



UNIVERSIDAD VIÑA DEL MAR

ESCUELA DE LA SALUD

ODONTOLOGÍA

**CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA LABORAL AL PERSONAL DEL
ÁREA DE LA SALUD A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL**

CARLOS ALFARO MUÑOZ

MIGUEL CURA TORO

IGNACIO SEOANE ACUÑA

Tesis para optar al título de Cirujano Dentista

Profesor guía: Dra. Denisse Lagos Tissie

Junio, 2020

Viña del Mar, Chile

AGRADECIMIENTOS:

A nuestra docente guía, Dra. Denisse Lagos T., quien fue un pilar fundamental en nuestro presente estudio, además de haber atendido nuestras preguntas y dudas en todo momento, y aportar en cada etapa de nuestra revisión sistemática y proceso de aprendizaje.

Agradecemos también a nuestra coordinadora del ramo Tesis II, la Dra. Karina Cordero T., quien también nos apoyó a superar todas las adversidades que se presentaron a lo largo del ramo.

Finalmente, agradecemos a nuestros familiares y seres queridos por la colaboración constante para nuestro desarrollo profesional y personal a lo largo de los años de la carrera de odontología.

Tabla de contenido

I.	RESUMEN	7
II.	INTRODUCCIÓN	9
III.	MARCO TEÓRICO	11
3.1	Violencia	11
3.2	Violencia laboral.....	11
3.3	Salud laboral	12
3.4	Riesgos laborales y enfermedades profesionales	13
3.5	La víctima y el proceso de victimización	15
3.6	Situaciones de riesgo de agresión en el área de la salud.....	16
3.7	Tipo de agresiones que pueden existir dentro de un establecimiento de salud.....	20
3.8	Población objetiva del establecimiento de salud sujeta a agresiones	20
3.9	Ley N° 20.584 “Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”	21
3.10	Propuesta modificación Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, con el propósito de aumentar la sanción penal a quienes agredan a integrantes del equipo de salud.	23
3.11	Planteamiento del problema	25
3.12	Relevancia	26
IV.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	27
V.	OBJETIVOS	28
5.1	Objetivo general	28
5.2	Objetivos específicos	28
VI.	MATERIALES Y MÉTODO	29
6.1	Búsqueda de literatura:	29
6.2	Criterios de selección	30
6.3	Variables.....	32

6.3.1 Variables independientes.....	32
6.3.2 Variables dependientes	33
6.4 Extracción, análisis y calidad de los artículos	34
VII. RESULTADOS	35
7.1 Frecuencia de violencia laboral	40
7.2 Sexo del personal de salud	42
7.3 Profesión del personal de salud afectado	45
7.4 Factores de riesgo por el cual suscito un episodio de violencia laboral	48
VIII. DISCUSIÓN.....	49
IX. CONCLUSIÓN.....	53
X. REFERENCIAS	54

Índice de tablas

Tabla 3-1: Tipos de Riesgos laborales específicos del personal sanitario.....	14
Tabla 6-1: Variables independientes.....	32
Tabla 6-2: Variables dependientes.	33
Tabla 6-3: Categorías de extracción de datos.....	34
Tabla 7-1: Selección de estudios de violencia laboral recibida por el personal de salud a nivel nacional e internacional.....	38-39
Tabla 7-2: Sexo del personal de área de la salud	44
Tabla 7-3: Profesión del personal de salud afectado.....	47

Índice de figuras

Figura 3-1: Carta de deberes y derechos de los pacientes.....	23
Figura 6-1: Diagrama de flujo de selección de artículos	34

I. RESUMEN

En la actualidad, el personal del área de la salud a nivel nacional e internacional, se ha visto ampliamente afectado por el descontento de los pacientes y sus familiares, todo esto a raíz de múltiples factores que desencadenan finalmente en una violencia laboral (VL).

Por otro lado, la evidencia científica actual en Chile sobre VL es escasa, no hay suficientes estudios transversales que den cuenta de esta realidad, sin embargo, una encuesta realizada por la subsecretaría de Prevención del Delito del Ministerio del Interior del año 2018, dejó en evidencia que el 60% de los participantes que eran funcionarios públicos del área de la salud, manifestaron haber sido víctimas de una agresión física o verbal en su lugar de trabajo (Colegio Médico, 2019).

Este estudio, tiene por objetivo realizar una revisión bibliográfica de tipo exploratoria para caracterizar el tipo de VL recibida por los funcionarios de la salud a nivel nacional e internacional y sus factores predisponentes, todo esto mediante una búsqueda bibliográfica en PubMed, Scopus y Scielo, en donde algunos filtros utilizados fueron aquellos artículos entre los años 2018 y 2020 e idiomas en inglés y español.

La prevalencia de violencia laboral contra el personal de salud a nivel nacional e internacional identificada en este estudio fue alta, las agresiones más frecuentes son las de tipo verbal seguida de la física. El sexo femenino y personal sanitario, médicos y enfermeras, fueron los más afectados. Los factores de riesgo predisponentes más importante para un hecho de VL fueron largos tiempos de espera, la falta de servicios médicos y la falta de suministros hospitalarios.

Palabras clave: violencia laboral, abuso laboral, servicio de salud.

I. SUMMARY

Nowadays, both healthcare personnel nationwide and at international level, have been affected by the discontent of patients and their families, all of this as a result of multiple factors that finally lead to workplace violence (WPV).

Furthermore, to date, the scientific evidence in Chile is limited. There are not enough cross-sectional studies that shows this reality, however, in 2018 a survey carried out by the Undersecretary for Crime Prevention of the Ministry of National Affairs revealed that 60% of the participants who were public healthcare officials have been victims of physical or verbal aggression at their workplace (Colegio Médico, 2019).

The objective of this study is to conduct a bibliography review to characterize the type of WPV received by healthcare officials, nationwide and at international level, and its predisposing factors. All this through a bibliographic research on PubMed, Scopus and Scielo. Some of the filters used in the investigation were the date, where a few articles between years 2018-2020 were selected, and the language, using English and Spanish as a filter.

The prevalence of workplace violence against health personnel at the national and international level identified in this study was high, the most frequent aggressions being those of the verbal type and physical. The female sex and health personnel, doctors and nurses, were the most affected. The most important predisposing risk factors for a WPV event were long waiting times, lack of medical services, and lack of hospital supplies.

Keywords: workplace violence, workplace abuse, delivery of healthcare.

II. INTRODUCCIÓN

La violencia dentro del trabajo es generalizada, a pesar de no constituirse en enfermedad, constituye un problema de salud y un importante factor de riesgo psicosocial (Araújo & Díaz, 2000). Se ha establecido que es un problema de salud pública, afecta de manera grave la salud y el desarrollo social y económico de amplios sectores de la población, su calidad de vida y bienestar (Concha-Eastman & Villaveces, 2001).

Aun cuando la violencia afecta a todos los sectores y categorías de trabajadores, existen grupos con mayor riesgo de padecerla. Dentro del ámbito laboral, diversos estudios indican que es en las instituciones prestadoras de salud, tanto públicas como privadas, donde ocurre la mayor cantidad de agresiones (Carter, 2000; Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud y Servicios Públicos Internacionales, 2002; Winstanley & Whittington, 2004; De Léséleuc, 2007; Foley & Rauser, 2012; Magnavita N., et al, 2012; Ansoleaga, Gómez & Mauro, 2015; WorkSafe Nueva Zelanda, 2016; Gutiérrez, Hernández & Molina, 2016; Nowrouzi, 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) junto al Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), y la Organización Internacional de Servicios Públicos (OISP), definen la violencia laboral como: "incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluidos los trayectos de ida y vuelta al mismo, que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud" (OMS, 2002).

Chapell y Di Martino (2006) definen maltrato médico como: "cualquier incidente en el cual un profesional de salud sea abusado, amenazado o atacado, ya sea por el paciente, sus familiares u otro profesional".

Muchos de estos actos violentos que tienen lugar en los centros de trabajo no se denuncian ni se registran adecuadamente, por lo que podemos afirmar que desconocemos la magnitud real del problema (Rodríguez, Maestre & Borda, 2011).

En Chile, la evidencia sobre VL es escasa (Ansoleaga, Gómez, & Mauro, 2015; Palma, Ansoleaga, & Ahumada, 2018). No hay suficientes estudios transversales que den cuenta de esta realidad de la salud pública en este tema. Sin embargo, el trabajo en el sector salud ha sido identificado como uno de los ámbitos de mayor riesgo de exposición a VL (Palma & Ansoleaga, 2020). Es por esto que es necesario visibilizar y cuantificar el problema para tomar prontas medidas, a objeto de prevenir o intervenir si la situación así lo requiere y, con ello, evitar consecuencias negativas en los trabajadores, en la calidad de la atención, en la seguridad del paciente y los derechos de las personas (Paravic & Burgos, 2018).

Por último, de acuerdo a lo anteriormente expuesto, nuestra revisión sistemática exploratoria busca responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué tipos de agresiones son las más frecuentemente recibidas por los funcionarios de salud a nivel nacional e internacional y cuáles son sus factores predisponentes?

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Violencia

La violencia es definida como “uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. (OMS, 2002).

La definición comprende tanto la violencia interpersonal, como el comportamiento suicida y los conflictos armados. Cubre también una amplia gama de actos que van más allá del acto físico para incluir las amenazas e intimidaciones. Además de la muerte y las lesiones, la definición abarca igualmente innumerables consecuencias del comportamiento violento, a menudo menos notorias, como los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometen el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades (OMS, 2002).

3.2 Violencia laboral

Es definida como “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” (OIT, 2003).

La OIT describe dos tipos de espacio en donde se producen los hechos de violencias (OIT, 2003):

- La violencia interna, que es la que tiene lugar entre los trabajadores, incluidos directores y supervisores.
- La violencia externa, que es la que tiene lugar entre trabajadores, directores y supervisores, pero además a esto se le suman todas las otras personas presentes en el lugar de trabajo.

Por otro lado, la OMS define violencia laboral como aquellos incidentes en donde el personal sufre abusos, y que estos mismos ponen en peligro implícita o explícitamente su seguridad, su bienestar o su salud (OMS, 2002).

La VL afecta prácticamente a todos los sectores y categorías de trabajadores, sin embargo, el sector de la atención a la salud la OMS y la OIT han subrayado la importancia de la violencia en el entorno sanitario, estimando que el 25% de la violencia en el lugar de trabajo corresponde al ámbito sanitario, y que más de un 50% de los profesionales sanitarios han sufrido algún tipo de experiencia violenta en el ejercicio de su profesión (OMS, 2002).

La OIT afirma que en Europa, de todos los trabajadores de la administración pública y en concreto quienes concentran un mayor porcentaje de actos violentos, son los trabajadores de la salud con un 24% (Chappell & Di Martino, 2006).

