

**VIOLENCIA HACIA LOS PROFESIONALES DE SALUD EN EL SISTEMA DE SALUD
COLOMBIANO: UN ESTUDIO EXPLORATORIO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.**

DIANA MARCELA OCHOA TAMAYO.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA.

INSTITUTO DE BIOÉTICA.

MAESTRÍA EN BIOÉTICA.

BOGOTÁ

2016

**VIOLENCIA HACIA LOS PROFESIONALES DE SALUD EN EL SISTEMA DE SALUD
COLOMBIANO: UN ESTUDIO EXPLORATORIO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.**

DIANA MARCELA OCHOA TAMAYO

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGÍSTER EN BIOÉTICA

DIRECTOR:

EDUARDO ALFONSO RUEDA BARRERA, Ph.D.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

INSTITUTO DE BIOÉTICA

MAESTRÍA EN BIOÉTICA

BOGOTÁ

2016

Dedicatoria

A Andrés por su amor, comprensión y apoyo incondicional.

Agradecimientos

vi

Agradezco en primera instancia a mi director de tesis Eduardo Rueda por haberme permitido trabajar con él, por aportarme y guiarme con su amplio conocimiento en el maravilloso mundo de la Bioética. Además por su cariño y comprensión durante este proceso.

A la Pontificia Universidad Javeriana por brindarme la oportunidad de pertenecer al Instituto de Bioética, pudiendo conocer a docentes tan valiosos en este campo y personal administrativo de gran espíritu.

A todas y cada una de las personas entrevistadas, por hablar con sinceridad, por compartir sus experiencias laborales al interior del sector salud, sin ellas este trabajo de grado no estaría completo.

Finalmente a mi familia, amigos y compañeros que me han brindado cariño, apoyo y colaboración incondicional, y que saben que su aporte fue fundamental para culminar este objetivo, a ellos gracias de corazón.

CONTENIDO

vii

Capítulo 1.....	1
Introducción	1
Capítulo 2.....	8
La situación de violencia hacia los profesionales de la salud.....	8
2.1. El contexto de la violencia hacia los profesionales de la salud	8
2.2. Estudios sobre la violencia hacia los profesionales de la salud	13
Capítulo 3.....	24
Marco teórico sobre violencia estructural.....	24
Capítulo 4.....	31
La violencia hacia los profesionales de la salud en Colombia: un estudio en instituciones de tercer y cuarto nivel de atención en Bogotá D.C.	31
4.1. Metodología.....	32
4.1.1. Población de estudio	34
4.1.2. Muestra	34
4.1.3. Criterios de inclusión	34
4.1.4. Criterios de exclusión	34
4.1.5. Materiales.....	34
4.1.6. Técnica de recolección de datos	34
4.1.6.1. Instrumento	35
4.1.7. Análisis de datos.	35
4.1.8. Riesgo ético.....	37
4.2. Características generales de la población de estudio	38
4.3. Resultados del análisis por categorías.....	46
4.3.1. Caracterización de las agresiones sufridas por los profesionales de salud.	46
4.3.1.1. Tipo de maltrato percibido por los profesionales de salud.	46
4.3.1.2. Características del maltrato verbal percibido por los profesionales de salud.	47
4.3.1.2.1. Groserías.	48
4.3.1.2.2. Tono imperativo y autoritario	49
4.3.1.2.3. Amenazas	50
4.3.1.2.4. Críticas.	51
4.3.1.2.5. Censura	52
4.3.1.2.6. Ridiculización	53
4.3.1.3. Características del maltrato físico percibido por los profesionales de salud.	53
4.3.2. Determinantes de la violencia hacia los profesionales de salud en los servicios de urgencias.	54
4.3.2.1. Causa personal de la agresión por parte de pacientes y/o familiares.	55
4.3.2.2. Causa institucional de las agresiones ocurridas en el servicio de urgencias.....	56
4.3.3. Impacto percibido por los profesionales de salud de las agresiones por parte de pacientes. y/o familiares.....	58
4.3.3.1. Impacto físico.....	59
4.3.3.2. Impacto emocional.....	59
4.3.3.3. Naturalización frente a las agresiones hacia los profesionales de salud.	61
4.3.4. Medidas de control y prevención de la violencia hacia los profesionales de salud.	62
4.3.4.1. Medidas de protección	63
4.3.4.2. Mecanismos de reporte	63

4.3.4.3. Apoyo institucional.....	viii
4.3.4.4. Indiferencia	69
Capítulo 5.....	71
Análisis de resultados sobre violencia estructural en el sistema de salud	71
5.1. Análisis de resultados por categoría	72
5.1.1. Naturalización: La insensibilidad como hábito institucional.....	72
5.1.2. Características de la violencia ejercida hacia los profesionales de salud	77
5.1.3. Determinantes estructurales causales de violencia hacia los profesionales de salud..	81
5.1.3.1. Determinantes personales para la agresión hacia los profesionales de salud.	82
5.1.3.2. Determinantes institucionales generadores de violencia hacia los profesionales de salud	84
5.1.3.3. Justicia social: ausente en el sistema de salud.	88
5.1.3.4. Transparencia en el sistema de salud.	94
5.1.4. Violencia estructural generadora de impactos	95
5.1.5. Apoyo institucional como medida de mitigación de la violencia hacia los profesionales de salud	97
Capítulo 6.....	102
Conclusiones	102
Lista de referencias	110
Apéndice	118
Encuesta semiestructurada	118

Lista de tablas

Tabla 1. Tipología de la violencia.....	27
---	----

Lista de figuras

ii

Figura 1. Tipo de Entidad de Salud donde labora el profesional encuestado.....	39
Figura 2. Distribución por género de los encuestados.....	40
Figura 3. Rangos de Edad de los participantes.....	41
Figura 4. Tiempo de trabajo en el servicio de urgencias de los profesionales encuestados.....	42
Figura 5. Turno en el que labora el profesional participante.....	45
Figura 6. Tipo de maltrato que reportaron los profesionales de salud.....	47
Figura 7. Frecuencia del tipo de agresión verbal.....	48
Figura 8. Posible causa de la agresión.....	55
Figura 9. Nivel de afectación del maltrato en el bienestar de los profesionales de salud.....	59
Figura 10. Frecuencia con que se reportan los eventos violentos.....	64
Figura 11. Existencia de mecanismos de reporte en la institución donde labora el profesional encuestado.....	66
Figura 12. Nivel de la solidaridad de colegas frente a situaciones violentas.....	67
Figura 13. Fuente de maltrato hacia los profesionales de la salud encuestados.....	78

Capítulo 1

Introducción

La violencia hacia los profesionales de salud es un problema de salud pública debido al aumento en su incidencia a nivel mundial. De ello dan cuenta una serie de investigaciones tendientes a describir la estructura del maltrato hacia los profesionales con el fin de generar medidas de mitigación de las agresiones. La Organización Internacional para el Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud e Internacional de Servicios Públicos (OIT, CIE, OMS e ISP, 2002), han estado muy interesados en la profundización del tema por la incidencia, prevalencia, determinantes causales y efectos, para de esta forma generar programas de prevención en las instituciones hospitalarias para la protección del personal de salud.

Países como España lideran estudios y aportes para el manejo de las agresiones hospitalarias. Sin embargo en Colombia a pesar de observar y escuchar en los diferentes medios de comunicación la violencia hacia los profesionales de salud por parte de pacientes y/o familiares, no se ha realizado una investigación que nos permita saber la situación real de los trabajadores al respecto, en las instituciones hospitalarias. Por tanto es difícil establecer soluciones de fondo, sin poseer un referente estadístico o investigativo, para disminuir las agresiones a los médicos y enfermeras en los servicios de urgencias.

En los diferentes estudios revisados se identificó que el tipo de agresiones más frecuentes hacia los profesionales son de tipo verbal, siendo las amenazas la más

empleada para presionar al personal de salud. Sin embargo también se presentan las agresiones físicas pero en una menor proporción aunque algunas veces con desenlaces fatales. Las causas o determinantes que predisponen a la agresión por parte de pacientes y/o familiares hacia los profesionales de salud obedecen a múltiples factores, entre los que se distinguen los asociados al paciente y los asociados a orden institucional. En los asociados al paciente se documentó que las complicaciones de patologías mentales, estados de alcoramiento o de drogadicción son los que más se presentan. Del orden institucional los tiempos de espera prologados, falta de personal e inconformidad con la atención son los más expuestos. Los efectos que se presentan frente a una agresión al personal de salud, afecta no solamente al médico, enfermera o auxiliar agredida sino también a la institución hospitalaria. Desmotivación, apatía, estrés, irritabilidad, hasta secuelas físicas pueden presentar los profesionales maltratados. Esto conlleva a deteriorar la relación profesional de salud paciente, sin lograr en ocasiones el objetivo de brindar una atención con calidad para la mejoría del estado de salud del paciente. La institución por las incapacidades y renuncias pone en riesgo su reputación y rentabilidad. Para el manejo de las diferentes situaciones de violencia hacia trabajadores de salud por parte de pacientes y/o familiares, las instituciones hospitalarias diseñaron mecanismos de reporte con el objetivo de documentar los hechos. En algunos países la violencia hacia el personal de salud es considerada delito y el agresor puede ir a la cárcel.

Sin embargo a pesar de estas medidas y del incremento de las investigaciones, los casos de maltrato hacia el profesional de salud van en aumento. Antes estos ataques se asociaban a los pacientes con patologías mentales pero ahora se observa en todo tipo de

pacientes y sus familiares. Las causas inherentes al paciente no las podemos prevenir ya que depende del estado patológico del mismo. No obstante las relacionadas con el orden institucional si se pueden intervenir y es fundamental para la solución de este fenómeno.

En Colombia el Sistema General de Seguridad en Salud se creó con el objetivo de impulsar el sector privado para la sostenibilidad financiera del Sistema, esto dado con la creación de las EPS e IPS por parte de la empresa privada (Birdsall y Ferranti, 1987; Blue y Harpham, 1994; Congreso de la República de Colombia, CRC, 1993; Granados y Gómez 2000). No obstante al lograr esta sostenibilidad financiera las condiciones laborales y profesionales de médicos, enfermeras, auxiliares, terapistas y demás trabajadores del área de la salud se deterioraron. Sin embargo al estudiar los decretos y resoluciones posteriores a la implementación de la ley 100, se habla de dignidad, justicia, autonomía, respeto y demás valores que denotarían un buen Sistema de Salud, pero en la práctica tanto personal de salud como pacientes sufren inequidades y deterioro en calidad de los servicios de salud poniendo en riesgo la dignidad y la vida respectivamente.

