UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA**

Factores asociados a violencia laboral auto-reportada en médicos y enfermeras en establecimientos del primer nivel de atención comparados con otros niveles de atención en la encuesta nacional de satisfacción de usuarios de salud (ENSUSALUD), 2016

TESIS

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Yataco Vicente, Javier Alberto (0000-0002-1858-0395)

ASESOR

Araujo Castillo, Roger Vladimir (0000-0002-3740-1962)

Lima, 17 de diciembre del 2019

DEDICATORIA

A mis padres.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por su apoyo en todo momento.

Al profesor Roger Araujo por su asesoramiento es este trabajo.

RESUMEN

Objetivos: Estimar la prevalencia de violencia laboral (VL) auto-reportada en médicos y enfermeras en los diferentes niveles de atención, y evaluar sus factores asociados en la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSUSALUD), Perú, 2016.

Métodos: Estudio transversal analítico mediante análisis secundario de la base de datos ENSUSALUD 2016 sección personal de salud, conformada por médicos y enfermeras pertenecientes a los tres niveles de atención a nivel nacional. La variable dependiente fue VL física y verbal durante su vida profesional. Se obtuvieron razones de prevalencias crudas y ajustadas (RPa) mediante regresión de Poisson corregida por muestreo complejo usando establecimientos como conglomerados.

Resultados: Participaron 5098 individuos, siendo 66.2% mujeres y 57.7% personal de enfermería. 41.2% había experimentado algún tipo de VL. En los niveles de atención I/II, 7.1% había sufrido VL física, y 38.3% verbal. En el nivel III, 12.7% reportó VL física, y 42.5% verbal. En los modelos ajustados para VL física en los niveles I/II, se encontró mayor prevalencia en médicos residentes respecto a enfermería (RPa 4.89, IC95% 1.76-13.6). Respecto a VL verbal en los niveles I/II, se encontró mayor prevalencia en médicos asistentes (RPa 1.29, IC95% 1.02-1.63) y residentes (RPa 1.46, IC95% 1.02-2.09) comparado con personal de enfermería. En el nivel III, se asociaron múltiples factores a VL física y verbal, incluyendo edad, sexo, tipo de institución, área de atención, profesión, especialidad, y tipo de contrato.

Conclusiones: Se encontró una alta prevalencia de VL auto-reportada. Los factores asociados fueron distintos dependiendo del nivel de atención. En los niveles I/II, VL física y verbal estuvieron únicamente asociados al tipo de profesión.

Palabras clave: Violencia laboral; Personal de salud; Niveles de atención de salud; Perú.

Factors associated with self-reported workplace violence among nurses and physicians in primary healthcare facilities compared to other levels of care in the National Satisfaction Survey on Healthcare Users (ENSUSALUD), 2016

ABSTRACT

Objectives: To estimate self-reported prevalence of workplace violence (WPV) among nurses and physicians and evaluate their associated factors in the National Satisfaction Survey on Healthcare Users (ENSUSALUD), Peru, 2016.

Methods: Cross-sectional secondary data analysis of ENSUSALUD, personnel section, which surveyed nurses and physicians from primary, secondary and tertiary healthcare centers nationwide. Outcomes were physical and verbal WPV during working life. Crude and adjusted prevalence ratios (aPR) were obtained using Poisson regression adjusted for complex survey using healthcare centers as clusters.

Results: 5098 health workers participated, 66.2% were women, and 57.7% were nurses. 41.2% had experienced some WPV. In healthcare levels I/II, 7.1% reported physical WPV and 38.3% reported verbal WPV. In level III, 12.7% reported physical WPV and 42.5% verbal WPV. The adjusted models for physical WPV at the I/II levels of care, showed higher prevalence among resident physicians compared to nursing staff (aPR 4.89, CI95% 1.76-13.6). Regarding verbal WPV at levels I/II, there was higher prevalence among attending (aPR 1.29, CI95% 1.02-1.63) and resident physicians (aPR 1.46, CI95% 1.02-2.09) compared to nurses. At level III, there was association with several factors including age, sex, institution type, attention area, profession, having specialty, and contract type.

Conclusions: There was high prevalence of self-reported VL. Associated factors differed depending on the healthcare level. In healthcare levels I/II, verbal and physical VL were only associated to profession.

Keywords: Workplace violence; Healthcare workers; Healthcare Levels; Peru.

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
1.1	Planteamiento del problema.....	1
1.2	Marco teórico.....	2
1.3	Justificación.....	3
1.4	Objetivos.....	4
2.	METODOLOGÍA.....	5
2.1	Diseño de estudio y población.....	5
2.2	Encuesta original.....	5
2.3	Cálculo de potencia.....	6
2.4	Variables de estudio.....	6
2.5	Ética y procedimientos de estudio.....	7
2.6	Análisis estadístico.....	7
3.	RESULTADOS	9
3.1	Análisis descriptivo.....	9
3.2	Análisis bivariado.....	9
3.3	Modelos de regresión.....	10
4.	DISCUSIÓN	12
4.1	Características de la muestra.....	12
4.2	Prevalencia de violencia laboral.....	13
4.3	Características de la violencia laboral.....	15
4.4	Factores asociados a violencia laboral en el nivel I/II.....	15
4.5	Factores asociados a violencia laboral en el nivel III.....	16
4.6	Limitaciones.....	18
4.7	Importancia para la salud pública.....	19
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	21
6.	REFERENCIAS	22
7.	ANEXOS	25

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Flujograma.....	25
---------------------------	----

IND ICE DE TABLAS

TABLA 1a: Características sociodemográficas de la población estudiada.....	26
TABLA 1b: Características de Violencia Física, Amenaza de Violencia, e Insulto Verbal en la población estudiada	27
TABLA 2a: Prevalencias de Violencia Física auto-reportada según características del personal de salud estratificadas por Niveles de Atención	28
TABLA 2b: Prevalencias de Violencia Verbal auto-reportada según características del personal de salud estratificadas por Niveles de Atención	29
TABLA 3a: Modelos de Regresión Crudos y Ajustados para Violencia Física auto-reportada según características del personal de salud estratificados según Niveles de Atención	30
TABLA 3b: Modelos de Regresión Crudos y Ajustados para Violencia Verbal auto-reportada según características del personal de salud estratificados según Niveles de Atención	31

1. INTRODUCCIÓN

La violencia laboral (VL) es un problema social importante, ya que puede representar un alto riesgo de daño en los trabajadores¹. “The National Institute for Occupational Safety and Health” (OSHA) lo define como cualquier acto violento, incluyendo agresiones físicas y amenazas de agresión, dirigidas a las personas que trabajan en dicho lugar². Según la “International Labour Organization” (ILA), la violencia laboral es toda acción o comportamiento mediante el cual una persona sufre alguna agresión, amenaza, humillación o lesión mientras realiza su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma³. La violencia hacia el trabajador puede dividirse en dos formas; la violencia física, se refiere al uso de la fuerza física contra otra persona que resulta en daño y puede incluir golpes, patadas, tirones, empujones, entre otros; la violencia psicológica, se refiere al uso intencional de poder contra otra persona que puede dañar la integridad mental, moral o social mediante agresión verbal, insulto o amenaza. La amenaza se refiere específicamente a la promesa de uso de la fuerza física o el poder, que resulta en miedo, daño psicológico y otra consecuencia negativa al trabajador³. La violencia laboral en el lugar de trabajo presenta 3 categorías definidas por la OSHA y aceptada internacionalmente. Tipo 1: el agresor no tiene relación laboral legítima con el trabajador o con el lugar de trabajo, el objetivo principal de la violencia es obtener bienes valiosos. Tipo 2: el agresor es alguien que percibe un servicio prestado por el afectado en el lugar de trabajo. Tipo 3: el agresor es otro empleado, supervisor o gerente.²

1.1. Planteamiento del Problema

Se conoce que cerca de 2 millones de trabajadores estadounidenses han reportado ser víctima de violencia en el trabajo; además, estas agresiones pueden ocasionar lesiones graves e incluso mortales⁴. “The Bureau of Statics Census of Fatal Occupational Injuries” de Estados Unidos menciona que, de los 4 604 accidentes fatales en el centro laboral durante el 2014, 403 casos fueron homicidios en el centro laboral y determinó que el homicidio es la cuarta causa de lesiones fatales en el trabajo³. La información acerca de VL es escasa en Latinoamérica, pero se ha visto un incremento de investigaciones en los últimos años, lo que indica que dicho tema está cobrando mayor importancia⁵. Una revisión sistemática de los estudios que reportan prevalencia de VL psicológica⁵ encontró valores bastante elevados: Perú (79.8%), Bolivia (76.8%), Costa Rica (74.8%)⁶ y Chile (79.1%)⁷.

Entre los grupos laborales más afectados por la VL se encuentra el sector salud⁸. Según el reporte de violencia en el lugar de trabajo presentado por “National Crime Victimization Survey and the Census of Fatal Occupational Injuries” entre los años 1993-2009 se encontró que el 10% de las víctimas de VL fueron en personal de salud (USA, 2011)⁷. Un estudio en Noruega encontró una prevalencia de amenaza de violencia o actos reales de violencia hacia los médicos de 50.6% en el 2014⁹, y un estudio en Egipto del 2016 encontró una prevalencia de 59.7% en el personal de salud con contacto directo con pacientes (médicos, enfermeras, personal de limpieza, secretarias)¹⁰. En Latinoamérica, en el año 2015, el sector ocupacional más afectado por VL también fue el sector de salud (17.4%)¹¹. Así mismo, numerosas publicaciones reportan prevalencias de VL mayores al 50% en dicho sector; por ejemplo, en Uruguay fue de 69%¹² y Perú de 59%¹³; además señalan que las agresiones hacia el personal de salud se están incrementando y extendiendo^{5,11}.

