Escuela de Salud Pública
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba

"Violencia ocupacional hacia los trabajadores de salud de la ciudad de Córdoba"

Farias María Alejandra

Tesis para optar por el título de Magíster en Salud Publica.
Escuela de salud Pública
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de Nacional de Córdoba

Director del Proyecto: Prof. Dr. Acevedo Gabriel E.
Escuela de Salud Pública.
Universidad Nacional de Córdoba

Córdoba. Año 2010

Tribunal de Tesis

Prof. Dr. Gabriel Esteban Acevedo

Mgter. Josefina López de Neira

Lic. Natividad Nassif

Agradecimientos

Al Dr. Gabriel Acevedo Director de Tesis y compañero por su asesoramiento, estímulo y guía para seguir creciendo.

A Julieta Sanchez por su acompañamiento incondicional en esta y futuras investigaciones.

Art. 23.- Ord. Rectoral 3/77 "La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor"

Índice

Índice 5
Resumen 7
Abstract 8
Introducción 10
Marco teórico 11
Formas de expresión de la violencia 14
Violencia en el ámbito laboral 17
La violencia en el sector salud: Magnitud del problema 23
Modelos para estudiar la violencia 26
Modelo ecológico 27
Modelo Interactivo de Chappell y Di Martino sobre violencia laboral. 31
Definiciones teóricas de las dimensiones de estudio. 38
Objetivos 39
Objetivo General 39
Objetivos específicos 39
Metodología del estudio 39
Tipo de estudio. 39
Universo y unidad de análisis 40
Muestra 40
Plan de análisis de los datos 41
Resultados 42
Descripción de la muestra 43
Presencia de situaciones de violencia 45
Tipos y manifestaciones de la violencia 47
Agentes agresores 50
Condiciones laborales y situaciones donde se perciben hechos de violencia 53

Formas de actuar de los trabajadores frente a la violencia que sufren..... 59

Representaciones sobre las consecuencias de la violencia en los trabajadores que la han padecido..... 61

Grupos de trabajadores vulnerables a sufrir actos de violencia 63

Conclusiones 65

Recomendaciones y sugerencias..... 71

Bibliografía 73

Referencias..... 80

Resumen

Estudio de tipo exploratorio, descriptivo, de corte transversal, cuyo objetivo general fue Caracterizar la problemática de la violencia a la que están expuestos los trabajadores de la salud de la ciudad de Córdoba.

La muestra estuvo conformada por un total de 321 trabajadores de la salud, que aceptaron voluntariamente participar de investigación. Los datos se obtuvieron a través de la aplicación de un instrumento titulado “Percepción de la violencia ocupacional en servicios de salud de Acevedo G E; Farias M A; Sánchez J M. (2008).

Algunos de los resultados relevantes obtenidos fueron los trabajadores de la salud encuestados manifiestan en un 62,9% que se presentan situaciones de violencia en la institución. Entre las conductas violentas se destaca los gritos como la forma de violencia que se presenta en la institución con mayor porcentaje de respuesta, 65,1%, y el 55,1% manifestó que los insultos son otra forma de violencia presente. Los agentes agresores externos reconocidos con mayor frecuencia por los trabajadores en un 50,7% son los familiares y/o acompañante de los pacientes. De los agresores internos los trabajadores con mayor jerarquía son reconocidos como los agentes que generan situaciones de violencia en un 54,8%. Entre las principales circunstancias que propician situaciones de violencia, se encuentra que la falta de respuesta inmediata por parte de la institución, la carga de trabajo, la falta de turnos y las demoras en la atención.

Se defiende verbalmente y utiliza la defensa física resultaron ser las forma más frecuente de actuar de los trabajadores frente a un acto de violencia. Dentro de las consecuencias de la violencia que perciben los trabajadores El estar a la defensiva y el agotamiento. Entre los grupos vulnerables a sufrir violencia en los servicios de

salud reconocidos por los trabajadores, los enfermeros/as son el grupo reconocido en mayor frecuencia.

se observo que la ocurrencia de las diversas manifestaciones de violencia en el trabajo están frecuentemente presentes en el sector salud, afectando a un número significativo de trabajadores y constituyendo un riesgos ocupacionales de gran relevancia para quienes allí se desempeñan, así como afectando a la calidad de atención de los servicios de salud.

Palabras claves: violencia laboral, salud laboral, atención primaria de la salud, trabajadores de la salud, grupos vulnerables.

Abstract

Exploratory study, descriptive, cross sectional, whose general objective was to characterize the problem of violence they are exposed to health workers in the city of Cordoba. The sample consisted of a total of 321 health workers who volunteered to participate in investigation. Data were obtained through the application of an instrument entitled "Perceptions of workplace violence in health services Acevedo GE, Farias MA, Sánchez J M. (2008).

Some relevant results obtained were the health workers surveyed expressed by an 62.9% presented situations of violence in the institution. Violent behaviors included yelling, but also highlights the kind of violence that occurs in the institution with the highest response rate, 65.1% and 55.1% indicated that the insults are another form of violence present. The external stressors most frequently recognized by workers 50.7% are family and / or accompanying patients. Of the internal aggressors senior workers are recognized as agents that generate situations of violence in 54.8%. Among the circumstances which create situations of violence,

is that the lack of immediate response by the institution, workload, lack of shifts and delays in care.
It is defended orally and uses the physical defense proved to be the most common form of workers to act against an act of violence. Among the consequences of violence perceived by the workers to be defensive and exhaustion. Among the groups vulnerable to violence in health services recognized by workers, nurses are the group most frequently recognized.
was observed that the occurrence of the various manifestations of workplace violence are often present in the health sector, affecting a significant number of workers and providing a highly relevant occupational hazards for those who play there, as well as affecting the quality of care health services.

Key Words: workplace violence, occupational health, primary health care, health workers, vulnerable groups.

Introducción

En los últimos años se ha pretendido lograr un consenso mundial sobre la importancia de la defensa de los derechos humanos, por este motivo muchas conductas que antes eran consideradas aceptables o inevitables ya no lo son; en este marco, se utiliza el término violencia para representar cualquier acción o amenaza intencional que realice una persona hacia otra o hacia sí misma que atente contra la integridad física o psicológica.

Diversas asociaciones, grupos e instituciones gubernamentales y no gubernamentales como por ejemplo organizaciones de trabajadores y asociaciones de defensa de los derechos del niño, han abordado a la violencia como una problemática y han realizado análisis, investigaciones y documentos. Donde han concluido, que las consecuencias de la violencia son siempre negativas no solo para el individuo sino también para la sociedad en su conjunto.

Dentro de los sectores afectados, 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 objeto de "cuidar la salud" de los individuos y las poblaciones, lo que hace más inaceptable aun, que la violencia atente contra la salud de las personas que trabajan en ellas.

El presente estudio pretende colaborar en este sentido aportando datos específicos sobre la representación de la violencia en los trabajadores de de la salud; caracterizando la problemática en los servicios de salud públicos y privados de la ciudad de Córdoba, e introducirse en la identificación de sus causas y consecuencias más directas, tanto para los propios agredidos como para los servicios de salud.

Marco teórico

La violencia ha aumentado significativamente en los últimos años, afectando a toda la población; sin respetar edad, raza, condición socioeconómica, educación, religión, género y lugar. Este señalamiento da cuenta de lo extendido del problema, no obstante cabe resaltarse que afecta a los distintos grupos poblacionales de un modo diferente, existiendo unos más vulnerables que otros.

Sus manifestaciones adquieren diferentes formas, en las que influyen factores políticos, económicos y culturales; generando consecuencias en los individuos, la familia y los diferentes grupos de la población[1].

Como el propósito de visualizar esta problemática, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en al año 1996, publicó un informe, en el que anuncia que la violencia se ha convertido en un problema de salud pública de proporciones epidémicas, cuyo análisis debe partir de la base de considerarlo un fenómeno predecible y, por lo tanto, prevenible.

La detección, atención y prevención de hechos de violencia, encuentra una primera barrera que es social, dada en muchos casos, por la relación entre agresores y agredidos que suele ser tan cercana, que los hechos pueden no denunciarse y por ende no registrarse. Homicidios, discusiones, luchas, entre otros, ocurren muchas veces entre los miembros de una misma familia, amigos y cuidadores[2].

La violencia, se relaciona con hechos visibles y manifiestos de agresión física que provocan daños que pueden llegar a producir la muerte. Es reconocido, sin embargo que la violencia puede manifestarse no solamente por medio de la agresión física, sino también a través de variadas formas, las que pueden ser más o menos evidentes.

Para autores como Chappell y Di Martino, pueden ser consideradas como expresión de violencia, también aquellas situaciones en las que existe una percepción de mala calidad de servicios o de mala atención, la no satisfacción de necesidades de un cliente, proveer de servicios que están muy lejos de las expectativas del usuario, cuando se abusa o se recibe un trato injusto, cuando los ambientes son poco aptos para realizar actividades de cuidado, una organización inadecuada, poca competencia de las personas que otorgan el cuidado o un clima de estrés, entre otros.

Actualmente, los organismos internacionales de salud pública reconocen a la violencia como un obstáculo para el desarrollo de las naciones y una amenaza para la salud pública. En virtud de ello, la conceptualización, medición y análisis de las conductas violentas en diferentes contextos. Así como la comprensión de sus causas y factores asociados, fueron establecidas como tareas urgentes encaminadas a orientar las acciones de salud pública en lo referente a la prevención de la violencia y la atención a las víctimas y agresores.

Todo análisis integral de la violencia debe empezar por definir las diversas formas que esta adopta, con el fin de facilitar su medición científica.

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, a lo que socialmente se considera aceptable o no. Por este motivo, tanto la percepción, como la evaluación de hechos violentos, constituyen un proceso individual.

Barudy, establece que si se acepta que toda definición de la realidad, toda conceptualización es una manera personal de distinguir y explicar los fenómenos, se debe admitir que de acuerdo

con las adquisiciones y pertenencias sociales y culturales de cada persona, existirán variadas interpretaciones de lo que es o no un hecho violento.

De esto se desprende que cada persona hablará de violencia para referirse a ciertos hechos ignorando otros, presentando diversos niveles de tolerancia y distintas respuestas o afrontamientos.

La 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."***[3] La definición usada por la OMS vincula la intención con la realización del acto mismo, independientemente de las consecuencias que se producen.

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.

El uso intencional de la fuerza física o el poder incluyen el descuido y todos los tipos de maltrato físico, sexual y psíquico, así como el suicidio y otros actos de auto agresión. Dentro de las víctimas de las violencias la definición incluye no solo a uno mismo, sino a grupos y a las comunidades.

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.

Formas de expresión de la violencia

El fenómeno de la violencia es complejo y multifacético, por lo que resulta una tarea difícil desglosar las diferentes formas de violencia y caracterizarlas, así como establecer sus causas y consecuencias. Según Buinic y Cols[4] existen varias formas o tipos de violencia, según distintas variables a considerar; los individuos afectados, los agentes de violencia, el motivo, según la relación que existe entre agresor y agredido y según la naturaleza de la agresión. De acuerdo a este último criterio estos autores identifican diversos tipos de clasificaciones de la expresión de violencia, entre las que se distinguen:

Según su naturaleza se las puede clasificar en:

Violencia física, que corresponde al tipo de agresión más evidente, incluye el hecho de pegar, empujar, patear, golpear, retener a alguien en contra de su voluntad, entre otras.

Violencia psicológica, ocurre cuando un individuo es víctima de insultos, sus posesiones personales son destruidas o es sujeto de amenazas o gritos, como un medio de sometimiento.

Violencia sexual, entendida como toda acción que fuerza a otra persona en contra de su voluntad a someterse a actividades sexuales, que van desde la mirada insinuante hasta la violación.

También suele agruparse a estas formas de violencia según el modo en el que actúa el agresor:

Violencia activa, que se refiere a todos aquellos comportamientos y discursos que implican el uso de la fuerza física, sexual y/o psicológica, que provoca daño a una persona que se encuentra en desventaja en las relaciones de poder.

Violencia pasiva o de omisión, que se refiere a la violencia de la indiferencia, la negligencia, el abandono y la falta de solidaridad[5].

Otro enfoque plantea que la violencia tiene dos formas de presentación fundamentales: violencia-agresión y violencia-castigo[6]. Esta clasificación está basada en las relaciones de poder entre el agresor y el agredido.

La primera aparece en el marco de una relación simétrica, igualitaria, donde las personas pertenecen al mismo estatus. Se produce una rivalidad en donde ambos actores son fuertes, está basada en la eliminación de las diferencias.

Por su parte, la violencia-castigo, aparece en el marco de una relación que se caracteriza por la aceptación y el mantenimiento de las diferencias. Existe una relación desigual, en la que uno de los actores se sitúa en una condición de desventaja en el contexto en que la situación de violencia es gestada.

Mientras que la OMS[7] propone una clasificación que divide a la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia: la violencia auto infligida, la violencia interpersonal/comunitaria y la violencia colectiva.

Esta categorización inicial distingue entre la violencia que una persona se inflige a sí misma, la violencia impuesta por otro individuo o un número pequeño de individuos y la violencia infligida por grupos más grandes, como el Estado, contingentes políticos organizados y ejercito.

La violencia auto infligida comprende el comportamiento suicida y las autolesiones. El primero incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado, el automaltrato incluye actos como la automutilación.

Mientras que la violencia interpersonal se divide en dos subcategorias:

- Violencia familiar y/o de pareja: esto es, la violencia que se produce sobre todo entre los miembros de la familia o de la pareja, y que por lo general, aunque no siempre, sucede en el

hogar. Se incluyen aquí el maltrato de los menores, la violencia contra la pareja y el maltrato de las personas mayores.

- Violencia comunitaria: es la que se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, y sucede por lo general fuera del hogar. Esta abarca la violencia de patotas, los actos fortuitos de violencia, la violación o ataque sexual por parte de extraños y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y hogares de ancianos.

La violencia colectiva se subdivide en violencia social, violencia política y violencia económica. A diferencia de las otras dos categorías generales, las subcategorias de la violencia colectiva indican los posibles motivos de la violencia cometida por grupos más grandes de individuos o por el Estado.

- La violencia social es aquella infligida para promover intereses sociales sectoriales incluye, por ejemplo, los actos delictivos de odio cometidos por grupos organizados y la violencia de masas.
- La violencia política incluye la guerra y otros conflictos violentos afines, la violencia del Estado y actos similares llevados a cabo por grupos más grandes.
- La violencia económica comprende los ataques por parte de grupos motivados por el afán de lucro, tales como los llevados a cabo con la finalidad de trastornar las actividades económicas, negar el acceso a servicios esenciales o crear división económica y fragmentación.

Aunque es imperfecta y dista mucho de gozar de aceptación universal, esta clasificación proporciona un marco útil para estudiar los actos de violencia que acontecen en todo el mundo, así como la violencia en la vida diaria de las personas, las familias y las comunidades.

La violencia emerge en situaciones humanas donde existen interacciones, comportamientos violentos y abusos, resultado de alteraciones de las relaciones, pudiéndose dar en los diversos contextos donde se desenvuelve el ser humano, siendo uno de éstos el ámbito laboral.

Violencia en el ámbito laboral

En el lugar de trabajo la violencia, independientemente de la forma en la que se manifieste, ha adquirido una enorme importancia y es una preocupación tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo, ya que atraviesa contextos laborales y grupos profesionales, afecta la dignidad de las personas, es una fuente de desigualdad, estigmatización y conflicto en el trabajo.

Al mismo tiempo, la violencia en el lugar de trabajo aparece como una amenaza grave, y a veces letal, contra la eficiencia y el éxito de las organizaciones; causa perturbaciones inmediatas, y a largo plazo de las relaciones interpersonales, de la organización del trabajo y de todo el entorno laboral[8].

Una de las definiciones de violencia en el lugar de trabajo adoptada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) es ***"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"***[9]; en donde se entiende por "consecuencia directa" un vínculo claro con el ejercicio de la actividad profesional y se supone que ocurre posteriormente, dentro de un plazo de tiempo razonable.

La violencia en el lugar de trabajo puede ser interna, esto es, la que tiene lugar entre los trabajadores, o externa, la que tiene lugar entre trabajadores y toda otra persona presente en el lugar de trabajo.

Chappell y Di Martino la definen como: ***"cualquier incidente en el cual un trabajador es abusado, amenazado o atacado por un miembro del público (paciente, cliente y/o compañeros de trabajo)"***, así mismo, se considera que no sólo la violencia física provoca grandes impactos en la salud del trabajador, sino aquella que se inflige a través de un comportamiento repetitivo que gradualmente daña la integridad psicológica del afectado, pudiendo llegar a tener repercusiones de mayor cuantía que la violencia física[10].

Mientras que la OMS adopta en su informe mundial sobre violencia y salud, la definición de violencia ocupacional como "***aquella que está constituida por incidentes en los cuales los trabajadores sufren abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto de ida y vuelta, que coloquen en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud"***[11].

La violencia en el ámbito laboral se puede clasificar según su naturaleza, como se ha descripto anteriormente o según las características del agresor. Esto es en violencia interna todo acto llevado a cabo por compañeros de trabajo, independientemente de la jerarquía que ocupe en el lugar de trabajo (subordinado, igual rango o superiores) y la violencia externa que es la cometida por personas ajenas al trabajo (clientes, usuarios, pacientes, acompañantes y/o familiares).

En lo que refiere a manifestaciones de violencia en lugares de trabajo, la variedad de comportamientos es amplia y la línea que separa a los comportamientos aceptables de los no aceptables, es a veces difusa. Esto se debe a que la percepción, en diferentes contextos y culturas, de lo que constituye violencia en el trabajo es diversa, lo que implica un enorme desafío para describir y definir este fenómeno[12]. En la práctica, se pueden incluir una amplia gama de comportamientos, a menudo en formas continuas y superpuestas,

en la tabla 1 de detallan los comportamientos más comunes citados en la bibliografía.