Aunque en este estudio las agresiones hacia los profesionales de salud pertenecen al tipo de violencia directa, los determinantes que la originan, corresponden a mecanismos estructurales del Sistema de Salud que son difíciles de visualizar pero al demostrar injusticia social, desigualdad e inequidad de derechos en este caso para pacientes y trabajadores de salud, se evidencia la violencia estructural. La injusticia social asociada al Sistema de Salud se evidencia en la inequidad de distribución de recursos. Los hospitales de la red pública que dependen del presupuesto del distrito son los que más deficiencia en infraestructura, personal y recursos para los tratamientos requeridos

por los pacientes presentan. Los médicos perdieron su autonomía, su profesionalismo. Las enfermeras y otros profesionales se dedican a la automatización. Con incremento en el número de pacientes, responsabilidades, funciones y menor personal, las actividades van encaminadas a cumplir la orden médica sin análisis previo, poniendo en riesgo la seguridad del paciente. Este tipo de ambientes permite a los trabajadores de salud vulnerables frente a los pacientes y/o familiares.

El trabajar varios años en el área asistencial y tener compañeros que han padecido cualquier tipo de agresiones, sabiendo que las causas que generaron los ataques, en algunas ocasiones no eran responsabilidad del personal de salud, fue un impulsó más para realizar este estudio, pues a pesar de esto siempre los profesionales siempre asumen la responsabilidad y las consecuencias, sin tener en cuenta los efectos causados en el trabajador y darle el respaldo requerido. Además no todos los hospitales cuentan con un mecanismo de reporte ni protocolo de manejo de estas situaciones, generando una percepción de desprotección institucional. Con el tiempo el personal de salud se naturaliza frente a los hechos violentos y lo asocia como parte de su profesión y quehacer, subestimando las agresiones y creando un profesional más apático, irritable y ensimismado. Es por esto que decidí realizar esta investigación con el ánimo de no solo de confirmar la presencia de violencia en las Instituciones de Salud hacia los profesionales sino analizar la percepción que tienen los profesionales de la salud de los servicios de urgencias frente a las diferentes categorías planteadas para generar opciones de mitigación de las agresiones y mejorar el Sistema de Salud.

Para llevarlo a cabo realicé una revisión bibliográfica a nivel nacional e internacional, indagando temas relacionados con violencia, ataques y maltrato hacia los profesionales de la salud por parte de pacientes y/o familiares, analizando los diferentes tipos y enfocándome en la violencia estructural, ya que es parte fundamental de esta investigación. Adicionalmente se documentaron temas como la injusticia social, inequidad y desigualdad, basada en estructuras teóricas creadas por el tutor a lo largo de su trayectoria profesional. En la búsqueda se evidenció una falta de estudios investigativos en Colombia frente a este tema. En los estudios realizados en diferentes países se observaron diferentes tipos de entrevistas y encuestas, se analizaron, a partir de ellas se diseñó un primer instrumento que fue aplicado con el fin de observar las deficiencias de este para corregirlas y diseñar y aplicar el instrumento final.

Posteriormente se realizó el trabajo de campo aplicando la encuesta a diferentes profesionales de salud que trabajaran en el servicio de urgencias en hospitales públicos y privados de tercer y cuarto nivel. Adicionalmente se hicieron observaciones de campo a cuatro instituciones de salud con el fin de identificar las rutinas de estos servicios y las dificultades que se presentaban tanto en pacientes como en profesionales. Con esta información se procedió al análisis de datos y obtención de resultados y conclusiones.

Este estudio aborda la violencia estructural hacia los profesionales como dimensión específica de injusticia social; se analiza entonces la estructura del sistema y se problematiza desde una perspectiva laboral. Para esto se definieron cuatro categorías de análisis, caracterización de las agresiones hacia los profesionales, desde la perspectiva de los trabajadores, los agentes causales de las manifestaciones violentas, impactos

personales e institucionales secundario al maltrato y medidas preventivas frente a los actos violentos perpetuados por pacientes y/o familiares.

Estableciendo esta categorización, la investigación se estructuró en cinco capítulos de desarrollo. En el segundo capítulo se analizó la información proveniente de estudios internacionales, con el fin de conocer la situación de los profesionales frente a las agresiones y cómo las instituciones de salud y el país contrarrestan este fenómeno. En los capítulos segundo y tercero se realizó una contextualización sobre el Sistema General Social de Salud en Colombia y sobre la violencia estructural, respectivamente.

En la primera parte del cuarto capítulo se realiza un análisis de las características generales de la población estudio y posteriormente, en una segunda parte, se documentaron las percepciones y expresiones propias de los profesionales de salud de los servicios de urgencias, plasmando los tipos de ataques por parte de pacientes y/o familiares.

En el quinto capítulo se realizó el análisis de los resultados obtenidos desde aspectos como la naturalización de los profesionales frente a la violencia estructural. Posteriormente el análisis de los determinantes causales de dichos actos violentos hacia los profesionales, desde una visión de la injusticia social e inequidad. Además se analizaron los impactos institucionales y personales que se derivan de estos hechos violentos y las medidas de prevención que se establecen en las Instituciones de Salud frente a esta problemática. Por último, en el capítulo sexto, se obtuvieron las conclusiones de este proceso y las posibles acciones para mitigar el creciente fenómeno de la violencia hacia los profesionales de salud.

El presente estudio es exploratorio y analítico, en el que se utilizó como fuente de información encuestas realizadas a diferentes profesionales de salud que trabajan en los servicios de urgencias, además de observaciones de campo en cuatro Instituciones de Salud de la ciudad de Bogotá. Esto me permitió conocer la dinámica de la violencia en este servicio, identificando aspectos estructurales, personales e institucionales que permitieron analizar, diagnosticar y aportar soluciones a este problema.

Algunas de las conclusiones que se extraen de este estudio es la necesidad de realizar investigaciones sobre este tema para obtener datos concretos, elaborar un diagnóstico acertado para así, de esta manera, construir soluciones de fondo para mitigar la violencia hacia los profesionales de la salud. Otra conclusión es que las jornadas laborales extensas y estresantes, que buscan mayores ingresos para cubrir necesidades personales y familiares, no ofrecen garantías para asegurar una buena atención en salud. Adicionalmente genera sensación de subvaloración e inconformidad en el trabajador.

Finalmente, espero este trabajo sirva de referente para la realización de nuevas investigaciones frente al tema y profundizar en aspectos emergentes que salgan de este estudio.

Capítulo 2

La situación de violencia hacia los profesionales de la salud

En este primer capítulo de desarrollo se describe en una primera parte, las generalidades del Sistema de Seguridad Social en Salud, con sus deficiencias y cuál es su papel en la violencia estructural. Posteriormente se relacionan las diferentes visiones frente al tema de violencia hacia los profesionales de salud, que se encontraron en países como España, Argentina y Uruguay.

2.1. El contexto de la violencia hacia los profesionales de la salud

El Sistema General de Seguridad Social en Salud se creó en 1993 con el objetivo de aumentar y mejorar en cobertura, equidad, calidad, acceso y sostenibilidad financiera (Birdsall y Ferranti, 1987; Blue y Harpham, 1994; CRC, 1993; Granados y Gómez 2000). Para esto se crearon las Empresas Prestadoras de Salud, públicas para el régimen subsidiado y privadas para el régimen contributivo, garantizando la afiliación y acceso a servicios de salud a la comunidad. El Gobierno fue disminuyendo su participación en la sostenibilidad del Sistema por el impulso económico que tenía el sector privado.

El actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es reglamentado por la Ley 100 a partir de la cual se dictaron los lineamientos y se sentaron las bases para la prestación de los servicios de salud en Colombia. En consecuencia, surge un modelo de aseguramiento individual según la capacidad de pago, donde el Estado financia la demanda y no la oferta, se divide las funciones de administración y aseguramiento de la prestación del servicio, para lo cual se crean las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y las (ESE) Empresas Sociales del Estado,

como modalidad de estas últimas; modificando la lógica eminentemente pública de la prestación del servicio de salud. Surgen por otro lado, paquetes de servicios mínimos o Planes Obligatorios de Salud (POS y POSS) y el costo basado en el riesgo de cada etapa vital, expresado en diferentes (UPC) Unidades de Pago por Capitación.

Es decir, que el SGSSS, amparado en su objetivo de ampliar la cobertura, creó un mercado de salud y se favoreció el monopolio por parte de algunas pocas EPS. En la práctica las EPS se convirtieron en las reguladoras directas de temas tan importantes, como los precios y las tarifas por la prestación de servicios, los estándares de producción de cada trabajador (número de consultas, tiempo de cita por persona, funciones, horario, entre otros) y los diferentes modelos de subcontratación (García y Tapias, 2011).

No obstante, la incorporación del sector privado y de los criterios empresariales a la salud, como la eficiencia, competencia y rentabilidad económica, generaron consecuencias significativas tanto para el recurso humano del sector, como para los usuarios, lo que demuestra que este Sistema no se basa en los lineamientos constitucionales, donde debe primar el interés general y no el de unos cuantos apoderados. En la lógica del mercado “las ganancias de las EPS privadas se han construido por la vía de disminuir gastos asistenciales y administrativos mediante la escogencia de nichos del negocio” (Hernández y Vega, 2012, p. 59); que incluyen prácticas como evitar prestar servicios de alto costo, disminuir la estancia hospitalaria, demorar o glosar pagos a los proveedores, restringir procedimientos o exámenes diagnósticos, desestimular la demanda con demoras intencionales y reducción de costos

laborales asumiendo nuevas formas de contratación flexibles o niveles de remuneración más bajos a empleados del sector.

Igualmente una prestación de servicios basada en la productividad que ha devenido en mecanismos y prácticas organizacionales para reducir tiempos de consulta, aumentando la “productividad” del trabajador, control de costos, especialización y contratación externa de servicios que son en su mayoría femeninos como “limpieza y servicio de comidas, por medio de empresas que pagan salarios más bajos y ofrecen menos prestaciones” (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2007).

El vínculo material con el empleo de los trabajadores del sector salud también fue afectado. Al respecto se han documentado consecuencias que van desde la imposibilidad de acceder a tener un lugar y empleo estable, estancamiento, hasta el desmejoramiento progresivo de su nivel de vida. En este aspecto Acosta, Becerra y Mejía (2009) sostienen que “a partir de la aplicación de la Ley 100, las condiciones laborales se deterioraron, especialmente para aquellos que no poseen contratación directa con las entidades de salud; se ampliaron las brechas salariales; se dieron aumentos en la intensidad horaria y se detectó cierto grado de subempleo”. La adopción de medidas económicas y laborales en el Sistema de Salud por parte de las EPS como las mencionadas, se podría catalogar como determinantes de una violencia estructural hacia los diferentes actores del Sistema.

La violencia se considera como toda forma de interacción humana en la que se busca cumplir un objetivo o lograr un fin, causando daño o perjuicio a otra persona mediante el uso de la fuerza. “La violencia es un fenómeno esencialmente humano, es una producción social, una realidad histórica que cambia en diferentes formas, tiempos y

versiones” (Franco, 2004). Aún no se sabe las dimensiones y el impacto global de la violencia. El Banco Interamericano de Desarrollo afirma que su ejercicio genera costos directos (bienes y servicios usados en el tratamiento y la prevención), costos no monetarios (impacto de salud que no genera una demanda inmediata por los servicios de proveedores médicos), efectos multiplicadores económicos (menor participación de las víctimas de la violencia en el mercado laboral, menor productividad en el trabajo (menor capital social), efectos multiplicadores sociales (erosión de capital social) y efectos de transmisión intergeneracional.