1.2. Marco teórico

Un estudio realizado en Perú en los hospitales de Lima Metropolitana reportó que el 31,5% de los médicos sufrió VL procedente de pacientes alguna vez durante su práctica profesional. También, se encontró que los médicos eran amenazados con mayor frecuencia (75,3%) por los familiares de los pacientes que atendían¹⁴. En otro estudio realizado en hospitales de Arequipa, se describió que el 84% de los médicos refirió haber sido víctimas de VL alguna vez en su vida profesional¹⁵. En este mismo estudio se preguntó la razón por la cual no se reportó el evento de violencia y se obtuvo que el 29,5% no lo hacía porque consideraba que no habría utilidad en denunciar el hecho¹⁵. Finalmente, en ambos estudios se encontró que las agresiones verbales son más frecuentes que las físicas.

Respecto a los factores asociados a VL en el personal de salud, lugares donde existe mayor estrés como en las salas de emergencia suelen reportar mayor prevalencia de VL¹⁰. En Latinoamérica, un estudio que realizó 19 967 encuestas en línea no encontró diferencias en la distribución por sexos ni tipo de trabajo (médicos vs enfermeros). En cambio, si hubo asociación con trabajar en emergencia, comunicación de fallecimientos, atender a pacientes intoxicados o pacientes con alguna alteración mental¹¹. La circunstancia desencadenante más frecuente fue la demora en la atención. Cabe resaltar que la mayoría de los agresores se

encontraba en uso de sus facultades mentales y que no se observaron diferencias significativas entre la presencia o ausencia de personal de seguridad.

En el estudio sobre VL (física o psicológica) en trabajadores de salud hecho en Lima Metropolitana en el 2016¹⁴, se reportó que la probabilidad de ser amenazado en los últimos doce meses aumento si el médico presenta las siguientes características: varón, egresado de una universidad peruana fuera de Lima Metropolitana, trabajar en el Ministerio de Salud (MINSA) o Seguridad social (EsSalud), laborar en el área de emergencia o sala de operaciones. Así mismo, la edad, los años de práctica profesional o ser médico residente no se asociaron a VL¹⁴. Es importante señalar que tanto este estudio como los otros dos realizados en el Perú, se hicieron solo en médicos, y solo en hospitales de categorías II-1, II-2 y III-1 (definidas según MINSA)¹⁶.

1.3. Justificación

Como se puede observar la VL en el sector salud en un fenómeno que se presenta en diferentes partes de mundo y esta se manifiesta tanto en VL física como verbal que comprende amenazas e insultos; asimismo dichos episodios pueden ocasionar en las víctimas sentimientos de frustración y humillación. También, se sabe que el entorno laboral en muchas ocasiones no presenta las medidas necesarias para proteger al personal que labora allí. Por lo tanto, estas circunstancias pueden tener impacto negativo tanto a nivel organizacional como individual, ya que condiciona en el personal de salud agotamiento, insatisfacción laboral, deterioro de la salud mental junto con un ambiente laboral hostil podrían ocasionar un manejo subóptimo de los pacientes.¹⁰ Un estudio realizado en Corea del Sur señaló que la VL está asociada a insatisfacción laboral, agotamiento, bajo compromiso en el trabajo y renuncia¹⁷. Por lo tanto, encontrar los factores que determinan dicho evento ayudaría a mejorar la calidad de atención, mejorar la percepción del personal de salud hacia sus autoridades, y permitirá gestionar las medidas necesarias para afrontar este problema. Si bien existen estudios que evalúan VL en personal de salud peruano, estos se han enfocado solo en violencia verbal o psicológica, y no física; o se han realizado solo en hospitales de alta complejidad.^{13,14,15} Consideramos que también es relevante describir y analizar la prevalencia de VL hacia médicos y enfermeras por parte de pacientes, familiares u otro individuo en los niveles I y II de atención; así como evaluar sus factores asociados y diferencias entre los mismos, ya que hasta el momento no se ha encontrado una investigación

local que evalúe dichos parámetro a nivel nacional y según las diferentes regiones del Perú. Para esto contamos con los resultados de la encuesta poblacional ENSUSALUD 2016, la cual tuvo una sección dirigida a los profesionales médicos y de enfermería, preguntando específicamente por violencia laboral tanto física, como verbal a nivel nacional.

1.4. Objetivos

El objetivo de nuestro estudio es estimar la prevalencia auto-reportada de violencia laboral en médicos y enfermeras, y evaluar sus factores asociados en forma estratificada según los niveles de atención de salud, utilizando los resultados de la encuesta ENSUSALUD dirigida a los profesionales médicos y de enfermería, realizada en el año 2016.

2. METODOLOGÍA

2.1. Diseño de Estudio y Población

Este es un estudio transversal analítico basado en el análisis secundario de la base de datos recolectada mediante la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Salud (ENSUSALUD) en el Perú. Esta encuesta fue aplicada en el año 2016 por la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD a usuarios y proveedores de los diferentes servicios de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención a nivel nacional. La encuesta tuvo una sección dedicada a profesionales de la salud de medicina y enfermería pertenecientes a cualquier servicio, los cuales constituyeron la población del presente estudio. Para este estudio se incluyó todos los registros disponibles de la base de datos, excluyendo solo aquellos que no tuvieran datos relacionados a violencia laboral.

2.2. Encuesta Original

La encuesta fue realizada entre el 13 de mayo y el 9 de julio del año 2016 en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) seleccionadas para el estudio que contaran con servicios de hospitalización, es decir desde el nivel de atención I-4 o equivalente en adelante. Participaron 97 IPRESS pertenecientes al Ministerio de Salud (MINSA) y Gobiernos regionales (GR), 55 del Seguro Social en Salud (EsSalud), 9 de las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales (FFAA/PNP), y 23 Clínicas del subsector privado (CPS). En total se entrevistaron a 5 098 profesionales de la salud. El muestreo de la encuesta original fue probabilístico, bietápico, estratificado e independiente. Se consideró como estratos el tipo de instituciones: MINSA-GR, EsSalud, FFAA/PNP y CPS. La Unidad Primaria de Muestreo fueron cada una de las IPRESS, siendo la probabilidad de ser elegidas proporcional al número de atenciones dentro de su tipo de institución. Para minimizar varianzas con las encuestas previas, se usaron las mismas IPRESS seleccionadas en las encuestas ENSUSALUD de los años 2014 y 2015. La Unidad Secundaria de Muestreo estuvo formada por los profesionales de salud elegibles dentro de cada IPRESS, quienes fueron elegidos aleatoriamente.

La Encuesta ENSUSALUD fue anónima, auto-administrada, y no contuvo datos que permitan identificar al participante. La Sección dirigida a los Profesionales Médicos y de Enfermería, incorporó una nueva sección “VIOLENCIA” en el año 2016. La fuente original

de esta sección fue una encuesta en inglés elaborada por el “International Labour Organization, World Health Organization, International Council Nurse”, la cual fue traducida y validada al español en una prueba piloto realizada por Tuya y Mezones en el 2016 ¹⁴. Los datos de la encuesta ENSUSALUD fueron registrados en forma electrónica y mantuvieron un control de calidad estricto mediante el uso de supervisores entrenados.

2.3. Cálculo de Potencia

Dado que se tienen un número fijo de participantes que no puede aumentarse, se hizo un cálculo de potencia, en vez de cálculo de tamaño muestral. Para realizar el cálculo de potencia se usó la profesión médico como factor de exposición y la violencia laboral como variable dependiente. Considerando una prevalencia de VL en expuestos de 31.5% según Tuya et al ¹⁴ y que la relación de los no expuestos sobre los expuestos fue 1.30 (2882/2216) según el reporte final de ENSUSALUD 2016 ¹⁸, un número de 5 098 sujetos permite detectar diferencias del 4% entre prevalencias con una significancia del 95% (alpha 0.05) y un poder del 85.1% (beta 0.15). El cálculo se realizó usando el método de Fleiss sin corrección para diferencias de proporciones.

2.4. Variables del Estudio

Se usaron dos variables dependientes: VL física, y VL verbal. La primera se definió como la respuesta afirmativa a la pregunta ¿Alguna vez durante su ejercicio profesional ha sido agredido/a físicamente en su lugar de trabajo? La segunda se definió como la respuesta afirmativa a una u otra de las siguientes preguntas: ¿Alguna vez durante su ejercicio profesional ha sido amenazado/a en su lugar de trabajo? o ¿Alguna vez durante su ejercicio profesional ha sido insultado/a en su lugar de trabajo? Las variables independientes y de control fueron edad (en años), sexo, estado civil (casados y convivientes fueron considerados como pareja estable), región geográfica (agrupada en Lima metropolitana, y fuera de la Capital), institución (MINSA, EsSalud, FFAA/PNP, Clínicas privadas), área donde labora (hospitalización, emergencia, consultorios externos, otros), profesión (enfermeros, médicos residentes, y médicos asistentes), universidad de procedencia (pública, privada, u otros si no fue especificada), si tiene especialidad académica finalizada, si realiza labor docente remunerada, tipo de contrato laboral (tiempo limitado o ilimitado), tiempo de labor en el sector de salud (en años), y tiempo de labor en el establecimiento de salud (en años).