3.3 Salud laboral

La salud laboral es la relación que se da entre salud y trabajo, la cual, dependiendo de la dirección que tome, puede ser virtuosa o viciosa. Se trata de que unas adecuadas condiciones de trabajo repercuten en una adecuada salud laboral, lo cual, a su vez, desencadenará un alto desempeño y calidad en el trabajo. Si, por otra parte, la relación es negativa, condiciones inadecuadas de trabajo, o incluso la ausencia de éste, puede desencadenar trastornos tanto físicos como psicológicos, accidentabilidad y hasta la muerte (Benavides, Ruiz & García, 2000).

En la práctica, la salud laboral surge como respuesta al conflicto entre salud y condiciones de trabajo, y se ocupa de la vigilancia e intervención sobre las condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores. Los principales objetivos de la salud laboral son: la conservación del bienestar físico, social y mental, en relación con las condiciones de trabajo; junto con el control de estas condiciones, a fin de garantizar una seguridad total en el trabajo y la compatibilidad del ambiente laboral con las capacidades de cada trabajador. Identificar, eliminar o modificar los factores relacionados con el trabajo que ejerzan un efecto perjudicial para la salud del trabajador, así como potenciar aquellos cuyo efecto sea beneficioso para la salud y el bienestar del mismo. A su vez, se considera el tratamiento y la rehabilitación del trabajador que ha sufrido un problema de salud (Benavides, Ruiz & García, 2000).

3.4 Riesgos laborales y enfermedades profesionales

Se hace necesario tener claro el significado de riesgo laboral, éste hace referencia a la probabilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Son daños derivados del trabajo las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo (Gómez, 2015).

Por otro lado, en Chile, según la Ley N° 16.744 que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, establece que enfermedad profesional es la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o del trabajo que realiza una persona y que le produzca incapacidad o muerte (Biblioteca Congreso Nacional, 2017).

Existe una amplia variedad de riesgos laborales dependiendo del sector donde se desempeña el profesional (ver tabla 3-1), donde este está sometido a distintos tipos de riesgos laborales (Comisión de obreros de Castilla y León, 2011).

Grupos	Tipos
Riesgos biológicos	Bacterias
	Hongos
	Virus
	Parásitos
	Esporas
	Productos de recombinación
	Cultivos celulares en embriones o animales
Riesgos químicos	Anestésicos inhalatorios
	Esterilizantes
	Alcoholes
	Aldehídos
	Citostáticos
	Disruptores endocrinos
	Metales
	Residuos sanitarios
	Amianto
Riesgos físicos	Ruido
	Vibraciones
Riesgos físicos	Radiaciones no ionizantes
	Radiaciones ionizantes
	Manipulación de cargas
Riesgos ergonómicos	Movilización de enfermos
	Manejo de pantallas de visualización de datos
	Estrés
Riesgos psicosociales	<i>Burnout</i>
	Violencia

Tabla 3-1: Tipos de Riesgos laborales específicos del personal sanitario. Fuente: Elaboración propia.

3.5 La víctima y el proceso de victimización

La víctima es el ser humano que padece daño en los bienes jurídicamente protegidos por las normativas: vida, salud, propiedad, honor, honestidad, por un hecho de otro, por accidentes debido a factores humanos, mecánicos o naturales, con un criterio más amplio (lo sostiene la victimología crítica) se puede extrapolar el concepto de víctima a todas aquellas personas que se vieran afectadas en sus derechos (Gómez, 2015).

Existen diversas formas de convertirse en víctima (Cuesta & Varona, 2013):

- **Facilitación:** aunque la víctima no intervenga activamente, puede facilitar su acción de modo deliberado o de modo no consciente en una situación de riesgo. En general, cualquier persona que no adopte las precauciones debidas para no ser víctima, está facilitando su victimización, ya que ella misma está creando riesgos especiales.
- **Vulnerabilidad:** se refiere a la debilidad de los sujetos ante los actos de violencia.
- **A los grupos de personas que presentan una indefensión o menor capacidad de repeler o evitar el acto;** en este rango se incluye a personas tales como: ancianas, niños, mujeres y personas con retraso cognitivo.
- **Oportunidad:** se trata de una condición necesaria para que pueda ocurrir el acto y se refiere a la pertinencia, tanto de medios como de lugares en los que se encuentra la víctima potencial; ocasión que tienen los atacantes potenciales de conocer o tomar contacto con sus posibles víctimas.
- **Atractivo:** desde el punto de vista del actor unos objetivos pueden ser más atractivos que otros, derivando por tanto un mayor riesgo de victimización en función de la posesión o no de estos.
- **Impunidad:** existen ciertos criterios que aluden que el autor de estos actos tiene menor probabilidad de ser atendidos por las instituciones legales.
- **Actividad rutinaria:** Según la Teoría de la Actividad Rutinaria, la victimización está asociada con el estilo de vida, la rutina diaria o comportamiento y con variables demográficas. La actividad rutinaria influye en el grado de exposición a tal actividad del atacante potencial, cómo son de valiosos y vulnerables los individuos o sus propiedades como objetivos y cómo están guardados o protegidos tanto ellos como sus propiedades.

Se describe tres niveles de victimización (Baca, Echeburúa & Tamarit, 2006):

- Victimización primaria: es la dirigida contra una persona o individuo en particular, esta experiencia supondrá diversas consecuencias en la víctima, de índole física, psíquica, económica, social, etc. Además del posible daño físico, puede sufrir un severo impacto psicológico. La víctima se siente impotente, con miedo a que la agresión se repita (ansiedad, angustia o abatimiento) e incluso, con sentimiento de culpa con relación a los hechos.
- Victimización secundaria: es la que padecen grupos específicos. Es la relación de la víctima con el sistema jurídico penal, experiencia que puede ser más cruel que la victimización primaria. En muchas ocasiones, las víctimas tienen el sentimiento de convertirse en acusadas.
- Victimización terciaria: es la dirigida contra la comunidad en general, es decir, contra la población total. Esta victimización se asimila frecuentemente a la victimización supranacional.

En el mundo laboral, uno de los riesgos a los que están sometidas las personas en el desempeño de su trabajo deriva de la interrelación con otras personas. Los comportamientos violentos pueden suponer un importante riesgo para la salud y seguridad de las personas (Gómez, 2015).

3.6 Situaciones de riesgo de agresión en el área de la salud

Los trabajadores del sector de la salud mantienen contacto directo con personas angustiadas, en situación de dolor o desesperanza, trastornos psiquiátricos, pacientes con intoxicación por alcohol, u otras sustancias, etc. Por lo que cabe decir que algunas de estas personas, son proclives a realizar acciones violentas, por lo que son altamente susceptibles, los primeros, a sufrir agresiones (Falmed, 2008).

Las situaciones de riesgo de agresión se consideran aquellas circunstancias en las que confluyen determinados factores socio-ambientales favorecedores de un clima propenso a generar comportamientos intencionados, con tendencia a producir daño físico o psíquico a otra persona (Colegio Médico Chile A.G., 2018):

- Atenciones de Urgencia: corresponden a aquellas atenciones que se realizan en un Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Servicio de Urgencia Rural (SUR), Servicio de Alta Resolutividad (SAR) y Servicios de Urgencia de Hospitales de baja, mediana y alta complejidad. Se trata de una atención espontánea, en donde los usuarios consultan por una atención inmediata, siendo categorizados según la gravedad. El dolor y desconcierto de los usuarios, junto a la frustración que generan los tiempos de espera, además de la limitada comunicación con el paciente que se genera por la sobrecarga laboral, la presencia de usuarios bajo los efectos de alcohol y estupefacientes, el trabajo en equipos pequeños (1 o 2 funcionarios), entre otros muchos factores, generan que sean este tipo de atenciones, aquellas en las cuales se presentan con mayor frecuencia las agresiones a los funcionarios de salud.
- Visitas a domicilio: corresponde al encuentro o acercamiento entre el equipo de salud al domicilio del usuario y/o su familia, cuyo origen generalmente surge por una necesidad identificada por un miembro del equipo de salud que, tras la valoración del paciente, decide un plan de cuidados a seguir en el domicilio y la periodicidad de los mismos. Al encontrarse fuera del centro asistencial, el equipo de salud no cuenta con los resguardos naturales que este proporciona. El equipo, además, se encuentra expuesto a sufrir agresiones en el trayecto hacia el domicilio a visitar.
- Visita hospitalaria: es el encuentro o acercamiento del equipo de salud al usuario y su familia cuando el primero se encuentra hospitalizado. Se establecen planes y objetivos de tratamiento con el fin de mejorar su patología actual. Secundario a la urgencia, se encuentra la visita hospitalaria como lugar de entrega de información sensible, en ocasiones del mal pronóstico para los usuarios, el cual puede presentarse tras evoluciones negativas, de manera inesperada para este y su familia. Esta evolución no prevista, con el consecuente impacto emocional, puede producir reacciones agresivas en usuarios o familiares. Lo anterior se ve potenciado cuando el establecimiento asistencial no cuenta con un espacio y protocolo definidos, para la entrega de noticias que puedan afectarlos emocionalmente.
- Trabajar solo: aumenta la vulnerabilidad del trabajador. Esta circunstancia suele ocurrir, por ejemplo, en turnos de urgencia, donde el personal se ve reducido a solo un médico y un paramédico.
- Estrecho contacto con usuarios, con importante componente emocional: el dolor, muerte, sufrimiento o incertidumbre, presentes en los usuarios, constituyen situaciones de riesgo, pues provocan una percepción de falta de información o de mala calidad asistencial. La

demanda de atención urgente, agrava la situación de riesgo por el estrés que provoca la misma urgencia.