La agresión física y verbal es un tipo de violencia conocida como “directa”. Se caracteriza por su visibilidad, además es posible de determinar la identidad del autor de dicho acto y se puede identificar también a las víctimas del maltrato, ya sea psicológico o físico (Galtung, 1981, p. 98). Sin embargo, existe otro tipo de violencia denominada violencia estructural, invisible, por ello no se puede identificar con exactitud el autor, aunque esta ataca sistemáticamente a un segmento de la población. Los mecanismos de acción de la violencia estructural, no son los golpes, sino tres tipos de acciones “negativas”, reconocidas por la UNESCO, y que tradicionalmente nunca son asociadas con la violencia (Galtung, 1981, p. 89), pobreza, represión y alineación. En este sentido, la violencia está relacionada con las necesidades y con la realización del ser humano. Galtung (1981) afirma que “la violencia está presente cuando los seres humanos se ven influenciados de tal manera que sus realizaciones efectivas, somáticas y mentales están por debajo de sus potenciales”. Al analizar los lineamientos, objetivos, realidades y afectados del Sistema de Salud se evidencia una vulneración de la dignidad humana, pues

como lo afirma Nussbaum (2009) la dignidad humana es el fundamento de las capacidades y derechos humanos, que a su vez son la base para el desarrollo humano. Es decir, lo más importante es que la violencia en todas sus formas degrada lo fundamental del ser humano, restringiendo su derecho a la formación y desarrollo, produciendo una sociedad vulnerada y sometida.

Si el individuo no se realizara satisfactoriamente como persona, se le estará violentando y por ende no tendría una existencia pacífica puesto que estaría en conflicto permanente con alguien o con algo. A su vez, este conflicto permanente o falta de paz en la persona, se ve reflejado en sus relaciones con los otros por la interrelación inevitable que existe entre los sujetos (Morán y Suliveres, 2004). Así, aunque este esquema puede ocurrir de forma individual, también puede desarrollarse de manera colectiva y a gran escala, generando una frustración de masiva produciendo tensión en las relaciones entre la sociedad, que a su vez se reflejan en violencias directas (físicas o psicológicas) entre grupos sociales. Dicho en otros términos, el que aplica la violencia directa bien puede estar haciéndolo para destruir a la estructura que lo violenta a través de la violencia estructural (Galtung, 1981, p. 101). Si el Estado y la sociedad nos pusiéramos como meta el progreso y desarrollo de cada uno de los habitantes del país, muchos de los problemas graves que tenemos se acabarían y sería una población y territorio más competente, productivo y rentable, sin necesidad de establecer leyes, normas y decretos que sometan a los trabajadores y usuarios. Por esta razón, la violencia y todas sus formas se constituye en un problema prioritario en salud pública; atender sus manifestaciones y entender sus complejidades contribuye a su mejor comprensión, abordaje, prevención y tratamiento.

Las formas de violencia, desde las más elementales y cotidianas hasta las más contundentes, son susceptibles de ser identificadas y abordadas a tiempo.

Las Instituciones Sanitarias son un escenario idóneo para abordarlas; su lugar de referencia como centro de atención y tratamiento de los problemas conexos, derivados directa e indirectamente de la violencia hace que todo acercamiento en esta dirección cobre relevancia. Las políticas sociales condicionan el ingreso al Sistema de Salud, generando un estereotipo de paciente para ser atendido en los servicios de urgencias. El cuerpo debe ser visible, las lesiones, las complicaciones deben ser evidentes para justificar una atención prioritaria e inmediata. Al estar expuestos se produce una vulnerabilidad a un sistema parcializado, reduccionista, violento que permite la degradación de la sociedad para la cual se estableció, restringiéndose al concepto de salud de bienestar físico, sin tener en cuenta el enfoque bio y psico social al que pertenece cada ser humano.

2.2. Estudios sobre la violencia hacia los profesionales de la salud

Las EPS privadas al crear y mantener medidas económicas rentables para la Empresa como la disminución de costos en recursos humanos, asistenciales y administrativo necesarios para administrar una atención en salud a sus afiliados, genera situaciones vulnerables para los pacientes y para los trabajadores, pues el usuario según su cuadro patológico requiere exámenes de diferente costo, medicamentos y procedimientos que las Instituciones de Salud y/o los profesionales de salud no pueden suministrar ya sea por falta de profesionales especializados en el área o implementos y dispositivos médicos (Hernández y Vega, 2012), provocando un ambiente de tensión por

la inconformidad del usuario, por el inadecuado servicio prestado. Por esta razón se genera una violencia directa hacia los profesionales de salud por parte de pacientes y/o familiares ya que son las personas designadas para atender y suministrar la información al paciente y su familiar. Sin embargo esta violencia es solo una manifestación exterior de una violencia más profunda que el sistema comete contra pacientes y profesionales. Mientras a los pacientes los coloca en situación de “indignación” y resentimiento justificado, que termina por desahogarse con quien menos puede resolver las causas de tales sentimientos, a los profesionales les deja la responsabilidad de afrontar las quejas de los pacientes sin que, a menudo, puedan en realidad responder a ellas. Entretanto, los problemas de fondo, es decir, los arreglos institucionales responsables de la vulnerabilidad de los pacientes y médicos al daño queda sin tematización. Al quedar en la sombra estas causas, la solución es la de “humanizar” la práctica lo cual completa el cuadro de violencia pues presupone que a las quejas de los pacientes subyace la práctica deshumanizada de los profesionales.

La violencia hacia los profesionales de salud es un fenómeno creciente que requiere de información válida y actualizada para establecer sus causas y posibles soluciones. Actualmente esta información se obtiene mediante encuestas y entrevistas semiestructuradas, observando un bajo porcentaje en sus respuestas y en la calidad de las mismas. En Europa, según OIT, CIE, OMS e ISP (2002), los trabajadores de administraciones públicas son quienes presentan mayor porcentaje de amenazas en el trabajo (12%) y los profesionales de la salud son los que concentran la mayoría de actos

violentos (24%), por encima de los trabajadores de la educación (7%), seguridad (2%) o policía (5%).

Al analizar las agresiones hacia los profesionales de salud en los diferentes países y centros hospitalarios se pueden distinguir cuatro categorías que emergen de este tipo de situaciones, las cuales se van a ir sustentando a través del capítulo.

La primera de ellas es la caracterización del personal maltratado y las agresiones cometidas. El escenario para llevar a cabo un acto violento en una institución de salud se puede presentar desde una sala de espera, una sala de reanimación, recuperación o una habitación. Los actos de maltrato pueden ser físicos o verbales, pasando por empujones, jalones de pelo, puñaladas hasta llamadas telefónicas para intimidar al personal tratante de un paciente (OIT et al., 2002). Sin embargo, es el servicio de urgencias quien presenta mayor número de agresiones con respecto a otros servicios, por el volumen de pacientes atendidos, las diferentes patologías y diferentes tipos de pacientes y/o familiares. Adicionalmente se observó que no solo las instituciones hospitalarias públicas padecen este flagelo sino que las privadas también lo presentan como lo muestra un estudio realizado en Argentina. Allí los profesionales de salud manifestaron que los ataques eran generados por el inadecuado servicio según el alto costo que los pacientes pagan a las empresas privadas (Vítolo, 2011).

Otro aspecto de la caracterización es el tipo de profesional de salud agredido. Según los estudios realizados en Cataluña se evidenció que el personal de enfermería presenta mayor número de agresiones, seguido del personal médico y por último técnico y administrativos. De 846 notificaciones de maltrato, el 48% pertenece a enfermería y el

32% al área médica. El personal de enfermería es el que tiene un contacto directo con el paciente de mayor tiempo, lo cual le permite ser más vulnerable a los ataques de pacientes y/o familiares (Espinosa, Cervantes, y Blanch, 2008).

Las diferentes características que emergen en las situaciones de maltrato hacia los profesionales de salud según el tipo de maltrato se dividen en agresiones verbales y físicas. En diversos estudios llevados a cabo en España se observó que las manifestaciones verbales son más frecuentes que las físicas. No obstante se encontró que las amenazas son el tipo de agresión verbal más habitual que se presenta en los centros hospitalarios (Jiménez et al., 2005). Sin embargo hay una diferencia con respecto a Suramérica ya que en esta región se evidencia que las agresiones físicas son mínimas 2%, con respecto a España que muestra un 35% de agresiones físicas y en Gran Bretaña 20%. Aunque en la región las agresiones físicas son pocas, el maltrato hacia los profesionales de salud va en aumento y sin establecer los determinantes que la producen, impidiendo la generación de mecanismos de prevención y corrección. En Turquía y Suiza, se observó que se presentaban 50% de casos violentos hacia profesionales de salud, con un 8,5% en agresiones físicas (Ayranci, 2005; Needham, OBrien-Pallas y Tucker, 2008).

En Uruguay se vivió un doloroso e injustificable caso de violencia hacia los profesionales de la salud. El caso del Dr Pablo Gaudín de 51 años. En la ciudad Salto en enero de 2009 se produjo el homicidio del Dr. Gaudín, médico neurólogo, quien fue víctima de un familiar de un paciente de cáncer que meses antes había fallecido y quien había sido atendido por este y otros profesionales. Los médicos del Hospital del Salto que atendieron al paciente de cáncer fueron amenazados con mensajes y llamadas, hasta un

día que el Dr. Gaudín decidió buscar al familiar para dialogar con él y éste le propicio su deceso (Turnes, 2009).

Sobre la visibilización histórica de la gravedad de la problemática de la violencia hacia los profesionales, diferentes organizaciones internacionales como Organización Internacional de Trabajo, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Internacional de Servicios Públicos (ISP) consideran que el maltrato hacia los trabajadores de salud no es solo cuestión del acto violento y sus víctimas, sino un daño estructural que afecta a todo el Sistema de Salud (OIT et al., 2002). Esto se sustenta en que algunas de las causas de conducta violenta se derivan en falta de información, malos tratos, largos tiempos de espera e ineficiente prestación de los servicio de salud.

El planteamiento frente al fenómeno de la violencia contra profesionales de la salud, según Vítolo (2011):

Es un problema estructural y estratégico que está relacionado con factores sociales, económicos, organizacionales y culturales. Las carencias estructurales de los sistemas de atención, el fácil acceso a las armas, el abuso de sustancias ilícitas y la discriminación son posibles factores que contribuyen a este problema. Adicionalmente el sistema de salud es cada vez más complejo y el paciente está más informado, es autónomo y exigente, lo cual ha determinado que la relación médico-paciente este en constante evolución. Los largos tiempos de espera, la falta de infraestructura y de insumos, la insatisfacción con los tratamientos, el tiempo limitado de la consulta y la deficiencia en la comunicación, ubican a los

pacientes y médicos como víctimas de un sistema. Con frecuencia es el médico quien queda expuesto como la cara visible de una institución deficiente y es quien recibe las quejas y en muchos casos las agresiones de los pacientes y familiares.