La variable dependiente de nivel del establecimiento de salud (niveles I, II, III según clasificación MINSA) en esta investigación se optó por unir el nivel I y II, ya que la encuesta utilizada solo dispone de información del nivel I-4 en adelante. Cabe señalar que las características del nivel I-4 como contar con médico y enfermera las 24 horas, internamiento de corta estancia (24-72 horas) y atención de emergencias, permiten que se pueda adicional al nivel II ya que cuenta con servicios similares como hospitalización, especialidades médicas y servicio de emergencias.¹⁶

2.5. Ética y Procedimientos del Estudio

Este estudio presentó riesgos mínimos para los participantes debido a que no se aplicó ningún medicamento o tecnología a los pacientes, ni se les tomó muestras biológicas, y se trabajó con una base de datos sin identificadores personales. El protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Luego de obtener la aprobación ética, la base de datos fue descargada de la página web de acceso libre, SUSALUD - ENSUSALUD 2016 (<http://portal.susalud.gob.pe/blog/base-de-datos-2016/>). Se utilizó la base de datos C2 – Profesionales médicos y enfermeras, la cual esta desprovista de información que pueda identificar al personal encuestado. Se descargó en formato SPSS v22, y luego fue transferida a STATA v14.0 (Stata Corp. College Station, TX, EE. UU.) para su procesamiento y posterior análisis.

2.6. Análisis Estadístico

Todo el análisis, incluyendo el cálculo de parámetros como porcentajes, se realizó considerando el muestreo complejo de la encuesta original. Se usó el tipo de institución como estrato, cada IPRESS como conglomerado, y el factor de expansión de cada participante como peso muestral. Las variables categóricas fueron descritas usando frecuencias absolutas y porcentajes; y las variables numéricas usando media con desviación estándar (DE). Se obtuvieron las prevalencias de VL física y verbal, esta última dividida en amenaza de violencia e insulto verbal, así como las características de cada una de ellas (frecuencia, temporalidad, persona responsable, lugar y servicio donde ocurrió).

El análisis bivariado y los modelos de regresión se realizaron en forma separada para cada una de las dos variables dependientes, y además estratificado en niveles de atención I/II y III, por lo tanto, hubo cuatro iteraciones del análisis. Se obtuvo prevalencias de VL física y

VL verbal según las variables categóricas, las cuales se compararon usando la prueba chi cuadrado (χ^2). Se obtuvo medias de las variables numéricas para aquellos que sufrieron VL y aquellos que no, y los valores se compararon usando la prueba de Wald. No se evaluó normalidad de las variables numéricas al ser un estudio poblacional.

Luego se calcularon razones de prevalencia crudas (RPC) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%) usando modelos lineales generalizados enlace logarítmico familia Poisson. No se usó varianzas robustas al ya existir un ajuste por muestreo complejo. Las variables que tuvieron asociación significativa en los modelos crudos ya sea para VL física o VL verbal en cualquier nivel de atención fueron incluidas en los modelos multivariados. Finalmente se reportaron razones de prevalencia ajustadas por todas las variables del modelo (RPa) para cada una de las cuatro iteraciones del análisis multivariado: VL física en niveles I/II, VL física en el nivel III, VL verbal en niveles I/II, y VL verbal en el nivel III. Los valores $p \leq 0.05$ fueron considerados significativos.

3. RESULTADOS

3.1. Análisis descriptivo

La encuesta ENSUSALUD 2016 contó con 26 278 encuestados, de los cuales 5 202 fueron profesionales médicos y de enfermería. La tasa de no respuesta en este grupo fue del 2% (104 participantes), por lo que se incluyó un total de 5 098 participantes (**Figura 1**). Esta muestra tuvo una media de 44.3 años (IC 95% 43.5 - 45.1), y predominio del sexo femenino (66.2%). El 49.5% laboraban en Lima Metropolitana, y el 46.6% trabajaba en servicios de salud del MINSA, seguido por EsSalud (29.8%). El 34.4% laboraba en un establecimiento de categoría I, 39.6% en la categoría II y 26.1% en la categoría III. Además, se encontró que 43.4% laboraba en consulta externa, 57.7% eran personal de enfermería, 51.2% habían estudiado en una universidad pública, 51.7% tenían alguna especialidad finalizada, 15.7% hacían labor docente remunerada, y 64.2% tenían contrato por tiempo ilimitado. El tiempo de labor en el sector de salud tuvo una media de 16.5 años (IC 95% 15.7 – 17.3), y en el establecimiento de salud una media de 10.1 años (IC 95% 9.1 – 11.2). El resto de los resultados se aprecia en la **Tabla 1a**.

Respecto al desenlace violencia en el lugar de trabajo, 376 (8.52%) auto reportaron violencia física, 1 192 (23.67%) recibieron amenazas de violencia, y 1 733 (32.65%) haber recibido insultos. Combinando estas variables se obtuvo que 2 026 (39.74%) habían sufrido violencia verbal (insulto y/o amenaza), y 2 102 (41.23%) habían sufrido algún tipo de violencia (física y/o verbal) durante la totalidad de su ejercicio profesional. Los episodios de VL ocurrieron durante el último año en el 23.4% de los que auto reportaron VL física, 49.4% de los que reportaron amenazas, y en el 52.1% de los que reportaron insultos. La persona responsable del último episodio de VL fue generalmente el paciente en casos de VL física (65.2%); en cambio, fue mayoritariamente el familiar en casos de amenazas (50.8%) o insultos (53.7%). La mayor parte de episodios sucedieron en el mismo establecimiento de salud, pero un porcentaje significativo ocurrió fuera del establecimiento, 30.7% para VL física, 18.9% para amenazas, y 17.8% para insultos. El resto de los resultados se muestra en la **Tabla 1b**.

3.2. Análisis Bivariado

Se encontró que la prevalencia de VL física auto reportada en el nivel I/II era menor que en el nivel III (7.1% vs 12.7%, $p=0.130$) aunque la diferencia no fue estadísticamente

significativa. En los niveles de atención I/II se encontró una asociación casi significativa con profesión, siendo la prevalencia 5.2% en enfermería, 9.4% en médicos asistentes, y 20.8% en médicos residentes ($p=0.081$). En el nivel de atención III se encontró que la prevalencia de VL física fue 19.0% en emergencia, 11.9% en hospitalización y 11.6% en consultorios ($p=0.032$); además fue 14.1% en enfermería, 13.7% en residentes y solo 9.1% en asistentes ($p=0.039$); fue 14.9% en personal con especialidad finalizada versus 9.6% en el resto ($p=0.036$); y fue 14.3% en personal con contrato por tiempo ilimitado versus 9.3% en el resto ($p=0.002$). Los resultados completos se muestran en la **Tabla 2a**.

La prevalencia de VL verbal fue ligeramente menor en los niveles de atención I/II, pero sin ser esta diferencia significativa (38.3% vs 42.5%, $p=0.363$). En los niveles de atención I/II se encontró una asociación casi significativa con sexo del proveedor, siendo la prevalencia 35.6% en mujeres y 43.5% en hombres ($p=0.061$); y una asociación significativa con profesión, siendo la prevalencia 34.6% en enfermería, 43.3% en médicos asistentes, y 43.1% en médicos residentes ($p=0.004$). En el nivel de atención III se encontró que VL verbal estuvo asociada a sexo, siendo la prevalencia 40.3% en mujeres y 47.2% en hombres ($p=0.007$); además, la prevalencia fue 46.1% en establecimientos del MINSA, 33.1% en EsSalud, y 55% en clínicas privadas ($p=0.001$); y 57.5% en emergencia, 42.7% en consultorios, y 38.4% en hospitalización ($p<0.001$). Los resultados completos se muestran en la **Tabla 2b**.

3.3. Modelos de Regresión

Se hicieron modelos de regresión crudos para las variables edad, sexo, tipo de institución, área de atención, profesión, especialidad, y tipo de contrato laboral. No se hicieron modelos crudos para las variables estado civil, región geográfica, tipo de universidad, ni labor docente remunerada, por no haber tenido diferencias significativas en el análisis bivariado para ningún desenlace en ningún nivel de atención. Las variables tiempo en el sector salud y tiempo trabajando en el establecimiento de salud no se incluyeron en los modelos multivariados por ser colineales con edad ($r=0.90$ y $r=0.72$, respectivamente).

En los modelos de regresión ajustados para VL física en los niveles de atención I/II, se encontró en forma significativa que había menor prevalencia en establecimientos de FFAA/PNP respecto a MINSA (RPa 0.11, IC95% 0.01-0.89), y había mayor prevalencia en

médicos residentes respecto a personal de enfermería (RPa 4.89, IC95% 1.76-13.6). En el nivel III, se encontró en forma significativa que había mayor prevalencia en hombres (RPa 1.53, IC95% 1.05-2.21), menor prevalencia en EsSalud que en MINSA (RPa 0.42, IC95% 0.20-0.90), mayor prevalencia en emergencia que en hospitalización (RPa 1.71, IC95% 1.15-2.54), menor prevalencia en médicos asistentes respecto a profesionales de enfermería (RPa 0.42, IC95% 0.24-0.73) pero mayor prevalencia en residentes (RPa 1.49, IC95% 1.05-2.12), mayor prevalencia en especialistas (RPa 2.28, IC95% 1.17-4.45), y mayor prevalencia en personal con contrato por tiempo ilimitado (RPa 1.85, IC95% 1.25-2.75). Los modelos crudos y ajustados se presentan en forma completa en la **Tabla 3a**.