- Trabajo con poblaciones marginadas: Díaz y Romaní (1989) refieren que una población marginada es aquella llevada fuera del sistema social. Limitando su participación en los recursos y actividades integradoras de la sociedad. Esto fundamentado en un componente social difícilmente modificable por los propios individuos. Por esto, es lógico esperar que las poblaciones marginadas reaccionan con desconfianza ante intervenciones realizadas a su favor. En este ambiente, la no resolución de sus necesidades básicas urgentes puede conducir a la desesperación, no implica automáticamente violencia, pero allana el camino a actitudes de rebelión contra lo que se considera un trato injusto, y eventualmente, conducen a abusos contra los trabajadores que prestan el servicio.
- Situaciones en las que se dirime un beneficio económico o administrativo directo o indirecto: constituyen situaciones de riesgo por cuanto el paciente busca alcanzar un fin diverso al de recuperación de su salud, por lo que existe frustración si este no se logra. Estas situaciones están referidas, por ejemplo, a la solicitud de recetas de determinados medicamentos, peticiones sin justificación real de incapacidad temporal, prestaciones o pensiones de invalidez, entre otras.
- Precariedad laboral: se incluye en este punto una elevada presión asistencial, baja capacidad de resolución, aislamiento prolongado, malas condiciones laborales, entre otras. Conduce a situaciones de riesgo, por un lado, produce desgaste emocional, físico y psicológico en los trabajadores de la salud, lo que puede conducir al síndrome de *burnout* y malos tratos hacia los usuarios como, por otro lado, al no poder cumplir las expectativas de atención de los usuarios.
- Diferencias entre las expectativas de pacientes y las capacidades del sistema. El desconocimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud, sus establecimientos y prestaciones, además de su capacidad de resolución según nivel de complejidad crea en los usuarios expectativas de atención en ocasiones no posibles de cumplir, lo que produce decepción del sistema de salud y distanciamiento con los establecimientos asistenciales presentes en el territorio. Esto conduce a la aparición de hostilidades hacia el centro asistencial, representado en sus funcionarios, lo que facilita la manifestación de actitudes violentas. Del mismo modo, el desconocimiento sobre las distintas instancias de atención conduce al mal uso de estas, produciéndose un aumento en los tiempos de atención y espera, junto a la no resolución de los problemas de los usuarios, lo que produce una degradación en la percepción de calidad del servicio entregado a estos.

- Errores de gestión: estos pueden producir retraso y errores en citas, procesos diagnósticos y terapéuticos, listas de espera prolongadas, por consiguiente, mayor tiempo de espera para ser atendido, lo cual degrada la percepción de calidad de servicio.
- Degradación en la relación médico-paciente: debido a la elevada presión asistencial, el no cumplimiento de expectativas de la población, la existencia de escasos o nulos puntos de conversación entre la comunidad y el equipo de salud, la creciente desconfianza en las figuras de autoridad, sumado a un aumento de la violencia civil. Esto ha llevado cada vez más a un trato irrespetuoso del paciente hacia el equipo de salud.
- Características del paciente o su familia: contacto con ciudadanos en cuyos rasgos de personalidad destacan un control de impulsos deficitario, baja resistencia a la frustración o cierto perfil de agresividad.
- Actitud del profesional que genere hostilidad: estilos de comunicación (desinterés, frialdad, menosprecio e impaciencia), transmisión de información no real, uso de amenazas, coacciones o insultos por parte del profesional; restar importancia a quejas o críticas por parte del usuario. Se incluye en este apartado la actitud de los profesionales afectados por el síndrome de *burnout*.
- Características del profesional: profesional con problemas de dependencia, problemas mentales, mala *praxis*.
- Escasez de personal.
- Trabajar en zonas socialmente conflictivas. Entendemos conflicto social como un proceso que se inicia cuando una parte percibe que otra la ha afectado de manera negativa o que está a punto de afectar de manera negativa, alguno de sus intereses” (Robbins, 1994). Según Lewis (1956) exige, además, para que un conflicto pueda catalogarse como social, que este debe trascender lo individual y proceder de la propia estructura de la sociedad. Por factores diversos, estos conflictos pueden desembocar en violencia, exponiendo a los trabajadores a repercusiones directas de la violencia existente, como también agresiones derivadas de la constante tensión experimentada por la población.
- Ausencia de medidas de seguridad: esto incluye la falta de cámaras, botones de pánico, guardias, disposición de box o unidades de trabajo que no facilitan la huida.
- Acceso no restringido a usuarios a las diversas dependencias del establecimiento de salud.
- Trabajo con paciente con patologías psiquiátricas o usuarios de alcohol y/o drogas.

3.7 Tipo de agresiones que pueden existir dentro de un establecimiento de salud

En un establecimiento de salud se distinguen tres distintas formas de manifestación de violencia: violencia física, psicológica y sexual. Tipo de agresiones que pueden existir dentro de un establecimiento de salud (OMS, 2002):

- **Violencia física:** es el empleo de la fuerza física contra otra persona o grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos. Se incluyen en ella las palizas, patadas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos.
- **Violencia psicológica:** uso deliberado del poder o amenazas de recurso a la fuerza física, contra otra persona o grupo, que pueden dañar el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Comprende el abuso verbal, la intimidación, el atropello, el acoso y las amenazas.
- **Violencia sexual:** Se denomina así al tipo de violencia que incluye todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima.

3.8 Población objetiva del establecimiento de salud sujeta a agresiones

En los establecimientos del área de la salud, la población sujeta a agresiones se puede clasificar en (Colegio Médico Chile A.G., 2018):

- **Personal sanitario:** profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud que tengan contacto directo con pacientes.
- **Personal no sanitario:** trabajadores del área administrativa del establecimiento y que tienen o no contacto directo con el paciente en relación a su atención de salud, tales como funcionarios de limpieza, personal administrativo, personal de seguridad, entre otros.
- **Comunidad:** población del territorio en el cual se encuentra inserto el establecimiento de salud.

3.9 Ley N° 20.584 “Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”

En el año 2012 entró en vigencia la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (ver figura 3-1), la cual desde su vigencia ha incorporado conceptos fundamentales dentro de las relaciones entre prestadores de salud, ya sean individuales o institucionales, junto a los pacientes. La importante difusión de esta Ley ha permitido a los pacientes y sus familiares acceder a información necesaria con el fin de conocer los derechos que les asisten al momento de atenderse con los prestadores de salud, todo esto en un contexto de trato digno y respetando su privacidad (Letelier, 2019).

Por otro lado, es importante señalar que, así como la Ley consagra derechos para los usuarios, también establece deberes para éstos, al momento de ser atendidos por un prestador de salud. Dichos deberes enunciados en el título III señalan que las personas deberán tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud, sean estos profesionales, técnicos o administrativos, así como también cuidar las instalaciones y equipamiento que el prestador mantiene a disposición para los fines de atención, respondiendo de los perjuicios según las reglas generales. Esta obligación también corresponde a los familiares, representantes legales y otras personas que los acompañen o visiten. El trato irrespetuoso o los actos de violencia verbal o física en contra de los integrantes del equipo de salud, de las demás personas atendidas o de otras personas, dará derecho a la autoridad del establecimiento para requerir, cuando la situación lo amerite, la presencia de la fuerza pública o Carabineros de Chile que es la fuerza de orden encargada de brindar seguridad a la comunidad en todo el territorio nacional, sobre cualquier agresión sufrida dentro de un establecimiento de salud (Carabineros de Chile, 2014), con el fin de certificar lesiones sufridas y pedir que sean reportadas como accidente laboral, garantizada por la ley N°16.744 “Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales” y así restringir el acceso al establecimiento de quienes afecten el normal desenvolvimiento de las actividades en él desarrolladas, sin perjuicio del derecho a perseguir las responsabilidades civiles o penales que correspondan (Biblioteca congreso nacional, 2017).

pacientes

Exige tus derechos



<p>Tener información oportuna y comprensible de su estado de salud.</p>	<p>Recibir un trato digno, respetando su privacidad.</p>	<p>Ser llamado por su nombre y atendido con amabilidad.</p>	<p>Recibir una atención de salud de calidad y segura, según protocolos establecidos.</p>	<p>Ser informado de los costos de su atención de salud.</p>
<p>No ser grabado ni fotografiado con fines de difusión sin su permiso.</p>	<p>Que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención.</p>	<p>Aceptar o rechazar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria.</p>	<p>Recibir visitas, compañía y asistencia espiritual.</p>	<p>Consultar o reclamar respecto de la atención de salud recibida.</p>
<p>A ser incluido en estudios de investigación científica solo si lo autoriza.</p>	<p>Donde sea pertinente, se cuente con señalética y facilitadores en lengua originaria.</p>	<p>Que el personal de salud porte una identificación.</p>	<p>Inscribir el nacimiento de su hijo en el lugar de su residencia.</p>	<p>Que su médico le entregue un informe de la atención recibida durante su hospitalización.</p>

y cumple tus deberes

<p>Entregar información veraz acerca de su enfermedad, identidad y dirección.</p>	<p>Conocer y cumplir el reglamento Interno y resguardar su información médica.</p>	<p>Cuidar las instalaciones y equipamiento del recinto.</p>	<p>Informarse acerca de los horarios de atención y formas de pago.</p>	<p>Tratar respetuosamente al personal de salud.</p>	<p>Informarse acerca de los procedimientos de reclamo.</p>
---	--	---	--	---	--

TODA PERSONA PODRÁ RECLAMAR SUS DERECHOS ANTE EL CONSULTORIO, HOSPITAL, CLÍNICA O CENTRO MÉDICO PRIVADO QUE LO ATIENDE. SI LA RESPUESTA NO ES SATISFACTORIA PODRÁ RECURRIR A LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD. (Extracto de la Ley N°20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes).

Figura 3-1: Carta de deberes y derechos de los pacientes. Fuente: Ministerio de Salud de Chile, 2012.

Sus disposiciones se aplicarán a cualquier tipo de prestador de acciones de salud, sea público o privado. Asimismo, y en lo que corresponda, se aplicarán a los demás profesionales y trabajadores que, por cualquier causa, deban atender público o se vinculen con el otorgamiento de las atenciones de salud (Biblioteca Congreso Nacional, 2017).

3.10 Propuesta modificación Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, con el propósito de aumentar la sanción penal a quienes agreden a integrantes del equipo de salud.

El día jueves 22 de enero de 2015, ingreso el proyecto de Ley “Modificación Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, con el propósito de aumentar la sanción penal a quienes agreden a integrantes del equipo de salud” a la Cámara de Diputados, con el fin de agregar a la actual ley, el siguiente inciso final al artículo 35 (Cámara de Diputadas y Diputados, 2015):

“Si algún integrante del equipo de salud que se encuentre ejerciendo su respectivo turno, sufre una agresión física o verbal por parte de quien recibe o solicita atención de salud, sus familiares o cualquier otro u otros que le acompañen, y que producto de dicha agresión el funcionario resulte inhabilitado total o parcialmente para ejercer sus funciones, se le aplicará al agresor las sanciones establecidas en el artículo 397 del Código Penal, aumentadas en un grado” (Cámara de Diputadas y Diputados, 2015).

Todo esto de acuerdo a los siguientes fundamentos (Cámara de Diputadas y Diputados, 2015):

- En nuestro país, en materia de derechos y deberes de los usuarios en relación a las acciones vinculadas a su atención de salud, la legislación es aún reciente. Antes del año 2012 no existía en Chile un cuerpo legal normativo que se encargara de regular los derechos de las personas que solicitan una determinada prestación de salud, sea en instituciones públicas o privadas. Dicha ley (20.584), vino a llenar un vacío dentro de nuestro ordenamiento jurídico y desde su vigencia ha incorporado importantes conceptos dentro de las relaciones entre los prestadores de salud y los pacientes, como por ejemplo la idea del consentimiento informado, pilar fundamental dentro de la norma.

