro nacional, podemos afirmar que este resultado expresa un consenso de los actores que trabajan tanto en los ámbitos público como privado, regional como nacional, académico como ejecutivo del sector, y que perciben que existen brechas en el conocimiento que involucra a los recursos humanos en Salud (RHUS), que necesitan ser cubiertas para apoyar el proceso de toma de decisiones a favor de mejorar la gerencia de los servicios de salud.

Cabe destacar que algunas de las inversiones que reciben hospitales y centros asistenciales del primer nivel no se dirigen a nuevos equipamientos,

tecnología, insumos ni en capacitación de médicos y auxiliares, al contrario, hoy son cada vez mayores los recursos que se destinan a medidas de seguridad, como enrejados, cámaras de seguridad y personal de seguridad, entre otras medidas para mantener a los centros de salud protegidos de la violencia. Algo impensado hasta hace muy poco. Para Guillermo Fábregues, presidente de la Sociedad Argentina de Cardiología, menciona que "el médico que sufre un episodio de agresión nunca vuelve a ser el mismo médico. En definitiva, se desvirtúa su desempeño y se afecta el sistema" (12).

La violencia puede empeorar la ya deficiente relación médico paciente, facilitando como círculo vicioso, más violencia en ese entorno. Además que existe un subregistro debido a la falta de información o desinterés de los trabajadores, lo cual impide que se conozca la real dimensión de este problema, que progresivamente está incrementándose por las denuncias de hechos graves en los medios de comunicación, lo cual reclama una visión y una atención interdisciplinaria urgente, no solo en hospitales sino también en establecimientos del primer nivel ya que ellos atienden gran porcentaje de la población, y ahí se conoce que los recursos humanos y materiales son deficientes además que el personal tiene que cumplir innumerables funciones administrativas que disminuyen tiempo para la labor asistencial.

De las consideraciones anteriores, se deriva la necesidad de conocer la magnitud de este problema para la mejor comprensión de los elementos inmersos en este fenómeno de violencia, para poder instaurar medidas que aminoren su presencia y las consecuencias, tanto en el personal como en la relación médico – paciente.

INTERROGANTE DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia, formas, actores, motivaciones y consecuencias de la violencia laboral en el proceso de atención, al personal de salud de establecimientos del primer nivel de atención, Arequipa 2017?

OBJETIVOS:

1. Determinar las características de la violencia al personal de salud del ámbito de estudio.
2. Analizar las percepciones de las consecuencias de la violencia al personal de salud del ámbito de estudio.
3. Analizar las características de la víctima de la violencia al personal de salud del ámbito de estudio.
4. Analizar las características del agresor en la violencia al personal de salud del ámbito de estudio.
5. Determinar los conocimientos sobre legislación asociada a la violencia laboral del personal de salud del ámbito de estudio.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1. VIOLENCIA LABORAL

1.1. DEFINICIÓN

La variedad de conductas que pueden ser incluidas bajo el término de violencia ocupacional es bastante grande, lo que dificulta un poco su descripción y definición (13).

La violencia laboral es un hecho patente, que no se puede negar y por tanto ya se ha instalado en la sociedad su discusión, se han formulado varias definiciones de lo que ésta es. “La violencia laboral está constituida por los incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo (incluidos los viajes de ida y vuelta a él) que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud” (OMS. 2002). Otra definición relevante es dada por la Organización Internacional del Trabajo, (OIT). “Toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma” (14).

1.2. CLASIFICACIÓN

En el campo laboral existen diversas formas de clasificar la violencia. Nosotros consideramos pertinente para nuestro estudio, la propuesta por la Comisión Ejecutiva Confederal De UGT.

1.2.1. VIOLENCIA EXTERNA: Quienes la ejercen no mantienen ninguna relación laboral con el trabajador agredido (15). (Ej. Ocurre en los casos de robo. Este tipo de violencia suele ser prevalente en lugares de trabajo en los que existen transacciones económicas en dinero efectivo: bancos, supermercados, tiendas, taxistas, etc.).

1.2.2. VIOLENCIA DE SERVICIOS: Los agresores suelen ser clientes de los productos o servicios que se suministran que se sienten agraviados, maltratados, frustrados, engañados o en general, emocionalmente resentidos por la relación comercial establecida. (ej. ocurren en las

relaciones comerciales de servicios: dependientes, empleados de ventanilla, profesionales sanitarios, sociales o docente (15).

1.2.3. VIOLENCIA RELACIONAL: Este tipo de violencia suele desarrollarse entre compañeros de trabajo como consecuencia de un conflicto de intereses, insuficientemente elaborado de forma verbal y pobremente comunicado. También se suele producir entre diferentes niveles jerárquicos por incumplimiento de expectativas o de órdenes efectuadas por los mandos. En estos casos, el agresor puede ser tanto un superior o un subordinado jerárquico. Los celos, los ajustes de cuentas, el antagonismo de intereses, las rivalidades legítimas y artificiales, son el caldo de cultivo de la aparición de estas conductas agresivas (15).

2. VIOLENCIA LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO

2.1. DEFINICIÓN

El Consejo Internacional de Enfermería en su código deontológico de 2002, hace un llamado a estar atento a la violencia, ya que la considera una de las causas más importantes de morbilidad a nivel mundial (1).

Investigaciones realizadas a nivel mundial, indican que la violencia en el trabajo en el sector de la salud es un fenómeno de alcance mundial, que atraviesa fronteras, los distintos contextos laborales y los diversos grupos profesionales, que existen en el sector (1). Esta violencia alcanza tanto a quienes proporcionan la atención, como a quienes la reciben, es decir, los usuarios y/o sus familiares o acompañantes (1).

Es un hecho ampliamente conocido, que la gran mayoría del personal que trabaja en los servicios de salud son mujeres y son un grupo que presenta alto riesgo de sufrir violencia.

La violencia generada en el ámbito de la salud, se puede atribuir a varios factores, como encontrarse en un estado de salud alterado, poco personal existente, sobrecarga laboral, largas listas de espera, entre otros factores. La violencia

suscitada puede estar dirigida hacia varios componentes del equipo de salud, así mismo, puede dirigirse hacia objetos. Esta violencia puede ser de forma directa o estar expresada de forma solapada (16).

2.2. POSIBLES VÍCTIMAS

Aunque todas las profesiones del sector de salud corren riesgos de sufrir violencia laboral, algunas de ellas parecen correr riesgos especiales:

- ❖ Las enfermeras y el personal de ambulancias: Corren riesgos muy elevados.
- ❖ Los médicos, el personal auxiliar y el personal técnico: Corren riesgos elevados.
- ❖ Todos los demás profesionales de salud: Corren riesgos

2.3. LUGARES DE TRABAJO CON MAYOR INCIDENCIA DE VIOLENCIA OCUPACIONAL

La violencia podría ocurrir en cualquier lugar del establecimiento, pero es más frecuente en los siguientes lugares: salas psiquiátricas, Salas de urgencia, salas de espera, servicios de geriatría, sitios de entrada y salida.

2.4. TIPOS DE VIOLENCIA LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO

La violencia laboral, conlleva un sin número de consecuencias, tanto para quienes la sufren, como para quien ejerce la violencia. En el lugar de trabajo la violencia se puede presentar comúnmente de tres formas; violencia física, psicológica y sexual (1).

2.4.1. VIOLENCIA PSICOLÓGICA: Con mayor frecuencia se reconoció como violencia a la de tipo físico y se subestimó, por bastante tiempo, la de carácter psicológico. Sin embargo, esta última surge actualmente, como uno de los problemas más importantes en los lugares de trabajo. Este tipo de violencia, generalmente se ejerce de forma más solapada, repetida y sostenida en el tiempo. La OIT y OMS en Directrices Marco para afrontar la violencia ocupacional, la define como: “Actos repetidos, indeseados, no aceptados, impuestos y no correspondidos, que

pueden tener para la víctima un efecto devastador.” La OMS también formula su propia definición para violencia psicológica: “Uso deliberado del poder, o amenazas de recurso a la fuerza física, contra otra persona o grupo, que puede dañar el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Comprende el abuso verbal, intimidación, atropello, acoso y amenazas”. Este tipo de violencia es mucho más común de lo que se cree, es la que habitualmente se desarrolla más en los lugares de trabajo y por ende una de las que más daño puede llegar a generar por las implicancias que conlleva; desmotivación, bajo rendimiento, aumento de licencias médicas y ausentismo laboral (15).

2.4.2. VIOLENCIA FÍSICA: La OMS define violencia física, como: “Empleo de la fuerza física contra otra persona o grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos, incluye palizas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos, pellizcos”. Este tipo de violencia es sobre la cual se ha investigado mayormente, porque es la que deja secuelas visibles, la mayoría de las veces y como tal, es causal de licencias médicas o ausencias laborales, las que perjudican directamente al empleador y le encarecen los costos de producción o disminuyen la productividad.

2.4.3. VIOLENCIA SEXUAL: Se denomina así al tipo de violencia que incluye, todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima. La violencia sexual se puede generar entre miembros de una misma familia, personas de confianza, conocidos y extraños, puede generarse en toda etapa del ciclo vital individual, asimismo puede ser generada tanto por hombres como por mujeres, sin embargo, siguen siendo estas últimas las más afectadas. Estos hechos pueden ocurrir en diversos lugares como domicilio y frecuentemente en el trabajo.

2.5. AGENTE AGRESOR

- **Agente agresor interno:** médicos, enfermeras, paramédicos, técnicos de enfermería, administrativos, secretarías, entre otros.
- **Agente agresor externo:** pacientes, familiares de pacientes, acompañantes, otros.

2.6. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA LABORAL SANITARIA

Las consecuencias se derivan de situaciones de violencia laboral que repercuten en el área profesional y área personal de manera física, psicológica y socio-familiar (1).

2.6.1. A NIVEL PERSONAL

FÍSICOS: Podemos encontrarnos con diversas manifestaciones como: Cefalea, trastornos gastrointestinales, contracturas musculares frecuentes, alteración del sueño, desgano para realizar cualquier tarea y descuido en el arreglo personal.

PSICOLÓGICOS: Los síntomas pueden ser muy diversos: Ansiedad, tensión nerviosa, irritabilidad, sentimiento de inseguridad, disminución de la autoestima, sentimientos de impotencia y frustración.

SOCIO-FAMILIAR: Es posible que estas personas tengan: Conflictos con los miembros de la familia, deterioro de la relación con los hijos, deterioro de la relación con la pareja, deterioro de la relación con las amistades, abandono de responsabilidades y compromisos familiares o sociales, aislamiento social y familiar.

2.6.2. A NIVEL PROFESIONAL

La violencia sufrida suele afectar a las prácticas laborales como: deterioro de la relación con el paciente, ausentismo, accidentes con el manejo de materiales o instrumental, deterioro en la relación con los compañeros de trabajo, disminución de la motivación para el trabajo y dificultad para el desempeño de sus funciones.

3. VIOLENCIA EN EL SECTOR SALUD DE PERÚ

Durante años la violencia ha sido objeto de numerosos estudios lo que refleja su importancia en la sociedad. Actualmente constituye un elemento habitual en el panorama del contexto del trabajo donde la violencia afecta prácticamente a todos los sectores y categorías de trabajadores. El sector de la atención de salud corre un riesgo grave pues en este sector puede ser casi la cuarta parte del total de la violencia que tiene lugar en el trabajo (1).

La sociedad actual en la que el personal de salud se desempeña ha ido cambiando en los últimos años; es así que la violencia hacia el personal de salud va haciéndose cada vez más frecuente en sus diferentes naturalezas física, sexual, (17) psíquica y las que incluyen privaciones o descuido. Desde entonces se está centrando mayor atención en este problema y algunas instituciones de salud han empezado a medir este fenómeno y sus repercusiones sobre el personal de salud. Aunque todas las profesiones del sector de salud corren riesgos de sufrir violencia laboral, algunas de ellas parecen correr riesgos especiales: las enfermeras y el personal de ambulancias corren riesgos muy elevados; los médicos, el personal auxiliar y el personal técnico corren riesgos elevados (17), y en menor medida todos los demás profesionales de la salud.