Una de las consecuencias que se presentan a raíz de los eventos de violencia directa en las Instituciones de Salud es el déficit de recursos humanos y materiales, exponiendo a los profesionales a laborar en inadecuadas condiciones. Además el aumento de trabajo, responsabilidades, exigencias y falta de reconocimientos, esto ha generado una disminución de aspirantes a etapas formativas y laborales en el área de la salud (Borrone, 2012).

En su artículo, Turnes (2009) menciona entre las principales causas de la violencia en los profesionales la pérdida de la relación médico paciente o su deterioro, generada por las medidas de organización de los servicios, las cuales dejan cada vez menos tiempo para el contacto con el paciente o su familia. Otra causa es la organización del trabajo profesional, que privilegia cantidad sobre calidad, y que hace que las instituciones sobrecarguen la espalda de sus médicos, con más pacientes de los que razonablemente pueden éstos atender.

En cuanto a las posibles causas desencadenantes, en Cataluña las se evidenció que los pacientes con trastorno psíquico agresivo, que provoca la conducta violenta se presentaron en 30% de las situaciones. Le sigue la inconformidad con la asistencia 28%, quien no se siente bien atendido recurre a los insultos, quejas violentas o maltrato físico. El sentirse mal tratado por el personal está cerca del 17% de estas conductas y el alcoholismo y la drogadicción en un 16%. En menor porcentaje 6% fueron los tiempos de

espera excesivos y en un 3% las agresiones se debieron a las deficiencias de las instalaciones (Martínez, Queipo, Muniz y Martínez, 2012).

Las causas de violencia en el medio anglosajón se han relacionado clásicamente con las demoras en la atención, sobre todo domiciliaria (Hobbs, 1991), y en nuestro medio con la lealtad al sistema sanitario y la negación de peticiones (Collegi Oficial de Metges de Barcelona, COMB, 2004).

La violencia hacia el personal de salud en los servicios de urgencias, por parte de pacientes y/o familiares genera unos efectos de orden físico y/o emocional que interfiere con la calidad del desempeño del profesional y su desmotivación y hasta su desvinculación de la institución. Martino (2002) destaca entre los costos directos de la violencia laboral el absentismo, las rotaciones y las bajas e incluye en los indirectos el deterioro de la motivación y de la implicación laboral, del rendimiento profesional y de la competitividad de la misma organización. Algunas de las consecuencias de estos episodios de maltrato hacia los profesionales de salud en un servicio como urgencias se pueden presentar en el orden personal e institucional. Los efectos de orden personal pueden resultar en la incapacidad, desmotivación, temor, disminución del rendimiento profesional, apatía, entre otros. Para la institución algunas de las consecuencias son disminución en la calidad de prestación de servicios, desmejoramiento del clima organizacional, disminución de la imagen corporativa, aumento de los costos, entre otras.

En cuanto a las implicaciones de estos incidentes, pueden ser considerables, y diferentes estudios afirman que los trabajadores de salud pueden quedar con secuelas psicológicas como síndrome post traumático, insomnio, depresión, y agorafobia

(trastorno de la ansiedad que consiste en el miedo a los lugares donde no se puede recibir ayuda, es el “miedo al miedo”). Aunque estas agresiones son consideradas en muchos países como accidentes de trabajo que deben ser denunciados a la Justicia y a las ART, en general hay desidia en la denuncia (Vítolo, 2011).

Este y otros casos de violencia en el sector salud se exponen en el artículo de Turnes (2009), en el que también se refiere al siguiente texto donde Hoel, Sparks y Cooper (2001) afirman:

Las consecuencias negativas de esa violencia generalizada repercuten fuertemente en la prestación de los servicios de atención de salud, y pueden dar lugar a deterioro de la calidad de los cuidados dispensados y a decisiones de los trabajadores de abandonar las profesiones de atención de salud. Esto, a su vez, puede ser causa de que se reduzcan los servicios de salud disponibles para la población en general, y aumenten los costos de la salud. Especialmente en los países en desarrollo, la igualdad de acceso a la atención primaria de salud puede verse amenazada si los trabajadores de salud, que ya son un recurso escaso, abandonan su profesión por la amenaza de la violencia. Estimaciones de varios estudios fiables indican que el estrés y la violencia representan posiblemente alrededor del 30% de los costos totales de las enfermedades y accidentes. Sobre la base de estas cifras, se ha sugerido que el estrés/violencia puede costar aproximadamente entre el 0,5 y el 3,5% del PIB cada año.

Ante las agresiones por parte de pacientes y/o familiares, las Instituciones de Salud han creado diferentes medidas de protección y prevención del personal. En algunos

casos las medidas son las fuertes, implicando un proceso judicial y posiblemente la cárcel. En España, la larga batalla en los tribunales sobre si debe considerarse que las agresiones a los profesionales del Sistema Nacional de Salud son delito de atentado a funcionario público ha llegado al Tribunal Supremo, con la Sentencia 1030/2007, del 4 de diciembre 2007, Recurso 759/2007, en la que califica la agresión al profesional sanitario público como delito de atentado a funcionario, pero no crea jurisprudencia por ser la primera (Martínez, Queipo, Martínez y Torres, 2010).

En este país, en las ciudades de Castilla y León al igual que Cataluña y Andalucía, existe un acuerdo entre la Junta y la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de la CCL, que desde julio de 2010 se remiten todas las denuncias presentadas a la fiscalía, es decir, las agresiones físicas sobre los profesionales de la salud se denuncian ante la fiscalía para que este tipo de acciones no queden impunes. En ese año se dictaron un total de 72 sentencias condenatorias, de las cuales 8 sentencias condenan a los agresores por «delito de atentado a funcionario público» con penas comprendidas entre 6 meses y 2 años de prisión, además de multas e indemnizaciones (Junta de Castilla y León, 2011).

Muchos actos violentos no son reportados por los trabajadores agredidos, algunas veces por temor a su jefe inmediato, por miedo a perder el trabajo, porque no cuentan con un medio para reportar estos actos o simplemente porque ya están naturalizados frente a este tipo de episodios, considerando normal que el maltrato de los pacientes sea parte de su trabajo.

Vale la pena mencionar otro estudio realizado entre enero de 2007 y diciembre de 2009, en el que participaron una red de 60 centros sanitarios y en donde trabajan 43.000

profesionales de salud. En este tiempo fueron notificados 1940 incidentes que informaron violencia física en un tercio de los casos y verbal en más de la mitad de los mismos (Cervantes, Blanch y Hermoso, 2010). De acuerdo a estos resultados, se observó un aumento en la notificación de la agresión, pero también un aumento en la agresión al personal de salud por parte de sus pacientes, sin tener ningún tipo de solución. Se ha avanzado en materia de derechos de los pacientes, sin embargo se ha descuidado el derecho de los médicos a ejercer su profesión en condiciones acordes con la enorme responsabilidad a que los enfrenta diariamente su labor, lo cual termina repercutiendo en la calidad del servicio de salud.

Una de las primeras acciones de la Comisión Interinstitucional de Uruguay fue la elaboración de un formulario para denuncia y registro de casos de violencia; así como la elaboración de instructivos y guías para difundir entre los profesionales de todo el país las pautas claras ante estos eventos, mejorar la comunicación con el paciente para mejorar la relación y evitar dichos episodios violentos. Estas acciones orientan a los profesionales acerca de qué hacer, cómo documentar, como procesar la denuncia, qué no hacer o cómo tratar a un paciente o familiar que manifiesta signos de agresividad (Turnes, 2009).

Estos estudios a pesar de mencionar la importancia de profundizar y trabajar en las causas del maltrato de tipo estructural como los tiempos de espera prolongados, malos tratos y servicio ineficiente, se observa que se sustentan en registrar el acto violento, documentarlo y tratarlo a través de campañas dirigidas al personal de salud para afrontar y manejar este tipo de situaciones sin tener en cuenta los factores relacionados con violencia estructural. Por otro lado las campañas de comunicación interpersonal, para dar

un trato humano al paciente y evitar los ataques violentos, es válida. No obstante se dejan de lado las verdaderas causas de la violencia y se responsabiliza a los profesionales para solucionar este problema. De esta manera se sugiere profundizar en la investigación sobre las causas del maltrato estructural para dirigir acciones concretas y así causar la disminución de los reportes de ataques violentos y la congestión en los servicios más concurridos como el de urgencias.

Capítulo 3

Marco teórico sobre violencia estructural

La violencia estructural (también llamada violencia indirecta y, en algunos casos, violencia institucionalizada) se diferencia de la violencia personal (también llamada directa o del comportamiento), y se refiere al daño o perjuicio a personas (y por extensión también hacia cosas) que, siendo prevenible, no evidencia un actor generador de la misma o no exhibe como práctico buscar su(s) correspondiente(s) actor(es); tal violencia emerge de una distribución inequitativa del poder y de recursos o, en otras palabras, se dice que está edificada como parte de la(s) estructura(s). Por estructuras se debe entender aquellas relaciones moldeadas entre componentes de un sistema social. Una estructura social puede ser considerada un hecho social externo a los individuos, con una realidad independiente que fuerza su comportamiento y canaliza sus acciones.

Aunque la idea de violencia estructural, al menos en su forma embrionaria, es tan antigua como lo pueden ser el estudio del conflicto y la violencia misma, su concepto efectivo fue planteado por Galtung (1969). Desde entonces, el desarrollo del concepto de violencia estructural ha planteado tendencias como, por ejemplo, la necesidad de distinguir el foco subjetivista del objetivista, los cuales se centran en el rol de los actores y sus percepciones en medio de una situación de conflicto.

El modelo subjetivista establece que debe haber al menos alguna percepción de objetivos o valores incompatibles, de parte de los actores involucrados, para justificar la designación de conflicto. Por otro lado, el modelo objetivista establece que el conflicto puede existir sin que medie el conocimiento de actor social alguno, dado que para esta

perspectiva el conflicto se relaciona con “intereses”, los cuales no se fundamentan en la definición subjetiva de sus actores, pues son determinados por la estructura social misma; el conflicto entonces surge como la expresión de intereses incompatibles entre sí, incrustados en la estructura del sistema en que el conflicto mismo aparece.

Una segunda distinción se hace entre la paz positiva y la negativa. A la paz negativa se le atribuye una interpretación no sofisticada y en negativo, como por ejemplo la ausencia de violencia organizada entre grupos mayores, como las naciones, pero también entre grupos étnicos y raciales, dada la magnitud que se alcanza en las llamadas guerras internas. En contraste, la paz positiva más compleja, es por ejemplo “la cooperación e integración entre grupos humanos mayores”. La ausencia de violencia estructural puede ser vista como paz positiva, al equipararse la paz positiva con la justicia social, en la cual se da una distribución igualitaria de poder y recursos. La violencia estructural entonces, es vista como un impedimento para lograr el cambio social.