- A su vez, la importante difusión de dicha ley ha permitido a los pacientes y a sus familiares acceder a información necesaria y relevante para conocer cuáles son los derechos que le asisten al momento de atenderse con los prestadores de salud. Así, por ejemplo, el derecho a la información, a la privacidad de los datos incluidos dentro de su ficha clínica, derecho a recibir un trato digno y el derecho a la seguridad de su atención, son cada vez más conocidos y exigidos por los usuarios, significando un importante avance en sentido de transparentar las prestaciones e intervenciones a las cuales se someten.
- Sin perjuicio de lo anterior, es importante señalar que, así como la ley consagra derechos para los usuarios de la salud, también establece deberes que le asisten al momento de ser atendidos por un prestador de salud. Dichos deberes significan un mínimo de respeto y trato digno para con el personal que forma parte del equipo de salud, sean estos profesionales, técnicos y administrativos, como a la vez mantener un orden y cuidado con la infraestructura, equipamiento e instalaciones que el prestador de salud mantiene en el lugar o espacio físico donde se ejecuta la atención.
- Dicha obligación es extensible para los familiares, representante legal o cualquier persona que acompañe al paciente durante su atención, y resguarda además del equipo de salud y de la infraestructura, a los otros pacientes y demás personas presentes.
- Pues bien, lo cierto es que luego de un par de años desde la entrada en vigencia de la ley, es posible realizar un análisis de su eficacia y eficiencia, tomando en cuenta un análisis comparativo entre la situación anterior a la ley y el presente, lo cual nos deporta una sensación positiva para los pacientes, quienes sin duda han visto mejorada su situación y fortalecidos sus derechos.
- Sin embargo, la situación de las personas que trabajan dentro del equipo de salud, sean estos profesionales, técnicos y administrativos no tuvieron una mejora en cuanto a su situación y seguridad dentro de su lugar de trabajo. Se ha transformado en un panorama habitual que dentro de las urgencias (sobre todo en el sector público), la sensación de inseguridad de estos trabajadores es de un nivel altísimo, padeciendo agresiones verbales y malos tratos de pacientes y sus familiares, llegando incluso a amenazas de muerte y golpes en casos extremos, los cuales van en aumento. Dicha situación empeora los fines de semana, alterando las condiciones necesarias para prestar un servicio óptimo y afectando la situación de los demás pacientes de dichos centros.
- Consideramos que dicha situación se produce principalmente por la impunidad con la que hoy en día gozan los infractores de la ley. Ello debido a que no se especifica a ciencia cierta una sanción real a quienes agraden al personal, limitándose a señalar en la ley que el encargado del centro podrá recurrir al auxilio de la fuerza pública para impedir el acceso

al infractor, sin perjuicio de las demás sanciones penales y civiles que correspondan. Esta ambigüedad en el castigo genera indefensión al personal de salud, lo cual debe remediarse estableciendo sanciones claras y concretas a los infractores, con penas efectivas que impongan coercitivamente un deber de conducta entre los pacientes, sus familiares y otros presentes.

- En el caso de la legislación comparada, actualmente en España se discute un proyecto de similares características. Incluso en la península, para estos efectos, pretenden considerar al funcionario de la salud como “autoridad pública”, para así, imponer las sanciones establecidas en tal caso, en la eventualidad de una agresión física o verbal.
- En el caso de la presente iniciativa, la idea se centra en asimilar las sanciones que establece el Código Penal, dentro de su artículo 397 para el caso de agresiones que provoquen consecuencias al personal, ya sean físicas o psicológicas, aumentadas en un grado. Con ello, estaríamos resguardando de manera eficaz la labor de dichas personas, estableciendo penas efectivas en caso de que sufran agresiones dentro de su lugar de trabajo, ya que, desde nuestra perspectiva, no basta con prohibir la entrada al agresor. Además, consideramos una situación agravante el hecho de que el integrante del equipo de salud sea agredido dentro de su lugar de trabajo, ya que lo transforma en un sujeto vulnerable y su agresión altamente reprochable.
- Así, al contar con una sanción clara y específica dentro de la norma, otorgamos un valor y sentido a la gestión realizadas, ya que la vulnerabilidad actual que padecen los funcionarios de la salud, dentro de sus lugares de trabajo, nos alertan sobre la necesidad de legislar en este sentido.

El estado actual del proyecto de Ley a la fecha 23 de junio de 2020 es el de primer trámite constitucional (Cámara de Diputadas y Diputados, 2015).

3.11 Planteamiento del problema

En Chile, la evidencia científica actual sobre VL es escasa, no hay suficientes estudios transversales que den cuenta de esta realidad, por otro lado, una encuesta realizada por la Subsecretaría de Prevención del Delito del Ministerio del Interior en agosto del año 2018 realizada a más de 9 mil funcionarios públicos de salud a lo largo del país, dejó en evidencia que el 60%

de los participantes manifestaba haber sido víctima de una agresión física o verbal en su lugar de trabajo en los últimos 12 meses (Colegio Médico, 2019).

El área de la salud ha sido identificada como uno de los ámbitos de mayor riesgo de exposición a VL. Con una percepción de inseguridad de más de un 50%, lo que refleja la necesidad de establecer medidas y protocolos de acción por parte de las autoridades (Palma & Ansoleaga, 2020).

3.12 Relevancia

Es necesario visibilizar y cuantificar el problema para tomar prontas medidas, a objeto de prevenir o intervenir si la situación así lo requiere y, con ello, evitar consecuencias negativas en los trabajadores, en la calidad de la atención, en la seguridad del paciente y los derechos a los cuales tiene lugar. (Paravic & Burgos, 2018).

IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué tipos de agresiones son las más frecuentemente recibidas por los funcionarios de salud a nivel nacional e internacional y cuáles son sus factores predisponentes?

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Caracterizar el tipo de violencia laboral recibida por los funcionarios de la salud a nivel nacional e internacional y sus factores predisponentes.

5.2 Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de violencia laboral recibida por personal de salud a nivel nacional e internacional.
- Determinar el sexo del personal de salud que ha recibido violencia laboral a nivel nacional e internacional.
- Determinar el tipo de profesión del personal de salud que ha recibido violencia laboral a nivel nacional e internacional.
- Determinar los factores de riesgo por el cual suscito un episodio de violencia laboral al personal de salud a nivel nacional e internacional.

VI. MATERIALES Y MÉTODO

Se siguieron las pautas de la declaración PRISMA 2009 para esta revisión sistemática exploratoria (Liberati, et al., 2009), con el fin de realizar un diseño de investigación observacional y retrospectivo, sintetizando los resultados de múltiples investigaciones.

6.1 Búsqueda de literatura

En PubMed se utilizaron los conceptos “workplace violence”, “workplace harassment”, “workplace abuse” y “delivery of healthcare”, ocupando los siguientes filtros: estudios desde el año 2018, español e inglés y estudios en humanos. En Scopus se utilizaron los conceptos “workplace violence”, “workplace harassment”, “workplace abuse”, “delivery of healthcare” y “health center”, utilizando los filtros: estudios desde el año 2018, español e inglés y estudios que fuesen artículos y reviews. Y por último en Scielo se utilizaron las palabras "violencia laboral", "abuso laboral", "acoso laboral", "servicio de salud", "centro de salud" y "personal de salud". Finalmente se encontraron 63 artículos en PubMed, 71 en Scopus y 24 en Scielo. De estos 158 artículos, solo 14 tenían relación con violencia laboral hacia el personal del área de la salud (ver diagrama 6-1).

Los descriptores Thesaurus de las bases de datos son las siguientes:

- PubMed: (workplace violence[MeSH Terms]) OR workplace harassment[MeSH Terms] OR workplace abuse[MeSH Terms] AND (delivery of healthcare [All Field])
- Scopus: (TITLE-ABS-KEY (workplace AND violence) OR TITLE-ABS-KEY (workplace AND harassment) OR TITLE-ABS-KEY (workplace AND abuse) AND TITLE-ABS-KEY (delivery AND of AND healthcare) OR TITLE-ABS-KEY (health AND center))
- Scielo: (Violencia laboral) OR (Abuso laboral) OR (Acoso laboral) AND (Servicio de salud) OR (Centro de salud) OR (Personal de salud)

6.2 Criterios de selección

Se incluyeron todos los estudios que cumplieran con los siguientes criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Participantes mayores de edad que forman parte del personal de salud.
- Cualquier instalación, unidad o lugar de atención médica pública o privada donde se haya producido violencia contra personal de salud.
- Estudios publicados desde el año 2018 a la actualidad.
- Estudios que informen la tasa de prevalencia de violencia contra personal de salud.

Criterios de exclusión:

- Estudios que sean de caso/reporte y comentarios de editoriales.

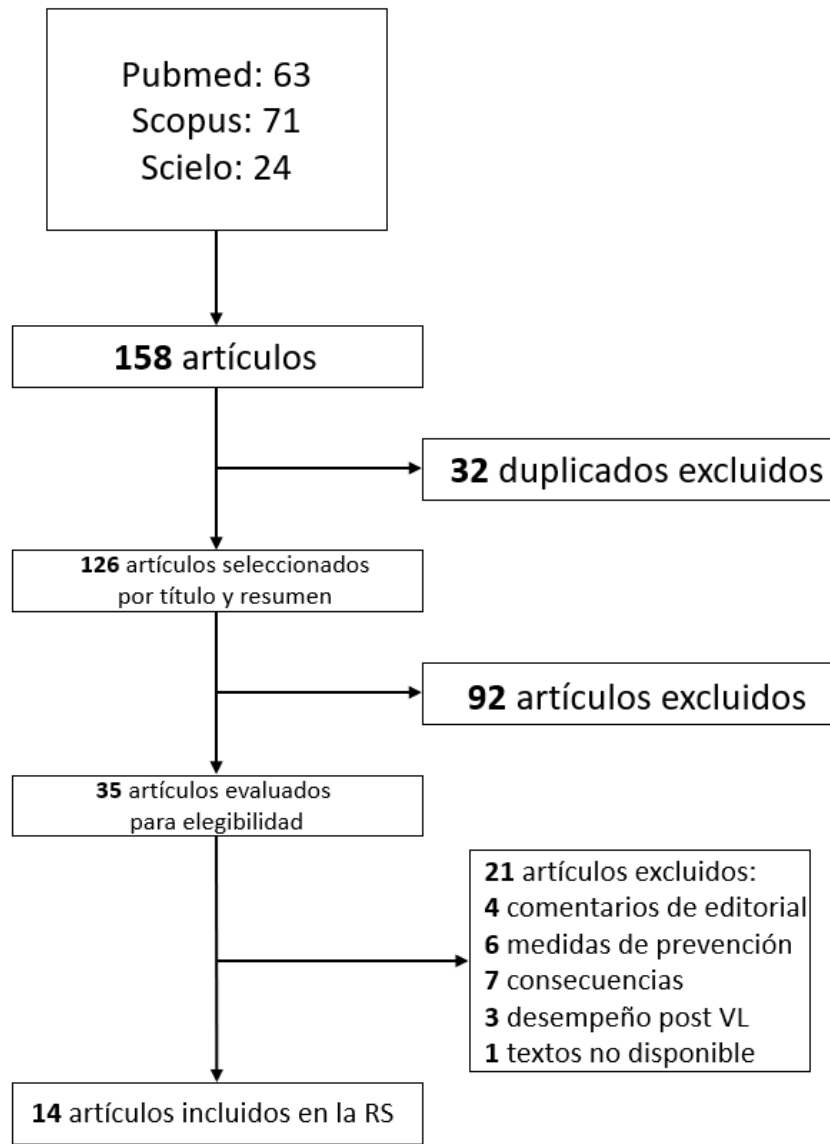


Figura 6-1: Diagrama de flujo de selección de artículos. Fuente: Elaboración propia.