En el ámbito nacional la investigación sobre violencia laboral en el sector de salud es escasa; sin embargo los resultados preliminares de un estudio realizado en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz presentados por Tuya-Figueroa X. y Mezones-Holguin E. (11) muestran que dos tercios de los trabajadores de salud informaron haber sufrido algún tipo de violencia con predominio de la violencia psicológica ; así mismo, Ancalli-Calizaya y colaboradores (18) en su estudio realizado en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna muestran que el personal de seguridad sufre mayor agresión (100%), seguido de obstetrices (91%), enfermeras (80%), técnicos de enfermería (74%), médicos (72%) y farmacéuticos (40%).

Ambos estudios nacionales demuestran que el personal de salud es propenso a ser víctima de agresión laboral en cualquiera de sus modalidades. Esto nos da a conocer que existe una problemática dentro del lugar de trabajo del personal de

salud que escasamente es reportada en Perú. Por ello es necesario realizar reportes como muchos países lo vienen realizando para evitar consecuencias negativas que puedan repercutir en la prestación de los servicios de atención de salud, y puedan dar lugar al deterioro de la calidad de los cuidados brindados y a decisiones de los trabajadores de abandonar las profesiones de atención de la salud.

3.1. LOS PACIENTES EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO

Las personas deben cumplir normalmente con numerosas tareas y compromisos en las distintas etapas de la vida, colegio, trabajo, familia, etc., que aseguren su desarrollo y desenvolvimiento normal en la sociedad; sin embargo esto puede verse alterado por la condición de enfermedad y más aún cuando es necesario el ingreso a un hospital. Esta situación hace al individuo vulnerable a variados estímulos, condiciones e interrelaciones que se desarrollan en este medio en el que adopta o pasa ser incluido en el "status de paciente". En efecto, el paciente se enfrenta a un medio con estímulos y situaciones diversas que no solamente alteran la satisfacción de necesidades de orden elemental o biológico, como pueden ser el dormir o el alimentarse, sino también aquéllas de orden superior, especialmente las que comprometen su esfera psico-afectiva (19).

Estos cambios, según Moro (1999), repercuten además en las necesidades de seguridad y de pertenencia, las que se encuentran afectadas en el individuo aquejado por alguna enfermedad. Esta alteración que sufre toda persona enferma se acentúa especialmente cuando el individuo requiere la internación en un establecimiento de salud, ya que la separación del ambiente familiar, conocido y estable por otro ambiente extraño, con una serie de reglamentación interna, relación con múltiples personas y a veces falta de privacidad, potencia los sentimientos de inferioridad y reducción que pueden surgir en las personas. Se cree, que la persona enferma erradicada de su territorio vital a otro generalmente desconocido pierde en alguna medida la imagen de sí, aparecen sentimientos de culpa y vergüenza, que aumentan con el tratamiento despersonalizado de los procesos diagnósticos, terapéuticos y asistenciales a los que se ve sometido durante su hospitalización. Entonces las repercusiones de la enfermedad se hacen mucho más evidentes

cuando, por su gravedad o por las condiciones socioeconómicas del paciente, imponen la necesidad de hospitalización.

El hospital, junto con ofrecer atención sanitaria, se constituye entonces en un sistema social complejo y delicado, conformando una red interactiva que puede inducir a desarrollar o modificar actitudes que pueden llevar a hechos agresivos o violentos. Entonces la hospitalización puede tener una condición de vulnerabilidad aportada por la enfermedad, que puede ser la causa de la pérdida del sentido del control físico y/o psicológico y por el significado de someterse a un ambiente complejo y muchas veces desconocido.

Otro aspecto que pareciera ser inherente a la hospitalización es la falta de intimidad, definida como toda aquella realidad oculta, relativa a un sujeto o grupo determinado que merece reserva; ésta se ve de alguna manera vulnerada en el paciente hospitalizado. La falta de respeto a la privacidad se manifiesta desde la invasión no sólo a espacio territorial, reducido a una cama y un velador, sino también al ser examinado en la cama de hospital por innumerables personas a las que generalmente desconoce y respondiendo variadas preguntas relativas a su historia de vida personal, muchas veces sin una explicación previa del porqué son necesarios estos procedimientos y estas respuestas. Pareciera ser más importante el órgano afectado que la persona enferma, olvidando el respeto a la desnudez y el pudor del otro. Esto se ha ido presentando en la medida en que la enfermedad monopoliza la atención e inconscientemente se olvida la naturaleza humana de la atención de salud, tornándose ésta fría e impersonal, lo que ha violentado la relación amistosa y de confianza, pasando más bien a un vínculo despersonalizado.

Esta despersonalización creciente, en la que la persona ha pasado a un lamentable segundo plano -ya sea por el aumento de la demanda asistencial y/o tecnificación de la atención de salud que otorgan los hospitales e instituciones afines, donde la actitud humanista que debe caracterizar la relación entre prestadores y usuarios se ha ido deteriorando, ha reducido la visión integral del paciente como ser biopsicosocial, adjudicándose el protagonismo a la enfermedad. Esta visión, se manifiesta en hechos tan cotidianos que casi son parte de la

"normalidad" en las relaciones que se establecen entre los prestadores y los usuarios.

Existen probablemente otros hechos que no sólo deterioran la relación entre prestadores y usuarios en el hospital, sino que también vulneran los derechos de éstos últimos, los que, inadvertidamente y en alguna medida, forman parte de la cotidianidad en la atención de salud, reconocida como asimétrica y jerárquica entre cuidadores y pacientes de hospitales, especialmente en los establecimientos públicos.

Los profesionales del área de la salud no sólo han sido testigos de los efectos y secuelas de la agresión, en las personas que solicitan atención, sino que también han representado un foco de estudio en la temática de la violencia. Estas investigaciones en los ambientes sanitarios, establecen que los contextos de atención en salud no están libres del flagelo de la violencia, siendo los establecimientos sanitarios uno de los ambientes laborales más expuestos a actos agresivos de cualquier tipo.

En una investigación realizada en la ciudad de Córdoba, se observó que la ocurrencia de las diversas manifestaciones de violencia en el trabajo así como el acoso laboral, el acoso sexual, las agresiones psicológicas y físicas están frecuentemente presentes en instituciones del sector salud, afectando a un número significativo de trabajadores y constituyen riesgos ocupacionales de gran relevancia para quienes allí se desempeñan.

Los factores de riesgo para la violencia varían entre instituciones de salud; se ha señalado que depende, entre otras cosas, del lugar, tamaño y tipo de actividades desarrolladas, características de la población asistida, escasez de personal, salas de espera, cuartos y corredores abarrotados y con escasa infraestructura y seguridad inadecuada.

Suelen ser las circunstancias antes enunciadas generadoras de situaciones de violencia. La demora en la atención y las exigencias de familiares para que sus parientes fueran atendidos de manera inmediata y con tratamiento especial, fueron

identificadas también como detonantes de situaciones violentas en servicios de emergencia de hospitales.

4. LEGISLACIÓN SOBRE VIOLENCIA LABORAL EN EL ÁMBITO DE SALUD

La protección al profesional de salud ante agresiones por parte de los usuarios, no cuenta con un tratamiento legislativo específico, por lo que, en el caso de verse en la necesidad de emprender acciones legales, habrá de recurrir a la legislación ordinaria. En este sentido, y como cualquier ciudadano, podrá emprender acciones civiles y/o penales contra los agresores. Todo ello como resultado de la falta de una regulación de tipo administrativo que venga a establecer un catálogo de medidas sancionadoras ante conductas de violencia o actos inaceptables en general por parte de los usuarios del sistema de salud (19).

La responsabilidad ante un caso de agresión no termina en el supuesto agresor, sino que alcanza a la propia institución y a la Administración, en el caso de los centros públicos. La organización laboral es la responsable de poner todos los medios a su alcance para evitar este tipo de riesgo, así como de ofrecer a sus profesionales la formación adecuada para manejar las situaciones potencialmente conflictivas que disminuyan su posibilidad de aparición. En el caso de que se produzcan episodios de violencia, es su responsabilidad el dispensar el apoyo y el asesoramiento necesario a las víctimas. Debiera también ser responsabilidad del centro, o de la Administración, el animar a denunciar estos hechos, ofreciendo así un claro mensaje a toda la organización y a los usuarios de que este tipo de conductas no son toleradas, incluso sería deseable que diera la cara, personándose como acusación de los hechos.

Algunos antecedentes a nivel internacional:

España: se tiene la sentencia judicial dictaminada en el año 2008 por la Audiencia Provincial de Zamora, España, a petición del Colegio de Médicos de aquella ciudad. Según la misma, se dictamina que las agresiones a médicos de la sanidad pública sean enjuiciadas como delito de atentado a la autoridad (con penas

de prisión) y no como simples faltas que acarrearán solo penas de multa, como sucedía hasta ese momento. Es esta una resolución de gran importancia y trascendencia, porque marca un criterio que, como se ha demostrado, ya ha comenzado a aplicar en otros casos similares en distintos lugares del mundo y que creemos puede ayudar de manera efectiva a frenar la escalada de agresiones a los médicos en el ejercicio de su profesión (20).

Argentina: Es importante remarcar que la ley 13168 de la Provincia de Buenos Aires establece en su artículo 2° que violencia laboral también es el accionar de funcionarios y/o empleados públicos que valiéndose de su posición jerárquica o de circunstancias vinculadas con su función incurran en conductas que atenten contra la dignidad, integridad física, sexual, psicológica y/o social del trabajador, manifestando un abuso de poder llevado a cabo mediante amenaza, intimidación, amedrentamiento, inequidad salarial, acoso, maltrato físico, psicológico y/o social. Como también reivindica el derecho del trabajador de la salud a ser respetado como persona y no legitimar la violencia.

Se debe desarrollar una cultura del trabajo basado en el aspecto humano, con centro en la seguridad y en la dignidad, en la no discriminación, en la tolerancia, en la igualdad de oportunidades, en la equidad, en la cooperación.

La organización debe conocer la existencia de violencia hacia el personal de salud y debe estar comprometida a combatir la violencia en el lugar de trabajo. Además se debe fomentar que los problemas se compartan y se solucionen en grupo (20).

En Chile: (21) Los diputados Felipe Letelier y Marcela Hernando, acompañados de dirigentes de la Asociación de Profesionales de la Salud y funcionarios víctimas de violencia y amenazas de muerte, ejercidas por pacientes, sus familiares o acompañantes mientras ejercían sus funciones, presentaron un proyecto de ley para especificar e incrementar las sanciones a quienes agreden verbal y físicamente al personal de salud.

La iniciativa agrega un inciso final al artículo 35 de la ley 20584 sobre Derechos y Deberes de los Pacientes estableciendo que “si el integrante del equipo

de salud sufre una agresión física o verbal por parte de quien recibe o solicita atención de salud, sus familiares o cualquier otro u otros que le acompañen, y que producto de ello resulte inhabilitado total o parcialmente para ejercer sus funciones, se le aplicará al agresor las sanciones establecidas en el artículo 397 del Código Penal, aumentadas en un grado”.

“Este proyecto nace debido a que en la actual ley 20584 no se especifica a ciencia cierta una sanción real a quienes agraden al personal, ya que sólo se limita a señalar que el encargado del centro (en el cual ocurra la agresión) podrá recurrir al auxilio de la fuerza pública para impedir el acceso al infractor, sin perjuicio de las demás sanciones penales y civiles que correspondan”, explicó el diputado Letelier.