Galtung (1969) expone que “la violencia se presenta en el momento en que los seres humanos se ven influenciados en situaciones en las que sus realizaciones mentales y somáticas se ubican por debajo de sus realizaciones potenciales”. En este sentido, la violencia se define como “la causa de la diferencia entre el potencial y lo real”. De esta formulación se extiende la definición de violencia estructural, como aquella en la cual no se evidencia un actor de relevancia, pues ésta se encuentra incorporada en la estructura misma. Estas estructuras funcionan como plataformas al interior de las cuales individuos pueden cometer enormes daños a otros seres humanos, incluso sin proponérselo, simplemente efectuando sus obligaciones regulares a forma de trabajo asignado en la

estructura. Esto plantea un campo novedoso, respecto al análisis crítico de las estructuras, el cual puede conllevar a potenciales esfuerzos de transformación de éstas hacia nuevas estructuras menos violentas.

Algunos ejemplos de violencia estructural son: (a) la hambruna en el mundo la cual, al ser objetivamente evitable, conlleva su incurrir violento; (b) la expectativa de vida disímil entre estratos de la población, o entre países con grados de desarrollo cambiantes, que expone la existencia de muertes prevenibles y prematuras, las cuales se distribuyen de manera diferenciada en función de la asignación de recursos, afectando principalmente a los más necesitados; y (c) en la relación marido y mujer, a diferencia de la violencia personal que se ejerce cuando él la golpea, al él sumarse a un millón de esposos que mantienen a sus mujeres en la ignorancia, como en Occidente en el siglo pasado y como en Oriente Medio en el siglo actual, se imparte entonces violencia estructural.

La diferenciación entre violencia directa y estructural puede ser combinada con cuatro niveles de necesidades básicas, a saber: sobrevivencia-mortalidad, bienestar-morbilidad, identidad-alienación y libertad-represión.

Como resultado se presentan en la Tabla 1 los ocho tipos de violencia, siendo los relacionados con la violencia directa de fácil reconocimiento, y los concernientes a la violencia estructural más complejos, así:

Tabla 1. Tipología de la violencia.

	<i>Necesidades de Sobrevivencia</i>	<i>Necesidades de Bienestar</i>	<i>Necesidades de Identidad</i>	<i>Necesidades de Libertad</i>
Violencia directa	- Muerte	- Mutilación - Bloqueo - Sanciones - Miseria	- Desocialización - Resocialización - Ciudadanía de segunda clase	- Represión - Detención - Expulsión
Violencia estructural	- Explotación A	- Explotación B	- Penetración - Segmentación	- Marginalización - Fragmentación

Fuente: Galtung (1990)

Con relación a los tipos de violencia listados, las categorías Muerte y Mutilación se entienden dentro del contexto de las guerras que las provocan. Debajo de Mutilación aparecen el Bloqueo y las Sanciones, como acciones que matan lentamente, por intermedio de malnutrición y ausencia de atención médica. En la categoría de identidad, la Desocialización se refiere a ser sacado de la propia cultura (ej.: prohibir el idioma), mientras que la Resocialización implica ser llevado a otra cultura (ej.: imposición de un idioma ajeno). En el caso de los Ciudadanía de segunda clase, la Desocialización y la

Resocialización se imponen al mismo tiempo, siendo los sujetos forzados a expresarse, por lo menos públicamente, de conformidad con la cultura dominante y no con la propia. Finalmente, en la categoría de las necesidades de libertad, Detención se refiere a ser encerrado “dentro”, mientras que Expulsión se refiere a ser encerrado “afuera”.

Asímismo, a la hora de considerar las categorías de la violencia estructural, es conveniente imaginar una estructura violenta, en la cual los beneficiados están en el centro y obtienen más de su interacción en la estructura que aquellos relegados a la periferia. En la Explotación tipo A los relegados están en condiciones de gran desventaja, al punto que mueren de hambre o enfermedades. En la Explotación tipo B los relegados son dejados en condiciones de miseria de forma permanente, incluyendo malnutrición y enfermedades.

Las últimas cuatro tipologías operan impidiendo la formación de consciencia o movilidad. En la Penetración se imponen los designios del beneficiado en el relegado, mientras que en la Segmentación se da al relegado una visión sólo parcial de la realidad, limitándolo de tal manera que también termina acogiendo designios exógenos. En la Marginalización el relegado es mantenido por fuera del círculo de los beneficiados, mientras que en la Fragmentación los relegados son mantenidos lejos los unos de los otros.

Al indagar por la relación entre violencia directa y violencia estructural, es válido preguntarse: alguno de estos dos tipos de violencia es generador del otro? ¿La manifestación de una de éstas presupone la existencia latente de la otra? ¿Es una el precio de la otra?

Galtung (1990) expandió su trabajo al introducir el concepto de violencia cultural, definiéndola como “aquellos aspectos de la cultura (ejemplificada por la religión, el lenguaje, el arte o la ciencia), que pueden ser empleados para justificar o legitimar la violencia directa y la violencia estructural”. Apalancándose en este concepto, concibió el flujo causal de la violencia, así: emergente en la violencia cultural, para ser canalizada por la violencia estructural, y finalmente converger en la violencia directa.

Finalmente, al considerar la vigencia futura del concepto ilustrado sobre violencia estructural, emerge una pregunta de relevante atención, cual es: qué tan útil es el concepto para aquellos llamados a hacer realidad la paz? A continuación se exponen cinco racionales de su pertinencia.

En primera instancia, la violencia estructural auspicia enfocar las situaciones dentro del contexto de un sistema de mayor tamaño, al punto que evita caer en el facilismo de echarles la culpa a las víctimas de los problemas sociales. En segunda medida estimula el desarrollo de acciones, tanto a nivel comunitario, en procura de gestar modificaciones a las estructuras violentas y sus procesos, como a nivel individual, al instar la toma de decisiones conscientes en función de reducir el sufrimiento de otros. Como tercer aspecto, una agenda alrededor de la violencia estructural vincula la justicia con la paz, poniendo de relieve conceptos como la interdependencia y la solidaridad, que avalan idear y trabajar en la construcción de culturas con identidades de paz novedosas, ejemplo de esto es el llamado a ser “ciudadano del mundo” o “ciudadano global”. Cuarto, la violencia estructural conlleva a la discusión sobre el cambio social, los movimientos sociales y sus acciones para reducirla o eliminarla. En ello se torna imperioso el llamado

a cambios en el sistema mundial (e incluso a niveles más básicos como el de familia), en la medida en que las estructuras democráticas se idean buscando que las personas tengan voz en las decisiones que más afectan su bienestar. Y, finalmente, al propender por acciones de paz se hace un llamado a examinar la educación: aprender acerca de la violencia estructural se constituye en el primer paso de acción en su contra. De igual manera, recoger principios de acción en contra de la violencia directa, indirecta y cultural se torna esencial si de hecho el propósito de estudiar la paz y la violencia no es sólo el de avanzar en su teorización, sino también el de contribuir a la disminución de la violencia misma y el incremento de estructuras y procesos de paz en la comunidad global.

Capítulo 4

La violencia hacia los profesionales de la salud en Colombia: un estudio en instituciones de tercer y cuarto nivel de atención en Bogotá D.C.

La violencia hacia los profesionales de salud en los servicios de urgencias por parte de pacientes y/o familiares es frecuente, pero subvalorada, porque una de las razones es que se considera parte del quehacer y la vocación profesional, lo que no permite ser visualizada como un problema que necesita ser documentado y tratado. Pero aún más difícil es, ahondar en el tema y encontrar un tipo de violencia invisible y legítima, produciendo actos violentos directos, es decir las agresiones físicas y/o verbales hacia los profesionales de salud por parte de pacientes y/o familiares en los servicios de urgencias.

El problema de la violencia hacia los profesionales de salud en nuestro país es poco conocido, muy presentado y poco o nada tratado. No obstante, para poder generar soluciones que permitan erradicarlo es necesario empezar por conocer las percepciones que tienen los actores del conflicto, sobre las posibles causas que lo generan, sus impactos y las medidas institucionales que se toman sobre el suceso. Es por esto que el presente estudio es exploratorio y tiene como objetivo, desde un enfoque de percepción profesional de la salud, analizar las dinámicas estructurales del Sistema de Salud que permiten la generación de maltrato hacia profesionales de salud en los servicios de urgencias de los hospitales públicos y privados de la ciudad, por parte de pacientes y/o familiares, en los hospitales público y privados de la ciudad de Bogotá D.C., las cuales se abordaron desde un método cualitativo. Este método permite analizar la realidad social,

adquiriendo conocimientos sobre el tema desde los aportes de los participantes en el trabajo de campo (Strauss y Corbin, 2002).

4.1. Metodología

Este trabajo se desarrolló como un estudio exploratorio de orden cualitativo, pues en el país no se cuenta con muchos datos sobre el fenómeno de la violencia hacia los profesionales de salud en los servicios de urgencias y deseo ampliar los conocimientos utilizando las experiencias de mis compañeros.

Según Teijlingen and Hundley, un estudio exploratorio permite evidenciar cuestiones de orden metodológico, descubrir posibles problemas técnicos, éticos, logísticos, y además, mostrar la viabilidad y coherencia de los instrumentos y técnicas a utilizar antes de iniciar la recolección de información para la investigación. Según estos teóricos, el estudio exploratorio es importante en tanto advierte “dónde” pueden fallar las principales líneas de investigación, si los protocolos de investigación pueden continuar o si se proponen métodos, instrumentos y entrevistas apropiadas o demasiado complejos (Van Teijlingen y Hundley, 2001).

Para realizar una investigación de orden cualitativo pueden contar las razones personales del investigador, la experiencia, según la naturaleza del problema y para explorar áreas que cuenten con poca o mucha información (Stern, 1980). En la investigación cualitativa, la objetividad se evidencia al escuchar y replicar las opiniones y experiencias de los entrevistados (Bresler, 1995; Cheek, 1996).

La percepción de los profesionales de salud es muy importante ya que ellos son los directamente afectados por este suceso. La percepción es un proceso en el cual

intervienen diferentes factores científicos y socio-culturales que permiten establecer qué estímulos sensitivos y físicos se deben analizar para posteriormente entablar un juicio positivo y/o negativo que otorguen la capacidad de reacción frente a ellos, según la interpretación y valor que le dé a los mismos (Melgarejo, 1994).