6.3 Variables

6.3.1 Variables independientes

Variables	Tipo	Escala de medición	Categoría
Sexo	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
Profesión	Cualitativa	Nominal	Médico Enfermera Técnico de algún tipo Otros
Factor de riesgo	Cualitativa	Nominal	Largos tiempos de espera Difíciles expectativas del paciente Falta de suministros médicos

Tabla 6-1: Variables independientes. Fuente: Elaboración propia.

6.3.1.1 Sexo

- Definición conceptual: conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo, pudiendo ser sexo masculino o femenino.
- Definición operacional: variable dicotómica, puede ser masculino o femenino que se registró al momento de realizar las lecturas críticas de los artículos seleccionados de acuerdo a los reportes de VL.

6.3.1.2 Profesión

- Definición conceptual: actividad habitual de una persona, generalmente para la que se ha preparado, que, al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración o salario.
- Definición operacional: información obtenida de los artículos seleccionados de acuerdo a los reportes de VL, se clasificaron en médicos, enfermeras, técnicos de algún tipo y otros.

6.3.1.3 Factores de riesgo

- Definición conceptual: cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión
- Definición operacional: información obtenida de los artículos seleccionados de acuerdo a los reportes de VL, y de cómo estos aumentaban las probabilidades de que este hecho ocurriera, se clasificaron en largos tiempo es de espera, difíciles expectativas del paciente, falta de suministros médicos y otros.

6.3.2 Variables dependientes

VARIABLES	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA
Tipo de violencia laboral	Cualitativa	Nominal	Física Verbal Psicológica Otras

Tabla 6-2: Variables dependientes. Fuente: Elaboración propia.

6.3.2.1 Tipo de violencia laboral

- Definición conceptual: 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.
- Definición operacional: información obtenida de los artículos seleccionados de acuerdo a los reportes de VL, en donde se clasificaban en violencia física, verbal, psicológica y otros.

6.4 Extracción, análisis y calidad de los artículos

Para la revisión de los artículos seleccionados se construyó una tabla en la que se incluyeron las siguientes categorías (ver tabla 6-3).

Nombre de la categoría	Definición
Fuente del artículo	Título, autor, país, revista y año de publicación.
Base de datos	Base de datos de la que se seleccionó el artículo
Idioma	Idioma del artículo: inglés o español
Objetivo	Principal objetivo del artículo
Diseño	Transversal, descriptivo, analítico, prospectivo, multicéntrico, retrospectivo
Población	Tipo de muestreo, tamaño muestral, área laboral, edad, sexo y periodo de recolección de datos
Definición y tipo violencia laboral	Concepto de violencia laboral personal de salud, según frecuencia o número de agresiones, según sexo, según tipo de agresión (física, psicológica, sexual) y según procedencia (interna o externa) del personal de salud agredido.
Facilitadores de la violencia laboral	Factores mencionados en el estudio como contribuyentes a que aparezca o se mantenga el fenómeno

Tabla 6-3: Categorías de extracción de datos. Fuente: Elaboración propia.

VII. RESULTADOS

Se realizó una lectura de los 14 artículos seleccionados (ver tabla 7-1) y los resultados se agruparon en los siguientes tópicos de acuerdo a los objetivos de este estudio: "Frecuencia de violencia laboral"; "Sexo del personal de salud"; "Profesión del personal de salud afectado"; "Razones por el cual suscito un episodio de violencia laboral".

Estudio	Cita	Base	País	Tipo de Estudio
Workplace violence against emergency department nurses in Oman: A cross-sectional multi-institutional study.	Al-Maskari, S., Al-Busaidi, I., & Al-Maskari, M. (2020). Workplace violence against emergency department nurses in Oman: A cross-sectional multi-institutional study. <i>International Nursing Review</i> . doi:10.1111/inr.12574	Scopus	Omán	Estudio transversal
Workplace Violence in Healthcare: A Single-Center Study on Causes, Consequences and Prevention Strategies.	Antão, H. S., Sacadura-Leite, E., Manzano, M. J., Pinote, S., Relvas, R., Serranheira, F., & Sousa-Uva, A. (2020). Workplace Violence in Healthcare: A Single-Center Study on Causes, Consequences and Prevention Strategies. <i>Acta Médica Portuguesa</i> , 33(1), 31. doi:10.20344/amp.11465	Scopus	Portugal	Estudio transversal
Violence Against Health Care Providers: A Mixed-Methods Study from Karachi, Pakistan.	Baig, L. A., Shaikh, S., Polkowski, M., Ali, S. K., Jamali, S., Mazharullah, L., . . . Arif, S. (2018). Violence Against Health Care Providers: A Mixed-Methods Study from Karachi, Pakistan. <i>The Journal of Emergency Medicine</i> , 54(4). doi: 10.1016/j.jemermed.2017.12.047	Scopus	Pakistán	Estudio mixto
The association between workplace violence and physicians' and nurses' job satisfaction in Macau.	Cheung, T., Lee, P. H., & Yip, P. S. (2018). The association between workplace violence and physicians' and nurses' job satisfaction in Macau. <i>Plos One</i> , 13(12). doi: 10.1371/journal.pone.0207577	Scopus	China	Estudio transversal

Estudio	Cita	Base	País	Tipo de Estudio
Iceberg of workplace violence in health sector of Bangladesh.	Hasan, M. I., Hassan, M. Z., Bulbul, M. M. I., Joarder, T., & Chisti, M. J. (2018). Iceberg of workplace violence in health sector of Bangladesh. BMC Research Notes, 11(1). doi: 10.1186/s13104-018-3795-6	Pubmed	Bangladesh	Revisión sistemática
Frequency and Forms of Workplace Violence in Primary Health Care.	Jatic, Z., Erkocevic, H., Trifunovic, N., Tatarevic, E., Keco, A., Sporisec, L., & Hasanovic, E. (2019). Frequency and Forms of Workplace Violence in Primary Health Care. Medical Archives, 73(1), 6. doi:10.5455/medarh.2019.73.6-10	Scopus	Bosnia y Herzegovina	Estudio transversal
Violence against health-care workers in a conflict affected city.	Lafta, R. K., & Falah, N. (2018). Violence against health-care workers in a conflict affected city. Medicine, Conflict and Survival, 35(1), 65-79. doi:10.1080/13623699.2018.1540095	Scopus	Irak	Estudio transversal
Prevalence of verbal and physical workplace violence against nurses in psychiatric hospitals in China.	Lu, L., Lok, K., Zhang, L., Hu, A., Ungvari, G. S., Bressington, D. T., . . . Xiang, Y. (2019). Prevalence of verbal and physical workplace violence against nurses in psychiatric hospitals in China. Archives of Psychiatric Nursing, 33(5), 68-72. doi : 10.1016/j.apnu.2019.07.002	Scopus	China	Estudio transversal

Estudio	Cita	Base	País	Tipo de Estudio
Manifestations of verbal and physical violence towards doctors: a comparison between hospital and community doctors.	Nevo, T., Peleg, R., Kaplan, D. M., & Freud, T. (2019). Manifestations of verbal and physical violence towards doctors: a comparison between hospital and community doctors. <i>BMC Health Services Research</i> , 19(1). doi: 10.1186/s12913-019-4700-2	Pubmed	Israel	Estudio transversal
Violencia laboral en trabajadores del sector de salud: revisión sistemática	Palma, Andrea, Ansoleaga, Elisa, & Ahumada, Magdalena. (2018). Violencia laboral en trabajadores del sector salud: revisión sistemática. <i>Revista médica de Chile</i> , 146(2), 213-222.	Scielo	PubMed	Revisión Sistemática
Treating Too Lightly? Radiation Therapists Experiences of Workplace Violence When Providing Care to Cancer Patients and Their Families.	Sperduti, A., Hindle, D., Shessel, A., Pidgeon, B., Akmal, H., Chaulk, G., ... Rosewall, T. (2018). Treating Too Lightly? Radiation Therapists Experiences of Workplace Violence When Providing Care to Cancer Patients and Their Families. <i>Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences</i> , 49(1), 56–61. doi: 10.1016/j.jmir.2017.11.001	Pubmed	Canadá	Estudio transversal
Workplace violence types in family health, offenders, reactions, and problems experienced.	Sturbelle, I. C. S., Pai, D. D., Tavares, J. P., Trindade, L. D. L., Beck, C. L. C., & Matos, V. Z. D. (2020). Workplace violence types in family health, offenders, reactions, and problems experienced. <i>Revista Brasileira De Enfermagem</i> , 73(suppl 1). doi: 10.1590/0034-7167-2019-0055	Scielo	Brasil	Estudio transversal

Estudio	Cita	Base	País	Tipo de Estudio
Workplace violence and its aftermath in China's health sector: Implications from a cross-sectional survey across three tiers of the health system.	Yang, S. Z., Wu, D., Wang, N., Hesketh, T., Sun, K. S., Li, L., & Zhou, X. (2019). Workplace violence and its aftermath in China's health sector: Implications from a cross-sectional survey across three tiers of the health system. <i>BMJ Open</i> , 9(9). doi:10.1136/bmjopen-2019-031513	Scopus	China	Estudio transversal
Gender differences in workplace violence against physicians of obstetrics and gynecology in China: A questionnaire in the national congress.	Zhu, L., Li, L., & Lang, J. (2018). Gender differences in workplace violence against physicians of obstetrics and gynecology in China: A questionnaire in the national congress. <i>Plos One</i> , 13(12). doi: 10.1371/journal.pone.0208693	Pubmed	China	Estudio transversal

Tabla 7-1: Selección de estudios de violencia laboral recibida por el personal de salud a nivel nacional e internacional. Fuente: Elaboración propia.