La idea de esta iniciativa no es sobrepasar los derechos de otras personas, en este caso la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes que se está modificando con esta iniciativa, sino más bien, lo que se está solicitando son sanciones más duras y estrictas a quienes agredan a funcionarios de la salud, de manera de impedir o prevenir este tipo de agresiones.

Esta ambigüedad en el castigo, aclaran los parlamentarios, genera indefensión al personal de salud, lo cual buscan remediar estableciendo sanciones claras y concretas a los infractores, con penas efectivas que impongan coercitivamente un deber de conducta entre los pacientes, sus familiares y otros presentes. Las penas de acuerdo a esta nueva iniciativa de ley irían desde los 541 días de presidio menor en grado medio, hasta 10 años de presidio mayor en grado medio.

En Perú: El Ejecutivo publicó en agosto en el Diario El Peruano el reglamento de la Ley 29414 que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, que comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud, así como al acceso a la información y al consentimiento informado.

Asimismo se encarga a la Superintendencia Nacional de Salud (22) actualmente SUSALUD, velar por la aplicación del presente Reglamento; y se elabora la lista de derechos de las personas usuarias contenidos en la Ley N°

26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias y conexas, junto con los mecanismos para su divulgación en las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, privadas y mixtas. Destacándose que en la Ley general de Salud no se encuentra ningún artículo que de forma exprese mencione el respeto que debe tenerse hacia el personal de salud ni a la infraestructura de los establecimientos de salud (23).

En cambio revisando los documentos se encontró que el único artículo que podría usarse para la defensa de los profesionales de salud en Perú se encuentra en la Constitución política del 1993 en el artículo 7: “Todos tienen derecho a la protección de su salud, del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa” (24). Notándose que existe un vacío legal importante sobre este tema de gran importancia ya que en un artículo español dedicado a las agresiones y violencia contra los médicos, se realiza un análisis de los posibles factores relacionados a violencia contra los médicos, que se relacionan a estos actos y entre los que más se relacionan con la realidad de nuestro país, podríamos citar el cambio de las modalidades de asistencia en la que el médico resulta la figura visible de una organización sanitaria en la que no ejerce el control y se expone a quejas y por ende las agresiones de situaciones vividas como injustas por parte de los pacientes (25).

Para prevenir los episodios de violencia, es necesario controlar algunos aspectos vinculados al entorno laboral que atañen a la forma de funcionamiento de los establecimientos de salud (26,27), debido a que las consecuencias son dramáticas a la salud del trabajador tales como efectos emocionales, físicos y psicológicos, además de las consecuencias que implican cambios en el desempeño laboral y la calidad de la atención prestada a los pacientes y los efectos que repercuten en la vida del médico fuera del trabajo tales como sensación de inseguridad permanente (28,29).

5. MOVIMIENTOS SOCIALES Y EMPODERAMIENTO DE LOS PACIENTES

El término empoderamiento se ha popularizado en el último tiempo. El concepto, sin embargo, viene de lejos: nació hacia la década de 1970 asociado al proceso de fortalecer los derechos y las capacidades de las personas o las comunidades vulnerables, haciéndoles ganar confianza y protagonismo. Según esa filosofía, los seres humanos (y los grupos de los cuales forman parte) deben tener acceso a los recursos y a las decisiones que afectan a sus vidas (30).

Hace unos años el concepto se empezó a aplicar en el sector de la salud. En ese caso, alude a la asunción de un rol activo del ciudadano respecto de la gestión de su propia salud. El sistema sanitario lo ha relegado tradicionalmente a un lugar más bien pasivo: el paciente se limitaba a ser cuidado, mientras que los profesionales sanitarios tomaban decisiones en exclusiva y se hacían responsables de los resultados. El empoderamiento del paciente implica un cambio de mentalidad y la erradicación de ciertas costumbres muy arraigadas en el sistema (30).

5.1. EL PODER DE LA INFORMACIÓN

Un paciente empoderado es un paciente con capacidad para decidir, satisfacer necesidades y resolver problemas, con pensamiento crítico y control sobre su vida. Y todo ello se consigue, en primer lugar, con el conocimiento. Si la información es poder, un paciente empoderado tiene que ser un paciente informado: ha de disponer de las nociones suficientes para entender la enfermedad y su tratamiento. Corresponde a los profesionales de la salud, pues, transferir los conocimientos y las habilidades para que el ciudadano sea capaz de escoger entre las opciones que tiene al alcance y actuar en consecuencia.

La colaboración del paciente permite personalizar los tratamientos, adaptarlos a las condiciones de vida de cada individuo y aumentar su seguridad. El profesional se tiene que asegurar de que el ciudadano entiende correctamente la información y que sabrá utilizarla de manera adecuada. El hecho de delegarle responsabilidad implica dejar que se haga cargo de él mismo con la máxima autonomía y confiar en que será capaz de advertir una incidencia, si se produce, y transmitirla a los

profesionales. Además, se ha demostrado que confiar en el enfermo tiene efectos positivos en su recuperación.

5.2. EL PACIENTE Y EL SISTEMA

Se trata de un modelo menos paternalista, basado en la participación del ciudadano tanto a la hora de tomar decisiones como en el autocuidado. Es, también, un modelo que contribuiría sin duda a aligerar el sistema, puesto que los trastornos crónicos son los que más recursos consumen y los que, por naturaleza, dependen en gran parte del cuidado que tengan los enfermos de sí mismos: elecciones respecto a los hábitos de vida —el ejercicio, la alimentación o la correcta toma de medicamentos— pueden influir directamente en la evolución de la patología. De hecho, el grado de implicación del paciente suele ser determinante en el balance global del tratamiento.

Unos usuarios más informados y más responsables mejorarían el sistema. Pero, ¿cómo se puede pasar de la teoría a la práctica asistencial? Seguramente tiene que empezarse por medir el valor real añadido que el empoderamiento del paciente puede aportar y, a partir de ese punto, promover un cambio de mentalidad entre la ciudadanía y los profesionales del sector. En todo caso, lo que se hace evidente es que hay que incorporar el paciente como agente activo en el sistema sanitario y procurar que esté dispuesto a cooperar y corresponsabilizarse de su salud.

Actualmente en Perú se toma conciencia de los derechos de los pacientes, por ello aparecen más organizaciones o empresas de auditoría médica, y se instauran mecanismos que canalizan denuncias sobre presuntas vulneraciones de derechos de los pacientes en instituciones como: INDECOPI, Defensoría del Pueblo, ESSALUD (Defensor del asegurado), MINSA (Defensor del paciente), Sanidad de la Policía, Juzgados Civiles y Penales. Pero en lo que respecta la defensa del trabajador de salud que ve vulnerado sus derechos, no hay un procedimiento claro de la forma que debe de proceder.

6. LA CULTURA DE LOS DERECHOS SOCIALES ACTUAL (31)

El Estado como agente en la sociedad y en la economía, siempre ha tenido presente a la salud dentro de sus objetivos más importantes; y el entendimiento de la salud, como un bien, ha definido distintas actuaciones de los actores en la sociedad. En Europa como en nuestros países, el desarrollo de la salud es resultado también de la pugna política y de la formación económica de los países; así en los inicios del desarrollo capitalista, los dueños de los medios de producción se atendían de modo privado, mientras que los obreros y los campesinos eran atendidos mediante la caridad pública.

En el proceso de efervescencia política y desarrollo de las ideas socialistas, en Alemania, fue Bismark, Canciller del Gobierno Alemán en 1883, que ante el pedido de servicios de salud de los obreros de las fábricas alemanas, planteó la solución de integrar y generalizar los seguros empresariales a través de un seguro social obligatorio, como salida al riesgo a la enfermedad, y al crearse el fondo de financiamiento, el Estado asumió primero el papel de intermediador y luego, progresivamente, la administración de los recursos, colocando de este modo una de las primeras piedras para entender el rol del Estado respecto de la salud.

Con el desarrollo de las sociedades y el desarrollo de nuevos valores y la idea de que la salud era un bien público, se plantea la necesidad de tener una salud pública, en el sentido de que sea el colectivo en quien deba pensarse y el Estado debía actuar y realizar sus mejores esfuerzos para velar y desarrollar la salud de la población.

Así, la salud se va convirtiendo en un bien y la mejor forma de proteger el consumo de un bien es hacer que no dependa de la capacidad adquisitiva individual; por tanto, hemos de financiarlo públicamente mediante impuestos y cotizaciones obligatorias. A partir de la Segunda Guerra Mundial, los servicios sanitarios han sido bienes tutelares en muchos países, desde el momento en que se incorporaron a las constituciones una serie de derechos sociales y se asignaron los medios para hacerlos efectivos"

En América Latina, este rol del Estado para con la salud, a la par del proceso de industrialización por sustitución de importaciones, se fue engarzando con la idea de un Estado protector y beneficiario respecto de la salud de la población; ello en un marco de desarrollo de derechos sociales de las personas (la población iba tomando conciencia de sus derechos y entre ellos el derecho por la salud) que desde lo social y lo humano convertían la salud en un derecho universal y un deber del Estado; entonces, la intervención del Estado vía la provisión como eje principal de su actuación y en ella, el financiamiento y la regulación.

En los últimos años ha variado mucho este entendimiento de la relación Estado y salud, las razones están dadas en el proceso de la actuación y limitaciones del Estado en la salud de la población de nuestros países, luego en la existencia de un nuevo rol del Estado frente a la salud y tercero, en el aporte de la economía de la salud respecto de la relación Estado - Mercado - Salud.

Respecto de la actuación del Estado como principal interventor de la provisión de servicios de salud, ello derivado de una serie de dificultades que serían: la gran dimensión de la crisis económica de los ochenta y que muchos países atravesaron hasta inicios de los noventa, la propia naturaleza de la crisis estructural del Estado, involucrada con aspectos económicos, fiscales, del gasto público, de la magnitud de las prestaciones, la dificultad de trabajar con los aspectos de control de calidad y costos de los servicios de salud del prestador por parte del Estado.

El concepto del nuevo rol del Estado en salud, no sólo ha dependido del campo de la salud, sino que tiene una fuerte relación entre el nuevo rol que la política liberal imperante en nuestros tiempos ha dado al Estado, ya no se trata de un Estado protector o beneficiario; según el concepto liberal, el Estado debe reducir su intervención en la economía y, por tanto, priorizar y actuar para que el sector privado lidere el proceso de "modernización" y producción, que los mercados funcionen con menos trabas posibles, que se genere la competencia y el libre intercambio de bienes y servicios, lo cual reduciría los costos de transacción, mejoraría las capacidades productivas del país, dejando que se desarrollen los sectores más competitivos y logrando que los beneficios alcanzados "chorreen" hacia otros sectores, generando oportunidades para la integración de la producción;

de este modo mejorarán las capacidades productivas y competitivas y como consecuencia de ello el desarrollo y el bienestar de la población.

En salud, este concepto en nuestro país fue lentamente aceptado por los hacedores de política del gobierno, y no sólo eso, dadas las características del concepto de la propuesta económica, al hacer funcionar los mercados (vía política económica) permitiría dejar de lado los sectores productivos en general, pues el sólo accionar de los instrumentos de la política económica traduciría el desarrollo, es decir la política macro central bastaba y era suficiente para que se reactiven todos los mercados y se logre el bienestar.

En este nuevo concepto sobre el rol del Estado, está presente su accionar de ser promotor y propulsor del libre cambio, de la propiedad privada como "motor" de desarrollo y asumiendo el Estado nuevas responsabilidades.

En salud, en nuestro país, recién en 1996 se asume formalmente estos conceptos y producto de ello es la denominada "reforma en salud". No olvidemos que el proceso de reforma del Estado se inició en 1991 donde se liberalizó mercados y se inició el proceso de privatización de las principales empresas del Estado.