En los modelos de regresión ajustados para VL verbal en los niveles de atención I/II, se encontró en forma significativa que había mayor prevalencia tanto en médicos asistentes (RPa 1.29, IC95% 1.02-1.63) como en médicos residentes (RPa 1.46, IC95% 1.02-2.09) respecto a personal de enfermería. En el nivel III, se encontró en forma significativa que había menor prevalencia a mayor edad (RPa 0.99 por cada año, IC95% 0.98-1.00), mayor prevalencia en hombres (RPa 1.34, IC95% 1.10-1.63), menor prevalencia en EsSalud (RPa 0.68, IC95% 0.54-0.86) y FFAA/PNP (RPa 0.65, IC95% 0.52-0.79) que en MINSA, pero mayor en clínicas privadas (RPa 1.47, IC95% 1.21-1.78), mayor prevalencia en emergencia que en hospitalización (RPa 1.49, IC95% 1.22-1.81), mayor prevalencia en especialistas (RPa 1.30, IC95% 1.02-1.66), y mayor prevalencia en personal con contrato por tiempo ilimitado (RPa 1.31, IC95% 1.17-1.46). No hubo asociación con profesión. Los modelos crudos y ajustados se presentan en forma completa en la **Tabla 3b**.

4. DISCUSIÓN

Se encontró una alta prevalencia de VL auto reportada hacia el personal de salud. El 41.2% de los profesionales había experimentado algún tipo de violencia durante el ejercicio de su profesión, 39.7% reportaron violencia verbal (amenaza y/o insulto) y un 8.5% violencia física.

Ambos tipos de violencia fueron más prevalentes en el nivel III de atención. Se encontró que ser médico residente tiene 49% más de prevalencia de VL física en comparación a las enfermeras. El servicio de emergencia presenta 71% más y 49% más de prevalencia de VL física y verbal respectivamente en comparación al servicio de hospitalización. El personal de salud masculino presenta 53% más y 34% más de prevalencia de VL física y verbal respectivamente con respecto a las mujeres. En los niveles I/II, tanto VL física como verbal solo estuvieron asociados al tipo de profesión. El médico residente sufre casi 5 veces más de VL física en comparación a las enfermeras y 49% más de VL verbal junto con el médico asistente que presenta 29% más de VL verbal.

Los factores asociados a violencia fueron distintos dependiendo del nivel de atención. Además, se encontraron más factores asociados a violencia en el nivel III con respecto al nivel I/II. Sin embargo, en el nivel I/II el médico residente presenta la más alta prevalencia de violencia física y se puede observar que la violencia en ambas formas es prevalente en todos los niveles atención. Otra investigación, comparó violencia con respecto al nivel de atención y obtuvo que tanto en el primer nivel como en el tercero la violencia era prevalente hacia el personal de salud.²⁶ Sin embargo, no se ha podido encontrar otros estudios similares.

4.1. Características de la Muestra

Dado que este fue un estudio poblacional basado en una muestra compleja, las proporciones de tipo de institución, región geográfica, y nivel de los establecimientos de salud reflejan la distribución de las IPRESS a nivel nacional. Como se aprecia en los resultados, la mayoría de los profesionales labora en MINSA seguida por EsSalud; y la mayor parte se desempeña en consulta externa, seguido de emergencia. La mayoría de profesionales fueron mujeres, hecho no encontrado en otros estudios realizados en Perú^{14,15}, pero que sin embargo corresponde a estudios realizados en varios países de Latinoamérica.¹¹ Considerando que

según el MINSA la mayoría de trabajadores de salud son personal de enfermería, y la mayoría de ellos son mujeres (como se evidenció en nuestro estudio), el que las mujeres constituyan la mayoría de entrevistados refleja un aumento en la proporción del sexo femenino entre el personal médico. La edad promedio del personal de salud de la muestra es mayor a la reportada en otros estudios peruanos^{14,15} pero similar a estudios realizados en Latinoamérica.¹¹

4.2. Prevalencia de Violencia Laboral

La violencia laboral se encuentra definida como un problema creciente en los últimos años que a su vez conlleva graves consecuencias. En la literatura revisada, el área de servicios de salud se encuentra dentro de los grupos con más frecuencia de dichos eventos.^{19,21,23} Nuestro estudio encontró que el 41.23% había sufrido algún tipo de violencia (física y/o verbal) durante la totalidad de su ejercicio profesional. En el hospital Casimiro Ulloa (Perú), se reporta que el 59% de los encuestados percibió maltrato físico, psicológico o sexual.¹³ Resultados similares han sido reportados a nivel nacional, Tuya y Mezones, indicaron que el 31,5 % de los encuestados habían sufrido eventos de violencia tipo amenaza alguna vez durante su práctica profesional.¹⁴ En Arequipa (Perú), se indica que el 84% del personal de salud encuestado refiere haber sido víctima de violencia alguna vez en su vida profesional.¹⁵ Además, estudios realizados en Latinoamérica reportan que el 69% de residentes percibieron situaciones de violencia (Uruguay)¹² y el 64.1% de individuos encuestados manifiestan situaciones de violencia en su centro laboral (Argentina).²⁰ Una revisión sistemática entre el 2007 y el 2017 reveló que hay mayor prevalencia de VL verbal por parte de paciente lucidos y mayor prevalecía de violencia física por parte de paciente con algún trastorno psiquiátrico y bajo el efecto de alcohol o drogas.²²

La prevalencia de VL verbal en este estudio fue del 39.74%, cifras similares fueron reportadas en otra investigación, donde señala que el 39,6% de médicos de Lima metropolitana fueron víctimas de violencia psicológica en establecimientos de EsSalud y 34,5% en establecimientos de MINSA.¹⁴ En Arequipa, se registra la prevalencia de VL verbal en tres tipos; psicológica (34,5%), Insulto (26,5%) y amenaza (24,5%).¹⁵ En Latinoamérica, se reporta la VL verbal según la naturaleza de la agresión, ya sea por gritos (65,5%), insultos (55,1%), descalificaciones (54,2%), amenaza (45,5%), o desprecio (40,8%).²⁰ Una revisión sistemática en el sector sanitario de España refiere que en todos los

estudio evaluados las agresiones verbales son las que más prevalencia presentaron, sin embargo, no es mínimo el porcentaje de agresiones físicas reportadas.²⁴ Se reporta en el noreste de Etiopia, que el 53,1% de personal de salud encuestado sufrió de abuso verbal²⁵ y en Israel el 58% de doctores encuestados refiere violencia verbal por parte de los familiares del paciente.²⁶

Respecto a la VL física, este estudio encontró que el 8.52% sufrió de este tipo de violencia en el lugar de trabajo. En Arequipa, se reportó que el 6% de los encuestados sufrieron violencia física.¹⁵ En Uruguay, el 7,1% de residentes encuestados percibieron situaciones de violencia física¹² y en Argentina, el 8,7% de entrevistados reportó agresiones físicas.²⁰ En otros países, se encontró que el 22% de encuestados recibió ataques físicos.²⁵

Por otro lado, este estudio determinó que la prevalencia de VL física auto-reportada en el nivel I/II era menor que en el nivel III (7.1% vs 12.7%) y la VL verbal fue ligeramente menor en los niveles de atención I/II, pero sin ser estas diferencias significativas (38.3% vs 42.5%). Hasan y Hassan, reportan que la prevalencia de VL tanto en el primer y tercer nivel de atención son iguales (39%), a diferencia del segundo nivel de atención que muestra menos prevalencia; argumentan que los eventos de violencia en zonas rurales o de menor acceso a servicios de salud se pueden presentar debido a que los pacientes acuden en estado más avanzado o crítico lo cual presenta más riesgo a desenlaces fatales, provocando así violencia contra el personal de salud por parte de los familiares, y en casos extremos, de la población. Por otro lado, en los establecimientos de alta complejidad, un inadecuado uso del sistema de derivación puede conducir a la presencia tanto de pacientes críticos como no críticos, generando sobrecarga de trabajo e insatisfacción por parte del usuario.²¹ Nevo y Peleg, compararon la violencia laboral entre médicos de hospitales y médicos comunitarios, determinando que los médicos de hospitales estaban expuestos a mayor violencia verbal por parte de los familiares del paciente que el médico comunitario (58,7% vs 35,8%, $p=0,007$). También encontraron mayor violencia física en los hospitales, aunque esta diferencia no fue significativa (7,9% vs 1,2%, $p=0,086$). Estos autores argumentan que en los hospitales existe mayor tiempo de espera lo que conllevaría a mayor estrés en los familiares que esperan la atención del paciente. Además, los hospitales cuentan con servicios de emergencia más amplios, y al ser lugares donde existe mayor estrés tanto para el médico como para los

familiares del paciente, pueden ser un ambiente propicio para desencadenar eventos violentos contra el personal de salud.^{22,26}