Tabla 1: comportamientos violentos en el lugar de trabajo

Ejemplos de comportamientos violentos en el lugar de trabajo	
Ataque	Victimización
Lesiones	Intimidación
Golpes	Mensajes ofensivos
Comportamiento hostil	Actitudes agresivas
Aislar	Lenguaje soez
Acoso sexual y/o racista	Insultos
Coacciones	Amenazas
Acoso psicológico	Desprecio
Desautorización	Agresiones físicas
Piropos obscenos	Gritos
Mirada insinuante	Contacto físico o roces innecesarios
Atropellos	Lesiones con armas de fuego
Humillación	Lesiones con arma blanca
Sarcasmos	Burlas
Descalificación	Llamado de atención en público
Ridiculización	Acoso racista

*Elaboración propia con base en el informe *Violence at work*, por Duncan Chappell y Vittorio Di Martino, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 1998, ISBN 92-2-1-110335-8.

Actualmente, se han acuñado una serie de conceptos referidos a la violencia psicología en el ámbito laboral que resultan de interés para estudiar dicho fenómeno en el trabajo, algunos de ellos son:

Acoso moral

Una de las manifestaciones de violencia psicológica en el trabajo es la de "**acoso moral",** propuesta por Hirigoyen quien la considera como "toda conducta abusiva (gesto, palabras, comportamiento, actitud...) que atenta por su repetición o

sistematización, contra la dignidad o integridad psíquica o física de una persona, poniendo en peligro su empleo o degradando el ambiente de trabajo"[13]. Hirigoyen acuñó el concepto *acoso moral* para describir un proceso de maltrato psicológico en el que un individuo puede conseguir hacer pedazos a otro y el ensañamiento puede conducir incluso a un verdadero asesinato psíquico. Según la experta, por acoso en el lugar de trabajo hay que entender cualquier manifestación de una conducta abusiva y, especialmente, los comportamientos, palabras, actos, gestos y escritos que puedan atentar contra la personalidad, la dignidad o la integridad física o psíquica de un individuo, o que puedan poner en peligro su empleo, o degradar el clima de trabajo.

Estudios analizan el acoso moral en los ámbitos laborales y dan cuenta pormenorizada de las características que asume el acoso moral en el servicio público. "Los métodos de acoso son más perniciosos ahí (en el sector público) y desembocan en resultados dramáticos para la salud y también para la personalidad de las víctimas"[14]. En virtud de que el sector público está relacionado con el bien público, los abusos, allí, resultan todavía más inaceptables.

También advierte que la institución en su conjunto se puede convertir en un sistema perverso cuando las situaciones de violencia se instalan dentro del proceso de trabajo.

Mobbing

En la década del 80, en Suecia, Heins Leymann usó el concepto "mobbing" y lo aplicó a situaciones humanas de hostilidad y de acoso psicológico repetido, en ámbitos laborales, conductas destinadas a atacar a una persona o grupo en particular, elegido como "blanco"[15]. A partir de 1990 (en el Congreso de Higiene y Seguridad de Hamburgo, donde Leymann lo utilizó por primera vez) el concepto se popularizó, y difundió por todo el mundo, dando

origen a diferentes investigaciones. Este término proviene de la lengua inglesa, del verbo *"to mob"* (atacar, asaltar) y agrupa una diversidad de comportamientos con un fondo común: la modalidad agresiva y vejatoria tendiente a la eliminación de un trabajador de la institución.

Las formas en las que suele presentarse son variadas y de las más sutiles: el aislamiento físico del trabajador, la marginación a través de la hostilidad y la falta de comunicación; la utilización de conceptos peyorativos; la asignación de tareas humillantes, descalificadoras o de muy difícil concreción; el menoscabo de la imagen del empleado frente a sus colegas, clientes o superiores, los cambios continuos, entre otros.

La importancia del concepto "mobbing", consiste en haber encontrado un nombre y una definición bajo los cuales es posible agrupar una serie de comportamientos basados en la violencia moral y la persecución psicológica que tienden a desacreditar, discriminar o dañar al trabajador[16].

Por otra parte, otra característica del *mobbing* es que la estrategia de persecución puede provenir de sujetos diversos. El *mobber* (o sujeto activo del *mobbing*) puede ser tanto uno o más colegas del trabajador que pretenden excluirlo por resultarles incómodo, (incluso por su alto nivel de eficiencia) como la misma empresa, en cuyo caso el fenómeno es conocido como *bossing* o *mobbing vertical.* En estos casos, la presión psicológica del empleador está acompañada por los *side mobbers* (colegas, superiores, gerentes de recursos humanos, etc.) que aún no participando directamente en el acoso, por razones de posicionamiento dentro de las preferencias jerárquicas, excluyen o evitan todo tipo de solidaridad con la víctima. El mobbing desemboca generalmente en una renuncia del trabajador a su empleo, no sin antes haber sufrido seguramente, patologías psíquicas y psicosomáticas.

Para que un acoso laboral sea considerado mobbing, debe constar de tres factores: el acoso, la repetición en el tiempo y tener el objetivo de desvincular a la persona de la organización.

Acoso sexual

Otra de las formas en las que se manifiesta el acoso es el sexual, aunque las definiciones difieren en algunos detalles en diferentes códigos, leyes, sentencias de los tribunales y convenios colectivos, estas definiciones contienen elementos claves compartidos, como:

Conducta de naturaleza sexual, y toda otra conducta basada en el sexo que afecte a la dignidad de mujeres y hombres, que resulte ingrata, irrazonable y ofensiva para quien la recibe. Cuando el rechazo de una persona a esa conducta, o su sumisión a ella, se emplea explícita o implícitamente como base para una decisión que afecta al trabajo de esa persona (acceso a la formación profesional o al empleo, continuidad en el empleo, promoción, salario o cualesquiera otras decisiones relativas al empleo) y conducta que crea un ambiente de trabajo intimidatorio, hostil o humillante para quien la padece.

La OIT acuña para el término acoso sexual en el trabajo "***una insinuación o exigencia sexual que, al ser rechazado por quien la recibe, pone en riesgo su estabilidad laboral u oportunidades de trabajo"***[17].

El acoso sexual es, por encima de todo, una manifestación de relaciones de poder. El acoso sexual se presenta de muchas formas. Una de las más notorias es el llamado **acoso quid pro quo,** expresión que describe la situación en que el trabajador es obligado a elegir entre acceder a unas demandas sexuales o perder algún beneficio algo que le corresponde por su trabajo. Dado que esto sólo

puede ser hecho cometido por alguien con el poder de dar o quitar un beneficio derivado del empleo, este acoso "quid pro quo" es una forma de acoso sexual que entraña un abuso de autoridad por parte del empleador (o por el agente del empleador en el que éste ha delegado su autoridad para fijar cláusulas y condiciones).

La violencia en el sector salud: Magnitud del problema

La violencia y el estrés en el lugar de trabajo tienen su origen en el ámbito de la organización en que se trabaja, en la sociedad en general y en la biografía de las personas, los cuales se entrelazan formando una malla compleja. En el caso de profesiones como las de la salud, que exigen mucho de cada persona, la acumulación de estrés y tensión –derivada de su sometimiento tanto a las presiones sociales como a las derivadas de las reformas de los sistemas de salud- contribuyen a engendrar manifestaciones de violencia[18].

El trabajo en los servicios de atención de la salud se distingue de otros ámbitos laborales debido a que en estos espacios se trabaja con personas en situaciones usualmente críticas. Así, la actividad que el personal de salud efectúa contiene riesgos específicos que al momento de interactuar, pueden ser generadores de accidentes o enfermedad para el conjunto de los trabajadores y para cada uno de ellos. Dentro de estos riesgos los más estudiados son los biológicos (infecciosos). Sin embargo, las situaciones que más transgreden la integridad física y mental de los trabajadores de la salud son sus condiciones de trabajo y las formas como está organizado[19].

El informe elaborado por Chappell y Di Martino en la Unión Europea basada en 15.800 entrevistas en 15 de sus países miembros, describe que un 4 por ciento de los trabajadores fueron objeto de violencia psíquica; un 2% sufrieron acoso sexual y un 8 %

fueron víctimas de intimidación y hostigamiento. Uno de los aspectos a destacar del estudio son los datos que conectan la precariedad laboral de género, la juventud y sectores especiales en riesgo con la vivencia de situaciones de violencia.

Sin bien no existen ocupaciones que estén inmunes a la violencia en el trabajo, esta es mayor en el sector de la salud (hospitales, centros de salud y clínicas). A su vez, al ser el trabajo en salud predominantemente femenino, se le suman los condicionamientos que impactan sobre la inserción particular de las mujeres en el mercado laboral esto es, la división sexual del trabajo, la maternalización de los roles productivos, déficits de competencias actitudinales y principalmente las dificultades para conciliar trabajo y familia[20].

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[21].

En una investigación realizada en la ciudad de córdoba, se observo 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[22].

En comunicados de prensa el Consejo Internacional de Enfermería declara que constataron que cerca de 25% de los accidentes violentos en el trabajo ocurren en el sector salud y que

más de 50% de los trabajadores del área ya experimentó incidentes de dicha naturaleza[23].

Los insultos y otras formas de agresión verbal fueron el tipo de violencia identificada con mayor frecuencia. Los casos donde los trabajadores han sido insultados o agredidos verbalmente se presentan en una frecuencia del 38,6% en una investigación realizada en trabajadores de la salud de Jamaica en tanto que las frecuencias en lo que refiere a agresiones físicas, en un 8%[24]. En un estudio realizado por Paravic, Valenzuela y Burgos (2003), en Chile, hallaron que la violencia percibida por trabajadores de atención primaria supera el 50%, de modo que pareciera ser este un fenómeno que adquiere gran envergadura en el sector salud. Si bien estas frecuencias son menores a las reportadas por Lanza ML y col que encontraron que en centros de atención de la salud el 72,8% de los trabajadores informaron de al menos un incidente de violencia no física y el 21,3% informaron de al menos un incidente de violencia física[25]

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[26]. 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 de Río de Janeiro y Londrina, en Brasil[27].

Dentro de los colectivos que se presentan como vulnerables, investigaciones comprueban que la mayor incidencia de los actos de

violencia los viven el personal de ambulancias, enfermeras y médicos.

En un amplio estudio llevado a cabo en Suecia, los trabajadores de la salud relatan como consecuencias de este fenómeno, la irritación, la rabia, el miedo al agresor, la incapacidad y la humillación que padecen a causa de la violencia ocupacional[28].

Cabe señalar que los episodios de violencia, en sus diversas manifestaciones, no siempre son identificados como tales, y aún en los casos tipificados, suelen no seguirse de denuncia o notificación sistemática.

Si bien el ser víctima de violencia en el lugar de trabajo, es causa de elevados niveles de estrés, éste también representa un factor que ocasiona o predispone a actos violentos[29].

En respuesta a este fenómeno, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la Organización Mundial de la Salud (OMS), y el Consejo Internacional de Servicios Públicos (PSI), establecieron un programa conjunto de directrices, trazadas con el propósito de ayudar a estos trabajadores a combatir el miedo, las agresiones, la humillación e inclusive homicidios en sus lugares de trabajo.

Modelos para estudiar la violencia

Ningún factor por sí solo explica por qué algunos individuos tienen comportamientos violentos hacia otros o por qué la violencia es más prevalente en algunas comunidades que en otras. La violencia es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales. Comprender la forma en que estos factores están vinculados con la violencia es uno de los pasos importantes en el enfoque de salud pública para prevenirla.

Para estudiar la violencia se han desarrollado diversos modelos, uno de ellos es el modelo ecológico adoptado por la organización mundial de la salud para interpretar la violencia en la sociedad y diagramar acciones para su prevención, otro es el modelo interactivo de Chappell y Di Martino diseñado para evaluar la violencia en el trabajo el cual fue utilizado en el informe sobre violencia en el trabajo *Violence at work*, realizado por los autores para Oficina Internacional del Trabajo, en el año 1998 y que luego fue aplicado en diversos estudios sobre violencia laboral.

Modelo ecológico

El modelo ecológico se comienza a utilizar a fines de los años setenta[30], se aplicó inicialmente al maltrato de menores[31] y posteriormente a la violencia juvenil[32 33]. En fecha más reciente, los investigadores lo han usado para comprender la violencia de pareja[34 35]y el maltrato de las personas mayores. Dicho modelo fue aplicado en la ciudad de Puerto Madryn Argentina en el año 2005 para explicar la violencia en el ambiente hospitalario.

El modelo explora la relación entre los factores individuales y contextuales y considera la violencia como el producto de diferentes niveles de influencia sobre el comportamiento, como se muestra en la figura 1.

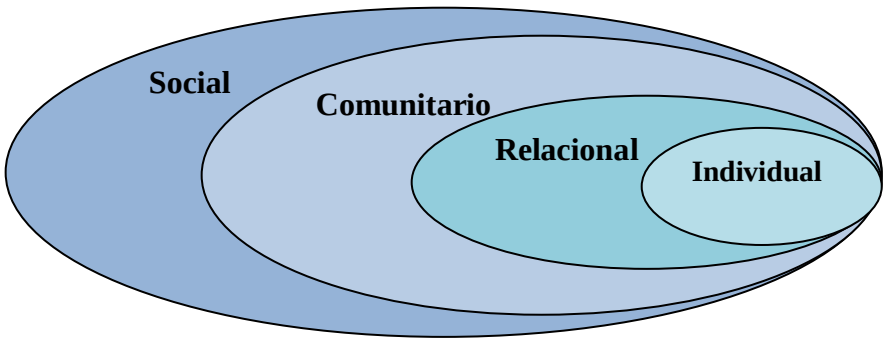

Figura n 1 Modelo ecológico para comprender la violencia

El nivel individual

El primer nivel del modelo ecológico pretende identificar los factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de una persona. Además de los factores biológicos y personales en general, se consideran factores tales como la impulsividad, el bajo nivel educativo, el abuso de sustancias psicotrópicas y los antecedentes de comportamiento agresivo o de haber sufrido maltrato. En otras palabras, este nivel del modelo ecológico centra su atención en las características del individuo que aumentan la probabilidad de ser víctima o perpetrador de actos de violencia.

El nivel de las relaciones

El segundo nivel del modelo ecológico indaga el modo en que las relaciones sociales cercanas aumentan el riesgo de convertirse en víctima o perpetradores de actos violentos.

En los casos de la violencia familiar, la interacción casi diaria o el compartir el domicilio con un agresor puede aumentar las oportunidades para que se produzcan encuentros violentos. Dado que los individuos están unidos en una relación continua, es probable en estos casos que la víctima sea reiteradamente maltratada por el agresor. En el caso de la violencia interpersonal entre los jóvenes, las investigaciones revelan que estos tienen muchas más probabilidades de involucrarse en actos violentos cuando sus amigos promueven y aprueban ese comportamiento[36]. Los compañeros, la pareja y los miembros de la familia tienen el potencial de configurar el comportamiento de un individuo y la gama de experiencias de este.

El nivel de la comunidad

El tercer nivel del modelo ecológico examina los contextos de la comunidad en los que se inscriben las relaciones sociales, como la escuela, el lugar de trabajo y el vecindario, y busca identificar las características de estos ámbitos que se asocian con ser víctimas o perpetradores de actos violentos.

La frecuente movilidad de residencia, la heterogeneidad y una densidad de población alta son todos ejemplos de tales características, y cada uno se ha asociado con la violencia. De igual manera, las comunidades aquejadas por problemas como el tráfico de drogas, el desempleo elevado o el aislamiento social generalizado es también más probable que experimenten hechos de violencia. Las investigaciones sobre la violencia muestran que determinados ámbitos comunitarios favorecen la violencia más que otros; por ejemplo, las zonas de pobreza o deterioro físico, o donde hay poco apoyo institucional.

El nivel social

El cuarto y último nivel del modelo ecológico examina los factores sociales más generales que determinan las tasas de violencia. Se incluyen aquí los factores que crean un clima de aceptación de la violencia, los que reducen las inhibiciones contra esta, y los que crean y mantienen las brechas entre distintos segmentos de la sociedad, o generan tensiones entre diferentes grupos o países. Entre los factores sociales más generales figuran:

- normas culturales que apoyan la violencia como una manera aceptable de resolver conflictos;
- normas que asignan prioridad a la patria potestad por encima del bienestar de los hijos;

- normas que refuerzan el dominio masculino sobre las mujeres y los niños;
- normas que respaldan el uso de la fuerza excesiva policial contra los ciudadanos;
- normas que apoyan los conflictos políticos.

Entre los factores más generales también cabe mencionar las políticas sanitarias, educativas, económicas y sociales que mantienen niveles altos de desigualdad económica o social entre distintos grupos de la sociedad.

El modelo ecológico destaca las causas múltiples de la violencia y la interacción de los factores de riesgo que operan dentro de la familia y en los ámbitos social, cultural y económico más amplios. En un contexto de desarrollo, el modelo ecológico indica también el modo en que la violencia puede ser causada por diferentes factores en distintas etapas de la vida.

Vínculos complejos

Si bien algunos factores de riesgo pueden ser exclusivos de un tipo particular de violencia, es más común que los diversos tipos de violencia compartan varios factores de riesgo. Las normas culturales predominantes, la pobreza y el aislamiento social, así como el alcoholismo, el abuso de sustancias psicoactivas y el acceso a armas de fuego son factores de riesgo en relación con varios tipos de violencia.

Como resultado, no es inusual que algunas personas en riesgo en cuanto a la violencia experimenten varios tipos de violencia. Tampoco es inusual detectar conexiones entre diferentes tipos de violencia.