Por otra parte, y respecto a la relación Estado - mercado - salud, desde la economía de la salud, el nuevo rol del Estado está sustentado por la existencia de fallas en el mercado de los servicios de salud. Ya es común manifestar que los mercados en salud, y en otros, son resultado de la existencia de demanda y oferta de servicios, que la interacción en muchos casos de los agentes se ven facilitados por la existencia del Estado, que interpretando a la salud como un bien común ha logrado modificar el acceso a los servicios de salud, participando en la provisión, financiamiento y regulación, así se constata la existencia de la oferta pública de servicios de salud, financiamiento de estos, vía el impuesto o la cotización obligatoria, y regulando el proceso, de modo que se den mecanismos que permitan diversificar el riesgo de la enfermedad.

La intervención del Estado en salud, se presenta entonces ante las fallas en el mercado, pues ante la existencia de asimetría de la información, entre consumidor y proveedor de servicios de salud, la incertidumbre respecto de los tratamientos

seguidos ante una determinada enfermedad, incertidumbre respecto de la incidencia de la enfermedad y la presencia de bienes públicos y las externalidades; el Estado actúa de modo que se atenúen estas fallas en el mercado, haciendo que la relación consumidor y proveedor plantee una relación de agencia completa. En los tratamientos la regulación de la entrada de profesionales en la atención y sobre las condiciones de atención; la diversificación de los riesgos vía la presencia de seguros privados y seguros sociales; y ante los bienes públicos y las externalidades; el Estado actúa respondiendo a este fallo, mediante la provisión pública, los subsidios y la asistencia benéfica. Es evidente, también, que ante la intervención del Estado se generen efectos secundarios de modo que se beneficie a ciertos sectores profesionales que luego ejercen el monopolio y la discriminación de precios, selección adversa, riesgo moral, ineficiencia y altos costos de transacción. Lo cual, a su vez, va definiendo la necesidad de una nueva intervención del Estado que permita atenuar estos efectos secundarios. En este proceso y más aún en los últimos años ante la contundencia del análisis económico de la situación de salud, del rol de los agentes y, sobre todo, de relacionar el gasto con los resultados de salud en la población, surge la necesidad de reformar la salud en los diversos países del mundo, desde el punto de vista mercantil. El entender que los recursos son escasos, que hay una necesidad de mejorar la salud de las personas, de lograr mayores niveles de acceso y el garantizar una adecuada atención en términos de calidad, inducen al proceso de reforma, que tampoco está desligado de la realidad en la que se encontraban las condiciones de salud, así tenemos las razones aducidas más comunes para el inicio de reformas en salud: la persistencia de inequidades en las condiciones de salud y acceso a los servicios, los retos derivados de los cambios demográficos, epidemiológicos y tecnológicos; las ineficiencias, tanto en la asignación de recursos, como en la gestión de los servicios y las dificultades derivadas del sostenimiento de los servicios públicos de salud.

Así, el Estado "benefactor", prestador de servicios de salud, regulador y financiador de América Latina de los setenta y ochenta, enfrenta además problemas derivados del crecimiento del gasto público, de la gratuidad de la prestación de los servicios, de evolución de la tecnología sanitaria (costos crecientes), de la eficiencia y su relación con la satisfacción de la necesidad y satisfacción de la demanda.

Entonces, según sea la característica de cada país, sistema de salud, estado de salud de la población, perfil epidemiológico, nivel de gasto y recursos con los que cuenta, se plantean procesos de reforma en salud, asignándole al Estado nuevos instrumentos e incentivos que permitan mejorar la situación de salud con los recursos limitados con que se cuenta. En general, cada país asume sus prioridades y estrategias para el desarrollo de la salud en el marco de un proceso de reforma, pero son comunes en todos los principios y objetivos de acción. Así tenemos la igualdad, solidaridad, democracia y escasez como principios; y como objetivos, la equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social.

CAPÍTULO II

MÉTODOS

1.- ÁMBITO DE ESTUDIO

Este trabajo se llevó a cabo en las Microredes de Alto Selva Alegre, Edificadores Misti y Mariano Melgar, ubicados en la ciudad de Arequipa, ya que se considera que tienen semejanzas sociales en cuanto a la población que habita esas zonas y la similitud de los servicios y del personal que labora en esos establecimientos.

La Microred de Alto Selva Alegre, ubicada en el distrito del mismo nombre, siendo la única microred del distrito consta de 6 establecimientos y una población de 83314, teniendo un total de 165 trabajadores. Todos sus establecimientos trabajan doce horas de lunes a sábado no incluye domingos ni feriados, presta los servicios de emergencia, tóxico, farmacia, medicina, enfermería, obstetricia, nutrición psicología, odontología y saneamiento ambiental (32).

La Microred de Edificadores Misti con 5 establecimientos y 49910 habitantes con 153 trabajadores, estando en el distrito de Miraflores siendo también la única en esta jurisdicción. La cabecera de Microred (establecimiento I-4) trabaja 24 horas todos los días de la semana, mas no los otros 4 establecimientos: Porvenir, Miraflores, Tomasa Tito y Mateo Pumacahua (establecimientos I-3) que no abren domingos ni feriados, ofrecen: emergencia, tóxico, farmacia, medicina, enfermería, obstetricia, nutrición psicología, odontología, saneamiento ambiental, atención de partos, observación, estos dos últimos solo en Edificadores Misti (32).

La Microred de Mariano Melgar con 2 establecimientos y 35 000 habitantes aproximadamente con 80 trabajadores, ubicada en la parte baja del distrito del mismo nombre, la cabecera de Microred trabaja 24 horas (establecimiento I-4) y el Puesto de Salud Atalaya (I-3) solo 12 horas de lunes a sábado sin incluir domingos y feriados, teniendo como carteras de servicios los siguientes: observación, tóxico, farmacia, medicina, enfermería, obstetricia, nutrición psicología, odontología, saneamiento ambiental, emergencia y atención de partos sólo en Centro de Salud Mariano Melgar (32).

Las tres Microredes pertenecen a la Red Arequipa Caylloma, de la Región de Salud Arequipa, por lo que están bajo la normatividad que da el Ministerio de Salud, siendo el Modelo de Atención el de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad el que actualmente se encuentra vigente. Cabe destacar que actualmente estamos bajo la normativa de la Ley General de Salud (Ley Nro 26482), promulgada el 9 de julio del 1997 modificada con Ley N° 27604 respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos.

Un aproximado de 70% de los trabajadores son nombrados, teniendo el resto contratos temporales tipo Contrato Administrativo de Servicios (CAS), contrato tipo comunidad local de administración de salud (CLAS) y contrato por servicios no personales.

Las tres Microredes tienen como destino de referencia de pacientes con patologías complejas, al Hospital Goyeneche y al Hospital Honorio Delgado ubicados en el cercado de la ciudad, con un tiempo de llegada de máximo 25 minutos desde el establecimiento más lejano.

2.- POBLACIÓN DE ESTUDIO

La unidad de estudio fueron los trabajadores de salud del primer nivel de atención de las Microredes de Alto Selva Alegre, Edificadores Misti y Mariano Melgar que estuvieron laborando en el periodo de la realización del trabajo de investigación y que cumplían los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

Trabajar más de un año en el establecimiento.

Profesionales, técnicos y administrativos.

Criterios de exclusión:

Personal que esté realizando el SERUMS

Personal stage

Personal practicante – interno

Personal que se encuentre de vacaciones o de licencias

En este trabajo se tomó a toda la población que labora en los diferentes establecimientos y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, quienes en total fueron 258 personas entrevistadas. De las cuales 197 (76%) fueron mujeres y el resto 61 personas (24%) fueron varones.

3.- TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

A.- TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según Douglas Altman es un estudio observacional, prospectivo y transversal.

B.- TÉCNICAS

Para la recolección de datos

La técnica que se utilizó fue la entrevista y se usó una Guía de Entrevista para el registro de los datos obtenidos, la cual fue elaborada con base a la operacionalización de variables. La entrevista fue pertinente por su cualidad de ser interactiva y flexible en su desarrollo.

Para la elaboración y análisis de resultados

Se realizó una clasificación y tabulación de la información de las entrevistas agrupando los datos por categorías de análisis de acuerdo al contenido de los relatos de las experiencias y de las percepciones.

C.- INSTRUMENTOS

Se redactó una guía de entrevista tomando en cuenta las variables de estudio y su respectiva operacionalización, la cual ha asumido los aportes del marco teórico, otras investigaciones y las sugerencias de profesionales con experiencia en este campo. Para la validación de contenido de este instrumento, se obtuvo la opinión de dos sociólogos y un salubrista, con experiencia en la investigación de la violencia. Para calibrar la comprensión de las preguntas se realizó una prueba piloto en profesionales de un establecimiento de similares características, de otra Microred de Salud (Anexo 1).

D.- PROCEDIMIENTOS

Se solicitó el permiso necesario a los Gerentes de las respectivas Microredes, quienes contestaron de forma escrita dando el permiso para ejecutar la investigación como consta en la parte de anexos. Luego se identificó a la población de estudio en los diferentes establecimientos, donde también se dialogó con los jefes, quienes facilitaron los horarios y turnos del personal. La aplicación de las entrevistas se realizó en el horario oportuno en el mismo lugar de trabajo sin interrumpir sus labores. Previamente se les explicó los fines de estudio y del carácter anónimo de la información recibida (Anexo 1). La información obtenida se registró manualmente y luego fue transcrita.

La técnica de investigación cualitativa fue la entrevista a profundidad, buscando descifrar la perspectiva del entrevistado a través de su relato, buscando sus concepciones y emociones.

Realizadas las entrevistas, se revisó detenidamente cada una de las entrevistas, se identificó primeramente las expresiones textuales, para luego agruparlas por semejanza y después elegir un término o categoría que lo represente, poniendo en cada una las frecuencias, precisando que en algunas percepciones se tomó dos o más expresiones de cada unidad de estudio.

Finalmente se extrajo las experiencias de profesionales SERUM, que se consideró importante de mostrar en el anexo 2, ya que fue una población que no se tomó en cuenta para este trabajo pero que igualmente tuvieron experiencias de violencia de parte de pacientes que fueron preocupantes.

E.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la ejecución del trabajo de investigación se requirió que las unidades de estudio acepten voluntariamente ser partícipes de la misma, con este fin, previamente se solicitó su consentimiento informado verbal, luego de leerles la introducción contenida en la guía de entrevista (Anexo 1).

CAPÍTULO III
RESULTADOS

A. CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA AL PERSONAL DE SALUD

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION SEGÚN VIOLENCIA Y SEXO

Violencia	Masculino		Femenino		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	40	65.57	149	75.63	189	73.26
No	21	34.43	48	24.37	69	26.74
Total	61	100.00	197	100.00	258	100.00

TABLA 2
FRECUENCIA DE VIDA DE VIOLENCIA LABORAL

Frecuencia	Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%
Diario.	0	0.00	6	3.04
Al menos una vez a la semana.	4	6.57	8	4.06
Al menos una vez al mes.	2	3.26	13	6.60
Al menos una vez al año.	12	19.67	37	18.79
Al menos una vez en tres años.	4	6.57	35	17.76
Al menos una vez en cinco años.	10	16.39	14	7.11
Al menos una vez en diez años.	3	4.92	22	11.17
Al menos una vez en veinte años.	4	6.57	13	6.60
Al menos una vez en treinta años.	1	1.63	1	0.50
Nunca.	21	34.42	48	24.37
Total	61	100.00	197	100.00

TABLA 3
EXPRESIONES DE VIOLENCIA

EXPRESIONES	Nº	%
PSICOLÓGICA: agresión verbal, gritos, levantan la voz, prepotentes, paciente quiere que se haga su voluntad, me hacen sentir mal, dicen palabras hirientes, miedo, desesperación, insultos, lisuras, mentar la madre, no me dejan trabajar, interrumpen la consulta, entran al consultorio, tocan la puerta, paciente se altera, pone mala cara, perturban, quebrantan mi tranquilidad, las ganas de trabajar, te bajan la moral, calumnias, dicen mentiras, vulneran mi dignidad, se burlan, minimizan mi trabajo y desempeño profesional.	216	77.98
ACTITUD DE AGRESIÓN FÍSICA: intención de agresión física, intentó golpearme, me cerraron la puerta en la cara, tiraron los papeles.	42	15.16
AGRESIÓN FÍSICA: golpes, me empujaron.	12	4.33
DAÑO MATERIAL: del centro de salud.	4	1.44
Piropos.	3	1.08
Total*	277	100.00

* Se registró hasta dos conceptos por entrevistado.