4.3. Características de la Violencia Laboral

En cuanto a las características de los eventos violentos auto reportados, el personal de salud refiere que la mayoría de ellos (sin importar el tipo de VL), ocurrieron en mayor frecuencia dentro del establecimiento de salud donde labora, siendo el área de emergencia el lugar con mayor prevalencia de VL. Además, la mayoría de los episodios de violencia física fueron únicos, mientras que los episodios de VL verbal en su mayoría fueron múltiples. Estos hallazgos concuerdan con estudios previos.^{13,14,15} Respecto al responsable del evento, es más frecuente que el paciente sea el agresor cuando se trata de VL física, mientras que es más frecuente que el familiar sea el agresor cuando la violencia es verbal o psicológica. Esto último corresponde a lo encontrado por Tuya y Mezones, en donde el familiar es en mayor medida quien amenaza o insulta al personal de salud, probablemente debido a que el paciente no se encuentra en condiciones para realizar dichas acciones.¹⁴

4.4. Factores asociados a Violencia Laboral en el nivel I/II

En el análisis ajustado, se encontró que la VL tanto física como verbal es prevalente en los tres niveles de atención de salud, no obstante, el estudio pudo encontrar factores diferentes entre los niveles I/II con el nivel III. En el nivel I/II se encontró que ser médico, sobre todo residente, estaba asociado a haber sufrido VL tanto física como verbal. Similares resultados obtuvieron Stolovas, Tomasina y Pucci, donde describen que sí puede suceder un evento violento entre el residente y el paciente al haber un desfase entre una percepción técnica y una percepción cotidiana. También, se debe tener en cuenta que los médicos residentes e internos, al presentar mayor cantidad de horas las áreas de atención aunada a la poca cantidad de años de experiencia pueden estar más propensos a exponerse a eventos violentos por parte de los familiares del paciente.²¹ Sin embargo, en el estudio de Tuya y Mezones, ser residente no mostró significancia con respecto a violencia laboral.¹⁴

Aparte de profesión, el único otro factor encontrado en el nivel I/II, fue que laborar en un centro de las FFAA/PNP se asocia a una menor prevalencia de VL física. Es posible que en estas instituciones la violencia física está más restringida dada la estructura jerárquica inherente. Es interesante notar que en el nivel I/II no se hayan encontrado asociaciones

estadísticamente significativas con otros factores descritos en la literatura o encontrados en el nivel III, a pesar de que la mayoría de encuestados laboraban en los niveles I/II. Una explicación podría ser la menor proporción de VL hallada en los niveles I/II; sin embargo, esto solo afectaría los intervalos de confianza, y lo que observamos es que las prevalencias de VL son similares entre los diferentes grupos ya sea por sexo, edad, o área de atención. Consideramos pues, que deben existir diferencias fundamentales entre niveles de atención que se reflejan con un perfil diferente de factores asociados. Tal vez en los niveles I/II los pacientes no perciban diferencias tan marcadas entre los roles del personal de salud como si ocurriese en el nivel III.

4.5. Factores asociados a Violencia Laboral en el nivel III

En este sentido, en el nivel III, la VL tanto física como verbal, se asoció a múltiples factores. Puede ser que dada la mayor complejidad de estos establecimientos las relaciones entre personal de salud y pacientes/familiares adquiera una dimensión más compleja interactuando múltiples factores al mismo tiempo, y no solo dependan de la profesión como en los niveles de atención menos complejos. Para comenzar, se encontró asociación entre mayor edad y menos VL verbal (mas no respecto a VL física), lo cual corresponde a otros estudios que relacionan una menor edad con más frecuencia de violencia por parte del usuario. Este fenómeno se puede explicar de dos maneras, una de ella es que el personal más joven no tiene la experiencia para enfrentar una situación difícil con el paciente o el familiar, lo cual precipitaría un evento violento. La otra opción es que el personal de salud con mayor edad tolera en mayor medida este tipo de eventos y no los reporta como hechos violentos.^{20,21} El tiempo de labor en el sector de salud y el tiempo labor en el establecimiento de salud se encuentran correlacionados con edad, y también podrían contribuir a menor violencia en el personal con mayor edad, y que por ende es más experimentado. De esta manera, Farías, Sánchez y Acevedo, encuentran que el personal de mayor antigüedad presenta menos eventos de violencia.²⁰

Con respecto a la asociación de mayor VL física como verbal en hombres, la literatura es variada, hay investigaciones que señalan mayor prevalencia de violencia hacia el personal de salud femenino que masculino. También, se señala que la diferencia en cuanto al género no es estadísticamente significativa. En esta investigación se encontró que los hombres sufrían más VL verbal. Esto se podría deber a que los ambientes que poseen mayor

prevalencia de violencia, como emergencia, poseen mayor proporción de personal masculino que femenino. Otro fenómeno que puede influir en los resultados obtenidos es el efecto diferente que causa la experiencia de VL según el género del agredido. Algunos autores consideran que la percepción del estrés varía según el sexo de la víctima. Por lo tanto, experimentan, informan y hacen frente de manera diferente la violencia en su centro de trabajo. Se encontró que los hombres son más propensos a normalizar los eventos violentos que las mujeres, además, las mujeres perciben un tabú al informar eventos violentos lo que podría llevar a un sub-reporte del hecho.²⁷

En la investigación realizada a nivel de Lima Metropolitana en 2014 se encontró que era más probable que el personal de salud de MINSA o EsSalud estuviera más propenso a recibir violencia tipo amenaza respecto a hospitales privados.¹⁴ Nuestro estudio en cambio encontró menor prevalencia de VL verbal en EsSalud y FFAA/Policía comparado con MINSA. Si bien es posible que haya diferencias reales entre instituciones públicas, también es posible que las diferencias se deban a un sub-reporte de los hechos o a una “normalización” de los mismos en algunas instituciones. En contraste se encontró mayor proporción de VL verbal en establecimientos privados respecto a las otras instituciones, lo que podría reflejar cierto grado de “sentido de derecho” entre la población que es atendida en forma privada debido a que presentan mayor expectativa tanto en la atención como en la solución del problema que los aqueja. Esto conlleva a una mayor insatisfacción por parte del usuario que desencadena en un hecho violento hacia el personal de salud. La insatisfacción del usuario es una de las mayores causas de VL en el área de salud.^{21,25,28}

El presente estudio encontró que el profesional médico y de enfermería presentan más probabilidad de recibir insultos cuando labora en emergencias. Esta característica es mencionada en otras investigaciones^{11,14,15} y se puede explicar por qué en dicha área se encuentran los pacientes en estado crítico y representan un factor altamente estresante tanto para el personal de salud como para el familiar del paciente, lo que conlleva un ambiente de riesgo en el que se generan respuestas violentas por parte del usuario y baja asertividad por parte del médico para evitar conflictos.¹⁵

En el III nivel, los asistentes tienen menor probabilidad de violencia física que las enfermeras, hecho que no se vio en el nivel I. Es posible que el asistente tenga mayor

prestigio o un rol más alejado del paciente en el nivel III que el nivel I, disminuyendo la probabilidad de eventos violentos. En cambio, los residentes si tuvieron mayor prevalencia de VL, tal como se apreció en el nivel I/II, incluso luego de ser ajustado por edad. Esto implicaría que los residentes al ser los primeros en brindar atención médica estarían más expuestos a VL física.^{12,21} Por otro lado, tener especialidad terminada implicó una mayor prevalencia de violencia tanto física como verbal (RPa 2.28, IC95% 1.17-4.45). Esto quiere decir que, si bien los asistentes y enfermeras tienen en general menos prevalencia de haber sufrido VL respecto al personal en entrenamiento; en caso de ser especialistas, sube dicha probabilidad. Esto puede ser porque los especialistas deben lidiar con casos de mayor complejidad y es más frecuente que el familiar del paciente sea quien agrede verbalmente al personal de salud.²¹ Un fenómeno similar, parece ocurrir con el tipo de contrato, los profesionales que tienen un contrato fijo (por tiempo ilimitado) suelen reportar más VL tanto física como verbal que las personas con contratos por terceros, incluso ajustando por edad, profesión o especialidad. Esto implicaría que el personal permanente del hospital estaría en mayor riesgo de afrontar reclamos, insultos y agresiones de parte de los pacientes y familiares.

No encontramos asociación en ningún nivel de atención con algunos factores que han sido previamente reportados en la literatura científica, como lugar de nacimiento del personal, o el tipo de universidad donde se formó el graduado. Por ejemplo, Tuya y Mezones habían encontrado que nacer fuera de Lima era un factor asociado a violencia, así como haberse graduado en una universidad pública, poniendo en desventaja a estos profesionales. En nuestro estudio no hallamos tales asociaciones. Por último, los estudios hechos en el país han sido realizados o en establecimientos de Lima metropolitana^{13,14} o localizados fuera de esta¹⁵, encontrando mayor prevalencia en este último. Sin embargo, este es el primer estudio que compara estos dos ámbitos directamente, sin que encontremos diferencias.

4.6. Limitaciones

La presente investigación presenta ciertas limitaciones: En primer lugar, el diseño transversal no permite encontrar causalidad, solo factores asociados. Al ser un análisis secundario, no se puede modificar la manera como fueron recolectados los datos en la encuesta original, limitando la información disponible. Sin embargo, la mayor limitación del trabajo es que colecta solo auto-reporte de VL, y no la mide directamente, lo cual podría

estar sujeto a sesgos de memoria y a las diferentes percepciones de violencia que pueda tener cada participante. Otras limitaciones podrían ser que las respuestas del encuestado hayan sido influenciadas por miedo a consecuencias según sus respuestas, o por la presencia de sesgo de deseabilidad social, que es el deseo del participante de complacer al encuestador con sus respuestas. La mayor fortaleza del presente trabajo es que se realizó mediante un muestreo aleatorizado bietápico a nivel nacional, y por lo tanto los resultados obtenidos se pueden extrapolar a todos los médicos y enfermeras del país. El tamaño muestral permitió evaluar múltiples factores asociados al mismo tiempo. Además, este estudio evaluó tres tipos diferentes de violencia que puede sufrir el personal de salud, a diferencia de estudios previos, ampliando la comprensión de este fenómeno.