7.1 Frecuencia de violencia laboral

Antão et al., 2020, indicaron que 28 trabajadores del área de salud respondieron válidamente el cuestionario, en donde un total de 41 incidentes fueron reportados, ellos detallan que 7 reportes fueron de violencia física por parte de los pacientes, 7 por violencia física por parte de familiares cercanos a los pacientes 11 por violencia verbal por parte de pacientes y 13 por violencia verbal por parte de familiares cercanos a los pacientes.

Al-Maskari, Al-Busaidi, & Al-Maskari, 2020, determinaron que, de un total de 103 enfermeras, 90 (87.4%) experimentaron algún tipo de VL, en donde el 18.4% de los reportes eran por violencia física y el 84.5% restante era por violencia no física, detallando que del porcentaje anteriormente expuestos, un 80.6% de los reportes fueron por violencia verbal, 16.5% amenazas y un 1% por acoso sexual.

Baig et al., 2018, afirmaron que, de un total de 822 cuestionarios, 481 (58.5%) afirmaban haber tenido algún tipo de experiencia de violencia verbal, 235 (28.6%) violencia física, 91 (11.1%) daños a la infraestructura y 542 (65.9%) cualquier tipo de violencia.

Cheung, Lee, & Yip, 2018, detallaron que el 57.2% de los participantes reportaron violencia física y psicológica en el trabajo, el más común de las formas de VL fue abuso verbal con un 53.4%, 16.1% de asaltos físicos, 14.2% de bullying/acoso, 4.6% acoso sexual y 2.6% acoso racial.

Hasan, Hassan, Bulbul, Joarder, & Chisti, 2018, indicaron que, de un total de 56 reportes, 54 (96.4%) fueron reportes de violencia física, mientras que 2 (3.6%) reportes eran de violencia psicológica.

Jatic et al., 2019, determinaron que, 558 de un total de 983 profesionales del área de la salud participaron en la encuesta, donde la prevalencia de VL fue de un 90.3%, detallando que 498 (89.2%) de los participantes indicaron haber estado expuestos a violencia verbal y 417 (74.7%) a violencia física de manera indirecta.

Lafta & Falah, 2018, afirmaron que, de un total de 700 participantes, 99 (14.1%) afirmaron haber sufrido VL de tipo física, 502 (71.7%) VL de tipo psicológica y 99 (14.1%) no sufrieron ningún tipo de violencia.

Lu et al., 2019, detallaron que, de un total de 1.906 participantes (89.7%), 1.605 (84.2%) sufrieron de violencia verbal y/o física, 1.352 (70.9%) sufrieron amenazas de algún tipo y 1104 (57.9%) experimentaron solo violencia física sin ningún otro tipo de violencia.

El estudio de Nevo, Peleg, Kaplan, & Freud, 2019, indicaron que, 145 médicos participaron en el estudio, de los cuales 63 eran médicos de hospitales y 82 eran doctores de la comunidad. El 59% de los médicos informaron haber experimentado al menos un incidente de abuso verbal y que el 9% sufrió de violencia física.

Palma, Ansoleaga, & Ahumada, 2018, determinaron que, de acuerdo a su revisión sistemática, la mayoría de los artículos hacían referencia a violencia física y psicológica (56,5%; n=13), mientras que solos 6 hacían énfasis en la violencia psicológica (26.1%). Por último, menciona que solo 4 artículos tomaron la violencia física, psicológica y sexual en conjunto.

Sperduti et al., 2018, afirmaron que, de acuerdo a su tasa de respuesta (47%), un total de 67 (84%) de los participantes informaron haber experimentado algún tipo de VL durante su carrera, de estos 67, 39 (50%) experimentaron tres veces o más episodios de VL. El autor también detalla en su estudio que del total de la tasa de respuesta (47%), 31% correspondían a abusos verbales, 35% acosos, 64% amenazas verbales, 44% acciones amenazantes y un 60% corresponden a asaltos físicos.

Sturbelle et al., 2020, detallaron que, 9 (8.5%) de los participantes reportaron algún tipo de asalto físico, 69 (65.1%) agresión verbal, 15 (14.2%) bullying, 5 (4.7%) acoso sexual y 11 (10.4%) discriminación racial.

Yang et al., 2019, indicaron que, de un total 4.862 encuestas validas, 224 (4.6%) de los participantes indicaron haber sido atacados de forma física en su trabajo, 848 (17.4%) experimentaron algún tipo de amenazas y 1.956 (40.4%) tuvieron algún tipo de experiencia o exposición a un evento denominado “Yi Nao”, el estudio define este concepto como una forma única de VL en China, donde es extrema y organiza, cuyos pacientes, familiares e incluso pandillas contratadas atacan a los trabajadores del área de la salud, dañando las instalaciones del hospital y perturbando el normal funcionamiento, todo esto con el fin de ganar algún tipo de compensación por parte del hospital.

Zhu, Li, & Lang, 2018, determinaron que, de los 1.425 cuestionarios, 1.300 fueron respondidos (91.2%), y que destaca que en los últimos 12 meses dos tercios de los médicos sufrieron abuso verbal en el lugar de trabajo.

7.2 Sexo del personal de salud

(ver tabla 7-2)

Antão et al., 2020, indicaron que, del total de los 28 trabajadores del área de la salud, 8 (28.5%) eran mujeres y 20 (71.4%) eran hombres.

Al-Maskari, Al-Busaidi, & Al-Maskari, 2020, determinaron que, del total de los 103 participantes del estudio, 27 (26.2%) eran participantes hombres y 76 (73.8%) participantes mujeres.

Cheung, Lee, & Yip, 2018, afirmaron que, de un total de 706 participantes, 556 (78.7%) eran mujeres y 150 (21.2%) hombres.

Baig et al., 2018, detallaron que, 59.7% de los participantes eran hombres y 40.3% eran participantes mujeres.

Jatic et al., 2019, indicaron que, 471 (84.4%) de las participantes eran mujeres, mientras que 87 (15.6%) eran hombres.

Lafta & Falah, 2018, determinaron que, 341 (48.7%) de los participantes eran hombres y que 359 (51.3%) mujeres.

Nevo, Peleg, Kaplan, & Freud, 2019, afirmaron que, de acuerdo a la población de estudio, 71 (50%) eran médicos hombres y 71 (50%) médicos mujer (perdida de información de un solo doctor).

Sturbelle et al., 2020, detallaron que, la muestra (n=106) eran mujeres en su mayoría (80.2%).

Yang et al., 2019, indicaron que, 1.295 (26.7%) de los participantes eran hombres y 3.551 (73.3%) mujeres.

Zhu, Li, & Lang, 2018, determinaron que, 162 (13%) eran médicos hombres y que 1.085 (87%) eran médicos mujeres.

Estudio	Mujer (%)	Hombre (%)
Antão et al., 2020	28.5%	71.4%
Al-Maskari, Al-Busaidi, & Al-Maskari, 2020	73.8%	26.2%
Cheung, Lee, & Yip, 2018	78.7%	21.2%
Baig et al., 2018	40.3%	59.7%
Jatic et al., 2019	84.4%	15.6%
Lafta & Falah, 2018	51.3%	48.7%
Nevo, Peleg, Kaplan, & Freud, 2019	50%	50%
Sturbelle et al., 2020	80.2%	-
Yang et al., 2019	73.3%	26.7%
Zhu, Li, & Lang, 2018	87%	13%

Tabla 7-2: Sexo del personal de área de la salud. Fuente: Elaboración propia.

7.3 Profesión del personal de salud afectado

(ver tabla 7-3)

Antão et al., 2020, indicaron que, de los 28 participantes, 12 (42.8%) de los participantes eran doctores, 12 (42.8%) enfermeras, 3 (10.7%) asistentes de enfermería y 1 (3.5%) asistente técnica.

Al-Maskari, Al-Busaidi, & Al-Maskari, 2020, determinaron que, 103 (100%) de los participantes eran enfermeras.

Baig et al., 2018, afirmaron que, el 21.2% de las participantes eran mujeres, 15.8% médicos y 15.1% técnicos.

Cheung, Lee, & Yip, 2018, detallaron que, de un total de 706 participantes, 104 (14.7%) eran médicos y 602 (85.2%) enfermeras.

Hasan, Hassan, Bulbul, Joarder, & Chisti, 2018, indicaron que, 54 (96.4%) de los profesionales eran médicos, 1 (1.8%) enfermera y 1 (1.8%) otro.

Jatic et al., 2019, determinaron que, 182 (32.6%) de los participantes eran doctores y 376 (67.4%) enfermeras.

Lafta & Falah, 2018, afirmaron que, 612 (87.4%) de los participantes eran doctores, 43 (6.1%) dentistas y farmacéuticos, y 45 (6.4%) enfermeras y técnicos.

Nevo, Peleg, Kaplan, & Freud, 2019, detallaron que, 63 personas eran médicos de hospitales y que 82 eran médicos comunitarios.

Yang et al., 2019, indicaron que, 1.954 (40.2%) de los participantes eran doctores, 1.911 (39.4%) enfermeras, 692 (14.3%) miembros de laboratorios.

Zhu, Li, & Lang, 2018, determinaron que, 485 de los participantes eran médicos jefes, 373 eran médicos jefes asociados, 199 eran médicos tratantes, 60 médicos residentes y 125 no tenían título profesional o este era ambiguo.

Estudio	Médicos (%)	Enfermeras (%)	Técnicos de algún tipo (%)	Otros (%)
Antão et al., 2020	42.8%	42.8%	14.2%	-
Al-Maskari, Al-Busaidi, & Al-Maskari, 2020	-	100%	-	-
Baig et al., 2018,	15.8%	-	15.1%	-
Cheung, Lee, & Yip, 2018	14.7%	85.2%	-	-
Hasan, Hassan, Bulbul, Joarder, & Chisti, 2018	96.4%	1.8%	-	1.8%
Jatic et al., 2019	32.6%	67.4%	-	-
Lafta & Falah, 2018	87.4%	6.4% (en conjunto a técnicos)	-	6.1% (dentistas y farmacéuticos)
Nevo, Peleg, Kaplan, & Freud, 2019	100%	-	-	-
Yang et al., 2019	40.2%	39.4%	-	14.3% (miembros de laboratorio)
Zhu, Li, & Lang, 2018	90%	-	-	10% (no tenían título o este era ambiguo)

Tabla 7-3: Profesión del personal de salud afectado. Fuente: Elaboración propia.

7.4 Factores de riesgo por el cual suscito un episodio de violencia laboral

Antão et al., 2020, indicaron que, de un total de 55 presuntos motivos por el cual suscito algún tipo de agresión, 20 (36.36%) eran por los largos tiempos de espera, 15 (27.27%) solo por ser groseros, 6 (10.9%) por algún tipo de perturbación psicológica y 14 (25.45%) otros.