Para la investigación es fundamental este proceso de percepción, pues dependiendo de los objetivos e interpretación que se le destine por parte de los trabajadores a estas agresiones, se van a determinar las posturas que tienen ante los sucesos violentos en su servicio. No obstante la percepción se va edificando según los factores ambientales, sociales, científicos y culturales que la persona va adquiriendo con el tiempo (Merleau-Ponty, 1975). Este constante cambio es lo que ha permitido que en otros países ya se haya visualizado el problema, analizado sus causas y se vayan construyendo soluciones que lo mitiguen. Los profesionales de otras naciones hace algunos años no percibían los ataques de los pacientes como un problema, sino que lo justificaban y no notificaban las agresiones, dando como resultados falsos negativos y aumento de los ataques hasta llegar a ser letales. Con el tiempo estos estímulos y otros han hecho construir un juicio negativo frente a los actos violentos vividos y empezaron a reportar, lo que ahora por ejemplo tiene como medida de contingencia judicializar al agresor legalmente. Esto sin duda aunque no es una solución definitiva al problema ayuda a disminuir los ataques y los impactos que tienen en los profesionales sometidos. Es por esta razón, que en Colombia se debe empezar por saber cómo perciben los profesionales de salud este fenómeno creciente y se genere si es necesaria una construcción perceptual que permita visualizarlo, analizarlo y solucionarlo.

4.1.1. **Población de estudio.** En esta investigación participaron enfermeros, auxiliares, médicos y personal administrativo que labora en el servicio de urgencias de los hospitales públicos y privados de la ciudad de Santa Fé de Bogotá.

4.1.2. **Muestra.** Durante el estudio participaron 40 profesionales de salud. En total se obtuvo una muestra de cuarenta (40) trabajadores de diferentes hospitales de tercer y cuarto nivel de atención, público o privado en la ciudad de Bogotá, a pesar de haber entregado a 60 diferentes profesionales. La negativa a las veinte (20) encuestas restantes obedecía a razones como falta de tiempo, temor por la información suministrada o falta de interés por el tema.

4.1.3. **Criterios de inclusión.** Hombres y Mujeres, mayores de edad, profesionales de salud que se encuentren laborando en el servicio de urgencias de hospitales públicos o privados de tercer o cuarto nivel de atención, en la ciudad de Bogotá.

4.1.4. **Criterios de exclusión.** Profesionales de salud que no laboren en los servicios de urgencias, o que pertenezcan a primer o segundo nivel de atención, o profesionales de salud que laboren en ciudades diferentes a Bogotá.

4.1.5. **Materiales.** Los materiales empleados para realizar la investigación fueron:

- Computador
- Impresora
- Fotocopias

4.1.6. **Técnica de recolección de datos.** La técnica de recolección de datos empleada fue la observación directa mediante encuesta.

4.1.6.1. Instrumento. Con la técnica de encuestas semiestructuradas, se buscó conocer la experiencia, la percepción y la interpretación que hacen los médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y demás personal que trabaja en el servicio de urgencias sobre la violencia por parte de pacientes y/o familiares. Además se efectuó una observación de campo a cuatro instituciones hospitalarias de la ciudad de Bogotá.

Para el diseño del instrumento se tuvo en cuenta los estudios realizados en otros países y los objetivos de la investigación para su construcción. En este instrumento se incluyeron aspectos como las posibles causas de agresión, los efectos de los reportes y los diferentes tipos de agresiones con su descripción. Esto permitió elaborar las cuatro categorías de trabajo. Caracterización de la agresión, determinantes, efectos, medios de prevención y control de los actos violentos hacia los profesionales de salud en los servicios de urgencias.

4.1.7. Análisis de datos. Antes de aplicar la encuesta semiestructurada se realizaron dos pruebas piloto. En la primera se aplicaron dos tipos de encuesta una a pacientes y otra a profesionales de salud del servicio de urgencias con el objetivo de evidenciar si estos actores percibían maltrato en este servicio por parte de pacientes en el caso del personal de salud y por parte de los profesionales en el caso de los pacientes.

La segunda prueba se realizó con el apoyo de profesionales de salud del servicio de urgencias con el objetivo de estructurar el formato de la encuesta que fundamentaría el proceso de investigación. Esta segunda prueba se desarrolló para garantizar resultados confiables para el progreso eficiente de la investigación.

Para realizar el análisis de los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas a profesionales de la de salud vinculados a los servicios de urgencias en entidades de tercer y cuarto nivel de la ciudad de Bogotá, relacionados con episodios de maltrato hacia estos por parte de pacientes y/o familiares, se definió como punto de partida el planteamiento de los objetivos específicos, y las preguntas contenidas en la encuesta, que permitieron definir las categorías de análisis cualitativo, con apoyo del programa Atlas – Ti¹.

Principalmente, existen tres componentes principales en la investigación cualitativa. Primero, están los datos, que pueden provenir de fuentes diferentes, tales como entrevistas, observaciones, documentos, registros y películas. Segundo, están los procedimientos, donde los investigadores pueden usar para interpretar y organizar los datos. Entre estos se encuentran: conceptualizar y reducir los datos, elaborar categorías en términos de sus propiedades y dimensiones y relacionarlos. (Becker, 1970; Charmaz, 1983,1995; Lofland,1971; Miles y Huberman, 1994).

En el segundo capítulo se observaron diferentes resultados de estudios realizados en algunos países lo cual permitió conocer la problemática y las medidas abordadas para este problema y tenerlos como referentes en los procesos de diagnóstico y tratamiento en

¹ Potente conjunto de herramientas para el análisis cualitativo de grandes cuerpos de datos textuales, gráficos y de video, la sofisticación de las herramientas le ayuda a organizar, reagrupar y gestionar su material de manera creativa y, al mismo tiempo, sistemática, lo que le permite mantenerse centrado en el propio material de la investigación (Reyes, 2013).

nuestro país. Ahora, en este capítulo se describen dos aspectos. El primero está encaminado al análisis de las características generales de la población estudiadas, edad, sexo, tiempo de trabajo en urgencias, horas trabajadas, entre otros. Posteriormente se encuentra la descripción de los resultados hallados a partir de la aplicación de la encuesta. En cada una de las categorías trabajadas se evidencia la percepción de los trabajadores en salud sobre el fenómeno de la violencia por parte de pacientes y/o familiares en los servicios de urgencias.

4.1.8. **Riesgo ético.** Por la naturaleza del estudio, exploratorio y la recolección de los datos, los participantes del trabajo de campo, que no debían mencionar sus nombres, identificación o el nombre del lugar donde laboraba, antes de diligenciar la encuesta, encontraban en el encabezado del formato la protección de la información académica suministrada. Los datos recogidos se obtuvieron con el consentimiento del participante garantizando el anonimato de su identidad. A fin de garantizar el procesamiento y análisis de la información, las entrevistas fueron diligenciadas por los mismos participantes.

En las investigaciones a través de sujetos humanos, el interés de la información está centrado en el conocimiento de dinámicas sociales, intereses comunitarios y efectos socioeconómicos. Los proyectos diseñados como formas de investigaciones sociales, usan a las personas como "informantes". No hay beneficios personales acumulados por la investigación, tampoco los productos son las metas, sí los principios y estructuras sociales hacia donde se dirigen. Se requiere de participantes activos e integrados al equipo de investigación (Castro, 2004).

4.2. Características generales de la población de estudio

Los hospitales son instituciones con una carga alta de actividad y responsabilidad social, ya que se suministra atención a seres humanos de diferentes edades, culturas, costumbres y patologías que requieren un cuidado directo, constante y riguroso para lograr óptimos resultados en el mejoramiento de su estado de salud. Sin embargo los servicios de urgencias, son los que mayor registro de actividad representan, puesto que el ingreso de pacientes es constante y por causas que requieren una atención inmediata y que en algunos casos el compromiso vital del ser humano es alto. Es por esto que los profesionales de la salud que laboran allí deben contar con un perfil competitivo, eficaz, práctico, ágil que le permita abordar y solucionar cualquier situación con un paciente. Al ser un servicio tan concurrido, con alto nivel de preocupación y estrés por parte de pacientes, familiares y trabajadores y por el estrecho contacto que se tiene entre los mismos, se constituye en el área hospitalaria donde los profesionales de la salud, tienen mayor riesgo de sufrir agresiones por parte de pacientes y/o familiares (OIT et al., 2002). La encuesta se aplicó a personal vinculado a servicios de urgencias de instituciones de tercer y cuarto nivel, con un 50% de participación en cada nivel.

La participación del sector público fue del 37,5% y el privado de 62,5%. Ver Figura 1.

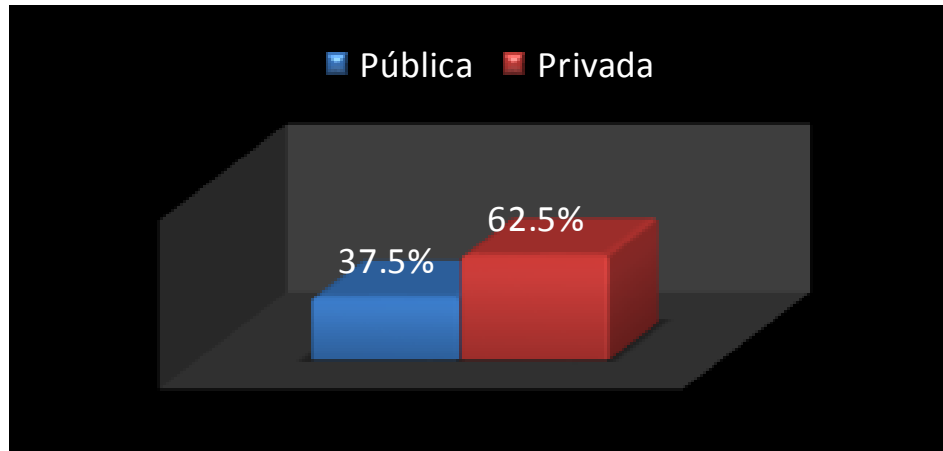


Figura 1. Tipo de entidad de salud donde labora el profesional encuestado.

Actualmente los hospitales públicos en Colombia sufren un descalabro financiero secundario a la corrupción política y el no pago por parte de las EPSs a las Instituciones de Salud que prestaron su servicio. Los hospitales privados tienen un déficit económico por cuenta de las EPS del régimen contributivo, pero no es tan grave como en el sector público. Algunas Instituciones de Salud del país han tenido que cerrar algunos servicios por falta de dinero para pagar a sus empleados y adquirir los insumos e implementos necesarios para brindar una atención en salud con calidad (“Usan velas y,” 2015).

Como se evidencia en las encuestas la mayoría de la población que trabaja en este servicio es de sexo femenino con un 73% de presencia, versus 27% del sexo masculino (ver Figura 2). Aunque en la actualidad la carrera de medicina continúa siendo la carrera que más gradúa profesionales en el sector, desde el 2004 las mujeres se encuentran en mayor proporción que los hombres tanto en esta carrera, como en el conjunto de carreras de salud. No obstante esta mayoría representa los cargos técnicos y profesionales sin especialización.