TABLA 4
FRECUENCIA DE VIOLENCIA EL ÚLTIMO AÑO

Frecuencia	Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%
Diario.	0	0.00	2	0.99
Al menos una vez a la semana.	4	7.01	4	1.99
Al menos una vez al mes.	4	7.01	13	6.48
Al menos una vez al año.	9	15.79	49	24.38
Al menos una vez en tres meses.	4	7.01	22	10.95
Al menos una vez en seis meses.	7	12.29	38	18.90
Ninguna.	29	50.89	73	36.31
Total	57	100.00	201	100.00

TABLA 5
FORMA DE ÚLTIMO EPISODIO

Forma	Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%
AGRESIÓN MORAL: pone en duda capacidad profesional, en Perú los médicos no saben nada, hace gestos, se burla, tuerce los ojos, miente sobre la atención recibida, dice yo pago por la atención, nosotros los mantenemos, por mi tú estás trabajando, yo tengo SIS y no tengo que pagar, que le recete lo que él quiere, desacuerdo con Dx, mi caso es una emergencia, denme la referencia, me está discriminando, hacen lo que quieren, eres muy lenta, dan mala atención, solo sirves para esto (limpieza), burra, inútil, incapaz, son unos vagos, cochinos, insensibles, estás vieja, por qué contratan personas de edad, usted quién es, dedícate a hacer otra cosa, es mujer y seguro no sabe hacer eso.	77	64.71	121	72.89
RESISTENCIA: a ser atendido en el establecimiento, a cumplir indicaciones y las normas, a respetar el orden de atención, a responder preguntas de rutina, salir del consultorio.	6	5.04	16	9.64
AMENAZAS: denunciar, quejarse con Defensoría del Pueblo o superiores, cuando salga de la posta cuídese la voy a matar, mira yo mato, yo te conozco, maldice, ojalá nunca le pase a su hijo, se quitó el polo y enseñó sus tatuajes, sacó una navaja.	13	10.92	8	4.82
AGRESIÓN AL MATERIAL: golpea la ventanilla, mesa, pateo la puerta exigiendo atención inmediata, tira los papeles, gasas, sondas, la receta médica en la cara.	8	6.72	11	6.63
ACTITUD DE AGRESIÓN FÍSICA: intención de pegar, quiso jalarme el cabello	11	9.24	7	4.22
AGRESIÓN FÍSICA: Empuja, golpea, me araña, me escupe.	4	3.36	3	1.81
Total*	119	100.00	166	100.00

* Se registró hasta tres formas por entrevistado.

TABLA 6

PERCEPCIÓN DE MOTIVACIONES APARENTES DEL ÚLTIMO EPISODIO

Motivaciones	Nº	%
DEMORA: impaciencia por la demora en la atención o por entrega de resultados.	75	27.37
NO ATENCIÓN: que no se le quiere atender (discriminación), llega fuera de horario de atención, ya no hay citas, por no traer documentos, falsificar documentos, venir con SIS de otra persona.	40	14.60
VENTAJAS: no quiere respetar el orden de atención para la consulta, cree tener privilegios, es gente adinerada, pertenecer al partido PPK, toda atención debe de ser gratis por tener SIS, no acepta prioridad de atención (TBC, emergencias).	52	18.98
CALIDAD DE ATENCIÓN: piensa que la atención es pésima, hacen doler, gritan las enfermeras, hacen llorar a mi hijo, paciente extranjero desvaloriza a médicos del Perú, disconformidad con el diagnostico, padre se entera que su hija está embarazada, cree tener la razón, desconfianza de la capacidad profesional, ¿Ella sabrá, podrá? ¿Qué va saber; efectos adversos o falta de medicamentos con, cree innecesarios exámenes auxiliares, les quieren hacer gastar por gusto.	66	24.09
DESINFORMACIÓN: malentendidos, confusión en la fecha de cita, se equivocó de doctor, preocupación exagerada por salud de familiar, el personal da malas ideas al paciente, incomodidad por pedir quitarse los zapatos, pedir información, visita a su domicilio.	23	8.39
ALTERACIÓN MENTAL: ebriedad alcohólica, condición psiquiátrica, esquizofrénico.	13	4.74
CONDICIONES MATERIALES: por malas condiciones del establecimiento, falta de limpieza en las camillas.	5	1.82
Total*	274	100.00

* Se registró hasta dos motivaciones por entrevistado.

TABLA 7
REACCIÓN ANTE EL ÚLTIMO EPISODIO

Reacciones	Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%
CONCILIADORA: Trata de explicar, Trata de calmar al paciente (le dice que baje la voz, que no se comporte así), Trata de calmarse a sí mismo, mantiene la calma, Se disculpa con paciente.	31	59.62	127	55.95
IGNORAR: se calla, ignora, no responde, solo escucha, sigue haciendo su trabajo; se retira del lugar, cierra la puerta, para no escuchar indica al agresor que se puede quejar si desea, deriva al paciente con otro personal de salud, le dice que se retire.	10	19.24	70	30.84
EXASPERARSE: Levanta la voz, grita, se altera, se amarga, se exaspera; advierte que llamará a una autoridad o quitará el SIS, graba al paciente.	3	5.76	14	6.17
SUMISIÓN: baja la cabeza (personal de limpieza), hace lo que exige el paciente (lo atiende primero), se queda en shock, sorpresa, susto.	3	5.76	7	3.08
PIDE AYUDA: Llama al encargado, otro compañero, o al jefe inmediato; Trae policías.	0	0	6	2.64
CORRIGE: Hace una llamada de atención al agresor, impone autoridad, le dice que no debe faltar el respeto, no dejo que me grite.	2	3.85	3	1.32
CONTIENE: Reduce al paciente, lo agarra, lo contiene para que no haga daño a otras personas.	2	3.85	0	0.00
AGREDE: Responde los golpes (golpea al paciente).	1	1.92	0	0.00
Total*	52	100	227	100

* Se registró hasta tres formas por entrevistado.

TABLA 8
RESOLUCIÓN DEL ÚLTIMO EPISODIO

Resolución	Nº	%
No hizo nada. *	152	80.43
Informó al jefe de servicio o guardia, informó en reunión de personal, escribió queja en libro de reclamaciones.	27	14.29
Llamó a la Policía o al Serenazgo.	7	3.70
Hizo queja en la SUNASA**, a los supervisores del SIS***.	2	1.05
Presentó descargo al Colegio Médico.	1	0.53
Total	189	100.00

* Varias personas refieren que hacer un informe es tedioso, porque el trámite es engorroso, el tiempo que se invierte no se justifica, porque al final no se consigue nada.

** SUNASA: Superintendencia Nacional de Salud.

*** SIS: Seguro Integral de Salud.

TABLA 9
FORMA DEL “MÁS GRAVE” EPISODIO DE VIOLENCIA

Forma	Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%
VERBAL: Grita, yo pago por la atención, nosotros los mantenemos, por mi tu estás trabajando, te vamos a botar, miente sobre la atención que le brindaron, acusa de matar a su hijo con una vacuna, exige de manera prepotente atención inmediata, que se le recete lo quiere, arma escándalo por falta de medicamentos.	34	31.70	40	42.55
PSICOLOGICO: Insulta, burra, inútil, incapaz, vagos, ociosos, cochinos, estás vieja, porque contratan personas de edad, quién eres, dedícate a hacer otra cosa, es mujer y seguro no sabe hacer ese tipo de curaciones, se burla porque estoy embarazada, se orinan en frente de nosotros, duda de la capacidad profesional.	18	16.80	21	22.34
AMENAZA CON AGREDIR: Intenta golpear con una silla, entra al consultorio a robar, entra a la fuerza, saca una navaja, en el consultorio se quitó el polo y enseña sus tatuajes, cuando salgas de la posta cuídate te voy a matar, yo mato, yo te conozco, dejaron espinas en el consultorio, amenaza con contagiar de VIH, madre pone a su bebe en el piso en forma amenazante.	24	24.30	5	5.31
AGRESIÓN AL MATERIAL: golpea la ventanilla, mesa, pateo la puerta exigiendo atención inmediata, tira los papeles, la receta médica, una toalla higiénica en la cara a personal, el tampón, las gasas, las sondas por todo el consultorio.	8	7.31	11	11.70
FISICO: Empuja, golpea, me fracturó un tobillo, me agarró, me pateo.	12	11.01	5	5.32
AMENAZA CON DENUNCIAR: Amenaza con denunciar, reportar, quejarse con Defensoría del Pueblo, jefe, filma con celular.	7	6.34	6	6.39
DENUNCIA: Se queja en Libro de Reclamaciones, Defensoría del Pueblo, SIS, policía.	4	3.54	6	6.39
Total*	107	100.00	94	100.00

* Se registró hasta dos formas por entrevistado.

B. PERCEPCIONES DE LAS CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA AL PERSONAL DE SALUD

Refiere consecuencia: 140 (74.07 %)

No refiere consecuencias: 49 (25.93 %)

TABLA 10
PERCEPCIÓN DE CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA

Consecuencias	Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%
DESÁNIMO: Me afecta emocionalmente, dicen que soy viejita, que deje de trabajar, que soy insensible, que soy mala/o, me hacen sentir mal, baja mi autoestima, me quita las ganas de trabajar, hago mal mi trabajo.	9	18.00	50	27.47
FRUSTRACIÓN: Incomodidad, molestia, cólera en el trabajo, impotencia, frustración, sentimiento de injusticia, indignación, no valoran mi trabajo.	14	28.00	43	23.64
ANSIEDAD: Me he vuelto intranquilo, nervioso, inseguro de lo que hago, me malogran el día, me desconcentran, me hace pensar.	10	20.00	29	15.93
CAMBIO A ACTITUD POSITIVA: Me volví más calmado, alerta, fuerte, sutil.	2	4.00	14	7.69
EVITA EL ACERCAMIENTO: Ya no quiero intervenir en problemas familiares del paciente, no quiero tener un trato cercano.	1	2.00	6	3.29
MOLESTIAS FÍSICAS: Tengo dolor de cabeza, se estremece mi cuerpo.	0	0.00	5	2.75
Ninguna.	14	28.00	35	19.23
Total*	50	100.00	182	100

*Se consideró hasta dos consecuencias por entrevistado

C. CARACTERÍSTICAS DE LA VÍCTIMA DE LA VIOLENCIA AL PERSONAL DE SALUD

**TABLA 11
EDAD Y SEXO**

Edad (años)	Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%
< 30	2	5.00	15	10.06
30 – 59	26	65.00	119	79.88
≥ 60	12	30.00	15	10.06
Total	40	100.00	149	100.00

*Femenino 79% Masculino 21%

TABLA 12
OCUPACION DE VICTIMAS DE VIOLENCIA

Ocupación	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	% H
Técnico asistencial *	61	84.72	11	15.28	72	100.00
Enfermera	37	80.43	9	19.57	46	100.00
Médico	33	78.57	9	21.43	42	100.00
Obstetra	17	60.71	11	39.29	28	100.00
Odontólogo	16	69.56	7	31.44	23	100.00
Técnico administrativo	9	56.25	7	43.75	16	100.00
Otros profesionales **	7	50	7	50	14	100.00
Psicólogo	6	60	4	40	10	100.00
Limpieza, vigilante ***	3	100	0	0.00	3	100.00
Nutricionista	0	0.00	4	100	4	100.00
Total	189	73	69	27	258	100.00