Los vínculos entre la violencia y la interacción entre los factores individuales y los contextos sociales, culturales y económicos más

amplios indican que abordar los factores de riesgo en los diversos niveles del modelo ecológico puede ayudar a disminuir más de un tipo de violencia.

Modelo Interactivo de Chappell y Di Martino sobre violencia laboral.

Este modelo fue desarrollado por Duncan Chappell y Vittorio Di Martino para el estudio *Violence at work*[37]*, publicado por l*a Oficina Internacional del Trabajo en 1998. Fue diseñado especialmente para estudiar la violencia en el ámbito del trabajo, el mismo identifica los factores de riesgos laborales tantos individuales, sociales, y organizacionales presentes en la manifestación de conductas violentas en el ámbito del trabajo.

Dicho modelo fue utilizado en diversos países de la comunidad europea y en países de América para la interpretación de la violencia laboral, en chile fue aplicado al sector salud.

Este modelo como se muestra en la figura n°2 representa la interacción entre agresor, victima, factores de riesgo y consecuencias de la violencia en el ámbito laboral. Entre los factores distingue los individuales provenientes de la víctima (agredido), del victimario (agresor) de los del medio en el que se desarrollan las acciones.

Los autores distinguen tanto al perpetrador o gestor de la violencia como a la víctima o receptor de los comportamientos violentos en tres posibles categorías; un cliente o usuario del establecimiento, un compañero de trabajo o un extraño.

En los factores provenientes del agresor se encuentran; la edad, sexo (reconocen que el sexo masculino es más proclive a presentar conductas violentas), experiencias previas de maltrato

(violencia intra-familiar), uso de drogas, salud mental y las circunstancias que conducen a la agresión.

Entre los factores o características que pueden asociarse con ser víctima de actos violentos se encuentran; apariencia, estado de salud, edad, experiencias de maltrato previo, sexo, personalidad y temperamento, actitudes y expectativas. La primera impresión y apariencia son importantes en cualquier relación, ya que pueden determinar el tono de la relación y establecer las características del encuentro.

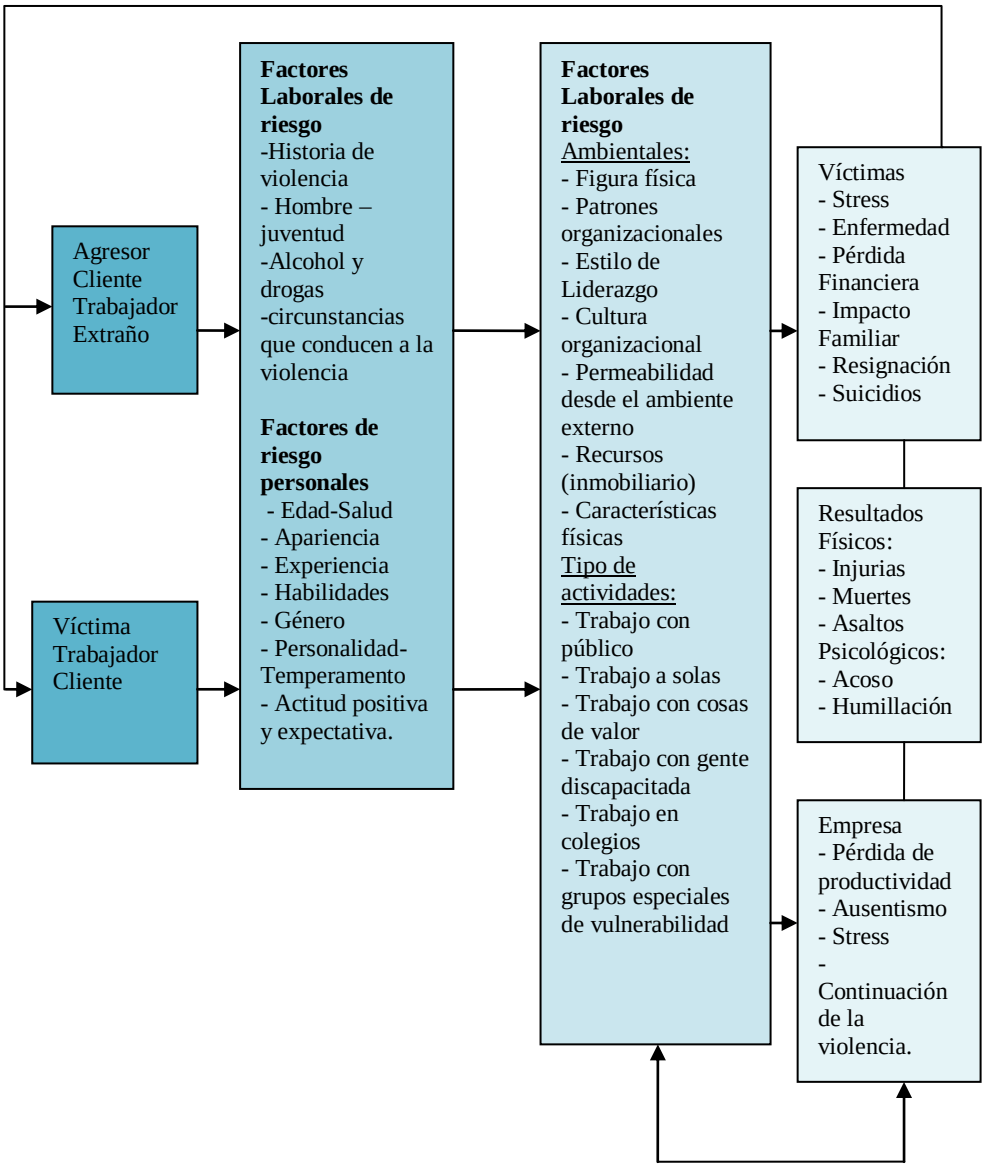

Figura Nº 2. - Violencia Laboral: Un Modelo Interactivo

Fuente: Chapell y Di Martino, basado en el Modelo de Payner y Warner, en Violence at Work, 1998.

El estrés por sobrecarga de trabajo puede llevar a conductas erróneas o desavenencias, las que precipitan respuestas o reacciones agresivas. La edad y la experiencia de las personas, es otro factor que puede aumentar o disminuir las posibilidades de agresión. La experiencia previa en el manejo de situaciones difíciles, que se asocian también con la edad, permite a los trabajadores reaccionar acorde a su experiencia.

Los hombres tienen más tendencia que las mujeres a responder en forma agresiva en muchas situaciones, a la vez que las mujeres tienen mayor riesgo a ciertos tipos de agresión diferentes a los varones.

La personalidad y actitud, es también un aspecto relevante al considerar el riesgo a la agresión. Algunas personas manejan mejor que otras situaciones de conflicto, esta cualidad es asociada con los rasgos de personalidad. La actitud y expectativas del usuario o del trabajador, influencian tanto el reconocimiento como las respuestas frente a comportamientos violentos.

La forma en que la víctima reaccione ante la agresión, determina de manera importante el aumento o disminución de los comportamientos violentos. Pareciera ser importante el comportamiento de la víctima frente a su agresor, ya que conductas ansiosas de parte de la víctima pueden motivar más violencia, mientras que una conducta controlada puede ayudar a disminuir tensiones.

El medio influye tanto en el perpetrador como en la víctima de actos violentos. El medio o el lugar en el que se llevan a cabo las interacciones influye tanto por su aspecto físico, organización, actividades que se desempeñan y aspectos culturales que se encuentran presente en todas las sociedades. El diseño físico o características del lugar puede constituir un factor que actúe como un estímulo a los actos violentos o por el contrario los atenúe, así por ejemplo, un lugar amplio, cuyas dependencias se encuentren

bien distribuidas y señalizadas disminuyen el riesgo de actos violentos.

La organización del trabajo influye fuertemente en las acciones que se producen, puesto que lugares en los que existe mucha demanda, lo que lleva a sobrecarga de trabajo, induce a situaciones que pueden generar conflictos.

Entre los factores culturales, las normas de conducta que en general orientan a una cultura definiendo los límites de tolerancia de la agresión, en la medida en que una sociedad valore la violencia y permita la conducta agresiva prestigiándola, la violencia es definida como normal o legítima y, los individuos desarrollarán conductas concordantes. En este sentido los autores señalan que las características físicas y actividad de un lugar de trabajo hacen más o menos aceptable actos agresivos.

Estos autores sugieren que la única forma de comprender la violencia laboral, es realizando un análisis interactivo de los factores de riesgo tanto individuales como sociales, prestando particular atención al contexto y situación en el que son realizados los trabajos. Se reconoce de este modo, que muchos factores pueden causar o contribuir al riesgo de violencia proveniente tanto del agresor, de la víctima y del medio en el que se desenvuelven las acciones.

Chapell y Di Martino, señalan que existen ciertos lugares de trabajo que están más expuestos a sufrir actos violentos, debido a las circunstancias o situaciones bajo las cuales se desarrollan las acciones.

Entre estas ocupaciones se encuentran; el trabajo a solas, trabajo con público, trabajar con cosas de valor, trabajar con gente estresada y otras condiciones que otorgan vulnerabilidad a los diferentes ambientes.

Para estos autores la violencia, por ejemplo, en lugares en los que existe contacto con gran cantidad de público, puede ser provocada por o como resultado de una percepción de mala

atención o poca calidad del servicio que recibe el usuario, estar asociada con una conducta descuidada del trabajador que provee el servicio o por el incumplimiento de las expectativas que el usuario/cliente tenía de la atención.

Estos autores dan cuenta también de la violencia que surge en los ambientes de trabajo en establecimientos de atención en salud, en el que se establece que la agresión surge en el contexto de relaciones con personas en circunstancias determinadas, generalmente bajo la influencia de estrés. Este último punto es frecuente debido; a la frustración e ira que produce la enfermedad y el dolor, la sobrecarga de trabajo, entre otras situaciones que pueden afectar y hacer que las personas se vuelvan física o verbalmente violentas.

El aumento de la pobreza, el medio inadecuado donde las acciones de salud son realizadas, la manera en que están organizadas, el entrenamiento insuficiente del personal y en general el clima de estrés, puede contribuir sustancialmente al aumento de los niveles de violencia.

El modelo interactivo de Chappell y Di Martino ha sido adaptado y aplicado al sector salud (Fig. Nº 3), en el se representan los factores provenientes tanto de la víctima, en este caso trabajador, del agresor (integrantes del equipo de salud, pacientes, familiares y/o acompañantes) y del ambiente (centros de salud, hospital), los que determinarían la presencia y consecuencias de la violencia en los servicios de salud. Desde el punto de vista del potencial agresor, se distinguen los internos (compañeros de trabajo, superiores) de los externos (paciente, familiares y/o acompañantes)

Dentro de los factores de riesgo de los agresores externos a considerar, provenientes del paciente/ familiares/acompañantes son: edad, sexo, nivel educacional, situación de pareja, nivel de ingresos, tipo de cobertura de salud, situación laboral, antecedentes

de maltrato previo, hospitalizaciones previas, experiencias previas en la atención intrahospitalaria, servicio clínico de hospitalización, días de hospitalización, tipo de tratamiento recibido, ayuda requerida durante la hospitalización y la evaluación asignada a la atención en salud, en el caso de instituciones con internación mientras que en instituciones sin internación juegan factores como, historia de atención en el centro, antigüedad de la relación con el profesional, percepción de la gravedad de la situación de enfermedad y situación del servicio.

El ambiente de las instituciones de salud, organización y recursos tanto físicos como humanos, también podrían influir en la percepción de violencia en la atención de salud.

Entre los factores relacionados a los agresores internos estarían asociados con el nivel de jerarquía, cargo o actividad al interior del establecimiento. La interacción de estos factores podría tener consecuencias en el establecimiento de salud en el cual se encuentra.

En la víctima (trabajador) podría presentar repercusiones en la salud física y/o psicológica, que se pueden manifestar de diversas formas, generar rechazo por parte de la víctima, una evaluación negativa del trabajo realizado y la continuación de conductas violentas en la atención en dicha institución.

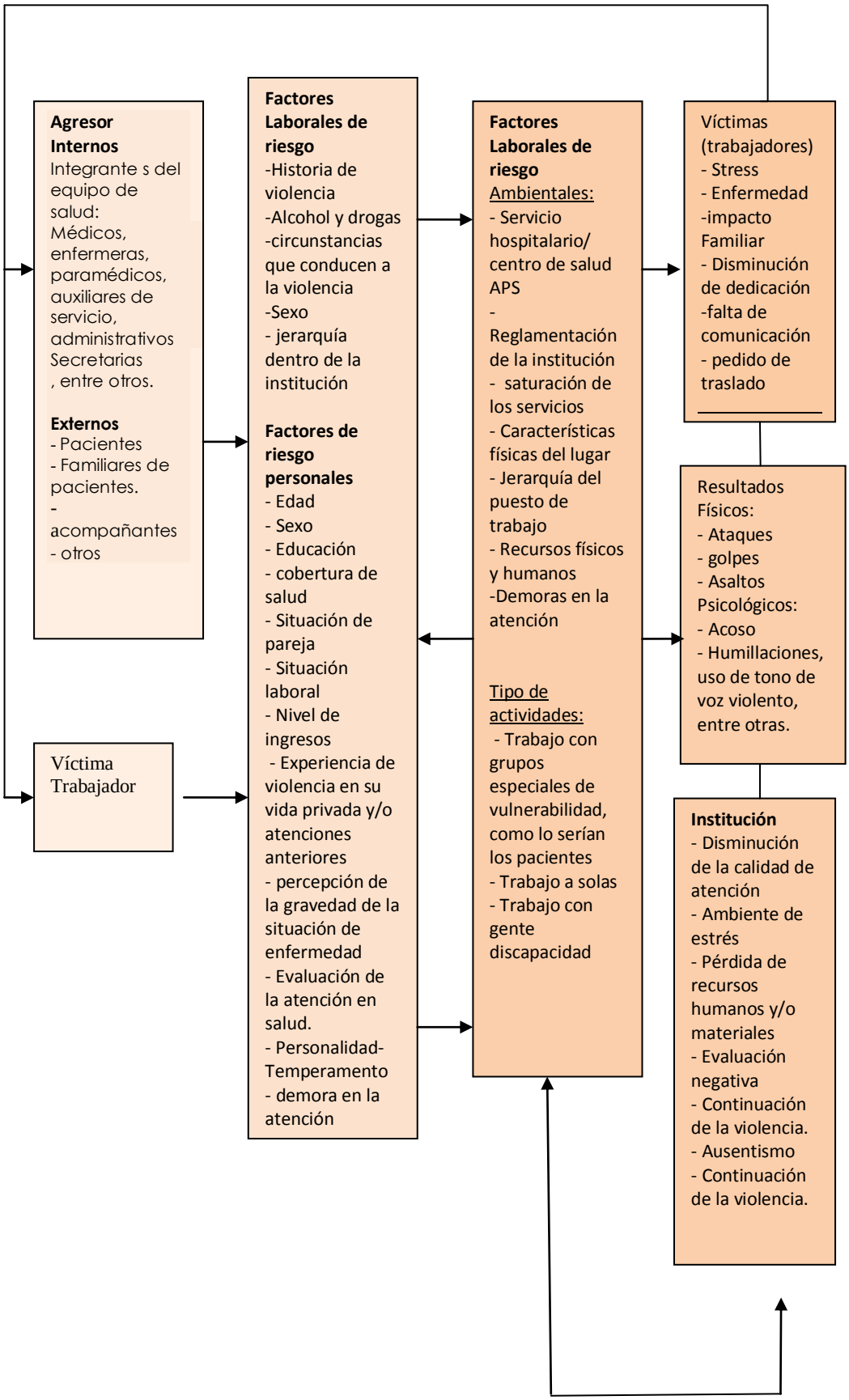

Figura Nº3. Violencia Laboral: Un Modelo Interactivo aplicado al Sector salud

Entre las variables sociodemográficas que influyen en la víctima de actos agresivos se encuentran; edad, educación, nivel socioeconómico, la posición de jerárquica en la institución y las experiencias de maltrato previo.

Definiciones teóricas de las dimensiones de estudio.

A los fines de este estudio se adopto el Modelo Interactivo de Violencia Laboral desarrollado por Chappell y Di Martino[38], adaptado al contexto local. Se escoge este modelo ya que el mismo aborda la violencia laboral y ha sido aplicado en el sector salud, mientras que el modelo ecológico se aplica a situaciones de violencia familiar y/o social.

El modelo identifica varios grupos de factores relevantes en la explicación de cómo la interacción entre el perpetrador (agresor) y la víctima producen un ambiente de violencia en el lugar de trabajo. Entre éstos se encuentran factores propios de la víctima, del agresor, y del ambiente de trabajo en el que se desarrollan las acciones. Postulan que la producción de violencia depende de la existencia e interacción de estos factores potenciales.

Se adopto este modelo en reconocimiento de su potencial para interpretar la complejidad del fenómeno, en los contextos a los que se aplica. Además el mismo ya ha sido aplicado al estudio del fenómeno en América Latina[39]

Objetivos

Objetivo General

Caracterizar la problemática de la violencia a la que están expuestos los trabajadores de la salud, en servicios de salud públicos y privados de la ciudad de Córdoba

Objetivos específicos

- Determinar la magnitud de las situaciones de violencia laboral vividas por los trabajadores de salud, sus tipos y manifestaciones.
- Reconocer agentes agresores o victimarios percibidos.
- Identificar las situaciones laborales que propician o generan actos violentos y las condiciones del entorno laboral asociadas a la ocurrencia de las mismas.
- Describir la forma de actuar de los trabajadores frente a los actos de violencia que sufren.
- Enumerar las consecuencias que identifican los trabajadores de la salud, de la violencia a la cual están expuestos.
- Identificar grupos de trabajadores que se constituyen en grupos con mayor vulnerabilidad a sufrir actos de violencia.