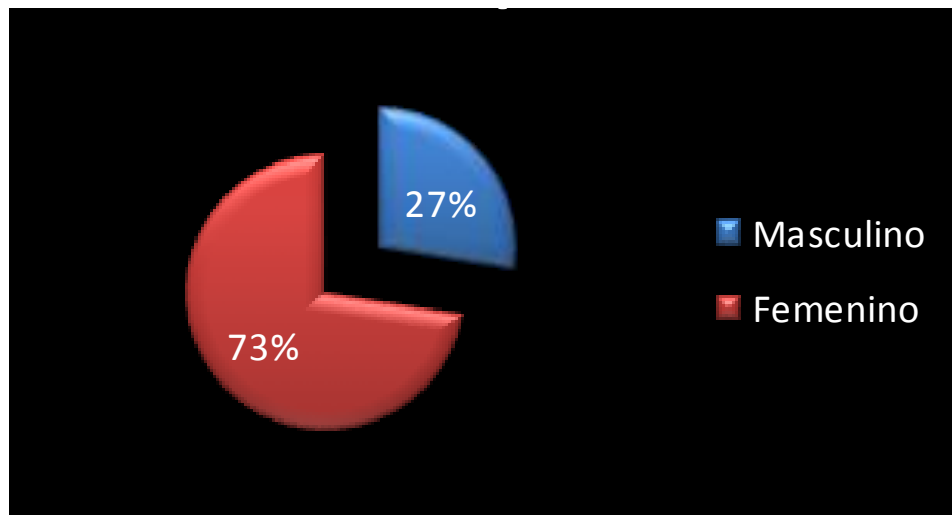


Figura 2. Distribución por género de los encuestados.

En algunas entidades de salud los trabajadores tienen un salario bajo, siendo insuficiente para los gastos de la familia obligando a tener dos trabajos, aumentando los casos de estrés laboral, personal, familiar, impidiendo prestar un adecuado servicio a los pacientes. Lo ideal para solucionar esta situación sería mejorando las condiciones laborales de los trabajadores, reconociendo el aporte que cada uno de ellos brinda a la Institución, incentivar el crecimiento profesional, mejorar los salarios y que se brinde la oportunidad de crecimiento Institucional.

Con respecto a la edad y al tiempo que han trabajado en el servicio de urgencias los profesionales de salud, se observa que la mayoría de los encuestados pertenecen al rango de edad de 18 a 30 años con un 50% de la muestra, mientras que el rango de 41 a 50 años se presentó el 5%. Según el tiempo de vinculación el 60% de los encuestados ha estado labrando allí por un lapso menor de 5 años; 20% han prestado sus servicios entre 5

y 10 años; un 20% entre 11 y 16 años, mientras que el 5% restante han laborado en servicios de urgencias entre 17 y 22 años (ver Figura 3).

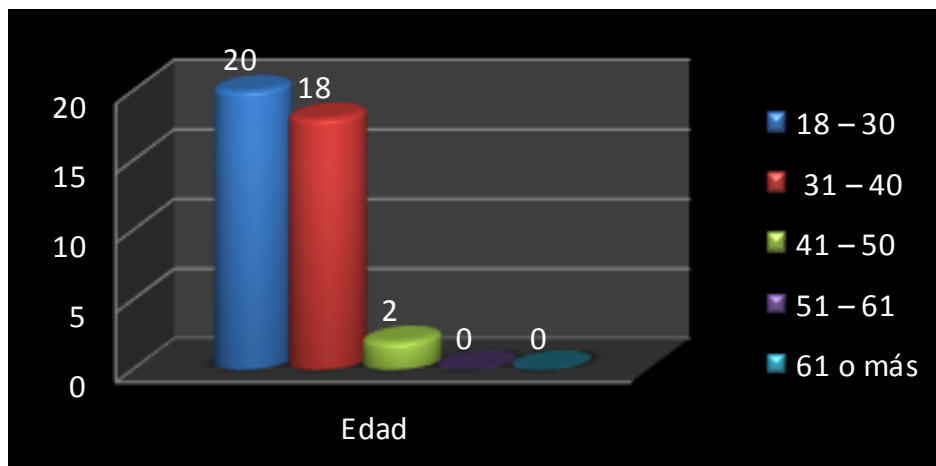


Figura 3. Rangos de edad de los encuestados.

En el mercado laboral, un profesional joven y recién egresado es atractivo para la empresa ya que su formación y desarrollo profesional la va a llevar a cabo en la primera institución donde trabaje. Son profesionales con interés por aprender, explorar, escalar para llegar a ser buenos trabajadores y puedan aportar económicamente a sus hogares. Por esta razón son más laxos con los cambios de horarios, equipos de trabajo y demás necesidades que afronte una empresa. Además la mayoría de estos profesionales no cuentan con alguna especialización, por esto su salario es menor que un profesional especializado. Esta mano de obra económica deteriora el estado de los trabajadores de salud pero mejora la rentabilidad de las Empresas, pues su inversión no es alta y rápidamente se verá compensada.

Al correlacionar los datos obtenidos en cuanto a la edad y el tiempo de trabajo, se puede observar una rotación o retiro del servicio al pasar los 15 años de servicio, ver Figura 4. Este hallazgo denota las dificultades que afrontan los profesionales de salud en las Instituciones frente a la estabilidad laboral, pues la permanencia en el servicio más frecuentado y con mayor complejidad de un hospital, requiere de un personal capacitado y especializado. Es tal vez por la juventud y la inexperiencia que se pueden presentar más problemas con los pacientes y declinación por continuar en el servicio.

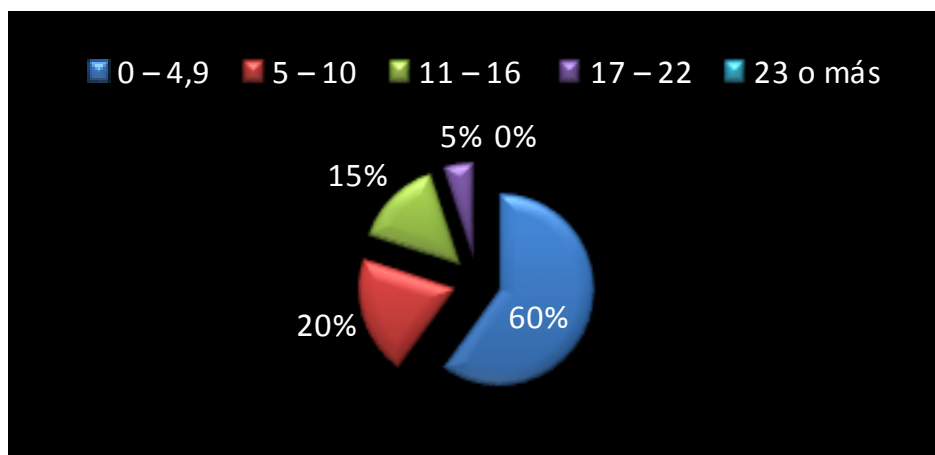


Figura 4. Tiempo de trabajo en el servicio de urgencias de los profesionales encuestados.

La autonomía en los profesionales de salud, se ve reflejada en la práctica en el uso de su ética, de su conocimiento y de las herramientas tecnológicas pertinentes para tomar las decisiones pertinentes sobre el paciente o al caso tratado en busca de soluciones. No obstante se observa que se vulnera ya que los profesionales en las EPS deben hacer uso del protocolo instaurado por la Empresa y cumplir las órdenes que este imparta. Deben

formular medicamentos de bajo costo, laboratorios básicos, las remisiones tienen que ser avaladas por un auditor y después autorizadas por la misma Empresa para poder solicitar la cita. Si estas instrucciones no se cumplen a cabalidad a los profesionales se les sanciona, corriendo el riesgo de perder su trabajo (“Así controlan las,” 2014). En el caso de enfermería y demás profesiones relacionadas el panorama no es diferente, se les asignan gran cantidad de pacientes con restricción de recursos, tiempo y personal, donde ejecutan las órdenes médicas, deteriorando su profesión y generando riesgos de cometer errores con los pacientes, la autonomía se ve profundamente comprometida. Es común en salas de urgencias encontrar una enfermera con 15 a 20 pacientes con una sola auxiliar de enfermería y un médico. Además, debe cumplir actividades administrativas que no le corresponden, desviando la atención de los usuarios (“Médicos atacados por,” 2014).

Este tipo de situaciones potencia el riesgo de generar conductas erradas hacia los pacientes. Se observa entonces que las EPS para mantener la productividad establecen normas, reglamentaciones y disposiciones legítimas, que tienen como consecuencia el deterioro en la calidad de condiciones laborales, erradicando la autonomía e impulsando o mejor imponiendo la automatización. Adicionalmente realizan auditorías minuciosas para glosar las cuentas en los hospitales y no desembolsar el dinero oportunamente, producto de la atención a los pacientes.

Los usuarios del sistema, con estos manejos injustos y legítimos que implementan las EPS, se ven afectados ya que se enlentece y perjudica su proceso de recuperación de la enfermedad, pues oportunamente no cuenta con los medios diagnósticos para establecer la patología que padece, el acceso a la cita con el especialista tampoco es

oportuna ya que algunas Empresas Promotoras de Salud no cuentan en las regiones con la cantidad del personal requerido. Por tanto el paciente debe desplazarse a ciudades lejanas a tomar esta cita, pero muchas veces no se lleva a cabo porque la situación económica, laboral, familiar y de salud no se lo permite.

Lo aconsejable para el Sistema es que permita al paciente tener acceso a exámenes, especialistas y tratamiento necesario para evitar complicaciones y asumir el alto costo que esta tiene. Y para que el paciente cumpla adecuadamente todo el proceso, los profesionales de salud deben tener la autonomía para cumplir con responsabilidad sus funciones. Las EPS deben garantizar a los trabajadores un pleno desempeño de su profesión sin coartar ni presionar sus decisiones que permitan brindar a la comunidad una atención en salud con calidad.

Con respecto a la jornada laboral, la del día es la más frecuente con 40% de participación, los turnos de la noche y los rotados tienen un comportamiento similar, con 22,5% y 27,5% de participación respectivamente, mientras que la jornada de la tarde tiene una participación del 10%. Los encuestados realizan turnos de 6, 8 o 12 horas al día. El 45% realiza los turnos de 12 horas, el 35% trabaja 6 horas diarias y trabajan 8 horas al día el 20% restante. Los turnos rotados son medidas actuales que le permite a los hospitales disponer del tiempo completo del trabajador, restringiendo el acceso a educación, trabajo, familia y demás actividades que desee el personal. Como se observa en la encuestas, los turno rotados se presentan en segundo lugar, ver Figura 5. No obstante la rotación no es solo de horario sino de servicio, viéndolo frecuentemente en el

personal de enfermería, puesto que se les asigna en ese turno, determinado servicio cuente o no con el entrenamiento respectivo para desenvolverse adecuadamente.