* Téc.Enfermería:50, Téc.Farmacia:8 Téc.Laboratorio:8, Inspector Ambiental: 6

** Sociología: 1, Trabajo Social: 7, Bióloga: 4 Veterinario: 2

*** Limpieza: 2 Vigilante: 1

TABLA 13
OCUPACIÓN DE LAS VÍCTIMAS CON TIEMPO LABORAL

Ocupación	< 5 años		5 – 10 años		≥ 10 años	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médico	2	11.76	4	12.4	27	19.28
Odontólogo	2	11.76	3	9.37	11	7.86
Obstetra	1	5.88	2	6.25	14	10
Enfermera	5	29.41	8	25	24	17.14
Psicólogo	1	5.88	1	3.13	4	2.85
Otros profesionales *	0	0.00	1	3.13	6	4.29
Técnico asistencial **	5	29.41	11	34.37	45	32.15
Técnico administrativo	0	0.00	1	3.13	8	5.72
Limpieza, vigilante ***	1	5.88	1	3.13	1	0.71
Total	17	100.00	32	100.00	140	100.00

* Sociología: 1, Trabajo Social: 4, Bióloga: 2

** Téc.Enfermería:48, Téc.Farmacia:6, Téc.Laboratorio:6, Inspector Ambiental: 1

*** Limpieza: 2 Vigilante: 1

TABLA 14
CONDICIÓN LABORAL

Condición laboral	Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%
Nombrado	30	75.00	93	62.41
Contratado	10	25.00	56	37.58
Total	40	100.00	149	100.00

TABLA 15**LUGAR DONDE SUCEDIERON LOS HECHOS**

LUGAR	NRO	%
Consultorio	69	36.50
Admisión	39	20.64
Tópico	21	11.11
Pasillo, pasadizo	19	10.05
Triaje	13	6.88
Laboratorio	7	3.70
Farmacia	7	3.70
Oficina de seguro SIS	4	2.12
Emergencia	3	1.59
Fuera de la posta, calle	3	1.59
Estadística y logística	2	1.06
Secretaria	2	1.06
Total	189	100.00

D. CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR EN LA VIOLENCIA AL PERSONAL DE SALUD

Masculino: 98 (42.98%)

Femenino: 130 (57.02%)

TABLA 16
SEXO Y EDAD

Edad aparente (años)	Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%
Adolecente (10-19)	3	3.06	1	0.77
Joven (20-24)	9	9.18	5	3.85
Adulto (25-59)	75	76.54	124	95.38
Adulto mayor (+60)	11	11.22	0	0.00
Total*	98	100.00	130	100.00

* En algunos casos hubo más de un agresor, siendo en una ocasión 6 agresores.

- La menor edad de los agresores fue de un adolescente de 14 años y el de mayor edad fue de una mujer de 80 años aproximadamente.

TABLA 17
RELACIÓN AGRESOR CON EL PACIENTE

Relación	Nº	%
El mismo paciente	147	64.47
Familiar del paciente	61	26.75
Amigos	5	2.20
Sin relación*	15	6.58
Total**	228	100.00

* Personas en la cola de espera.

** En algunos casos hubo más de un agresor, siendo en una ocasión 6 agresores que estuvieron en la cola de espera de admisión que no tenían relación con el paciente.

TABLA 18
NÚMERO DE AGRESORES POR EPISODIO DE VIOLENCIA

Número	Nº	%
1	170	89.95
2	11	5.82
3 a más*	8	4.23
Total	189	100.00

* En los 8 casos de (3 a más agresores) hay un total de 36 agresores.

E. CONOCIMIENTOS SOBRE LEGISLACIÓN ASOCIADA A LA VIOLENCIA LABORAL DEL PERSONAL DE SALUD

Sí conoce: 60 (31.75%)

No conoce: 129 (68.25%)

**TABLA 19
CONOCIMIENTOS DE LEGISLACIÓN QUE LOS PROTEJA**

Conocimientos	Nº	%
No conoce.	129	68.25
No existe.	52	27.51
Ley SUSALUD. *,**	2	1.06
Ley de protección al Servidor Público. **	1	0.53
Ley 27444 del Servidor Público. ***	1	0.53
Ley General de Salud. ****	1	0.53
Reglamento "Estrategia del personal de salud". **	1	0.53
La Reserva del Trabajador Público. **	1	0.53
Resolución Ministerial.	1	0.53
Total	189	100.00

* SUSALUD: Superintendencia Nacional de Salud.

** No existe

*** Ley del Procedimiento Administrativo General (Ley N° 27444)

**** Ley 26842 Ley General de Salud

CAPÍTULO IV
DISCUSIÓN

El mundo laboral es un fenómeno complejo y cambiante, sobretodo el de Salud. Ya que los trabajadores se relacionan con personas enfermas, que tienen una sobrecarga de estrés incrementada por su situación, sumado esto a un ambiente laboral no adecuado; como son los establecimientos de salud estatales, con sus múltiples precariedades, recrean la fórmula idónea para ser ambientes donde aparezca la violencia.

En la tabla 1 del total de entrevistados, el 73,26% percibieron que fueron víctimas de violencia de parte del paciente o acompañantes siendo la predominancia de las mujeres en un 75.63% en comparación de los hombres que fueron 65.57%, donde se aprecia que dentro de las mujeres hay más violencia y en cuanto a la frecuencia de ocurrencia de un hecho de violencia durante la vida laboral de los trabajadores, vemos que un 65.57% de varones y un 75.63 % en mujeres, presentaron un hecho de violencia; siendo lo más frecuente una vez al año en ambos sexos (tabla 2). Habiendo una preponderancia de ocurrencia en las mujeres, lo que concuerda con el trabajo realizado en un hospital de Andalucía, España (17), también en Córdoba, Argentina (33), en un hospital público de Cuzco (34), Huaraz (11) y Tacna(34), que indican que en promedio encontraron de 76% a 77% correspondientemente (35). En estos mismos trabajos la gran mayoría concuerda que sigue siendo la discriminación al sexo femenino, las actitudes machistas lo que podría ser uno de las causales de esta diferencia.

En cuanto a la tabla 3, sobre las expresiones de violencia; un 77.98% indicó que sobretodo consideraban la agresión psicológica en forma de gritos y que levantan la voz, seguido por 15,16% da por una actitud de agresión física. Se debe de resaltar en esta tabla que la conceptualización de violencia es muy variable ya que depende básicamente del contexto histórico social en que se desarrolló o creció el personal de salud. Ya que encontramos que el sólo hecho de hacer piropos fue considerado como un acto de violencia (1.08%).

La violencia es algo que se ubica en nuestra conciencia (que aprehende y genera símbolos) y se manifiesta a través de lo que sentimos, pensamos y

verbalizamos, inmersa en un "mundo" conflictivo ante el cual da unas determinadas respuestas, que evaluamos como negativas en la medida en que tenemos unas normas culturales y unos valores que así lo aconsejan. Estos sentidos han sido permanentemente matizados y ampliados al haberse convertido en un objeto de interés de las Ciencias Sociales y Humanas y, particularmente, de la Investigación para la paz (36).

Respecto a la frecuencia en el último año (tabla 4), los varones indicaron que no sufrieron de violencia en un 50.89% y las damas en un 36,31%; pero de los que si indicaron haberla sufrido vemos que en ambos casos fue al menos una vez al año seguida en al menos una vez en seis meses.

En cuanto a la tabla 5 sobre la forma del último episodio, vemos que el personal de salud indica formas diversas de violencia, tanto personal varón como personal mujer indicaron que la agresión moral fue lo más frecuente seguido de resistencia a respetar normas del establecimiento. Impresiona que en el último episodio se haya dado amenazas contra la vida y la integridad del personal de salud, el que sacaran objetos punzo cortantes como navajas para amenazar. Lo cual nos indica que el respeto, que, en décadas anteriores, se tenía de los establecimientos de salud, ya no se da, pues la población está cada vez más desbordante de emociones fuertes, poco manejo de la ira, demostrando eso con sus comportamientos agresivos.

En la tabla 6 sobre las motivaciones aparentes del último episodio, el mismo personal indicó, según su percepción, que fueron: por la demora en la atención (27.37 %), seguido de que el paciente supone que no lo quieren atender por discriminación de pertenecer al SIS o por que viene fuera del horario de atención de consulta (14.60%).

Llamando la atención que los pacientes presenten como motivaciones de ser violentos acciones procedimentales que están dentro la atención integral de salud como es pedir análisis laboratoriales o imagenológicos, sacarse los zapatos o aligerar la ropa para el peso y talla, sacarse la chompa para la presión arterial, el realizar visitas domiciliarias, las cuales son una parte importante de la Atención

Primaria de Salud Renovada, que nuestro sistema cumple según las normas dictadas por la Organización Mundial de la Salud. Más aún, el no entender que en un establecimiento de salud donde generalmente acuden personas enfermas deba cumplirse al pie de la letra la atención preferencial, no sería esto una generalización inadecuada?; ya que la tan famosa atención preferencial se debería dar en oficinas donde se realizan trámites, pero en un centro de salud no debiera darse ésta, ya que los establecimientos de salud atienden según su gravedad y condición, lo que se llama Prioridad I, Prioridad II, Prioridad III, siendo esta una característica en Puestos I- 1 , I-2, I-3 donde solo hay un médico de turno que atiende consulta externa a demanda y también atiende emergencias.

En la tabla 7 se da a conocer la reacción del personal de salud ante este episodio sufrido, se ve la actitud conciliadora que predomina en ambos sexos, seguido de callarse o ignorar y solo escuchar. Estudios han indicado que ante una actitud violenta lo mejor que se puede hacer es tener una actitud serena no confrontacional, la cual conlleva generalmente a que el agresor termine rápidamente con esa actitud (37).

En la tabla 8 se indica las acción inmediata que se hizo ante el hecho violento, cabe resaltar que no se hizo nada en un 80.43%, seguido por el de realizar un informe al jefe de guardia (14.29%). La principales razones para no reportarlo suele ser que lo consideran inútil ya que no harían nada los jefes superiores, o por desconocimiento de a quien reportar (17,34,35). Por lo que urge tener una normativa o protocolo que indique los pasos a seguir para denunciar un acto que considere afecta la integridad y seguridad del trabajador.

Sobre el episodio más grave de violencia (Tabla 9) indican, en ambos sexos, que fue el hablar con gritos seguido de insultos, lo que nos denota la preponderancia de la violencia verbal lo cual se corrobora por lo estudiado en el Hospital de Andalucía y en Arequipa (17,35). Las dos últimas categorías (amenaza de denuncia o denuncia) en realidad son cosas que aparentemente no parecieran violencia pero se destaca que el trabajador lo percibe como violento, pero que realmente es la forma adecuada de responder ante la percepción de un problema.

En cuanto a las percepciones de las consecuencias de la violencia (tabla 10) el 74.07% de los entrevistados indica tener algún tipo de consecuencia siendo, en varones la frustración con un 28% y en la mujer el desánimo 27.47%, ambos hechos podrían ocasionar, lo que tanto se conoce como síndrome de Burnout, que trae el cansancio crónico, tener más errores, siendo este un círculo vicioso para generar siempre violencia de parte de los pacientes. Resalta en esta tabla que un pequeño porcentaje indicó más bien que se volvió más calmado, alerta, fuerte; siendo esta una actitud de resiliencia, característica no muy desarrollada en la mayoría de personas. Y que si debiera de ser un objetivo crucial en la formación de pregrado de los alumnos de profesiones de salud.