4.7. Importancia para la salud Pública

En los últimos años, se han realizado algunas investigaciones en el Perú que muestran altas prevalencias de violencia hacia el personal de salud, sin embargo, aún no se han implementado medidas que protejan al personal médico y/o de enfermería de este tipo de circunstancias. El refuerzo de los derechos del paciente como usuario es importante y necesario, pero también lo es del profesional de salud, que en ocasiones debe trabajar en situaciones de desventaja, sin los implementos necesarios para cumplir su labor. Esta inequidad en el servicio de salud podría contribuir con estos episodios de violencia hacia el personal de salud y representar un problema en salud pública.

Se recomienda mejorar el reporte de este tipo de eventos en cada IPRESS, establecer medidas preventivas (planes de seguridad, educación al personal), mejorar la protección al personal de salud (notificaciones, alarmas), y considerar medidas de soporte post-violencia como primeros auxilios y atención psicológica. Muchas de estas medidas están contempladas en la Ley de seguridad y salud en el trabajo²⁹, pero la falta de regulación e implementación nos indica que es necesario la intervención de entidades del estado capaces de llevar cabo dicha tarea. Por otro lado, la forma de recaudación de estos datos nos indica que los episodios violentos se desencadenan en el proveedor final de servicio de salud, sin embargo, no conocemos si este malestar se originó previamente en otros puntos de atención en el mismo establecimiento, ya sea en la atención por admisión, en el laboratorio o en sala de espera. Sería importante identificar las causas que podrían desencadenar episodios violentos hacia el personal de salud con el fin de preverlos y evitarlos.

Esperamos que este trabajo ayude a la visualización de este problema y promueva la implementación de las sugerencias mencionadas. Cabe mencionar que la intervención e implementación de estrategias para la prevención de violencia tipo II (del usuario al personal de salud) presenta posibles efectos positivos a corto y mediano plazo³⁰, lo cual manifiesta la necesidad de llevarlas a cabo con el fin de cubrir un vacío hasta ahora poco atendido en el sector de salud.

Finalmente recomendamos la realización de más estudios a nivel nacional, especialmente cualitativos, que profundicen las razones por las cuales ocurre VL hacia el personal de salud, y como prevenir dichos eventos.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Los resultados indican que la violencia hacia el personal de salud (VL) es prevalente sobre todo en forma verbal (amenazas o insultos).
- Se encontró que la probabilidad de VL es mayor en los centros de salud nivel III, probablemente debido a una mayor complejidad de los pacientes atendidos.
- Se encontró que los factores asociados tanto a VL física como verbal son diferentes para los niveles de atención I/II respecto al nivel de atención III.
- En el nivel I/II se encontró que solo la profesión estuvo asociada a VL; siendo la VL física más prevalente en médicos residentes; y siendo la VL verbal más prevalente en médicos tanto asistentes como residentes respecto a enfermeras.
- En el nivel III se encontró que la VL física es más prevalente hacia personal masculino, en emergencia, hacia médicos residentes, especialistas y personal contratado por tiempo ilimitado. Fue menor en Esssalud respecto a MINSA, y en médicos asistentes.
- En el nivel III se encontró que la VL verbal es más prevalente hacia personal masculino, en emergencia, hacia especialistas y personal contratado por tiempo ilimitado. Fue menor a mayor edad, y en Esssalud y FFAA/PNP respecto a MINSA. No hubo asociación con profesión a diferencia de VL física.
- Se sugiere tomar en cuenta los niveles de atención y los factores hallados en el presente estudio, al momento de implementar medidas preventivas y de protección para VL en personal de salud.
- Se recomienda profundizar en las causas de VL hacia el personal de salud en orden de prevenir o aminorar estos eventos realizando más estudios.

6. REFERENCIAS

1. Lanctôt N, Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*. 2014; 19:492–501.
2. Occupational Safety and Health Administration (OSHA). 2015. Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers. Washington, DC: U.S. Department of Labor; 2015. 56 p. Report No. 3148-06R 2016.
3. International Labour Organization, World Health Organization, International Council Nurse. Public Services International. Workplace Violence in the Health sector. Country case studies research instruments. Geneva: ILO, WHO, ICN, PSI; 2013.
4. Occupational Safety and Health Administration. Workplace Violence [Internet]. Estados Unidos. U.S Department of Labor. [Cited 2017 Aug 24]. Available from: <https://www.osha.gov/SLTC/workplaceviolence/>
5. Ansoleaga E, Gómez-Rubio C, Mauro A. Violencia laboral en América Latina: una revisión de la evidencia científica. *VERTEX Rev Arg de Psiquiat*. 2015;33: 444-452.
6. Pando M, Aranda C, Salazar J, et al. Prevalencia de violencia psicológica y acoso laboral en trabajadores de Iberoamérica. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2016;21(1):39-45.
7. Sepúlveda F. Aplicación y evaluación psicométrica del test IVAPT-PANDO en dos centros de atención primaria. *Psicología y Salud*. 2013;18(2):247-254
8. Harrell E. Workplace violence, 1993-2009: National Crime Victimization Survey and the Census of Fatal Occupational Injuries. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics (US);2011 March. 18 p. Report No: NCJ233231
9. Johansen I, Baste V, Rosta J, et al. Changes in Prevalence of workplace violence against doctors in all medical specialties in Norway between 1993 and 2014: a repeated cross-sectional survey. *BMJ open* 2017;7(8):e017757.
10. Abdellah R, Salama Kh. Prevalence and risk factors of workplace violence against health care workers in emergency department in Ismailia, Egypt. *Pan African Medical Journal*. 2017 Jan 17;26(1):1-8.
11. Travetto C, Daciuk N, Fernández S, et al. Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(4):307–315.

12. Stolovas N, Tomasina F, Pucci F, et al. Trabajadores médicos jóvenes: violencia en el ejercicio de la residencia. *Rev Med Urug.* 2011;27(1):21-29.
13. Mejia C, Allpas H, Caceres O, Red GIS Perú. Factores socio-laborales asociados al maltrato psicológico, físico y sexual en el personal de salud en dos hospitales de Lima, Perú. *Archivos de Medicina.* 2016; 12(1):1-4.
14. Tuya-Figueroa X, Mezones-Holguin E, Monge E, et al. Violencia laboral externa tipo amenaza contra médicos en servicios hospitalarios de Lima Metropolitana, Perú 2014. *Rev Peru Med exp Salud Publica.* 2016;33(4):670-679.
15. Muñoz del Carpio-Toia A, Valdivia-Fernández B, Velasquez-Lazo C, et al. Violencia contra médicos en hospitales de Arequipa, Perú 2016. *Acta Med Peru.* 2016;33(2):99-104.
16. NTS N°021-MINSA/DGSP-V.03. 2011. Categorías de Establecimientos del Sector Salud. Lima, Perú: MINSA, 2011 Julio 13. 150 p.
17. Chang H, Cho S. Workplace Violence and Job Outcomes of Newly Licensed Nurses. *Asian Nursing Research.* 2016;10(4):271-276.
18. Superintendencia Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud [Base de datos en internet] Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2016 [citado 25 nov 2017]. Disponible en: <http://portales.susalud.gob.pe/web/portal/280>
19. Shafran-Tikva S, Zelker R, Stern Z, et al. Workplace violence in a tertiary care Israeli hospital - a systematic analysis of the types of violence, the perpetrators and hospital departments. *Isr J Health Policy Res.* 2017;6(1):43.
20. Farías A, Sánchez J, Acevedo G. La violencia ocupacional en centros de atención primaria de la salud. *Revista de Salud Pública.* Marzo 2012; 1(16):18-26.
21. Hasan MI, Hassan MZ, Bulbul MMI, et al. Iceberg of workplace violence in health sector of Bangladesh. *BMC Res Notes.* 2018;11(1):702.
22. D'Ettorre G, Pellicani V, Mazzotta M, et al. Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in Emergency Departments. *Acta Biomed.* 2018;89(4-S):28–36.
23. Toro J, Gómez-Rubio C. Factores Facilitadores de la Violencia Laboral: Una Revisión de la Evidencia Científica en América Latina. *Ciencia y Trabajo.* Mayo/Agosto 2016; 18(56): 110-116.

24. Serrano M, Fernández T, Satústegui P, et al. Agresiones a Profesionales del Sector Sanitario en España, Revisión Sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2019; 93:1-16.
25. Yenealem D, Woldegebriel M, Olana A. et al. Violence at work: determinants & prevalence among health care workers, northwest Ethiopia: an institutional based cross sectional study. *Ann of Occup and Environ Med*. 2019; 31 (8): 1-7.
26. Nevo T, Peleg R, Kaplan D. et al. Manifestations of verbal and physical violence towards doctors: a comparison between hospital and community doctors. *BMC Health Serv Res*. 2019; 19 (888): 1-7.
27. Geoffrion S, Goncalves J, Boyer R, et al. The Effects of Trivialization of Workplace Violence on Its Victims: Profession and Sex Differences in a Cross-Sectional Study among Healthcare and Law Enforcement Workers. *Ann Work Expo Health*. 2017;61(3):369–382.
28. Morken T, Johansen IH, Alsaker K. Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study. *BMC Fam Pract*. 2015; 16:51.
29. Ley N°29783. Ley de seguridad y salud en el trabajo. (El Peruano, 20 agosto del 2011).
30. Arnetz JE, Hamblin L, Russell J, et al. Preventing Patient-to-Worker violence in Hospitals: Outcome of a Randomized Controlled Intervention. *J Occup Environ Med*. 2017; 59 (1):18-27.