Metodología del estudio

Tipo de estudio.

Estudio exploratorio de corte transversal; investiga el fenómeno de la violencia ocupacional hacia trabajadores de la salud.

Universo y unidad de análisis

El universo de este estudio estuvo constituido por todos los trabajadores de la salud de la ciudad de Córdoba que están empleados en instituciones de salud atendiendo a su condición de: público o privado; teniendo en cuenta el nivel de complejidad: con internación o sin internación, durante el período comprendido entre los meses de septiembre del año 2008 a septiembre del año 2009.

La unidad de análisis en esta investigación, está representada por el trabajador de la salud de la ciudad de Córdoba que este empleados en instituciones de salud atendiendo a su condición de público o privado; teniendo en cuenta el nivel de complejidad: con internación o sin internación y que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos.

Muestra

La muestra estuvo conformada por un total de 336 trabajadores que aceptaron participar voluntariamente y respondieron a la encuesta, al analizar los valores perdidos se observó que 15 casos carecían de información en casi la totalidad de las variables, por lo cual se decidió no contemplarlos en el análisis de datos. Quedando la muestra finalmente constituida por 321 trabajadores.

Los datos fueron recolectados aplicando el instrumento recolector de datos (encuesta de percepción de la violencia de los trabajadores de la salud) a trabajadores de la salud de en instituciones categorizadas en públicas y privadas según su tipo y según su complejidad en con internación y sin internación, por accesibilidad.

Por razones éticas y ser la violencia un tema sensible de tratar en la sociedad se mantiene en el anonimato las instituciones donde se realizaron las encuestas.

Criterios de inclusión de la muestra:

a) Ser trabajador de una institución de salud atendiendo a su condición de: público o privado; teniendo en cuenta el nivel de complejidad: con internación o sin internación de la ciudad de Córdoba con alguna relación contractual comprobable –remunerada-

b) aceptar participar voluntariamente del estudio.

Plan de análisis de los datos

Los datos surgidos de las encuestas fueron capturados en una base de datos para su procesamiento y análisis posterior. Para ello se utilizó el programa SPSS15.0 para Windows.

El programa computacional SPSS para Windows en su versión 15.0, permitió realizar el análisis estadístico descriptivo.

Se realizó en primer lugar, un análisis descriptivo de los datos con el objeto de explorar el comportamiento de las variables en general (frecuencias y medidas de tendencia central). En este análisis se obtuvieron los porcentajes en cada una de las categorías de las variables.

Posteriormente se realizaron cruzamientos de variables. Con esta finalidad, se realizaron tablas de contingencia utilizando el estadístico chi-cuadrado. Si esta prueba resulta significativa, se asume que hay relación entre las variables; es decir, se rechaza la hipótesis nula de no-asociación. El punto crítico de rechazo de la hipótesis nula es el valor alfa=0.05. Todo valor de significación igual o menor que 0.05, permite rechazar la hipótesis. Por el contrario, si el valor de significación es mayor a 0.05, se asume que no hay asociación. Para determinar el grado de asociación existente entre las variables se utilizó el estadístico V de Cramer. El valor 1 de este estadístico indica la medida óptima de asociación; por el contrario, el valor 0 indica ausencia de asociación.

Las variables Edad, Ocupación y Tiempo que trabaja en la institución fueron categorizadas con la finalidad de que en cada categoría hubiera suficientes casos como para realizar comparaciones entre grupos. En las tablas 2, 3 y 4 se muestran los resultados de la categorización.

Tabla nº 2. Categorización de la variable *Edad.*

Edad: años	Categoría Asignada
17a 35	1
36 a 61	2

*Elaboración propia en base al diseño metodológico

Tabla nº 3. Categorización de la variable *Ocupación.*

Ocupación/Profesión	Categoría Asignada
Médicos	1
Enfermeras	2
Residentes	3
Otros profesionales de la salud	4

*Elaboración propia en base al diseño metodológico

La categoría "otros profesionales de la salud" está conformada por las siguientes ocupaciones/profesiones: administrativos/secretarias, psicólogos, licenciados en producción de bioimágenes, paramédicos, trabajadores sociales, odontólogos, personal de limpieza, camilleros, personal de mantenimiento, bioquímicos, guardia de seguridad, auxiliar de farmacia, auxiliar de servicios.

Tabla nº 4. Categorización de la variable *Tiempo que trabaja en la institución.*

Tiempo que trabaja en la institución: años	Categoría Asignada
Menos de 5 años	1
Más de 5 años	2

***Elaboración propia en base al diseño metodológico**

Resultados

Inicialmente se presentan los datos de caracterización de la muestra estudiada y posteriormente los correspondientes a los resultados del estudio.

Descripción de la muestra

En la tabla nº 5 se muestra la distribución de la muestra entre el tipo de institución y complejidad de la misma. El 57,0% de los participantes trabajan en instituciones de salud públicas, el 47,4% lo hace en instituciones con internación.

Del total de trabajadores de instituciones públicas el 57,9% se desempeña en instituciones con internación.

Tabla n° 5. Distribución de Trabajadores según institución y complejidad de la misma.

Tipo de institución	Instituciones publicas				Instituciones privadas				Total
	N		%		N		%		N
Trabajadores	183		57,0		138		43,0		321
Complejidad	Con internación				Sin internación				
	152		47,4		169		52,6		321
	Instituciones publicas				Instituciones privadas				
Complejidad de institución	Con internación		Sin internación		Con internación		Sin internación		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Trabajadores	106	33,0	77	24,0	92	28,7	46	14,3	321

*Elaboración propia con datos recolectados con el instrumento percepción de la violencia de los trabajadores de la salud

En la tabla n° 6 se observa la composición de la muestra según sexo, edad y ocupación. De la muestra el 31,2% son de sexo masculino y el 68,8% de sexo femenino, en consonancia con estudios realizados sobre las características de los trabajadores de la salud de Córdoba[40], donde se estima un 70% de trabajadores

mujeres en el sector. En lo que refiere a su distribución etárea, el 62,9% de los participantes tiene entre 17 y 35 años de edad y el 37,1% entre 36 y 61 años.

Respecto de la distribución por ocupación/profesión, el 29,9% son enfermeras/os; el 24,0% residentes; el 21,5% médicos/as y el 24,6% otros trabajadores de la salud. Teniendo en cuenta que los residentes son médicos/as en formación se puede decir que el 45,5% son médicos/as.

Estudios realizados en la Argentina de la conformación de los equipos de salud se observo que existe una relación medico/as – enfermera/os de 2 a 1.

Tabla n°6: Características sociodemográficas de los trabajadores encuestados

Tipo de institución		Instituciones publicas				Instituciones privadas				Total
Complejidad de la institución		Con internación		Sin internación		Con internación		Sin internación		
		N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**%**
Sexo	Femenino	68	**21,2**	63	**19,6**	65	**20,2**	25	**7,8**	**68,8**
	Masculino	38	**11,8**	14	**4,4**	27	**8,4**	21	**6,5**	**31,2**
Edad	17 a 35	62	**19,3**	36	**11,2**	71	**22,1**	33	**10,3**	**62,9**
	36 a 61	44	**13,7**	41	**12,8**	21	**6,5**	13	**4,0**	**37,1**
Ocupación	Médicos/as	18	**5,6**	25	**7,8**	8	**2,5**	18	**5,6**	**21,5**
	Enfermeras/os	37	**11,5**	10	**3,1**	12	**3,7**	37	**11,5**	**29,9**
	Residentes	27	**8,4**	14	**4,4**	9	**2,8**	27	**8,4**	**24,0**
	Otros trab.	24	**7,5**	28	**8,7**	3	**0,9**	24	**7,5**	**24,6**

*Elaboración propia con datos recolectados con el instrumento percepción de la violencia de los trabajadores de la salud

De los trabajadores encuestados el 63,6% declaran una antigüedad en el lugar de trabajo menor a 5 años y el 60,4% del personal pertenece a la planta permanente.

De la composición de la muestra se puede concluir que la muestra estudiada está compuesta en su *mayoría por mujeres médicas jóvenes de planta permanente.*

A continuación se detallarán los resultados obtenidos del análisis de los datos.

Presencia de situaciones de violencia

Al indagar sobre la frecuencia en que se presentan situaciones de violencia hacia los trabajadores en la institución donde trabajan. Los mismos debían valorar en una escala de cinco puntos l entre los extremos de *Nunca* a *Muy frecuentemente*.

Según aparece en el grafico n° 1 la frecuencia modal es *Ocasionalmente* (36,1%). Si a esta frecuencia se suma la categoría *Muy frecuentemente*, se tiene que el 62,9% de las personas encuestadas manifiestan que se presentan situaciones de violencia en la institución.

Ante el enunciado si hay amenazas de agresiones hacia los trabajadores. Los porcentajes con igual modo de respuesta que la anterior, se observo que el 32,1% de los encuestados responden *Ocasionalmente*; el 31,8% *Rara vez*; el 23,6% *Nunca* y el 12,5% *Muy frecuentemente.*

Frente a la pregunta si en la institución se conocieron casos de acoso sexual, la mayoría de las personas responde *Nunca*. Sin embargo es relevante el porcentaje de respuestas si sumamos el resto de las categorías (*Rara vez*, *Ocasionalmente* y *Muy frecuentemente*). Estas alcanzan un 34,3%, es decir que de un total de 321 personas, 110 conocieron casos de acoso sexual en la institución donde trabajan.

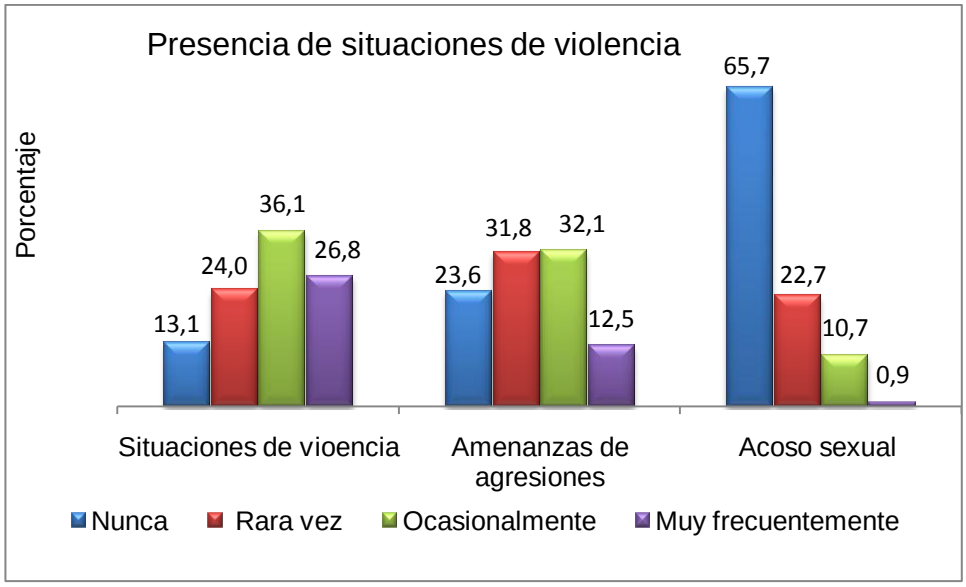

Grafico 1. Distribución de frecuencias de las respuestas a las preguntas si en la institución existen situaciones de violencia hacia los trabajadores; si hay amenazas de agresiones hacia los trabajadores y si en la institución se conocieron casos de acoso sexual.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en relación al conocimiento de casos de acoso sexual según el tipo de complejidad de la institución en la que se desarrollan. Así puede inferirse que los trabajadores de las instituciones con internación, conocen la existencia de más casos de acoso sexual en su lugar de trabajo, que los trabajadores de las instituciones sin internación.

Además, se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) según la edad del encuestado, los más jóvenes (trabajadores cuya edad está comprendida entre 17 y 35 años) percibieron la existencia de acoso sexual más frecuentemente que los trabajadores cuya edad está comprendida entre 36 y 61 años. Por último, cabe señalar que médicas/os y residentes dijeron conocer más casos de acoso sexual que las enfermeras/os en su lugar de trabajo con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

La percepción sobre si en la institución existen situaciones de violencia hacia los trabajadores presentó una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en relación al sexo del encuestado, siendo las mujeres quienes percibieron más situaciones de violencia en sus lugares de trabajo. Además médicas/os y residentes identificaron más situaciones de violencia que las enfermeras en su lugar de trabajo, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Tipos y manifestaciones de la violencia

Cuando se indagó sobre los tipos y manifestaciones de la violencia, se presentó una lista de diferentes modalidades en que suele manifestarse la violencia, brindando la posibilidad de agregar otras formas no contempladas en la lista. La consigna solicitada fue marcar con una cruz cuáles de las formas de violencia presentadas suceden en la institución donde trabaja. Se detallan a continuación los ítems según el porcentaje de respuestas en cada uno de ellos.

En primer lugar, se detallan aquellos que obtuvieron porcentajes entre el 50% y el 70%; en segundo lugar, aquellos que obtuvieron un porcentaje entre el 20% y el 50%; y finalmente aquellos ítems que obtuvieron porcentajes entre el 0% y el 10%.

Como se observa en el grafico n°2, los *gritos* son la forma de violencia que se presenta en la institución con mayor porcentaje de respuesta. De un total de 321 encuestados, 209 marcaron esta alternativa, esto es el 65,1% de los participantes del estudio. Otro dato significativo es que 177 personas manifestaron que los *insultos* son otra forma de violencia presente en la institución; esto implica un 55,1% del total de entrevistados. Casi la misma cantidad de personas (174) marcaron *descalificación*, es decir, el 54,2% de los encuestados. Finalmente los *llamados de atención en* público,

representa la cuarta forma de violencia con mayor porcentaje de respuestas (50,2%).

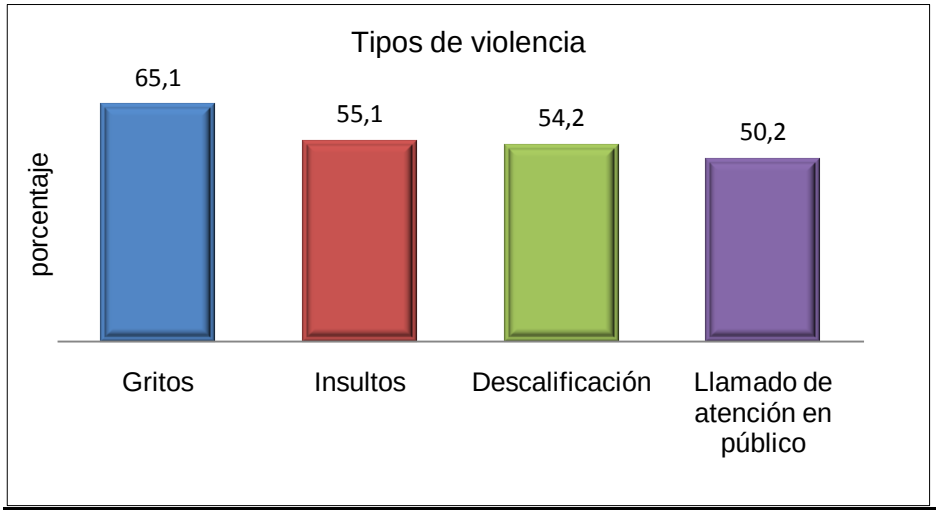

Grafico n°2. Distribución de frecuencias de respuestas entre el 50% y el 70%.

También resulta relevante la cantidad de encuestados/as que respondieron que la *desautorización* (46,4%), el *sarcasmo* (46,4%), las *amenazas* (45,5%) y el *desprecio* (40,8%) como forma frecuente de manifestarse la violencia. Así como la cantidad que respondieron que las *burlas* (33,6%), las *miradas insinuantes* (31,8%), y la *ridiculización* (29,9%) son formas de violencia que suceden en la institución donde trabajan. (Grafico n°3)

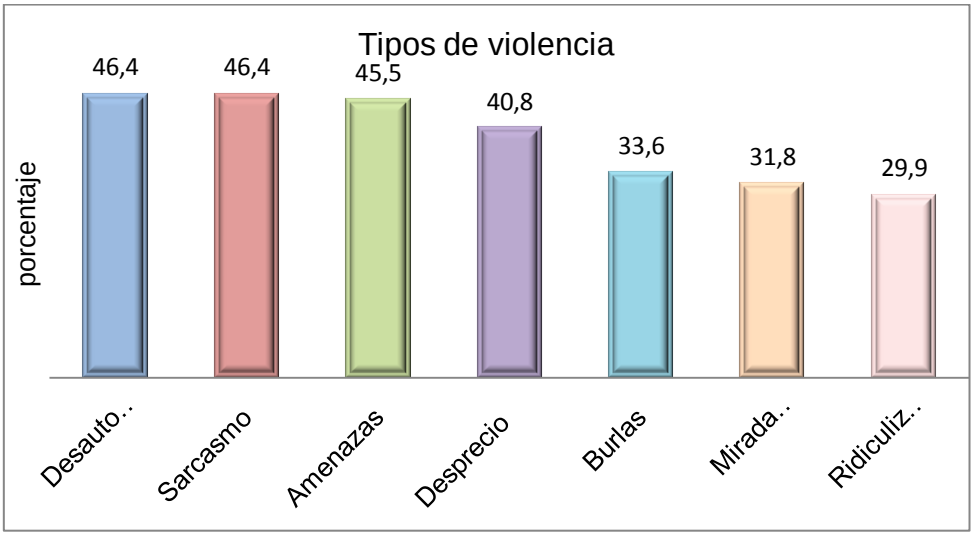

Grafico n°3. Distribución de frecuencias de respuestas entre el 20% y el 50%.