En el subtítulo C, sobre características de la víctima de la violencia al personal de salud, se observa que en la tabla 11, de un total de 189 personas que sufrieron la violencia, hay un predominio de 79 % de mujeres a comparación de varones (21%) siendo en ambos la predominancia en el rango de 30 a 59 años donde hubo mayor frecuencia., siendo datos parecidos a lo encontrado por Farias en Argentina (33), pero difiere con lo encontrado por Tuya-Figueroa en Lima (38), donde observó que los varones eran las víctimas, al respecto existen estudios contradictorios que dependerían del contexto cultural y religioso en donde se desarrollaron, además que el trabajo de investigación se desarrolló en hospitales donde incluyeron gran cantidad de personal de área quirúrgica donde predominantemente suele haber mayor porcentaje de varones (11) y este trabajo es en establecimientos de primer nivel donde generalmente hay mayor frecuencia de mujeres trabajadoras (11,39).

Por otra parte viendo la frecuencia de ser víctimas de violencia, tabla 12, se consideró que los técnicos asistenciales presentaron un 84.72%, las enfermeras 80.43% seguidas cercanamente con los médicos con un 78.57%, no se considera al personal de limpieza pues solo fueron 3 entrevistados, por lo dicho anteriormente nos sorprende que más de la mitad percibió ser víctima de violencia, siendo datos que llamen a la reflexión de poder idear e implementar programas o estrategias que se enfoquen en la prevención, denuncia, y disminución de esta realidad.

Vemos además que estos datos son parecidos en cuanto con lo encontrado por Gutiérrez, en cuanto a orden de frecuencia, pero no a los porcentajes ya que

observó que sufrieron de agresión, los de personal técnico asistencial 35%, enfermeras 28%, y médicos 22%. (40). Más bien en Andalucía encontraron que la enfermera presentaba 33%, seguido del técnico asistencial en 26% (17).

En cuanto a los profesionales que sufrieron de mayor actos de violencia, tabla 13, se evidenció que fue el técnico asistencial, teniendo casi el mismo porcentaje a través de los años laborados (29.41% - 32.15%), seguido de la enfermera donde al tener menos de 5 años presentó un 29.41%; más bien pasados los 10 años de trabajo decreció a 17.14%. En el primer caso esto se daría a que los técnicos por sus características laborales están casi siempre expuestos a los pacientes tanto en áreas de triaje, admisión, emergencia y farmacia, donde son el primer contacto con los usuarios externos y en el caso de las enfermeras podría ser que decrezcan sus porcentajes debido a que pueda haber un fenómeno de acostumbamiento y por eso las perciben con menor frecuencia (33).

Como tercer grupo ocupacional encontramos a los médicos que con los años laborados incrementan su percepción de violencia hasta en un 19.28% en los que tienen más de 10 años trabajados, lo cual es contradictorio con Tuya-Figueroa (38), quien en hospitales de Lima vio que a mayores años laborados disminuía el porcentaje de presencia de agresiones, en nuestro caso podría deberse a que las actividades realizadas en establecimientos del primer nivel difieren bastante con las actividades realizadas en hospitales, recordemos que en el primero los médicos realizan actividades preventivo promocionales (con las visitas de seguimiento familiar), administrativas, además de las actividades recuperativas, mientras que en los hospitales es netamente recuperativo por su nivel de complejidad, eso conllevaría a que médicos de centros y puestos de salud tengan un mayor contacto directo con los pobladores usuarios de los servicios sanitarios.

En la tabla 14 se especificó el tipo de contrato con sexo, observándose que en los nombrados hay mayor prevalencia de violencia en ambos sexos, siendo lo mismo que se encontró con Gutiérrez 63% y Mayorca (17,40), en cuanto a trabajos locales no se encontraron estudios que evaluaran el tipo de contrato. Lo encontrado podría deberse a que los nombrados siguen siendo el grupo más frecuente y otro motivo pueda ser que los contratados por el mismo hecho de tener un trabajo sin

estabilidad, por los tipos diferentes de contrato, tengan un umbral de tolerancia más alto para las agresiones ya que el reportar una denuncia o ser los que sean denunciados por los pacientes pueda provocar el término de su vínculo laboral.

En cuanto al lugar donde sucedió al acto violento, tabla 15, indica que el personal asistencial es el que percibió más violencia ya que se encontró que en el interior del consultorio hubo un 36.50% de frecuencia, y es donde enfermeras como médicos atienden en ellos, y como dijimos antes, estos dos grupos ocupacionales estaban dentro de los más agredidos, en segundo lugar donde se evidenció violencia, fue admisión con 20.64% donde generalmente están los técnicos asistenciales. Estos datos difieren con los encontrados en hospitales de Arequipa (35), Lima (38), Colombia (41), Argentina y España (17), donde fue más en emergencias y áreas críticas, esto se debería a que el presente trabajo se realizó en puestos y centros de salud del primer nivel de atención, de ahí su importancia, pues no existe algún trabajo en esta área a nivel local, ni nacional, pero si a nivel internacional pero con poca cantidad de unidades de estudio (33, 40).

En el subtítulo D, sobre las características del agresor, en la tabla 16, se consideró hasta 6 agresores en una oportunidad, se observó que el de menor edad en los agresores, tenía 14 años y el mayor fue de 80 años aproximadamente. Se vió además que generalmente los agresores fueron mujeres (57.02% de un total de 228 agresores). En ambos sexos se objetivó que la edad aparente más frecuente era el de Adulto (25-59 años), en otros estudios no se investigó sobre este punto, siendo de importancia según nuestro punto de vista. La razón por la que se pensó que los adultos predominaban, es que ellos son personas que tienen mayor acceso a la información sobre cuáles son sus derechos ya que como dijimos existe una campaña de parte del Estado Peruano de difundirlo, por otra parte es la población económicamente activa que tiene que cumplir horarios de trabajo por lo que quieren ser atendidos de forma rápida, sin colas y también la incomodidad puede surgir ya que estamos inmersos en una cultura del individualismo y la intolerancia que caracteriza a la mayoría de nuestra sociedad peruana.

En cuanto a la tabla 17, sobre quien era el agresor, observamos que en un 64.47% de casos fue sólo el mismo paciente quien actuó de forma violenta hacia el

personal de salud, parecido a lo de Gutiérrez (40) y contrario a Tuya- Figueroa (38), Farias (33), Agueda (35) quienes encontraron que el agresor era generalmente el familiar. Y mayoritariamente en los casos de violencia sólo era una persona el agresor con 89.95% (tabla 18), en otros estudios no se investigó la cantidad de agresores por hecho de violencia, por lo que se quiso conocer esta información en este estudio; encontrándose que existieron casos en que hubieron más de tres agresores siendo el máximo de seis. En este último caso fue porque hubo demora en la atención de sacar la historia clínica en admisión y poder generar la Ficha única de Atención que todo paciente del SIS debe tener antes de ir a la consulta médica, esto ocasionado por la lentitud del internet ya que siempre se debe de revisar con el Documento Nacional de Identidad, si el paciente es beneficiario de este seguro antes de darle su cita, lo que ocasiono el alboroto y groserías de parte de las personas que estaban en la cola que se acercaron a la ventanilla para quejarse de forma inapropiada insultando y menospreciando al técnico de enfermería.

Finalmente en el punto E, tabla 19, la cual muestra conocimientos sobre legislación asociada a la violencia laboral del personal de salud, de los 189 víctimas de violencia laboral indicaron que si conocían un 31.75%. De ellos el 27.51% indicó que no existía ninguna ley que los proteja o condene la violencia ejercida por pacientes hacia ellos, recalándose que un 1.06% indicó que había la Ley SUSALUD la cual no existe, ya que SUSALUD es una institución fiscalizadora de los establecimientos de Salud que depende directamente de la parte Ejecutiva del Ministerio de Salud, que mas bien defiende a los usuarios, es decir pacientes y ayuda en el empoderamiento de estos, siendo uno de los factores que ha colaborado con el aumento de violencia hacia los trabajadores, ya que tiene varios medios para facilitar quejas y denuncias por una supuesta mella de sus derechos, no haciendo hincapié en sus deberes.(22), por otra parte se indicó sobre la ley de protección al servidor público, Reglamento “estrategia del servidor público”, La Reserva del Trabajador público, las cuales no existen, y una persona que informo que existía resolución ministerial, que tampoco es correcto, dando a conocer estos resultados que los trabajadores tienen conocimientos incorrectos por no existir estos, mas bien una persona indicó que existía la ley del trabajador público, pero en realidad esta ley es la del proceso administrativo general (42), la cual norma como

debe ser el desempeño para las actividades administrativas en el sector estatal, no habiendo en ningún artículo, algo que mencione sobre la protección del trabajador estatal ante una agresión. Por último la ley General de Salud no indica en algún artículo de forma clara el respeto a la dignidad, integridad del trabajador de salud (23).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

- PRIMERA: El 65.57% de varones y el 75.63 % en mujeres, presentaron un hecho de violencia en el último año; siendo lo más frecuente una vez al año en ambos sexos, la agresión verbal fue la más frecuente, la más grave percibida por los pacientes también fue la verbal, la percepción de las motivaciones fueron mayoritariamente por demora de la atención, siendo la actitud inicial de los trabajadores de ser explicativa y no denunciar el hecho.
- SEGUNDA: Un 74.07% refiere consecuencias siendo el sentimiento desánimo y frustración lo más resaltantes.
- TERCERA: Las víctimas de violencia laboral suelen ser de género femenino, nombrados, en las edades de 30 a 59 años, indicando que fue el consultorio el lugar donde mayormente se dio el acto, siendo los técnicos asistenciales el grupo ocupacional mas vulnerado seguido por las enfermeras habiendo cierta disminución de la frecuencia a medida que tienen mayor experiencia laboral, más bien en los técnicos asistenciales se mantiene a través de los años de trabajo.
- CUARTA: Los agresores suelen ser los mismos pacientes en su mayoría adultos de 25 a 59 años a predominio de mujeres.
- QUINTA: Los trabajadores de salud en gran parte profesionales, mayoritariamente desconocen si existe alguna ley que los proteja, y de los pocos que creen conocer, indican leyes que no existen o leyes que existen pero que en realidad no contiene artículos que los proteja expresamente ante un hecho violento debido a que no existe normativa legal vigente en Perú que cubra esta realidad que se viene incrementado de forma alarmante.

RECOMENDACIONES

1. Realizar investigaciones para profundizar sobre aspectos relacionados con las posibles causas o condicionantes de la violencia laboral en el sector salud y sobre las razones que explicarían por qué determinados grupos de trabajadores la reconocen con mayor frecuencia.
2. El Ministerio de Salud debe fomentar la salud mental en los lugares de trabajo, ya que las personas económicamente activas pasan la mayor parte del día en ellos, no sólo cumpliendo la normativa de seguridad en el trabajo sino mejorar de forma activa el bienestar y calidad de vida laboral de sus trabajadores.
3. Los directivos de las Microredes debieran gestionar en los establecimientos de salud, programas de prevención de la violencia laboral contra los trabajadores de salud, poniendo a disposición un lugar oficial donde reportar actos de violencia.
4. Los colegios profesionales debieran proponer modificaciones legales que promuevan un incremento en la severidad de las penas en quienes ejerzan violencia en contra de los trabajadores de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. OIT/CIE/OMS/ISP. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2002.
2. Cooper C, Swanson N. Workplace violence in the health sector. State of the art. Geneva: Organización Internacional de Trabajo, Organización Mundial de la Salud, Consejo Internacional de Enfermeras Internacional de Servicios Públicos; 2002.
3. Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. Aggression and violence against health care workers in Germany-a cross sectional retrospective survey. BMC Health Serv Res [edición electrónica]. 2010; 10. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/51>. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10>.
4. Kling RN, Yassi AN, Smailes E, Lovato CY, Koehoorn M. Characterizing violence in health care in British Columbia. J Adv Nurs. 2009; 65(8):1655–63. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05020.x>.
5. Estryng-Behar M, Van del Heijden B, Camerino D, Fry C, Le Nezet O, Conway PM et al. Violence risks in nursing-results from the European “NEXT” Study. Occup Med (Chic Ill). 2008; 58(2):107-14. Disponible <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqm142>.
6. Roche M, Diers D, Duffield C, Catling-Paull C. Violence Toward Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes. J Nurs Scholars h. 2010; 42(1):13–22. Disponible <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01321.x>.
7. Caballero P, Yagui M, Espinoza M, Castilla T, Granados A, Velásquez A, et al. Prioridades regionales y nacionales de investigación en salud, Perú 2010-2014: un proceso con enfoque participativo y descentralista. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2010; 27(3):398-411.
8. Curisinche M, Yagui M, Castilla T, Cabezas C, Escalante G, Casas M, et al. Proceso de construcción de la agenda nacional de investigación sobre recursos

humanos en salud (RHUS) en el Perú, 2011 – 2014. Rev Perú Med Exp Salud Pública 2011;28(2):372-81.