7. ANEXOS

Figura 1. Flujograma

TABLA 1a: Características sociodemográficas de la población estudiada (N = 5 098)

CARACTERÍSTICAS	N	%col
Edad (años)		
Media	44.28	(43.5-45.1)*
Sexo		
Mujer	3 183	66.24
Hombre	1 915	33.76
Estado Civil		
Sin pareja	1 715	36.52
Con pareja	3 383	63.48
Región Geográfica		
Lima metropolitana	1 149	49.47
Otras regiones	3 949	50.53
Institución		
MINSA	2 401	46.61
EsSalud	2 280	29.80
FFAA/PNP	95	8.97
Clínicas Privadas	322	14.62
Nivel del Establecimiento de Salud		
I	585	34.36
II	2 876	39.55
III	1 637	26.09
Área de Atención		
Hospitalización	1 617	26.97
Emergencia	1 083	26.33
Consulta externa	2 143	43.42
Otros	255	3.28
Profesión		
Enfermero/a	2 882	57.71
Asistente	1 867	37.43
Residente	349	4.86
Tipo de Universidad donde estudió		
Pública	2 841	51.16
Privada	977	27.09
Otros	1 280	21.76
Especialidad Finalizada		
Si	3 021	51.67
Labor Docente remunerada		
Si	924	15.67
Tipo de Contrato laboral (n=5 070)		
Por tiempo limitado	1 527	35.81
Por tiempo ilimitado	3 543	64.19
Tiempo de labor en el Sector Salud (años)		
Media	16.5	(15.7-17.3)*
Tiempo de labor en el Establecimiento (años)		
Media	10.1	(9.1-11.2)*

* Media (Intervalo de Confianza al 95%)

NOTA: Todos los parámetros fueron calculados considerando el muestreo complejo de la encuesta, usando las instituciones prestadoras de salud como conglomerados.

TABLA 1b: Características de Violencia Física, Amenaza de Violencia, e Insulto Verbal en la población estudiada (N = 5 098)

CARACTERÍSTICAS	Violencia Física N = 376 (8.52%) n (% col)	Amenaza de Violencia N = 1 192 (23.67%) n (% col)	Insulto Verbal N = 1 733 (32.65%) n (% col)
Frecuencia del Evento en el lugar de trabajo			
Una vez	207 (57.27)	377 (29.40)	540 (29.64)
De 2 a 4 veces	145 (32.20)	523 (44.87)	732 (38.10)
Más de 4 veces	24 (10.53)	292 (25.73)	461 (32.26)
Temporalidad del último episodio			
Hace menos de 1 mes	23 (4.55)	190 (13.48)	319 (19.60)
De 1 mes a menos de 1 año	83 (18.81)	422 (35.96)	585 (32.54)
Hace más de 1 año	270 (76.64)	580 (50.56)	829 (47.86)
Persona responsable del último episodio			
Paciente	211 (65.22)	454 (46.30)	666 (45.24)
Familiar	158 (32.74)	711 (50.82)	1 048 (53.66)
Otro	7 (2.04)	27 (2.88)	19 (1.10)
Lugar donde ocurrió el último episodio			
En el establecimiento	296 (69.33)	1 018 (81.11)	1 514 (82.24)
Otro establecimiento privado	16 (4.79)	57 (6.93)	73 (6.84)
Otro establecimiento público	64 (25.88)	117 (11.96)	146 (10.92)
Servicio donde ocurrió el último episodio			
Consulta externa	70 (21.16)	319 (31.92)	490 (32.53)
Emergencia	174 (49.65)	532 (45.97)	769 (46.12)
Hospitalización	127 (29.19)	326 (22.10)	467 (22.35)

NOTA: Todos los parámetros fueron calculados considerando el muestreo complejo de la encuesta, usando las instituciones prestadoras de salud como conglomerados.

TABLA 2a: Prevalencias de Violencia Física auto-reportada en el lugar de trabajo según características del personal de salud estratificadas por Niveles de Atención (N = 5 098)

	Violencia Física Nivel I/II de Atención 219/3461 (7.05%)		Violencia Física Nivel III de Atención 157/1637 (12.68%)	
	n/N (%)	Valor p *	n/N (%)	Valor p *
Edad				
Media (en años)	46.3 vs 43.7**	0.114***	46.1 vs 45.2**	0.579***
Sexo				
Mujer	111/2137 (6.33)	0.294	98/1046 (12.44)	0.644
Hombre	108/1324 (8.42)		59/591 (13.19)	
Estado Civil				
Sin pareja	66/1110 (5.97)	0.530	65/605 (12.30)	0.822
Con Pareja	153/2351 (7.64)		92/1032 (12.94)	
Región Geográfica				
Lima Metropolitana	14/207 (7.61)	0.731	102/942 (14.30)	0.115
Otras Regiones	205/3254 (6.68)		55/695 (7.28)	
Institución				
MINSA	99/1471 (8.61)	0.147	107/930 (15.94)	0.129
EsSalud	103/1623 (7.28)		46/657 (7.32)	
FFAA/PNP	3/85 (1.00)		1/10 (10.00)	
Clínicas Privadas	14/282 (5.81)		3/40 (7.50)	
Área de Atención				
Hospitalización	59/951 (7.05)	0.761	54/666 (11.87)	0.032
Emergencia	67/834 (6.47)		39/249 (18.99)	
Consulta externa	83/1509 (7.62)		61/634 (11.60)	
Otros	10/167 (3.78)		3/88 (3.96)	
Profesión				
Enfermero/a	101/1989 (5.17)	0.081	88/893 (14.08)	0.039
Asistente	109/1406 (9.37)		39/461 (9.13)	
Residente	9/66 (20.78)		30/283 (13.66)	
Tipo de Universidad				
Pública	121/1824 (7.97)	0.749	89/1017 (11.89)	0.627
Privada	39/567 (6.05)		41/410 (13.92)	
Otros	59/1070 (6.14)		27/210 (12.75)	
Especialidad Finalizada				
NO	92/1426 (7.75)	0.387	53/651 (9.59)	0.036
SI	127/2035 (6.33)		104/986 (14.91)	
Labor Docente Remunerada				
NO	178/2950 (6.94)	0.748	120/1224 (10.83)	0.145
SI	41/511 (7.81)		37/413 (18.38)	
Tipo de Contrato Laboral				
Por tiempo limitado	54/1088 (5.87)	0.482	32/439 (9.25)	0.002
Por tiempo ilimitado	163/2347 (7.80)		125/1196 (14.31)	
Tiempo en el Sector Salud				
Media (en años)	17.3 vs 15.7**	0.370***	19.8 vs 18.2**	0.168***
Tiempo en Establecimiento				
Media (en años)	7.8 vs 8.9**	0.241***	16.1 vs 13.6**	0.090***

* Prueba de chi2 corregida según el muestreo complejo de la encuesta.

** Media en personas que sufrieron violencia versus las que no sufrieron violencia.

*** Prueba de Wald corregida según el muestreo complejo de la encuesta.

NOTA: Todos los parámetros fueron calculados considerando el muestreo complejo de la encuesta, usando las instituciones prestadoras de salud como conglomerados.

TABLA 2b: Prevalencias de Violencia Verbal auto-reportada en el lugar de trabajo según características del personal de salud estratificadas por Niveles por Atención (N = 5 098)

	Violencia Verbal Nivel I/II de Atención 1367/3461 (38.27%)		Violencia Verbal Nivel III de Atención 659/1637 (42.54%)	
	n/N (%)	Valor p *	n/N (%)	Valor p *
Edad				
Media (en años)	44.0 vs 43.7**	0.768***	44.7 vs 45.8**	0.320***
Sexo				
Mujer	774/2137 (35.55)	0.061	405/1046 (40.33)	0.007
Hombre	593/1324 (43.46)		254/591 (47.17)	
Estado Civil				
Sin pareja	428/1110 (37.15)	0.674	255/605 (38.65)	0.351
Con Pareja	939/2351 (38.87)		404/1032 (45.15)	
Región Geográfica				
Lima Metropolitana	75/207 (35.51)	0.533	407/942 (43.40)	0.517
Otras Regiones	1292/3254 (40.09)		252/695 (39.65)	
Institución				
MINSA	510/1471 (36.54)	0.171	427/930 (46.10)	0.001
EsSalud	734/1623 (47.60)		207/657 (33.06)	
FFAA/PNP	30/85 (25.01)		3/10 (30.00)	
Clínicas Privadas	93/282 (31.35)		22/40 (55.00)	
Área de Atención				
Hospitalización	342/951 (33.48)	0.322	227/666 (38.41)	<0.001
Emergencia	406/834 (42.16)		137/249 (57.51)	
Consulta externa	570/1509 (38.79)		277/634 (42.65)	
Otros	49/167 (28.43)		18/88 (17.51)	
Profesión				
Enfermero/a	680/1989 (34.64)	0.004	341/893 (42.20)	0.972
Asistente	660/1406 (43.25)		201/461 (42.70)	
Residente	27/66 (43.12)		117/283 (43.47)	
Tipo de Universidad				
Pública	765/1824 (42.28)	0.228	388/1017 (41.37)	0.390
Privada	226/567 (38.20)		175/410 (45.02)	
Otros	376/1070 (29.83)		96/210 (41.29)	
Especialidad Finalizada				
NO	536/1426 (38.07)	0.921	258/651 (38.54)	0.155
SI	831/2035 (38.46)		401/986 (45.41)	
Labor Docente Remunerada				
NO	1157/2950 (37.17)	0.116	491/1224 (41.55)	0.502
SI	210/511 (45.90)		168/413 (45.58)	
Tipo de Contrato Laboral				
Por tiempo limitado	413/1088 (41.41)	0.368	177/439 (44.55)	0.428
Por tiempo ilimitado	946/2347 (36.51)		480/1196 (41.49)	
Tiempo en el Sector Salud				
Media (en años)	15.7 vs 15.9**	0.766***	18.3 vs 18.5**	0.813***
Tiempo en Establecimiento				
Media (en años)	8.4 vs 9.0**	0.324***	13.5 vs 14.2**	0.294***

* Prueba de chi2 corregida según el muestreo complejo de la encuesta.