Las formas de violencia que obtuvieron menor porcentaje de respuestas son las *agresiones físicas* (8,7%), los *piropos obscenos* (7,8%), *acosos sexuales* (7,5%), *contacto físico o roce indeseado* (2,8%), (Grafico n° 4)

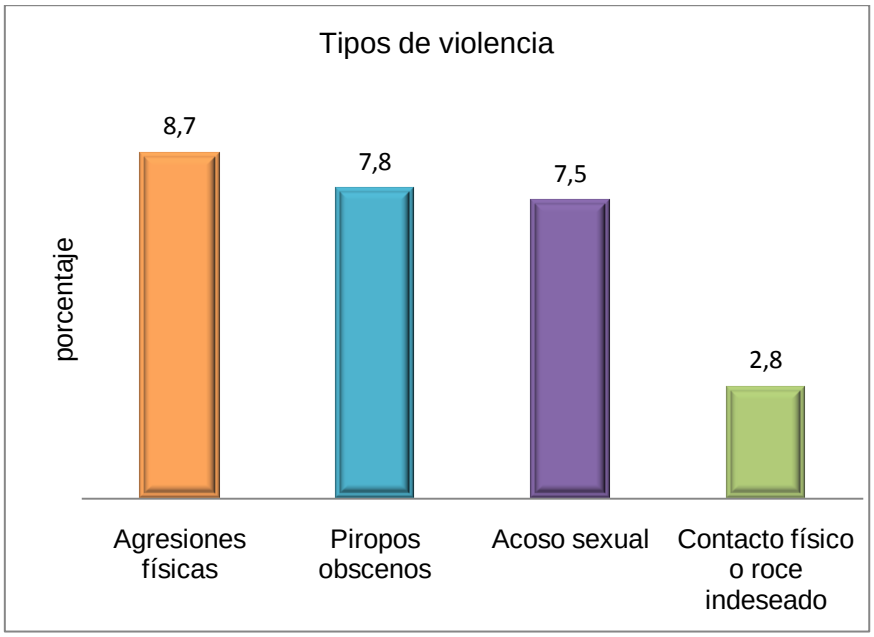

Grafico n°4. Distribución de frecuencias de respuestas entre el 0% y el 10%.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) al relacionar algunas formas de manifestación de la violencia tales como *insultos, amenazas, agresiones físicas y gritos* con el tipo de dependencia del establecimiento (estatal o privada) en la que se despeña el trabajador, infiriéndose que los trabajadores de instituciones estatales percibieron más frecuentemente las manifestaciones mencionadas que los encuestados en instituciones privadas.

Asimismo, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en relación a que los trabajadores de instituciones con internación percibieron más agresiones físicas,

descalificación y llamados de atención en público, que los encuestados en centros de atención ambulatoria (instituciones sin internación).

Al relacionar la *edad y la ocupación* con *llamado de atención en público,* se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) evidenciándose que los trabajadores cuya edad está comprendida entre los 17 y 35 años, enfermeras/os y residentes, percibieron más casos de llamado de atención en público que los trabajadores cuya edad está comprendida entre 36 y 61 años y médicas/os.

Finalmente cabe señalarse que algunas personas destacaron que suceden las siguientes formas de violencia, además de las contempladas en el cuestionario: *acusaciones de robo*, *daños materiales*, *indiferencia*, *discriminación*, *injusticia*, *baja remuneración*, *soberbia*, *carga horaria no fija*, *guardias de 24 hs*.

Agentes agresores

Se indagó sobre los sujetos que generan situaciones de violencia en la institución y con qué frecuencia lo hacían. En la encuesta se presentaba una lista de agentes agresores reconocidos en la bibliografía, dando la posibilidad de agregar otros no contemplados. En una escala de cuatro puntos los participantes valoraron entre los extremos de *Nunca* a *Muy frecuentemente*.

Se organizó la presentación diferenciando agentes externos de los internos. Como se observa en el grafico n°5, están representados los agentes agresores externos reconocidos dentro de esta categoría se enmarcan los pacientes y familiares y/o acompañantes de los pacientes.

Un 50,7% de los encuestados respondió que los *familiares/ acompañante de los pacientes* generan situaciones de violencia en la institución muy frecuentemente; si a esta categoría se suma la

siguiente (*Ocasionalmente*) se obtiene el 83,9 %; esto equivale a 269 personas de un total de 321.

El 42,4% de los encuestados considera que los *pacientes* son quienes *ocasionalmente* generan situaciones de violencia; el 31,2% considera que muy frecuentemente, si a esta categoría se suma la (*Ocasionalmente*) se obtiene el 73,6%; esto equivale a 236 personas de un total de 321.

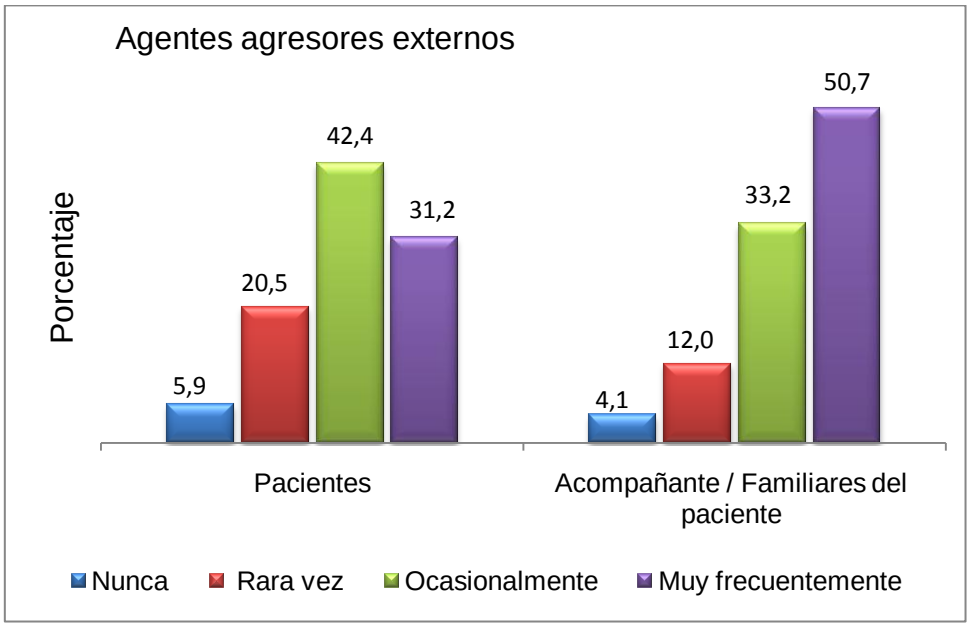

Grafico n°5. . Distribución de frecuencias de agentes agresores externos reconocidos.

A los agentes agresores internos se los clasificó según su jerarquía en *trabajadores de menor jerarquía y trabajadores de mayor jerarquía.*

Los *trabajadores de menor jerarquía* fueron los sujetos que obtuvieron el menor porcentaje de respuesta en la categoría *Muy frecuentemente (7,5%).* Sin embargo, si a este porcentaje se le suma la categoría siguiente (*Ocasionalmente*), se obtiene el 34,9% de los encuestados. (Grafico n°6).

Los trabajadores con mayor jerarquía son reconocidos como los agentes que generan situaciones de violencia muy frecuentemente en un 24,0 % y ocasionalmente el 30,8%; si se

suman estas dos categorías se obtiene que un 54,8% de los encuestados reconoce a estos agentes como generadores de situaciones de violencia.

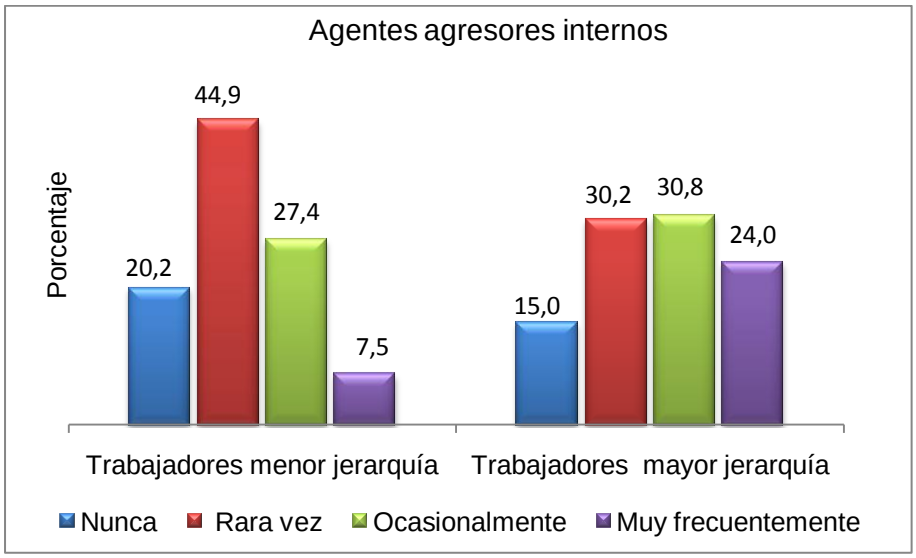

Grafico n°6. Distribución de frecuencias de agentes agresores internos reconocidos.

Dentro de los agentes agresores internos se indago según su ocupación, los *administrativos* (17,4%), los *médicos* (14,6%) y *enfermeros* (14,7%) fueron los porcentaje en relación a la categoría *Muy frecuentemente.* Sin embargo, si a estos porcentajes se les suma la categoría siguiente (*Ocasionalmente*) se obtienen porcentajes donde más del 40% de los encuestados responden que estos grupos generan situaciones de violencia en la institución (grafico n°7).

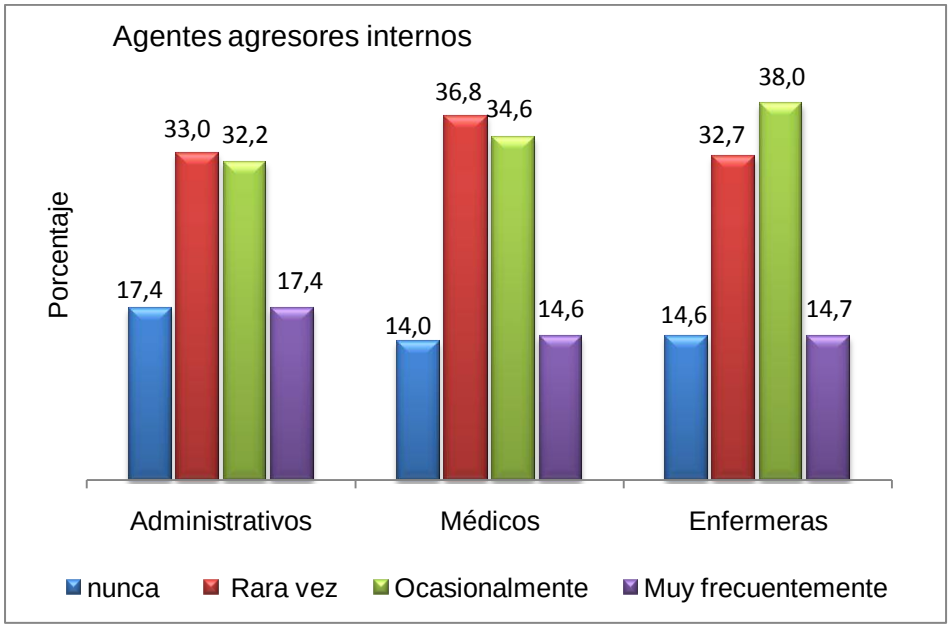

Grafico n°7. Distribución de frecuencias sobre sujetos que generan situaciones de violencia en la institución.

Los encuestados que trabajan en instituciones con internación (hospitales), reconocen a los familiares y/o acompañantes de los pacientes como principales agentes agresores, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) que los encuestados que trabajan en instituciones sin internación.

Condiciones laborales y situaciones donde se perciben hechos de violencia.

Los participantes debían responder su grado de acuerdo (en una escala de cuatro puntos. Valorando entre los extremos de *Muy en desacuerdo* a *Muy de acuerdo,* en relación a las situaciones laborales donde los trabajadores de la salud se sienten violentados.

Al preguntar si *la falta de respuesta inmediata por parte de la institución genera violencia en los pacientes y/o acompañantes*, el 57,0% responde *De acuerdo* y el 30, 5% *Muy de acuerdo*. El 87,5% de los encuestados reconocen a la falta de respuesta inmediata por parte de la institución como generadora de situaciones violentas.

Respecto al enunciado "*Los roces se generan por las demoras en la atención"* el 60,7% respondió de acuerdo y el 26,2% muy de acuerdo. Si sumamos las categorías de acuerdo y muy de acuerdo obtenemos que el *86,9 %* de los encuestados que declaran como situación donde se genera violencia a la demora en la atención, como se puede observar en el grafico n°8.

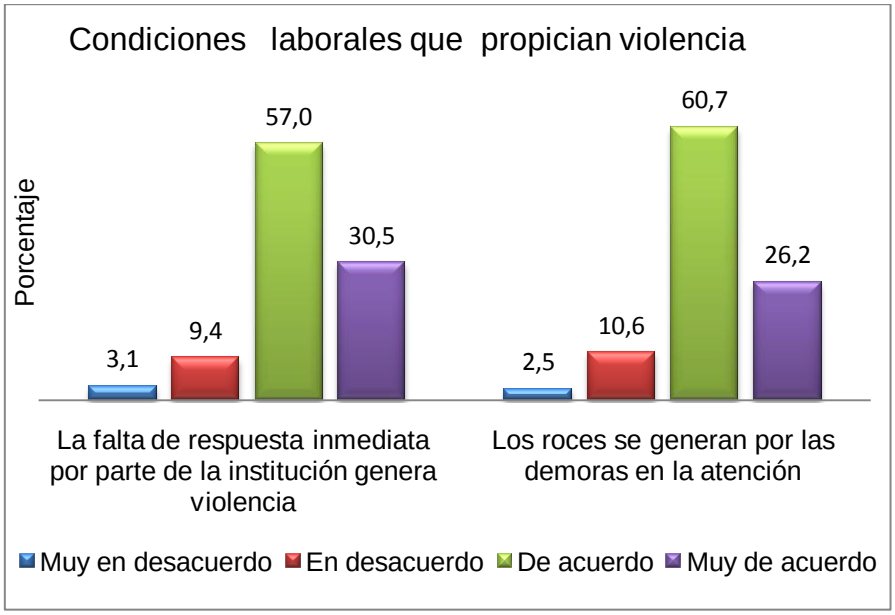

Grafico n°8. Distribución de frecuencias sobre "la falta de respuesta inmediata por parte de la institución genera violencia en los pacientes y/o acompañantes" y "*Los roces se generan por las demoras en la atención"*

Se sigue igual tendencia al preguntar si la *falta de turnos hace que los pacientes se pongan violentos*, el 55,6% de los encuestados responde *De acuerdo* y el 26,1% *Muy de acuerdo*, esto equivale a 267 personas sobre un total de 321

Mientras que al preguntar si *los pacientes se ponen violentos ante la falta de insumos como medicamentos o vacunas,* la categoría modal sigue siendo *De acuerdo* (52,9%), pero es seguida por la categoría *En desacuerdo* (32,0%). (Grafico n°9).

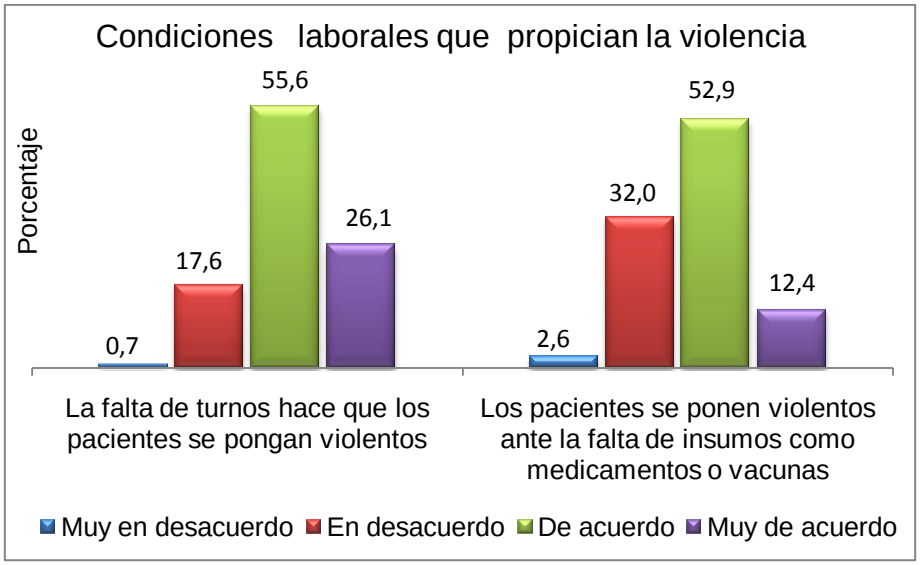

Grafico n°9. Porcentaje de respuestas sobre "Los pacientes se ponen violentos ante la falta de insumos como medicamentos o vacunas" y la *falta de turnos hace que los pacientes se pongan violentos*.

Ante la pregunta *Cuando tienen que esperar demasiado tiempo para ser atendidos los pacientes suelen reaccionar agrediendo al personal,* el 54,2% de los encuestados responden De acuerdo y el 24,9% Muy de acuerdo si se suman estas dos categorías resulta que el 79,1% reconoce que tiempos prolongados de espera propician violencia, como se puede observar en el grafico n°10.