Lafta & Falah, 2018, detallaron que en su estudio, las razones detrás de los hechos de VL, donde un 40.3% ocurrían por los falta de servicios y suministros médicos, 6% por el lugar de trabajo repleto, 6.7% por ausencia de protección, 11.4% por agitación, 11.1% por insatisfacción de los servicios de cuidado, 16.5% por muerte de los pacientes, 43.5% por pobre educación y actitud agresiva, 7.2% por racismo y 57% no sabían exactamente la razón.

Nevo, Peleg, Kaplan, & Freud, 2019, mencionaron que la causa de VL más común eran los largos tiempos de espera (23.9%), seguido de la insatisfacción con los tratamientos por parte de los pacientes (16.9%).

Zhu, Li, & Lang, 2018, diferencia las causas en dos, en externas y responsabilidad por parte del médico respectivamente. En las causas externas, 1064 reportes indicaban que fue por las difíciles expectativas por parte de los pacientes, 1079 por reportes adversos, 434 por no poder costear los gastos del doctor y 301 reportes fueron porque la infraestructura del servicio de salud era mi antiguo. Por otro lado, los reportes en relación a las responsabilidades por parte de los médicos se mencionan que 926 reportes tenían relación con la pobre comunicación por parte de los médicos, 272 por sobornos financieros, 772 por conciencia de servicios indeseables, 447 por pobre habilidad manual y 428 por una moral indeseable.

VIII. DISCUSIÓN

Esta revisión sistemática exploratoria proporciona una perspectiva nacional e internacional sobre las experiencias de violencia y agresiones laborales al personal de salud.

Si bien, la literatura sobre el estudio de la VL en salud es reciente, hubo un aumento de publicaciones respecto a la VL en salud en relación a años anteriores, demostrando así un aumento en éste tipo de investigación, lo cual se puede relacionar con el aumento de este fenómeno a nivel mundial y/o el interés que ha despertado este en el campo de la investigación, confirmando así que las agresiones son unos de los principales problemas en este sector, lo que se condice con revisiones previas (Ansoleaga, Gómez & Mauro, 2015; Pourshaikhian et al., 2016; Nowrouzi , 2016; Hasan, 2018; Spelten et al., 2020).

La frecuencia de VL contra el personal de salud a nivel nacional e internacional identificada en este estudio fue alta, las agresiones más frecuentes son las de tipo verbal seguidas de la física. De acuerdo a revisiones previas, el abuso verbal es el tipo de VL con mayor prevalencia. Esto se puede deber a que en una primera instancia el agresor opta por la violencia verbal antes que la física, debido a las repercusiones que estas pueden traer. (Ansoleaga, Gómez, & Mauro, 2015; Pourshaikhian et al., 2016; Paravic, Burgos, 2018; Subsecretaria de Prevención del Delito, 2018; Spelten et al., 2020).

Por otro lado, es importante mencionar que los trabajadores de servicios de salud mental muestran una alta prevalencia de VL con un 91.5% (Bizzarri et al., 2020), lo que se vincula con la naturaleza del trabajo, por ejemplo, tratar con pacientes bajo efectos de drogas o con enfermedades psiquiátricas (Travetto et al., 2015; Ferri et al., 2016; Bizzarri et al., 2020).

Respecto al sexo del personal de salud, el sexo femenino estuvo en mayor proporción expuesto a las agresiones y violencias laborales. Resultados similares fueron evidenciados en otros estudios (Muzembo et al., 2015; Lanthier et al., 2018; Liu et al., 2019; Spelten et al., 2020; Viottini et al., 2020), sin embargo, los resultados no son consistentes en toda la literatura, ya que tres estudios de esta revisión informaron un predominio masculino en la exposición a la VL, esto es inconsistente con los hallazgos anteriormente expuestos. Una posible explicación es la diferencia de tamaño de la muestra entre los dos géneros, es decir, hubo un menor número de participantes masculinos que femeninos. Por otro lado, otra razón sería la diferencia cultural como organizacionales que producen discriminaciones sociales y de género en la sociedad, que tienden a situar a la mujer en menor estatus social o en posiciones de subordinación (Ansoleaga et al., 2015).

En este sentido, en Chile, se mostraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, siendo mayor la presencia de violencia hacia las mujeres (Ansoleaga et al., 2015).

Las mujeres son más vulnerables que los hombres a sufrir ciertos tipos de violencia en el lugar de trabajo (Deniz et al., 2016). Así, por un lado, se ha encontrado que los hombres son más propensos a sufrir de violencia física, y las mujeres a recibir amenazas verbales y violencia sexual (Liu et al., 2019). Los resultados en torno al sexo no son del todo concluyentes (Ansoleaga et al., 2015), sin embargo, hay estudios que no evidenciaron diferencias de género en torno a la violencia.

Algunas categorías ocupacionales son más vulnerables a la VL que otras, debido al tipo de trabajo que se desempeñan y sus constantes interacción, en función del tiempo, con el usuario o paciente (Pompeii et al., 2015; Kowalczyk, Krajewska, 2017; Paravic, Burgos, 2018).

En Chile, una encuesta realizada por la Subsecretaría de Prevención del Delito 2018, determinó por estamento que el personal más afectado fue el técnico paramédico con un 68.1%, seguido por médicos, odontólogos y químicos farmacéuticos 65.7%, lo cual se condice con otros estudios en donde se determinó que los técnicos paramédicos y las enfermeras son los más afectados (Hernández, Molina, 2016; Partridge, Affleck, 2017). Estos grupos de profesionales son los que están en mayor número en los servicios de urgencia, en donde por consiguiente resultan

ser los que más tiempo pasan con los pacientes aplicando diversos procedimientos y tratamientos, razones por las cuales están más expuestos a diferentes tipos de agresiones (Partridge, Affleck, 2017; Paravic, Burgos, 2018).

Otros estudios establecen que el personal administrativo o personal no sanitario, se encuentran en la primera instancia de atención, por lo que son un grupo de alto riesgo a recibir agresiones, ya que el público descarga sobre ellos su angustia y miedo, sumado además a la gran cantidad de usuarios que requieren atención, especialmente en los establecimientos públicos (Ferri et al., 2016; Sossai et al., 2017; Paravic, Burgos, 2018; Schablon et al., 2018).

Los factores de riesgo predisponentes más relevantes que involucran de alguna manera al personal sanitario, son las difíciles expectativas del paciente y el servicio ofrecido (Morken et al 2015), esto crea un ambiente de tensión e inseguridad laboral, factores que en conjunto pueden desencadenar algún hecho de VL. Por otro lado, también tenemos aquellos episodios de VL que ocurrieron por largos tiempos de espera, falta de servicios médicos y la falta de suministros hospitalarios. Estos resultados coinciden con revisiones previas (Pourshaikhian et al., 2016; Rincón del Toro et al., 2016; Rasha & Khaled, 2017; Palma et al., 2018).

Es importante mencionar que la odontología es más susceptible a hechos de VL que otras áreas de atención (Binmadi & Alblowi, 2019). Sin embargo, esta revisión sistemática y estudios previos demostraron que los odontólogos fueron uno de los grupos que menos reportó agresiones o violencia laboral en comparación con los demás departamentos de emergencias. Las situaciones de riesgo laboral para el odontólogo son muy particulares dada las condiciones en las cuales se desempeñan, debido a lo cual son más propensos a sufrir agresiones por los usuarios y sus familiares, por ejemplo, las atenciones de urgencias odontológicas implican una demanda inmediata de atención de salud, debido al dolor que desencadenan y la frustración a los largos tiempos de espera. Por otro lado, también tenemos muchas veces que el odontólogo trabaja de manera solitaria y en estrecho contacto con los usuarios, estas son situaciones que aumentan los factores riesgo para desencadenar un hecho de VL en las consultas.

Por último, la actual pandemia por COVID-19, ha causado millones de muertes a lo largo de todo el mundo, en donde los expertos argumentan que es el virus respiratorio más amenazante para la salud pública desde el brote por influenza en el año 1918 (Rodríguez et al., 2020). Los trabajadores del área de la salud son la primera línea para el COVID-19, donde se exponen a largas horas de exposición a este patógena, angustia psicológica, fatiga, agotamiento ocupacional y VL por parte de aquellos pacientes que sienten la incertidumbre del comportamiento del virus, a esto sumado a las falencias de los servicios públicos de algunos países, incluido Chile. Es por esta razón que hoy en día existe una necesidad urgente de cuidar el bienestar de los trabajadores del área de la salud para, con el fin de evitar consecuencias graves para los pacientes y un posible colapso de los sistemas de salud a nivel mundial (Rodríguez et al., 2020).

Las limitaciones de este estudio fueron los idiomas utilizados en la estrategia búsqueda (inglés y español), motivo por el cual puede causar un sesgo al excluir artículos de relevancia disponibles en otros idiomas, como por ejemplo el portugués. Por otro lado, la limitación de la zona o lugar del sector del área de la salud donde se recolectaron los reportes, esto sumado a los criterios de inclusión de nuestro estudio, restringieron la generalización de nuestros hallazgos a otras poblaciones.

Los hallazgos sugieren la necesidad de futuros estudios cualitativos para implementar estrategias de prevención adicionales, ya sea a nivel organizacional o personal, así como también la modificación de las leyes en cada país, con el fin de endurecer las sanciones por los hechos de VL en el área de salud.

IX. CONCLUSIÓN

- La revisión sistemática exploratoria de la literatura indicó que la VL es un problema grave e importante, donde cada vez es más frecuente, de acuerdo al aumento de número de investigaciones durante los últimos años.
- De acuerdo a la frecuencia de VL, el 100% (n=14) de los artículos abordaron este tópico, donde el 71.4% (n=10) indicaban que las agresiones más frecuentes eran las de tipo verbal.
- En cuanto al sexo del personal del área de la salud, un 71.4% (n=10) de los artículos abordaron este tema, donde el 70% (n=7) de estos, indicaron que el sexo más afectado era la mujer.
- La profesión más afectada por VL fueron los médicos y enfermeras, donde el 71.4% (n=10) de los artículos abordaron este tópico.
- Por último, 4 (28.5%) de los 14 artículos de la revisión sistemática, abordaron esta temática, donde los factores de riesgo más importantes para desencadenar un hecho de VL fueron los largos tiempos de espera, la falta de servicios médicos y la falta de suministros hospitalarios.

X. REFERENCIAS

Abdellah, R. F., & Salama, K. M. (2017). Prevalence and risk factors of workplace violence against health care workers in emergency department in Ismailia, Egypt. *The Pan African medical journal*, 26, 21.

Agrupación Nacional de Médicos Generales de Zona. (2017). Encuesta Seguridad Nacional y Riesgo de Agresiones.