** Media en personas que sufrieron violencia versus las que no sufrieron violencia.

*** Prueba de Wald corregida según el muestreo complejo de la encuesta.

NOTA: Todos los parámetros fueron calculados considerando el muestreo complejo de la encuesta, usando las instituciones prestadoras de salud como conglomerados.

TABLA 3a: Modelos de Regresión Crudos y Ajustados para Violencia Física auto-reportada en el lugar de trabajo según características del personal de salud estratificados según Niveles de Atención (N = 5 098)

	Nivel I/II de Atención N = 3 461				Nivel III de Atención N = 1 637			
	Modelos Crudos* RPc (IC95%)		Valor p		Modelos Crudos* RPc (IC95%)		Valor p	
Edad								
Por cada año adicional	1.02 (1.00-1.04)	0.111		1.01 (0.99-1.04)	0.296	1.01 (0.99-1.02)	0.570	1.00 (0.97-1.02) 0.760
Sexo								
Mujer	1.00	Ref.		1.00	Ref.	1.00	Ref.	
Hombre	1.33 (0.78-2.27)	0.295		0.67 (0.34-1.31)	0.240	1.06 (0.82-1.36)	0.646	1.53 (1.05-2.21) 0.026
Institución								
MINSA	1.00	Ref.		1.00	Ref.	1.00	Ref.	
EsSalud	0.85 (0.44-1.62)	0.611		0.83 (0.42-1.63)	0.590	0.46 (0.19-1.13)	0.089	0.42 (0.20-0.90) 0.026
FFAA/PNP	0.12 (0.02-0.87) 0.036			0.11 (0.01-0.89) 0.039		0.63 (0.26-1.50)	0.291	0.75 (0.33-1.72) 0.501
Clínicas Privadas	0.67 (0.29-1.55)	0.350		0.85 (0.30-2.52)	0.775	0.47 (0.20-1.12)	0.089	0.82 (0.29-2.28) 0.698
Área de Atención								
Hospitalización	1.00	Ref.		1.00	Ref.	1.00	Ref.	
Emergencia	0.92 (0.41-2.03)	0.829		0.99 (0.46-2.15)	0.985	1.60 (1.09-2.35) 0.017		1.71 (1.15-2.54) 0.008
Consulta externa	1.08 (0.59-1.97)	0.798		0.86 (0.38-1.97)	0.723	0.98 (0.64-1.49)	0.914	1.02 (0.76-1.38) 0.878
Otros	0.54 (0.19-1.55)	0.247		0.50 (0.18-1.41)	0.188	0.33 (0.07-1.66)	0.178	0.31 (0.07-1.40) 0.125
Profesión								
Enfermero/a	1.00	Ref.		1.00	Ref.	1.00	Ref.	
Asistente	1.81 (0.83-3.96)	0.134		2.28 (0.77-6.77)	0.137	0.65 (0.45-0.93) 0.019		0.42 (0.24-0.73) 0.002
Residente	4.02 (1.81-8.93) 0.001			4.89 (1.76-13.6) 0.002		0.97 (0.70-1.35)	0.856	1.49 (1.05-2.12) 0.027
Especialidad Finalizada								
NO	1.00	Ref.		1.00	Ref.	1.00	Ref.	
SI	0.82 (0.52-1.29)	0.388		0.72 (0.47-1.11)	0.135	1.55 (1.02-2.36) 0.039		2.28 (1.17-4.45) 0.016
Tipo de Contrato Laboral								
Por tiempo limitado	1.00	Ref.		1.00	Ref.	1.00	Ref.	
Por tiempo ilimitado	1.33 (0.60-2.96)	0.483		1.22 (0.41-3.68)	0.717	1.55 (1.19-2.01) 0.001		1.85 (1.25-2.75) 0.002

* Modelos Lineales Generalizados familia Poisson enlace logarítmico tomando en cuenta el muestreo complejo de la encuesta.

** Modelos Lineales Generalizados familia Poisson enlace logarítmico ajustados por todas las variables de la tabla tomando en cuenta el muestreo complejo de la encuesta.

RPc: Razón de Prevalencia Cruda. RPa: Razón de Prevalencia Ajustada. IC95%: Intervalo de Confianza al 95%. Ref: Categoría de referencia.

TABLA 3b: Modelos de Regresión Crudos y Ajustados para Violencia Verbal auto-reportada en el lugar de trabajo según características del personal de salud estratificados según Niveles de Atención (N=5098)

	Nivel I/II de Atención N = 3 461				Nivel III de Atención N = 1 637			
	Modelos Crudos* RPc (IC95%) Valor p		Modelo Ajustado** RPa (IC95%) Valor p		Modelos Crudos* RPc (IC95%) Valor p		Modelo Ajustado** RPa (IC95%) Valor p	
Edad								
Por cada año adicional	1.00 (0.99-1.01)	0.766	1.00 (0.99-1.01)	0.979	0.99 (0.98-1.00)	0.303	0.99 (0.98-1.00)	0.029
Sexo								
Mujer	1.00	Ref.	1.00	Ref.	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Hombre	1.22 (0.99-1.51)	0.065	1.02 (0.75-1.38)	0.921	1.17 (1.06-1.29)	0.002	1.34 (1.10-1.63)	0.004
Institución								
MINSA	1.00	Ref.	1.00	Ref.	1.00	Ref.	1.00	Ref.
EsSalud	1.30 (0.93-1.82)	0.120	1.27 (0.94-1.73)	0.121	0.72 (0.56-0.92)	0.011	0.68 (0.54-0.86)	0.001
FFAA/PNP	0.68 (0.26-1.78)	0.434	0.70 (0.28-1.77)	0.450	0.65 (0.54-0.79)	<0.001	0.65 (0.52-0.79)	<0.001
Clínicas Privadas	0.86 (0.58-1.27)	0.438	0.67 (0.43-1.05)	0.081	1.19 (0.98-1.45)	0.076	1.47 (1.21-1.78)	<0.001
Área de Atención								
Hospitalización	1.00	Ref.	1.00	Ref.	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Emergencia	1.26 (0.93-1.71)	0.136	1.21 (0.96-1.53)	0.109	1.50 (1.23-1.82)	<0.001	1.49 (1.22-1.81)	<0.001
Consulta externa	1.16 (0.89-1.50)	0.263	0.99 (0.76-1.27)	0.913	1.11 (0.90-1.36)	0.317	1.24 (0.98-1.56)	0.068
Otros	0.85 (0.53-1.35)	0.486	0.83 (0.53-1.30)	0.404	0.46 (0.30-0.69)	<0.001	0.47 (0.31-0.72)	0.001
Profesión								
Enfermero/a	1.00	Ref.	1.00	Ref.	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Asistente	1.25 (1.07-1.46)	0.005	1.29 (1.02-1.63)	0.035	1.01 (0.83-1.24)	0.909	0.76 (0.53-1.09)	0.132
Residente	1.25 (0.87-1.77)	0.224	1.46 (1.02-2.09)	0.039	1.03 (0.79-1.34)	0.826	0.97 (0.79-1.20)	0.775
Especialidad Finalizada								
NO	1.00	Ref.	1.00	Ref.	1.00	Ref.	1.00	Ref.
SI	1.01 (0.82-1.24)	0.921	1.02 (0.86-1.21)	0.824	1.18 (0.93-1.49)	0.168	1.30 (1.02-1.66)	0.033
Tipo de Contrato Laboral								
Por tiempo limitado	1.00	Ref.	1.00	Ref.	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Por tiempo ilimitado	0.88 (0.67-1.16)	0.367	0.74 (0.55-1.00)	0.051	0.93 (0.78-1.11)	0.413	1.31 (1.17-1.46)	<0.001

* Modelos Lineales Generalizados familia Poisson enlace logarítmico tomando en cuenta el muestreo complejo de la encuesta.

** Modelos Lineales Generalizados familia Poisson enlace logarítmico ajustados por todas las variables de la tabla tomando en cuenta el muestreo complejo de la encuesta.

RPc: Razón de Prevalencia Cruda. RPa: Razón de Prevalencia Ajustada. IC95%: Intervalo de Confianza al 95%. Ref: Categoría de referencia.