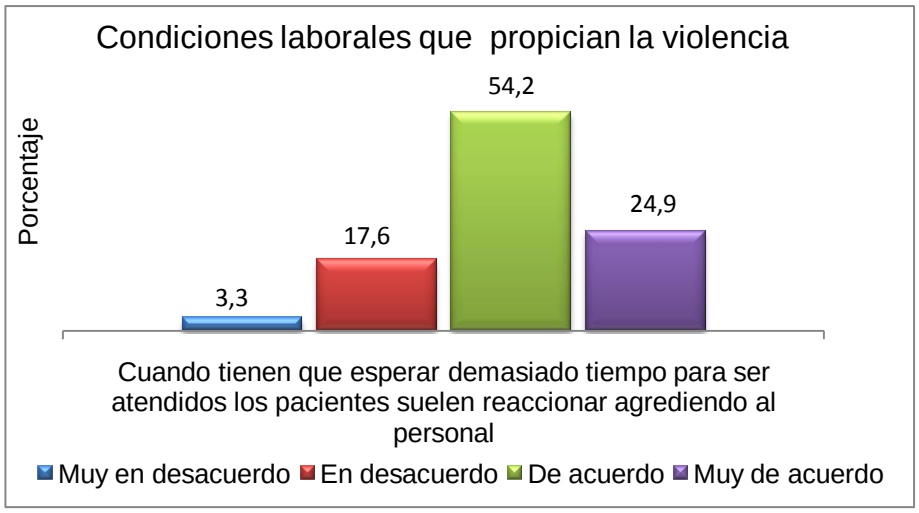

Grafico n°10. Porcentaje de respuestas sobre "Cuando tienen que esperar demasiado tiempo para ser atendidos los pacientes suelen reaccionar agrediendo al personal"

Cuando se indago sobre situaciones generadas por los trabajadores, el 53,6% respondió De acuerdo respecto a la pregunta *"Los profesionales de la salud al subestimar al paciente propician violencia"* y un 10, 5% Muy de acuerdo.

Otra situación que alcanza valores similares a los mencionadas anteriormente, es la "*Los profesionales de la salud al dar pocas explicaciones a los pacientes, propician violencia*" el 49,7% respondió De acuerdo y el 17,6% Muy de acuerdo (grafico n°11).

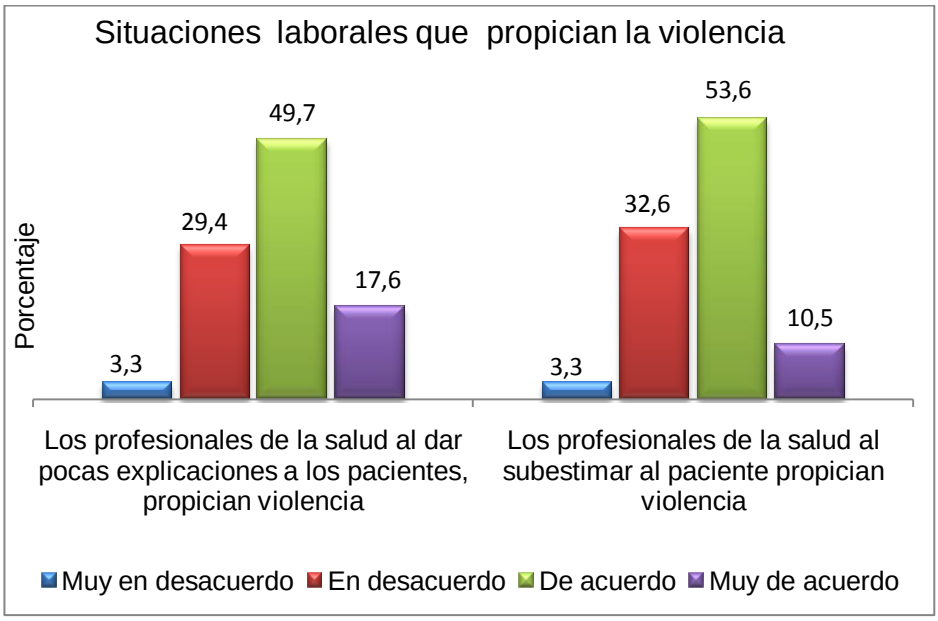

Grafico n°11. Distribución de frecuencias de respuestas sobre Los profesionales de la salud al subestimar al paciente y al dar pocas explicaciones a los pacientes, propician violencia

Al preguntar si *Los médicos al no saber manejar la ansiedad de los pacientes propician violencia* el 53,6% declaró De acuerdo y el 15% Muy de acuerdo; respuestas similares se obtienen en la pregunta *Los administrativos al dar pocas explicaciones generan situaciones de violencia* donde el 53,6% respondió De acuerdo y el 12,4% Muy de acuerdo lo que se observa en el grafico n°12.

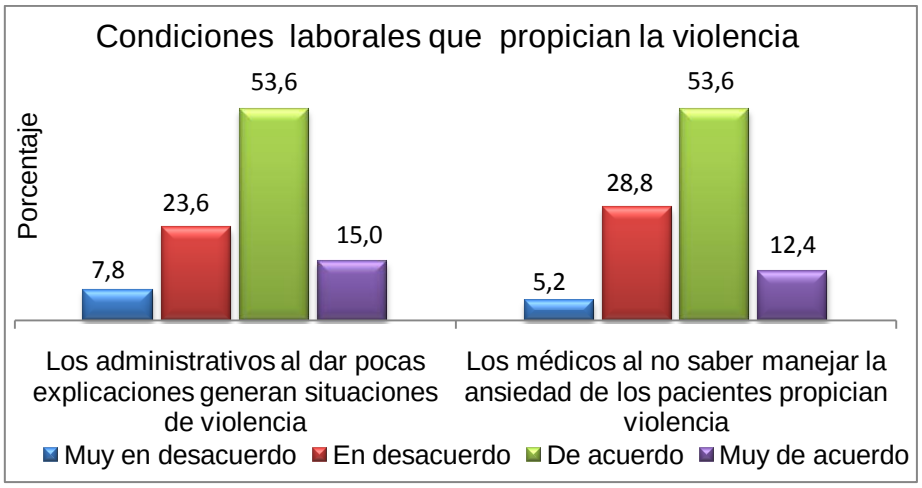

Grafico n°12. Distribución de frecuencias de respuestas sobre Los médicos al no saber manejar la ansiedad de los pacientes y Los administrativos al dar pocas explicaciones generan situaciones de violencia

En el grafico n°13 se muestra los porcentajes de respuesta en relación a las preguntas *Los fines de semana suelen suscitarse más situaciones violentas que en el resto de la semana* donde el 69% respondió estar muy en desacuerdo. Frente al enunciado Las agresiones ocurren tanto los días de semana como los fines de semana, no hay diferencias el 58,2% declaró de acuerdo.

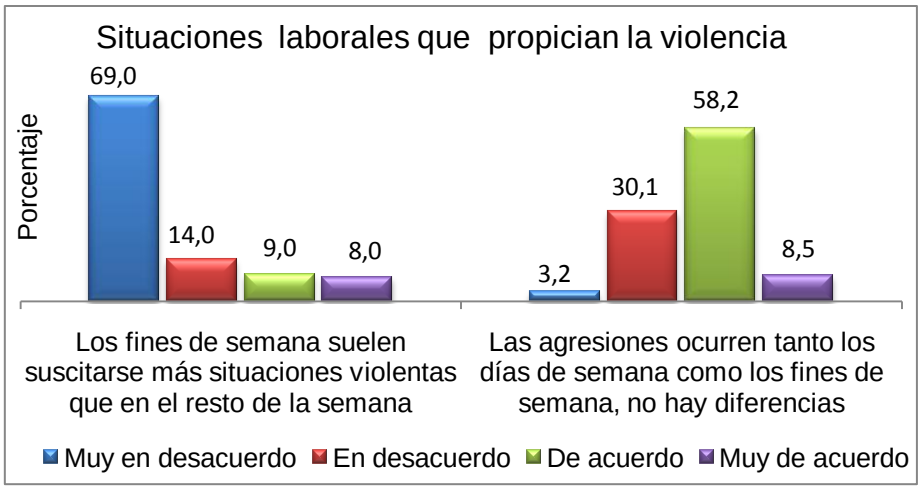

Grafico n°13 Porcentaje de respuestas sobre *Los fines de semana suelen suscitarse más situaciones violentas que en el resto de la semana* y Las agresiones ocurren tanto los días de semana como los fines de semana, no hay diferencias.

Se indagó sobre la carga de trabajo, el 67,3% declaró De acuerdo a que *cuando la carga de trabajo es muy grande se producen situaciones de violencia*, seguida por Muy de acuerdo con 20,3%.

Respecto a si *hay disputas por espacios físicos entre los trabajadores lo que genera situaciones violentas*. A diferencia de las situaciones analizadas anteriormente, la categoría modal es *En desacuerdo* 45,1% (grafico n°14)

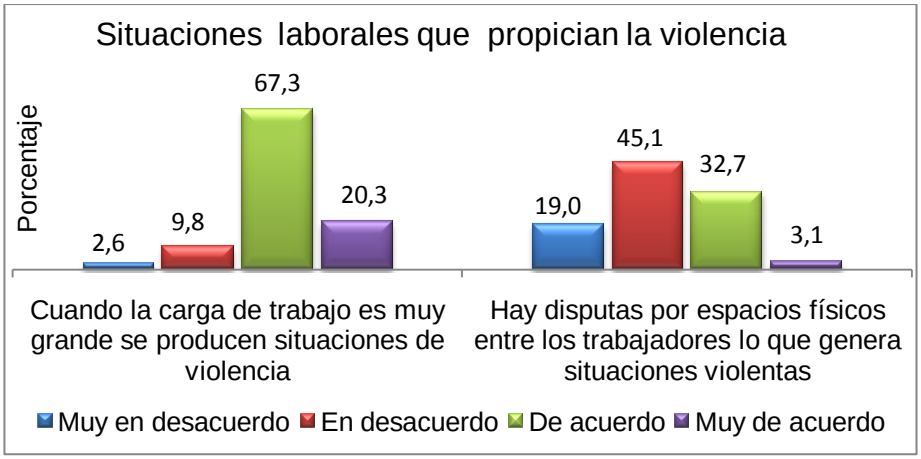

Grafico n°14. Porcentaje de respuestas sobre "Hay disputas por espacios físicos entre los trabajadores lo que genera situaciones violentas" y "Cuando la carga de trabajo es muy grande se producen situaciones de violencia"

Al analizar las distintas situaciones laborales, en las cuales los trabajadores se sienten más violentados y las condiciones del entorno laboral asociadas a la ocurrencia de las mismas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en las asociaciones entre las variables Complejidad de la institución (con y sin internación) con Carga de trabajo, y Complejidad de la institución con demoras en la atención. Así puede decirse que los trabajadores de las instituciones con internación (hospitalarias)

percibieron en mayor medida, que los encuestados en instituciones sin internación (centros ambulatorios), que cuando la carga de trabajo es muy grande y hay demoras en la atención, se producen situaciones de violencia y roces.

Formas de actuar de los trabajadores frente a la violencia que sufren.

Se solicitó a los encuestados que respondieran la manera en la que los trabajadores reaccionan cuando son agredidos y con qué frecuencia. Los participantes debían responder en una escala de cuatro puntos, entre los extremos de *Muy frecuentemente* a *Nunca* ante una lista de comportamientos usuales luego de vivir situaciones de violencia.

Se defiende verbalmente y utiliza la defensa física resultaron ser las forma más frecuente de actuar de los trabajadores frente a un acto de violencia. Si sumamos las categorías *Muy frecuentemente* y *Ocasionalmente,* obtenemos un 81,9% de los trabajadores que eligen estas maneras de reaccionar frente a la violencia.

Porcentajes similares de respuestas se obtiene en *No hace nada, continua con su tarea,* donde el 40,8% responde *Muy frecuentemente,* si a esta categoría le sumamos la *ocasionalmente* se obtiene el 76% de los participantes.

La cuarta alternativa con mayor porcentaje de respuestas en dichas categorías es *Negocia soluciona el conflicto*, donde el porcentaje alcanza un 74,8%. Finalmente *informa a la jefatura* (12,2%) y *huir* (1,5%) son las alternativas que menor porcentaje obtuvieron como formas de reaccionar frente a la violencia. (Grafico n° 15)

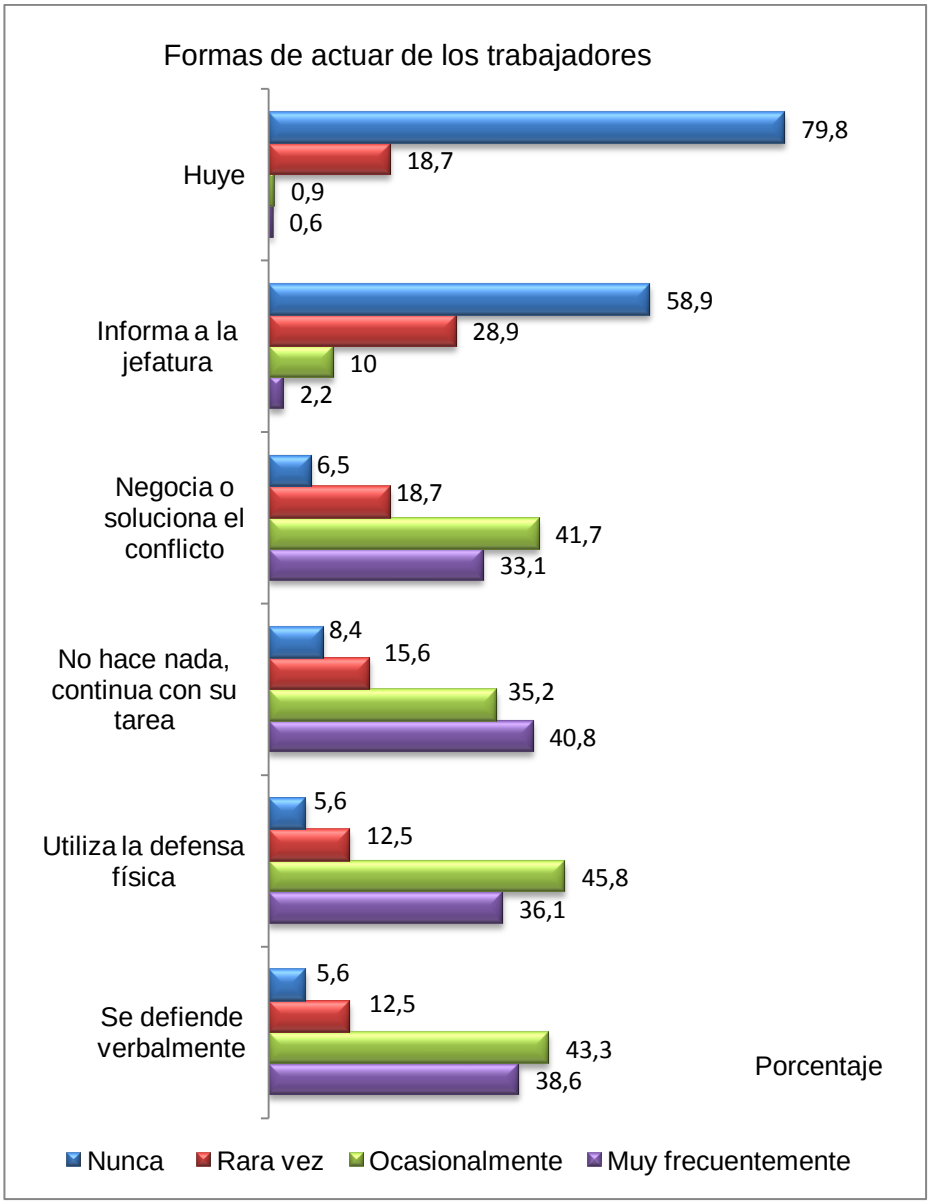

Grafico n°15. Porcentaje de respuestas acerca de las maneras en que los trabajadores reaccionan cuando son agredidos.

Algunos encuestados agregaron las siguientes maneras de reaccionar, además de las contempladas en el cuestionario: *se queda callado*, *se deprime*, *trato de hablarlo personalmente*, *no se defiende pero se descarga con sus compañeros*, *hacen oído sordo a los pedidos de los familiares que esperan.*

Representaciones sobre las consecuencias de la violencia en los trabajadores que la han padecido.

Se solicitó a los encuestados que respondieran sobre las consecuencias de la violencia en los trabajadores de la salud y la frecuencia con la que se manifiesta. Los participantes debían responder en una escala de cuatro puntos, entre los extremos de *Muy frecuentemente* a *Nunca* a una lista de consecuencias manifestadas por trabajadores en investigaciones previas.

El *estar a la defensiva* y el *agotamiento* resultaron ser las consecuencias observadas más frecuentemente después de haber vivido un episodio de violencia. Si sumamos las categorías *Muy frecuentemente* y *Ocasionalmente,* ambas dan por encima del 80%.