Ansoleaga E, Gómez-Rubio C, Mauro A. (2015) Violencia laboral en América Latina: una revisión de la evidencia científica. *Rev Arg de Psiquiat* ; XXVI: 444-52.

Araújo R, Díaz G. (2000). Un enfoque teórico-metodológico para el estudio de la violencia. *Rev Cubana Salud*; 26 (2): 85-90.

Benavides, F.G., Ruiz, C., y García, A.M., (2000). Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Barcelona: Masson. (pp. 37-48)

Biblioteca Congreso Nacional. (2017). Ley N °20.584: Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

Biblioteca Congreso Nacional. (2017). Ley N °16.744: Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Binmadi, N. O., & Alblowi, J. A. (2019). Prevalence and policy of occupational violence against oral healthcare workers: systematic review and meta-analysis. *BMC oral health*, 19(1), 279.

Bizzarri J., Piacentino D., Kotzalidis G., Moser S., Cappelletti S., Weissenberger G., Pompili, Maurizio P., Conca A., (2020). Aggression and Violence Toward Healthcare Workers in a Psychiatric Service in Italy, *The Journal of Nervous and Mental Disease*: Volume 208 - Issue 4 - p 299-305 doi: 10.1097/NMD.0000000000001126

Cámara de Diputadas y Diputados. (2015). Modificación Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención

de salud, con el propósito de aumentar la sanción penal a quienes agreden a integrantes del equipo de salud.

Carabineros de Chile. (2014). Una mirada a Carabineros de Chile. 26 septiembre 2019, Carabineros de Chile.

Carter, R. (2000). High risk of violence against nurses. *Nursing Management*, 6, 5.

Chapell D, Di Martino C. (2006) *Violence at work*. 3 ed. Geneva: International Labour Office.

Colegio médico. (2018). ¿Cómo colegiarse? 27 septiembre del 2019, de Colegio médico de Chile A.G.

Colegio médico. (2019). Colegio Médico y Regional Santiago trabajan firmemente por la protección y la seguridad ante agresiones a los trabajadores de la salud.

Colegio médico. (2018) Norma General Administrativa, Agresiones al personal de atención en establecimiento de salud.

Comisiones Obreras de Castilla y León (2011). Guía Básica de Riesgo Laborales específicos en el sector sanitario.

Concha-Eastman A, Villaveces A. (2001) Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.

De Léséleuc, S. (2007). La victimisation criminelle en milieu de travail. Ottawa: Statistique Canada, 19.

Deniz, T., Saygun, M., Eroglu, O., Ülger, H., Azapoglu, B. (2016). Effect of exposure to violence on the development of burnout syndrome in ambulance staff. *Turk J Med Sci*.46(2):296-302.

Ferri, P., Silvestri, M., Artoni, C., Di Lorenzo, R. (2016). Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. *Psychol Res Behav Manag*, 9:263–75.

Foley, M., & Rauser, E. (2012). Evaluating progress in reducing workplace violence: Trends in Washington State workers' compensation claims rates, 1997–2007. *Work*, 42, 67–81.

Gutiérrez L, Hernández MJ, Molina L. (2016). Agresiones externas al personal sanitario de un servicio público de salud (2008-2012). *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, Scielo Base de datos 3, 19.

Hasan, M. I., Hassan, M. Z., Bulbul, M. M. I., Joarder, T., & Chisti, M. J. (2018). Iceberg of workplace violence in health sector of Bangladesh. *BMC Research Notes*, 11(1).

Hernández, L., Molina, M. (2016). Agresiones externas al personal sanitario de un servicio público de salud (2008-2012). *Arch Prev Riesgos Labor* 2016, 19 (3): 166-74.

Jatic, Z., Erkocevic, H., Trifunovic, N., Tatarevic, E., Keco, A., Sporisovic, L., & Hasanovic, E. (2019). Frequency and Forms of Workplace Violence in Primary Health Care. *Medical archives (Sarajevo, Bosnia and Herzegovina)*, 73(1), 6–10.

Kowalczyk, K., Krajewska-Kulak, E. (2017). Patient aggression towards different professional groups of healthcare workers. *Ann Agric Environ Med*. 24(1):113–6.

Lanthier S., Bielecky A., Smith P.M. (2018). Examining risk of workplace violence in Canada: a sex/gender-based analysis. *Ann Work Expo Health*, 62(8):1012–20.

Letelier F. (2019). Modifica la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, con el propósito de aumentar la sanción penal a quienes agreden a integrantes del equipo de salud. 27 septiembre del 2019.

Liu, J., Gan, Y., Jiang, H., Li, L., Dwyer, R., Lu, K., Yan, S., Sampson, O., Xu, H., Wang, C., Zhu, Y., Chang, Y., Yang, Y., Yang, T., Chen, Y., Song, F., & Lu, Z. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and environmental medicine*, 76(12), 927–937.

Lu, L., Lok, K., Zhang, L., Hu, A., Ungvari, G. S., Bressington, D. T., . . . Xiang, Y. (2019). Prevalence of verbal and physical workplace violence against nurses in psychiatric hospitals in China. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(5), 68-72.

Magnavita N, Fileni A, Pescarini L, Magnavita G. (2012). Violence against radiologists. I: prevalence and preventive measures. *Radiología Médica* 2012; 117 (6): 1019-33.

Morken, T., Johansen, H., Alsaker, K. (2015). Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study. *BMC Fam Pract*, 1; 16: 51.

Muzembo B., Mbutshu L., Ngatu N, Malonga K., Eitoku M., Hirota R., Suganuma N., (2015). Workplace violence towards Congolese health care workers: a survey of 436 healthcare facilities in Katanga Province, Democratic Republic of Congo. *J Occup Health*, 57:69–80.

Nevo, T., Peleg, R., Kaplan, D. M., & Freud, T. (2019). Manifestations of verbal and physical violence towards doctors: a comparison between hospital and community doctors. *BMC Health Services Research*, 19(1).

Nowrouzi B., Huynh V., (2016). Citation analysis of workplace violence: A review of the top 50 annual and lifetime cited articles. *Aggression and Violent Behavior* 2016; 28(1):21-28.

Organización Internacional del Trabajo (OIT), Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), Organización Mundial de la Salud (OMS), Internacional de Servicios Públicos (ISP). (2002). *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*. Ginebra: OIT, CIE, OMS, ISP; 2002.

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la Salud*. Ginebra.

Organización Internacional del Trabajo (2003). *Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla*. Ginebra: OIT; 2003.

Palma-Contreras A., Ansoleaga E., (2020). Asociaciones entre factores de riesgos psicosociales, dimensiones organizacionales y problemas de salud mental, relacionados con la violencia laboral, en trabajadores de tres hospitales chilenos de alta complejidad. *Cadernos de Saúde Pública*. 36. 10.1590/0102-311x00084219.

Paravic T., Burgos M., (2018). Prevalencia de violencia física, abuso verbal y factores asociados en trabajadores/as de servicios de emergencia en establecimientos de salud públicos y privados. *Revista médica de Chile*, 146(6), 727-736.

Partridge, B., & Affleck, J. (2017). Verbal abuse and physical assault in the emergency department: Rates of violence, perceptions of safety, and attitudes towards security. *Australasian emergency nursing journal: AENJ*, 20(3), 139–145.

Pompeii, L., Schoenfisch, A., Lipscomb, J., Dement, J., Smith, D., Upadhyaya M. (2015). Physical assault, physical threat, and verbal abuse perpetrated against hospital workers by patients or visitors in six U.S. hospitals. *Am J Ind Med*.58(11):1194–204.

Pourshaikhian M., Abolghasem H., Aryankhesal A., Khorasani-Zavareh D., Barati A., (2016). A Systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel. *Arch Trauma Res*, 5 (1): e28734.

Rincón del Toro, T., Villanueva, A., Rodríguez, R., Polentinos, E., Torijano, J., de Castro, E., et al. (2016). Agresiones sufridas por las personas que trabajan en atención primaria de la Comunidad de Madrid, 2011-2012. *Rev Esp Salud Pública*, Vol. 90; 25 de octubre e1-e12.

Rodríguez-Bolaños, R., Cartujano-Barrera, F., Cartujano, B., Flores, Y. N., Cupertino, A. P., & Gallegos-Carrillo, K. (2020). The Urgent Need to Address Violence Against Health Workers During the COVID-19 Pandemic. *Medical care*, 58(7), 663.

Rodríguez M., Maestre M., y Borda, J. (2011). Violencia externa en el trabajo en el sector servicios: Consideraciones generales, notificación y protocolos de actuación. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(Supl. 1), 53-71.

Schablon, A., Wendeler, D., Kozak, A., Nienhaus, A., Steinke, S. (2018). Prevalence and consequences of aggression and violence towards nursing and care staff in Germany-a survey. *Int J Environ Res Public Health*, 15(6).

Sossai, D., Molina, S., Amore, M., Ferrandes, G., Sarcletti, E., Biffa, G., Accorsi, S., Belvederi Murri M., Tomellini, J., Copello, F. (2017). Analysis of incidents of violence in a large Italian hospital. *La Medicina Del Lavoro*. 108(5):6005.

Spelten E., Thomas B., O'Meara P.F., Maguire B.J., FitzGerald D., Begg S.J., (2020). Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed towards healthcare workers by patients and patient advocates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD012662

Sperduti, A., Hindle, D., Shessel, A., Pidgeon, B., Akmal, H., Chaulk, G., ... Rosewall, T. (2018). Treating Too Lightly? Radiation Therapists Experiences of Workplace Violence When Providing Care to Cancer Patients and Their Families. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 49(1), 56–61.

Sturbelle, I. C. S., Pai, D. D., Tavares, J. P., Trindade, L. D. L., Beck, C. L. C., & Matos, V. Z. D. (2020). Workplace violence types in family health, offenders, reactions, and problems experienced. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 73(suppl 1).

Travetto, C., Daciuk N., Fernández S., Ortiz P., Mastandueno R., Prats M., Flichtentrei D., Tajer C., (2015). Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. *Rev Panam Salud Pública*, 38 (4): 307-15

Viottini, E., Politano, G., Fornero, G., Pavanelli, P., Borelli, P., Bonaudo, M., Gianino, M. (2020) Determinants of aggression against all health care workers in a large-sized university hospital. *BMC Health Serv Res*, 20, 215.

Winstanley, S., & Whittington, R. (2004). Aggression towards health-care staff in a UK general hospital: Variation among professions and departments. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 3–10.

WorkSafe New Zealand (2016). WorkSafe's Strategic Plan for Work-Related Health 2016 to 2026.

Zhu, L., Li, L., & Lang, J. (2018). Gender differences in workplace violence against physicians of obstetrics and gynecology in China: A questionnaire in the national congress. *Plos One*, 13(12).