9. Campero-Espinoza A, et al. Mobbing en el personal de salud: estudio piloto en un hospital de Cusco, Perú 2015. Acta Med Peru. 2016;33(2):161-2.
10. Koritsas S, Coles J, Boyle M, Stanley J. Prevalence and predictors of occupational violence and aggression towards GPs: a cross – sectional study. Br J Gen Pract. 2007;57(545):967-70.
11. Tuya-Figueroa X, Mezones-Holguín E. Violencia contra médicos: un problema por considerar en la investigación de recursos humanos en salud. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2012;29(1):164.
12. El tribuno. La violencia en los centros de salud: Una epidemia. 26 octubre 2015.
13. Chappell D, Di Martino V. Violence at work. Geneva: International labour office; 1998.
14. Organización Panamericana De La Salud Para La Organización Mundial De La Salud, (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud.. Disponible en: <http://www.redfeminista.org/documentosA/oms%20resumen.pdf>.
15. Comisión Ejecutiva Confederal De Ugt (2008). Violencia en el trabajo y sus manifestaciones. Madrid-España. Disponible en: http://extranet.ugt.org/saludlaboral/oprp/Documentos%20Noticias/Gu%C3%Ada%20Violencia_Trabajo.pdf.
16. Organización Mundial de la Salud. World report on violence and health. Geneve: OMS; 2002.
17. Mayorca I., Lucena S., Cortes M., Lucerna M. Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía, ¿Por qué hay agresiones no registradas?. Med Segur Trab (Internet) 2013;59(231)235-258.

18. Ancalli-Calizaya F, Cohaila G, Maquera-Afaray J. Agresiones contra el trabajador de salud en Tacna, Perú. Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2012;29(3):415-6.
19. Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. Violencia Laboral en los Profesionales de la Salud .Barcelo 2012.
20. Manual de prevención, intervención y seguimiento de violencia y agresiones hacia personal de salud por los pacientes y sus familias. Sociedad Argentina de Pediatría. 2013.
21. Aprueban ley para sancionar las agresiones hacia el personal sanitario. Diario de Antofagasta. 24 enero 2015.
22. Ley de protección de los usuarios de los servicios de salud. Disponible en :<http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/2015/ponencia/240915/9-2%20Presentacion%20Derechos%20y%20Deberes.pdf>.
23. Ley General de salud. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley%2026842-1997%20-%20Ley%20General%20de%20Salud%20Concordada.pdf>.
24. Constitución Política del Perú.1993.
25. Martínez León M. El riesgo emergente que constituyen las agresiones y violencia que sufren los médicos en el ejercicio de su profesión: el caso de España. Revista Bioética. 2010;18(2):263-74.
26. Lancetot N, Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. Aggression and Violent Behavior. 2014;19(5):492-501.
27. Herath P, Forrest L, McRae I, Parker R. Patient initiated aggression-prevalence and impact for general practice staff. Aust Fam Physician. 2011;40(6):415-8.

28. Jackson D, Wilkes L, Luck L. Cues that predict violence in the hospital setting: findings from an observational study. *Collegian*. 2014;21(1):65-70.
29. Chong VE, Smith R, Garcia A, Lee WS, Ashley L, Marks A, *et al.* Hospital-centered violence intervention programs: a cost-effectiveness analysis. *Am J Surg*. 2015;209(4):597-603.
30. Empoderamiento del paciente Revista de la Universitat de Barcelona sobre Salut I Benestar. Senescencia.. <http://www.ub.edu/senesciencia/noticia/empoderamiento-del-paciente/>.
31. Sanabria C. El estado y la salud en el Perú. Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Año V.Nro.15.
32. Ministerio de Salud Perú. Población estimada por edades simples y grupos de edad, según provincia y distrito- departamento de Arequipa año 2016. Disponible: http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/poblacion/poblacion_marcos.asp?04.
33. Farías A., Sánchez J., Petiti Y., Alderete A., Acevedo G. Reconocimiento de la violencia laboral en el sector salud. *Revista Cubana de Salud y Trabajo* 2012; 13(3):7-15. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol13_3_12/rst02312.html.
34. Campero-Espinoza A., Moncada-Arias A., Robles-Mendoza R, Marroquin-Santa Cruz J., Atamari-Anahui N. *Acta Med Perú*. 2016; 33(2):161-2. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172016000200015&script=sci_arttext.
35. Muñoz del Carpio-Toia a., Valdivia-Fernández B., Velásquez-Lazo c., Valdivia-Rodríguez M., Arroyo-Tovarg., Toia-Larsen M., Selis-Fernandez A. Violencia contra médicos en hospitales de Arequipa, Perú 2016. Disponible en : <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n2/a02v33n2.pdf>.

36. Jiménez-Bautista F., *Convergencia* vol.19 no.58 Toluca ene./abr. 2012. Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352012000100001.
37. Ministerio de Salud-Perú, curso auto formativos: comunicación efectivo Médico – Paciente. Modulo IV: intervenciones mayores y errores médicos. Disponible en: <http://pees.minsa.gob.pe/course/view.php?id=6§ion=4>.
38. Tuya-Figueroa X., Mezones-Holguin E., Monge E., Arones R., Mier M., Saravia M., Torres J., Mayta-Tristán P. Violencia laboral externa tipo amenaza contra médicos en servicios hospitalarios de Lima Metropolitana, Perú 2014. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2016; 33(4):670-9. Disponible: <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2550/2447>.
39. Ness G., House A., Ness A. Aggression and violent behaviour in general practice: population based survey in the north of England. *BMJ* VOLUME 320 27 MAY 2000 1447-1448. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27389/>.
40. Gutiérrez L., Hernández m., MolinaL. Agresiones externas al personal sanitario de un servicio público de salud (2008-2012). *Arch Prev Riesgos Labor* 2016; 19 (3): 166-174. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/aprl/v19n3/original2.pdf>.
41. Luna-García J., Urrego-Mendoza Z., Gutiérrez-Robayo M., Martínez-Durán A. Violencia en el trabajo del sector público de la salud: una visión desde las personas trabajadoras. Bogotá, Colombia. 2011-2012. *Rev. Fac. Med.* 2015 Vol. 63 No. 3: 407-17. Disponible: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.51027>.
42. Ley del Procedimiento Administrativo General. Disponible en: <http://www.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2013/09/Ley-de-Procedimiento-Administrativo-de-PersonalLey-27444.pdf>.

ANEXO 1

GUÍA DE ENTREVISTA

Estimado (a) señor (a), esta entrevista tiene como finalidad conocer las CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA LABORAL EN EL PROCESO DE ATENCIÓN, AL PERSONAL DE SALUD DE ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, AREQUIPA 2017.

Le pedimos por favor aceptar participar contestando las siguientes preguntas con sinceridad. Los responsables de esta investigación es la Dra. Claudia María del Carmen Taypichuana Juárez. Los datos sólo serán usados con fines de esta investigación y no registraremos su nombre o identificación. Gracias.

A. DATOS GENERALES

MICRORED:.....

EDAD:..... SEXO.....

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Secundaria () Superior Téc. () Superior Universitario ()

ESTADO CIVIL:

Soltero () Casado () Conviviente () Separado () Otra ()

OCUPACIÓN:

Tiempo de trabajo en la institución (MINSA):

Tiempo de trabajo en el establecimiento de salud:

Tiempo de trabajo en el servicio:

CONDICIÓN LABORAL:.....

B. EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES

¿Durante toda su experiencia en los servicios de salud, ha tenido alguna vez alguna situación que Ud. podría calificar como agresiva o violenta de parte de los usuarios de los servicios?

NO (Si contesta "NO" pasar a la última pregunta de conocimientos)

SI ¿Por qué considera que fueron de violencia hacia usted?.....

.....

¿En el último año (2016), ha tenido alguna situación de agresión o violencia hacia Ud.?

NO (Si contesta "NO", registrarlo así y pasar a indagar por el último episodio de violencia que recuerda)

SI ¿Qué ocurrió o cómo fue?.....

.....
.....

¿En qué lugar o área de trabajo se produjo el hecho de violencia?.....

.....

¿Cómo reacciono usted ante una actitud de violencia laboral?.....

.....

Agresor (es) (Edad aproximada, sexo, relación con el paciente).....

.....

Motivaciones aparentes o situaciones que generaron el episodio.....

.....

.....

Resolución y hechos consecuentes.....

.....

¿Considera Ud. que las experiencias de violencia hacia su persona que ha tenido, le han producido algunas consecuencias para su vida y/o su trabajo?

¿Conoce usted alguna ley o norma que lo proteja o a las cuales pueda recurrir frente a la violencia al personal de salud?

ANEXO 2

CASOS

BIÓLOGO

Refiere que en una ocasión una Sra. (45) fue a entregar una muestra de heces, llevó un recipiente inadecuado y al decirle a la Sra. Que el recipiente era inadecuado ella dijo: “Yo ya he pagado por este frasco, no pienso comprar otro” “me va a recibir o no”, el trato de explicarle y finalmente le recibió el frasco y ya no le dijo nada. Actualmente el trata de no hablar mucho con los pacientes porque considera que eso puede generar mas conflictos.

MÉDICO

Refiere que le gritaron y lo largaron porque quería anotar a un Sr (35 años aprox.) para una charla que se iba a realizar en el Centro de Salud, ante esto él se calma y sigue con sus actividades, lo más grave que le ha sucedido es que le digan “tarado” porque no podía ayudar de manera rápida cuando el recién se estaba adaptando.

ODONTÓLOGA

Durante la atención al público una paciente ingreso a su consultorio y le dijo: “¿hasta que hora voy a esperar?”, “¿me va a atender?”, la odontóloga reacción con calma.

ENFERMERA

Fue a hacer una prueba de TBC a domicilio y la botaron, no la dejaron entrar y el marido de la paciente le dijo “mandan a estúpidas a hacer idioteces”, ante esto la enfermera opto por retirarse, ella considera que este tipo de hechos bajan su autoestima, disminuyen sus ganas de ir a trabajar y velar por el paciente.

ODONTOLOGO

Una Sra. (72) vino a consultorio porque se le había roto un diente y luego venía a sus controles, en uno de sus controles la Sra. se empezó a quejar de dolor y lo acusaba de atenderla mal, entonces dijo: “Ud. tiene que pagar mis medicamentos, mis radiografías” “Ud. trabaja para el Estado, Ud. me tiene que comprar mis cremas”

y la Sra. estuvo durante 6 meses persiguiendo al odontólogo, acusándolo de haberla atendido mal, entraba al consultorio sin permiso y lo molestaba gritando dentro de consultorio, en su debido momento el odontólogo revisó a la Sra. y se hablo con el gerente sobre el caso; el odontólogo ya no tenía ganas de ir a trabajar, en ocasiones no comía por estar pensando en que la Sra. iría a molestarlo en cualquier momento, y fuera del Centro de Salud pensaba continuamente en ella.