Respecto a La *disminución de la comunicación con compañeros y/o pacientes* al sumar las categorías *Ocasionalmente y Muy frecuentemente* se obtiene más del 70%, como puede observar en el grafico n° 16

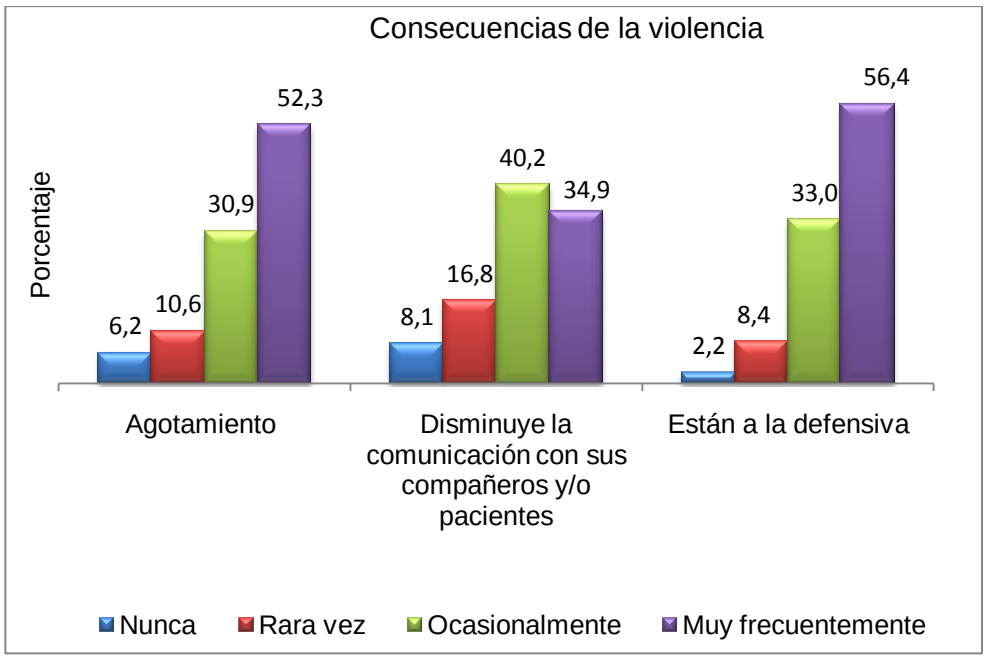

Grafico n°16. Porcentaje de respuestas acerca de las consecuencias de la violencia.

También resultaron frecuentes el *miedo de denunciar,* y el *temor de volver al trabajo*, que al sumar las categorías *Ocasionalmente y Muy frecuentemente* se obtiene un porcentaje mayor al 70%, así como el *pedido de traslado* (65,4%). (Grafico n°17)

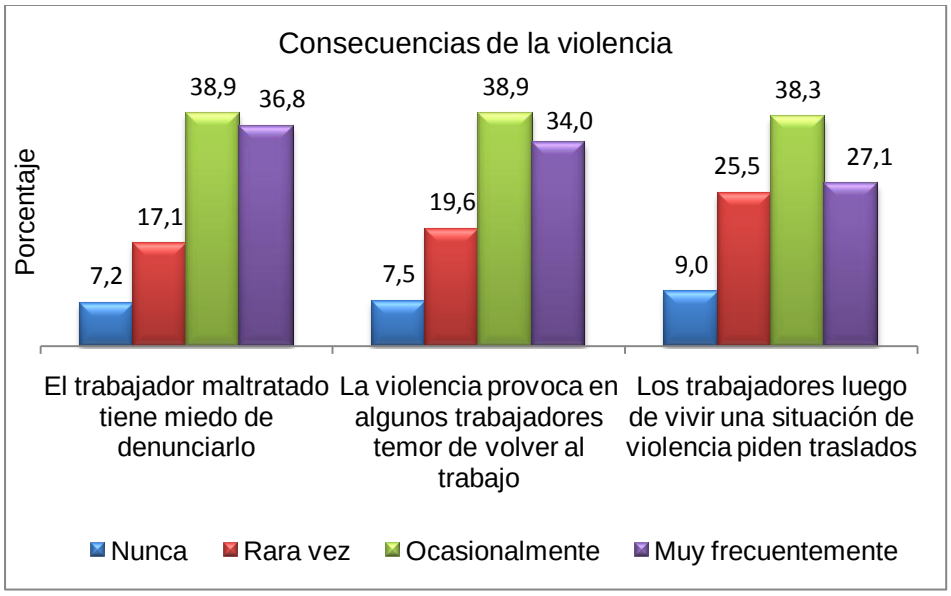

Grafico n°17. Porcentaje de respuestas acerca de las consecuencias de la violencia.

En los enunciados *se observa un abandono de tareas y disminuye su dedicación al trabajo* se presenta una distribución de las respuestas más dispersa, pero al sumar *Ocasionalmente y Muy frecuentemente* ambas superan el 50% (grafico n°18)

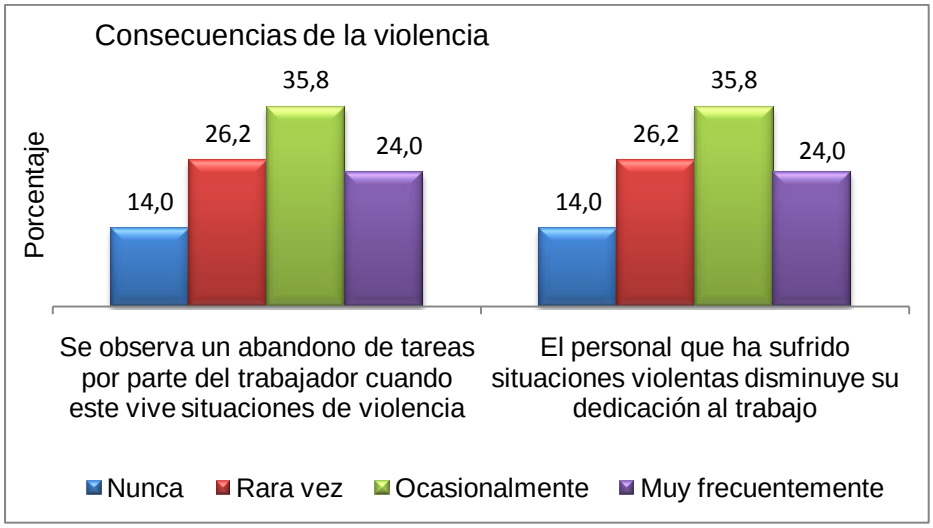

Grafico n°18. Porcentaje de respuestas acerca de las consecuencias de la violencia.

El instrumento recolector constaba de un espacio donde podían citar efectos físicos y/o emocionales que se producen en un trabajador que ha sido agredido. Algunas personas enumeraron los siguientes efectos: depresión, burn out, impotencia, falta de apoyo, llanto, angustia, cefaleas, ansiedad, pérdida de interés en las actividades cotidianas, estrés, gastritis, disminución de la participación en la institución, entre otras.

Grupos de trabajadores vulnerables a sufrir actos de violencia

Se les solicitó a los participantes que respondan según su grado de acuerdo (en una escala de cuatro puntos los encuestados valoran entre los extremos de *Muy en desacuerdo* a *Muy de acuerdo)* en relación a determinados grupos que pueden ser vulnerables a sufrir actos de violencia.

Como se observa en el grafico n° 19 las enfermeras/os son el grupo vulnerable reconocido en mayor frecuencia en las categorías *Ocasionalmente y Muy frecuentemente* al sumarlas se obtiene 89,6%, le siguen las secretarias, médicos y residentes con valores mayores a 70% y el personal de ambulancia con el 60%.

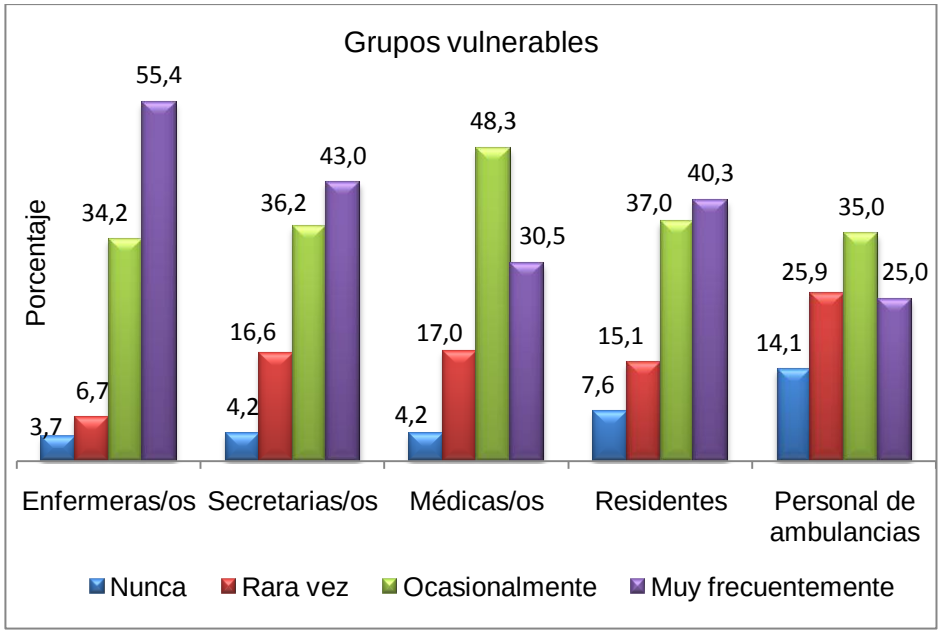

Grafico n° 19. Porcentaje de respuestas sobre grupos vulnerables.

Finalmente cabe señalarse que algunos encuestados agregaron a los grupos contemplados en el cuestionario los siguientes grupos como vulnerables: Mucamas, Camilleros y Administrativos.

Conclusiones

En el estudio sobre las representaciones de violencia, de los trabajadores de la salud en instituciones públicas y privadas, con y sin internación, de la ciudad de Córdoba, se ha podido llegar a las siguientes conclusiones de acuerdo a los resultados obtenidos:

❖ Los trabajadores de la salud encuestados manifiestan en un **62,9%** que se **presentan situaciones de violencia en la institución**, un 36,1% de modo *Ocasionalmente* y un 26,8% de manera *Muy frecuentemente*. Siendo las mujeres quienes percibieron más situaciones de violencia en sus lugares de trabajo. Además médicas/os y residentes identificaron más situaciones de violencia que las enfermeras en su lugar de trabajo. Este hallazgo de percepción de violencia, en un medio cuyo objetivo es atender las necesidades de salud de las personas, debe llevar a una profunda reflexión de las condiciones de trabajo en las que se desarrollan las mismas, mas aun si se acepta el supuesto de que la calidad de la atención en salud está condicionada a las condiciones de trabajo de sus trabajadores.

❖ Los trabajadores, ante la pregunta si en la institución se conocieron casos de **acoso sexual**, la mayor frecuencia corresponde a la opción *Nunca*. Sin embargo es relevante el porcentaje de respuestas si sumamos el resto de las categorías (*Rara vez*, *Ocasionalmente* y *Muy frecuentemente*). Estas alcanzan un **34,3%**, es decir que de un total de 321 encuestados, 110 dicen haber conocido casos de acoso sexual en la institución donde trabajan. Se encontraron diferencias significativas en relación al reconocimiento de la existencia de más casos de acoso sexual entre los trabajadores de las instituciones con internación respecto de los de sin interacción. Del mismo modo los más jóvenes (trabajadores

cuya edad está comprendida entre 17 y 35 años) percibieron la existencia de acoso sexual más frecuentemente que los trabajadores cuya edad está comprendida entre 36 y 61 años. Además médicas/os y residentes dijeron conocer más casos de acoso sexual que las enfermeras/os en su lugar de trabajo.

❖ Las conductas violentas identificadas por los trabajadores, entre el 65% y 50 % corresponden a manifestaciones de violencia psicológica. Los ***gritos*** son la forma de violencia que se presenta en la institución con mayor porcentaje de respuesta, **65,1%** de los participantes de la investigación. El **55,1%** manifestó que los ***insultos*** son otra forma de violencia presente. Casi la misma cantidad marcaron *descalificación*, es decir, el 54,2% de los encuestados. Finalmente los *llamados de atención en* público, representa la cuarta forma de violencia con mayor porcentaje de respuestas con un 50,2%.

❖ Resulta de interés la cantidad de trabajadores que respondieron que los *sarcasmos* (46,4%), la *desautorización* (46,4%), las *amenazas* (45,5%), el *desprecio* (40,8%), las *burlas* (33,6%), las *miradas insinuantes* (31,8%), y la *ridiculización* (29,9%), son formas de violencia que suceden en la institución donde trabajan. Los trabajadores de instituciones estatales percibieron con diferencias significativas más frecuentemente las manifestaciones tales como *insultos, amenazas, agresiones físicas y gritos* que los encuestados en instituciones privadas. Igual relación se encontró entre los trabajadores de instituciones con internación respecto de los centros de atención ambulatorios.

❖ Las formas de violencia que obtuvieron menor porcentaje de respuestas son las *agresiones físicas* (8,7%), los

piropos obscenos (7,8%), *acosos sexuales* (7,5%), *contacto físico o roce indeseado* (2,8%), no por ello menos preocupantes debido a las consecuencias que las mismas acarrean.

❖ Los agentes agresores externos reconocidos con **mayor frecuencia** por los trabajadores en un **50,7%** de los encuestados respondió que los ***familiares y/0 acompañante de los pacientes*** generan situaciones de violencia en la institución *Muy frecuentemente*; si a esta categoría se suma la siguiente (*Ocasionalmente*) se obtiene el **83,9%**. Los **pacientes** son reconocidos como agresores externos en un **42,4%** de manera *Ocasionalmente* y en un 31,2% de manera *Muy frecuentemente.* Los encuestados que trabajan instituciones con internación, reconocen a los familiares y/o acompañantes de los pacientes como principales agentes agresores, con diferencias significativas que los encuestados que trabajan en centros ambulatorios.

❖ Los agresores internos se clasificaron según su jerarquía en *trabajadores de menor jerarquía y trabajadores de mayor jerarquía.* ***Los trabajadores con mayor jerarquía*** son reconocidos como los agentes que generan situaciones de violencia en un **54,8%**. *Los de menor jerarquía* fueron los sujetos que obtuvieron el menor porcentaje de respuesta en la categoría *Muy frecuentemente (7,5%).*

❖ Los agentes internos según su ocupación como Los *administrativos*, *médicas/os y enfermeras/os,* cuando se suman la categoría *Muy frecuentemente* con la siguiente *Ocasionalmente*, se obtienen porcentajes significativos, donde entre más del 40% de los encuestados responden que estos grupos generan situaciones de violencia en la institución.

❖ Entre las principales circunstancias que propician situaciones de violencia, se encuentra que ***la falta de respuesta inmediata por parte de la institución,*** **la** ***carga de trabajo***, ***la falta de turnos*** y ***las demoras en la atención***.

❖ Dentro de las condiciones laborales que propician situaciones de violencia se pueden distinguir las provenientes directamente de la organización de los servicios, como pueden ser la demora en la atención, la falta de turnos e insumos y las que se desprenden indirectamente de la organización de los servicios, aquellas que generan condiciones de trabajo donde los trabajadores viven situaciones laborales que luego detonan situaciones de violencia; como puede ser la carga de trabajo, el dar pocas explicaciones a los paciente y familiares y/o acompañantes, el no saber manejar las ansiedad de loa pacientes entre otras.

❖ De las condiciones devenidas del sistema de salud, ***la falta de respuesta inmediata por parte de la institución, los roces se generan por las demoras en la atención La falta de turnos hace que los pacientes se pongan violentos;*** en los enunciados citados al sumar las categorías *Ocasionalmente y Muy frecuentemente* todas superan el **80%** de los encuestados los que reconocen a dichas circunstancias como propiciadoras de violencia.

❖ Las condiciones indirectas de la organización de los servicios como ***Los médicos al no saber manejar la ansiedad de los pacientes, Los administrativos y profesionales de la salud al dar pocas explicaciones y subestimar al paciente propician violencia;*** si de estas se suman las categorías *Ocasionalmente y Muy frecuentemente* se obtienen que todas superan el **60%** de los

encuestados las reconocen como situaciones generadoras de violencia.

❖ Los trabajadores de las instituciones con internación (hospitalarias) percibieron en mayor medida, con diferencia significativa que los encuestados en instituciones sin internación (centros ambulatorios), que cuando la carga de trabajo es muy grande y hay demoras en la atención, se producen situaciones de violencia y roces.

❖ ***Se defiende verbalmente y utiliza la defensa física*** resultaron ser las forma más frecuente de actuar de los trabajadores frente a un acto de violencia. Un 81,9% de los trabajadores eligen estas maneras de reaccionar frente a la violencia. ***No hace nada, continua con su tarea*** *al igual que* ***Negocia soluciona el conflicto*****,** los porcentajes alcanzan un 76% y 74,8% respectivamente.

❖ El ***informar a la jefatura*** y *el* ***huir*** no son maneras de actuar elegidas por los trabajadores luego de vivir una situación de violencia, el porcentaje obtenido a la categoría Nunca llega a 79,8% y 58,9% respectivamente.

❖ Dentro de las consecuencias de la violencia que perciben los trabajadores **El *estar a la defensiva* y el *agotamiento*** resultaron ser las observadas más frecuentemente. Si sumamos las categorías *Muy frecuentemente* y *Ocasionalmente,* ambas dan por encima del **80%**. La *disminución de la comunicación con compañeros y/o pacientes* y el *temor de volver al trabajo* son otras consecuencias que han obtenido un porcentaje elevado de las mencionadas categorías, superando ambas el 70%.

❖ Entre los grupos vulnerables a sufrir violencia en los servicios de salud reconocidos por los trabajadores, los ***enfermeros/as*** son el grupo reconocido en mayor frecuencia en un **89,6%** seguido por los ***secretarios, médicos y residentes*** en porcentajes superiores al 70%.

❖ **Las mujeres *son maltratadas más frecuentemente que los varones*,** es una situación percibida por el **46,1%,** si tenemos en cuenta que el sector salud es un sector altamente feminizado compuesto por aproximadamente en un 70% de mujeres, y estas a su vez son más frecuentemente maltratadas transforma al sector en un grupo vulnerable a sufrir actos de violencia.

❖ Las mujeres y los jóvenes, percibieron en mayor medida con diferencia significativa, que las mujeres son maltratadas más frecuentemente que los varones.

Recomendaciones y sugerencias

Frente a los resultados obtenidos en esta investigación, se elaboraron una serie de comentarios y sugerencias a tomar en cuenta en las instituciones de salud de la ciudad de Córdoba y por investigadores en futuras investigaciones.

- Continuar profundizando en esta temática, incorporando aspectos relacionados con las posibles causas de la violencia laboral, con el objeto de generar conocimientos científicos de referencia para otros investigadores.

- Incorporar en próximos estudios, otras variables relacionadas a las especificidades de las distintas tareas que desarrollan los trabajadores de salud.

Continuar indagando, en el conocimiento científico, sobre la relación y efecto de la violencia laboral, a fin de contar con evidencias científicas que sirvan de sustento a propuestas sobre políticas públicas encaminadas a la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo.

- A nivel del establecimiento de salud, implementar medidas orientadas a la disminución del estrés por sobrecarga de trabajo del personal de salud, reconocido como el principal factor predisponente a la violencia.

- La importancia que tiene el ambiente laboral en las condiciones de salud de los trabajadores el cual influye directamente en la calidad de la atención de los servicios de salud, se deben invertir esfuerzos por mejorar las condiciones en las que los

trabajadores desarrollan sus tareas, mejorar calidad de las relaciones interpersonales y de mantener un ambiente libre de violencia

- Se sugiere establecer y seguir un enfoque previsor basado en los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo, evitar que surjan problemas, a través de políticas, organización, planificación, aplicación, supervisión y evaluación y encaminados a introducir mejoras en el entorno laboral y aumentar la eficiencia de la organización.

- Dar a conocer los resultados de esta investigación, a los equipos de salud que conforman las instituciones públicas de atención y a los colegios profesionales y técnicos, de forma tal de llamar a la reflexión sobre la problemática, causas y consecuencias de la misma, y cómo algunas conductas que forman tal vez parte de la “cotidianidad” son percibidas como manifestaciones de violencia, emprender esfuerzos que permitan evidenciar este fenómeno en otros establecimientos y desplegar acciones destinadas a otorgar prestaciones en centro de salud libres del flagelo de la violencia.

- Promover la difusión los resultados aquí obtenidos, que contribuyen a incrementar la visibilidad del fenómeno de la violencia ocupacional hacia los trabajadores de salud, con el propósito de generar reflexiones y acciones orientadas a la resolución de la problemática.

Bibliografía

Acevedo, G., Farias, A. Sánchez, J. & Petiti, Y. (2010). La violencia laboral hacia trabajadores/as de instituciones de salud de la ciudad de Córdoba, Argentina. *Laboreal, 6, (1),* 10–16 http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU54711238:76246538:1

Alvarez Cáceres, T. Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS. Aplicación a las ciencias de la salud. Ediciones Díaz Santos, Madrid. 1995.

Arnetz JE, Arnetz BB. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. Soc Sci Med. 2001 Feb 2001.;52 (3):417-27.

Barudy, J. Violencia agresiva y violencia ideológica en la fenomenología. En: Violencia en la cultura: riesgos y estrategias de intervención. Editora Oriana Vilches Alvarez. Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Chile. 2000

Barudy, J.; Larraín, S. y Perrone, R. Dinámica de la violencia. En: Violencia en la cultura: riesgos y estrategias de intervención. Editora Oriana Vilches Alvarez. Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Chile.2000

Buinic, M., Morrison, A. y Shifter, M. La violencia en América Latina y el Caribe: un Marco de Referencia para la Acción. 1999 Banco Interamericano de Desarrollo Washington D.C

Burgos, M. y Paravic, T. Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. Rev. Ciencia y Enf. 2003. 9(2), 29-42.

Carrasco Rodríguez P, Rubio González L. M, otros; Estudio de las agresiones recibidas por el personal de enfermería y de las vivencias al respecto en los Servicios de Urgencias de los hospitales de la Comunidad de Madrid en un trimestre. [Internet] Rev Nure Investigación, nº 26, Enero-Febrero 07 disponible en .http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/Proyecto_26.pdf

Cary L. Cooper y Naomi Swanson. Workplace violence in the health sector - State of the Art, ILO, WHO, ICN and PSI. 2002. ISBN 92-2-113237-4.

Consejo Internacional de Enfermeras. La violencia- Epidemia mundial. Comunicado de prensa disponible en http://www.icn.ch/matters_violencesp.htm 2004

Consejo Internacional de Enfermería. El incremento de la violencia en el lugar de trabajo es una amenaza para la enfermería y la prestación de los cuidados de salud. 1999. [*Comunicado de prensa]*. Extraído Julio, 2007, disponible en http://www.icn.ch/prviolence_99sp.htm

Domenach, J., Laborit, H., Joxé, Galtung, J. y Cols. La Violencia y sus causas. Paris, UNESCO, 1981.

Duncan Chappell y Vittorio Di Martino *Violence at work*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 1998, ISBN 92-2-1-110335-8.

Di Martino V. Workplace violence in the health sector – country case studies (Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, and an additional Australian study): synthesis report. 2002. Ginebra (SWZ).

Duncan Chappell y Vittorio Di Martino; Violencia el trabajo .Newsletter de Salud y Seguridad Ocupacional de la región Asia Pacífico. 1999. Volumen 6, número 1.

Dussault G, Rigoli F, "Dimensiones laborales de las reformas sectoriales en salud. Sus relaciones con eficiencia, equidad y calidad" En Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo, Asociación Latinoamericana de Sociología del Trabajo, año 8 Nº 15, 2002. Pág. 15-45.

Echegaray Diana, Fayó Magdalena, Informe Final Beca Carrillo-Oñativia "Conductas violentas en las instituciones de salud, un círculo vicioso no saludable Estudio de caso del Hospital de Puerto Madryn". 2004.

Galin P, "Dependencia y precarización laboral: los profesionales de la salud en la Argentina." En Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo, Asociación Latinoamericana de Sociología del Trabajo, año 8 Nº 15, 2002. Pág. 87-104.

Hijar, M., López, M. y Blanco, J. La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México1997. Rev. Salud publica México 1997 39(6): 2-9

Jackson, M., Ashley, D. (2005). Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. *Rev Panam Salud Pública. 18 (2),* 114-21.

Lanza, M., Zeiss R.A. & Rierdan, J. (2006). Non-physical violence: a risk factor for physical violence in health care settings. *A AOHN J; 54(9),* 397-402.

Letelier Sanz, Patricia; Valenzuela Suazo, Sandra. Violencia: fenómeno relevante de estudio en campos clínicos intra-hospitalarios de enfermería. Ciencia y enfermería; 2002. 8(2): 21-26. dic. Ilus.

Menckel Ewa, Viitasara Eija, Threats and violence in Swedish care and welfare - magnitude of the problem and impact on municipal personnel. Scandinavian Journal of Caring Sciences 16 (4), 2002. 376–385.

Ministerio de la Protección Social. Marcela Soler Guio, Formas y consecuencias de la violencia en el trabajo Colombia. 2004.

National Institute for Occupational Safety and Health. NIOSH, Violence: occupational hazards in hospitals . Cincinnati; NIOSH; Apr. 2002. 15 p. Ilus.

Novick Marta, Guía Metodológica para el análisis de las relaciones colectivas de trabajo en el sector salud. 2000. OPAS/BR.

Organización Internacional del Trabajo, Informe sobre las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud Informe para el debate de la Reunión tripartita las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud. 1998.

Organización Internacional del Trabajo - Organización Mundial de la Salud,. Directrices marco para afrontar: la violencia laboral en el sector de la salud Génova; 2002. 02. 37 p. Ilus.

Organización Internacional del Trabajo, Violencia y estrés en el trabajo en el sector de los servicios. Informe Final. 2003.

Organización Internacional del Trabajo, Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo

en el sector de los servicios y medidas para combatirla. Ginebra. 2003.

Organización Internacional del Trabajo, OIT/ICN/OMS/ISP. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector, documento de trabajo del Programa conjunto de la OIT/ICN/OMS/ISP sobre la violencia en los lugares de trabajo del sector de salud, Ginebra, 2003.

Organización Internacional del Trabajo, Trabajo sin riesgo y cultura de la seguridad. Informe presentado con ocasión del Día Mundial sobre la Seguridad y la Salud en el Trabajo. 2004.

Organización Mundial de la Salud. Global Consultation on Violence and Health. *Violence: a public health priority*. 1996 Ginebra, (documento WHO/EHA/SPI.POA.2).

Organización Mundial de la Salud. *World report on violence and health.* 2002. Génova.

Organización Mundial de la Salud. Informes finales del 44 Consejo Directivo. 55ª Sesión del Comité Regional; 22-26 sep 2003; Ginebra (SWZ).

Organización Panamericana de la Salud, Proyecto ACTIVA Coordinación de Investigaciones División de Salud y Desarrollo Humano Cuestionario y manuales Estudio Multicéntrico Actitudes y normas culturales frente a la Violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España. 1999.

Organización Panamericana de la Salud, Métodos Cualitativos. Publicación Científica y Técnica Nº 614, 2006.Washington.

Palucci Marziale Maria Helena. La Violencia en el sector salud Rev Latino-am Enfermagem 2004 março-abril; 12(2):151-2.

Paravic, T.; Valenzuela, S. y Sánchez, R. Instrumento de medición de violencia en el contexto laboral. En Burgos, M. Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. Tesis de magister para la obtención del título de Magíster en Enfermería. 2003 Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción, Chile.

Paravic Klijn Tatiana, Valenzuela Suazo, Sandra; Burgos Moreno Monica; Violencia Percibida por trabajadores de atención primaria de la salud. Ciencia y Enfermería X (2): 53-65, 2004

Paredes Arevalo, Lorena A y Tatiana Paravic Klijn. Percepción de violencia y factores asociados según usuarios de un consultorio y postas de salud. Rev. Cienc. enferm.v.12 n.1 Concepción Chile, 2006.

Pautassi L, y Burijovich J "Calidad de empleo y calidad de la atención en salud en Córdoba, Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas" Serie Mujer y Desarrollo N° 60. CEPAL. 2005.

Sánchez, R. Percepción de violencia que afecta a los profesionales de enfermería de un hospital de la octava región. Tesis para optar al grado de Magister en Enfermería, Departamento de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. 2002

Simonowitz JA. Health care workers and workplace violence. Occup Med. Apr- Jun; 1996. 11(2):277-91.

Subsecretaria de Programación Técnica y Estudios Laborales. Ministerio de Trabajo. 2007. Situación Ocupacional de los Trabajadores del Sector salud.

Yassi, A., Warshaw, L.J. (1998). Asistencia Sanitaria: Naturaleza y Problemas de Salud en el Trabajo. In: *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. 4ª ed. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo

Wallin L, Ewald U, Wikblad K, Scott-Findlay S, Arnetz BB. Understanding work contextual factors: a short-cut to evidence-based practice? Worldviews Evid Based Nurs. 2006. 3(4):153-64.

Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments Scand J Caring Sci. Dec; 2002.16(4):376-85.

Referencias

[1] Orpinas, P. y De Los Ríos, R. La violencia: del conocimiento a la prevención. *Rev Panam Salud Pública* 1999 5(4/5) 5(4/5):211-214.

[2] Hijar, M., López, M. y Blanco, J. La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México1997. Rev. salud publica México 1997 39(6): 2-9

[3] Organizacion Mundial de la Salud. Global Consultation on Violence and Health. *Violence: a public health priority*. 1996 Ginebra, (documento WHO/EHA/SPI.POA.2).

[4] Buinic, M., Morrison, A. y Shifter, M. La violencia en América Latina y el Caribe: un Marco de Referencia para la Acción. 1999 Banco Interamericano de Desarrollo Washington D.C

[5] Barudy, J.; Larraín, S. y Perrone, R. Dinámica de la violencia. En: Violencia en la cultura: riesgos y estrategias de intervención. Editora Oriana Vilches Alvarez. Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Chile.2000

[6] *Perrone R, Nannini M*. Violencia y abusos sexuales en la familia. Buenos Aires. Paidos 1997.

[7] Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra OMS 2002

[8] Consejo Internacional de Enfermeras, Instituto de Salud Pública, Organización Internacional del Trabajo, Organización Mundial de la Salud. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra. 2002

[9] OIT, Organización Internacional del Trabajo, OIT/ICN/OMS/ISP. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector, documento de trabajo del Programa conjunto de la OIT/ICN/OMS/ISP sobre la violencia en los lugares de trabajo del sector de salud, Ginebra, 2003.

[10] *Violence at work*, por Duncan Chappell y Vittorio Di Martino, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 1998, ISBN 92-2-1-110335-8.

[11] Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra OMS 2002

[12]Duncan Chappell and Vittorio Di Martino. Violence at Work. 2nd ed. Geneva, International Labour Office, 171 pp. Available from ILO Publications Center, Waldorf, MD

[12] OIT SOS estrés en el trabajo Revista del trabajo [Internet] n°37 2000 ISSN: 1020-0010 disponible en http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/dwcms_080699.pdf

[13] Hirigoyen, M F. "L´assetjament moral a la feina. Distingir el cert del fals". Ed. 62-Paidós. Barcelona 2001

[14] Hirigoyen, Marie-France "El acoso moral en el trabajo. Distinguir lo verdadero de lo falso". Editorial Paidos. Bs. As. 2001.

[15] Leymann, H. Mobbing. The persecution au travail: Ed. Du Seuil 1996

[16] OIT SOS estrés en el trabajo Revista del trabajo [Internet] n°37 2000 ISSN: 1020-0010 disponible en http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/dwcms_080699.pdf

[17] Organización Internacional del Trabajo**.** Guía sindical: el acoso sexual en el trabajo. 2. ed. act. Madrid, 2000. consultada marzo 2010 disponible [en internet]: http://www.oitcinterfor.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/gender/gestion/accempre/g_asex.htm

[18] Organización Internacional del Trabajo, OIT/ICN/OMS/ISP. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector, documento de trabajo del Programa conjunto de la OIT/ICN/OMS/ISP sobre la violencia en los lugares de trabajo del sector de salud, Ginebra, 2003.

[19] Yassi, A., Warshaw, L.J. (1998). Asistencia Sanitaria: Naturaleza y Problemas de Salud en el Trabajo. In: *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. 4ª ed. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo

[20] Burijovich J y Pautassi L, "Calidad de empleo y calidad de la atención en salud en Córdoba, Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas" Serie Mujer y Desarrollo N° 60. CEPAL. 2005

[21] Burgos, M. y Paravic, T, Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital

público. Rev. Ciencia y Enf. 9(2), 29-42. 2003.

[22] Acevedo, G., Farias, A. Sánchez, J. & Petiti, Y. (2010). La violencia laboral hacia trabajadores/as de instituciones de salud de la ciudad de Córdoba, Argentina. *Laboreal, 6, (1),* 10–16 http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU54711238:76246538:1

[23] Consejo Internacional de Enfermería. El incremento de la violencia en el lugar de trabajo es una amenaza para la enfermería y la prestación de los cuidados de salud. 1999. [*Comunicado de prensa]*. Extraído Julio, 2007,disponible en http://www.icn.ch/prviolence_99sp.htm

[24] Jackson, M., Ashley, D. (2005). Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. *Rev Panam Salud Pública. 18 (2),* 114-21.

[25] Lanza, M., Zeiss R.A. & Rierdan, J. (2006). Non-physical violence: a risk factor for physical violence in health care settings. *A AOHN J; 54(9),* 397-402.

[26] National Institute for Occupational Safety and Health. NIOSH, Violence: occupational hazards in hospitals . Cincinnati; NIOSH; Apr. 2002. 15 p. Ilus.

[27] Cezar Eliene, Palucci Marziale María H. VIOLENCIA EN EL TRABAJO EN UNIDAD DE EMERGENCIA DE HOSPITAL DE BRASIL. [internet] Nure Investigación, nº 25, Noviembre-Diciembre 06 consultado ago. 2009. Disponible en http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original_25.pdf

[28] Menckel Ewa, Viitasara Eija, Threats and violence in Swedish care and welfare - magnitude of the problem and impact on municipal personnel. Scandinavian Journal of Caring Sciences 16 (4), 2002. 37

[29] Consejo Internacional de Enfermeras, Instituto de Salud Pública, Organización Internacional del Trabajo, Organización Mundial de la Salud. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra. 2002

[30] Bronfenbrenner V. *The ecology of human development: experimentsby nature and design*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1979.

[31] Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent–child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49:604–616.

[32] Garbarino J. *Adolescent development: an ecological perspective*. Columbus, OH, Charles E. Merrill, 1985.

Tolan PH, Guerra NG. *What works in reducing adolescent violence: an empirical review of the field*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1994.

[33] Tolan PH, Guerra NG. *What works in reducing adolescent violence: an empirical review of the field*. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1994.

[34] Chaulk R, King PA. *Violence in families: assessing prevention and treatment programs*. Washington, DC, National Academy Press, 1998.

[35] Heise LL. Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women*, 1998, 4:262–290.

[36] Thornberry TP, Huizinga D, Loeber R. The prevention of serious delinquency and violence: implications from the program of research on the causes and correlates of delinquency. En: Howell JC et al., eds. *Sourcebook on serious, violent and chronic juvenile offenders*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1995:213–237.

[37] *Violence at work*, por Duncan Chappell y Vittorio Di Martino, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 1998, ISBN 92-2-1-110335-8

[38] *Violence at work*, por Duncan Chappell y Vittorio Di Martino, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 1998, ISBN 92-2-1-110335-8

[39] (Paredes y Paravic K. 2006; Paravic K, Valenzuela Suazo, S y Burgos Moreno, M. 2004).

[40] Burijovich J y Pautassi L, "Calidad de empleo y calidad de la atención en salud en Córdoba, Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas" Serie Mujer y Desarrollo N° 60. CEPAL. 2005