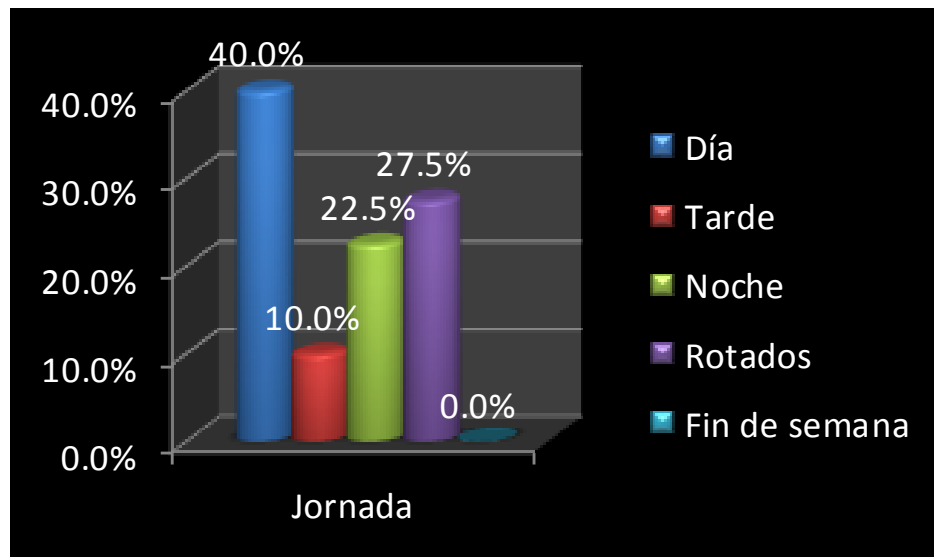


Figura 5. Turno en el que labora el profesional participante.

A su vez, y en estrecha relación con las políticas centradas en la disminución de costos, se observa un mayor déficit de personal y una notable intensificación del trabajo: las enfermeras realizan más trabajo con menos personal, atienden más pacientes en tiempos más cortos, con limitaciones de material, equipo y servicios de apoyo. Por otro lado, la vinculación a lugares de trabajo se da a través de agentes externos, principalmente las llamadas cooperativas de trabajo asociado.

Estas formas de contratación laboral que se han impuesto en nuestro país en el sector de los servicios (educación, salud, energía, etc.) responden a lo que se conoce

como tercerización de la economía, que conlleva una política de flexibilización laboral, entendida como un conjunto de medidas que las empresas asumen para aumentar la eficiencia económica a partir de dos pilares: uno las contrataciones atípicas y, dos aumentos en las jornadas o intensidad del trabajo sin reconocimientos salariales extraordinarios (Yáñez, 1999). Este sistema de intermediación para la contratación laboral se aplicó en diferentes áreas de servicio públicos, con dos fines: uno, deshacer la relación laboral directa y dos, contratar a través de los intermediarios, a fin de reducir gastos estatales.

El profesional al ingresar al sistema, se le exige ser productivo, desde la perspectiva rentista, lo cual se traduce en mano de obra barata y uso eficiente y racional de los recursos es decir, usar lo mínimo requerido en tiempo y recursos para brindar el cuidado, que afecta directamente su calidad y oportunidad. Los profesionales de salud y en general todos los trabajadores necesitan laborar para solventar todas sus necesidades básicas como alimentación, vivienda, servicios públicos, familia, que no le permiten en muchas ocasiones renunciar a un empleo con condiciones inadecuadas.

4.3. Resultados del análisis por categorías

4.3.1. Caracterización de las agresiones sufridas por los profesionales de salud. Desde su perspectiva, como profesionales de atención en salud, los encuestados refirieron aspectos que observan como puntos importantes en su quehacer en relación con las personas que atienden.

4.3.1.1. Tipo de maltrato percibido por los profesionales de salud. En la violencia hacia los profesionales de salud se pueden identificar dos tipos, la violencia

verbal y la física. “El maltrato verbal es aquel que puede ser directo o sutil, y los comentarios se pueden hacer de manera hostil, con enojo o, incluso, con una sonrisa. Es cuando las frases ofensivas contra una persona son el común denominador de cualquier diálogo” Galarza (2015). La agresión verbal se percibe de forma más frecuente, con un 87.5 % de participación en las respuestas. La agresión física por lo general va acompañada de agresión verbal, pero en menor medida, con un 12.5%, como se evidencia en la Figura 6. Ambos tipos de agresión tienen diferentes grados o matices.

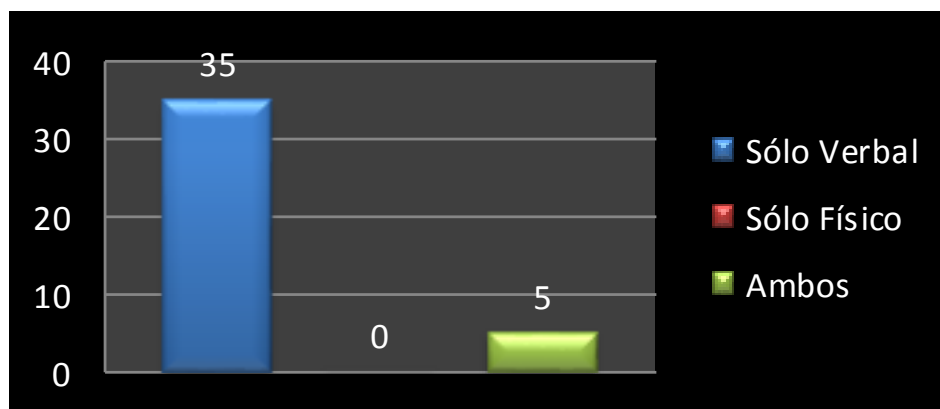


Figura 6. Tipo de maltrato que reportaron los profesionales de salud.

4.3.1.2. Características del maltrato verbal percibido por los profesionales de salud. La mayoría de los ataques violentos que percibieron los profesionales de salud eran de modo verbal.

A continuación se hace una explicación de cada una de las agresiones reportadas, siendo las groserías y tono imperativo las más frecuentes. Ver Figura 7.

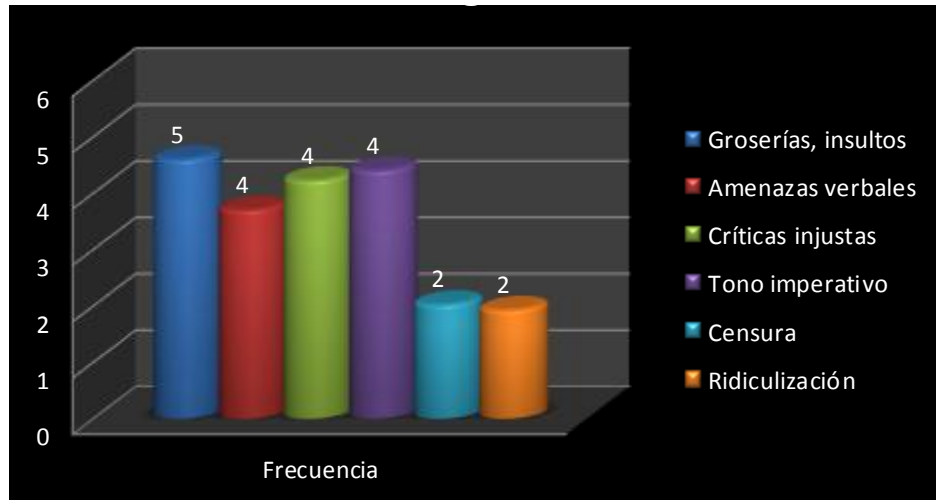


Figura 7. Frecuencia del tipo de agresión verbal.

4.3.1.2.1. Groserías. “Las groserías son un conjunto de formas lingüísticas consideradas por toda la comunidad lingüística o parte de la misma como formas indecentes, inapropiadas, soeces u ofensivas. Representan la agresión más frecuente hacia el profesional de salud por parte de pacientes y/o familiares” Grosería (n.d.).

Las respuestas obtenidas a través de la encuesta demuestran que las agresiones son, en su mayoría, de tipo verbal. Los profesionales en salud, que trabajan en unidades de urgencia, reciben a menudo un trato verbal ofensivo e insultos. Al respecto los profesionales describieron sus experiencias en los siguientes términos:

- *“Groserías, palabras ofensivas, trato déspota”.*
- *“Los pacientes llegan gritando y diciendo que no servimos para nada, que dejamos morir a la gente y nos gritan groserías”.*
- *“Los pacientes y familiares toman actitud, que es una obligación atenderlos a pesar de su grosería y dicen que gracias a ellos nos pagan”.*

- *“La paciente y su familiar me agreden verbalmente por su tiempo prolongado de espera y argumentan que esperaron para que se le diera el medicamento de siempre”.*
- *“Familiares ofensivos por demora en traslados de los pacientes con el personal de enfermería”.*
- *“Los pacientes y familiares se desesperan al esperar mucho tiempo para que los atiendan y cuando uno va pasando o la va a atender le gritan groserías y son ofensivos”.*
- *“Palabras humillantes y ofensivas referentes a la atención o a la persona que presta el servicio de salud”.*

4.3.1.2.2. Tono imperativo y autoritario. Es una modalidad del ejercicio de la autoridad que impone la voluntad de quien ejercer el poder en ausencia de un consenso construido de forma participativa, originando un orden social opresivo y carente de crédito público, legitimación, libertad y autonomía. Se establece con un tono que expresa orden o mandato, que obliga a cumplir. Se caracterizan por expresiones verbales hacia los profesionales con un tono autoritario, con el objetivo de exigir que se cumpla una orden (Autoritario, n.d.; Imperativo, n.d.).

Los pacientes, y en especial los familiares, desconfían de las capacidades del personal médico. Demandan, en tono imperativo, el procedimiento o tratamiento que ellos consideran que es el requerido. No consideran la respuesta médica como óptima en algunos casos. Algunas situaciones que expresan los trabajadores de salud son:

- *“Familiares de pacientes que se creen con la autoridad de imponer durante la consulta, con tono autoritario y presumido sobre sus actividades laborales para tratar de intimidar al médico”.*
- *“El paciente es muy demandante y exigen tratos preferenciales y cosas sin importarles nada el otro”.*
- *“Los pacientes y familiares toman actitud, que es una obligación atenderlos a pesar de su grosería y dicen que gracias a ellos nos pagan”.*
- *“Tono mandón y desafiante”.*
- *“Familiares angustiados por el paciente, era su hijo. Tono imperativo y autoritario”.*
- *“Quiere entrar a la fuerza al consultorio exigiendo que su familiar fuera atendido de inmediato, encontrándose en ese momento con otro paciente en consulta”.*

4.3.1.2.3. Amenazas. El mal ha de ser posible, en el sentido de que el destinatario puede tener motivos para creer en su verosimilitud. Que el mal sea impuesto significa que el amenazado no tiene control sobre los hechos que lo desencadenarán, por tanto, su culminación depende exclusivamente del sujeto activo. La amenaza tiene la finalidad de causar inquietud en el amenazado produciéndole un estado o un ánimo de miedo (Amenaza, n.d.).

La necesidad de una buena atención, no satisfecha, provoca el deseo de quejarse formalmente ante los superiores del personal de atención. Las amenazas van desde advertencias por parte de pacientes y familiares con interponer quejas formales ante los

superiores del personal que les atendió, en casos extremos demandas legales e incluso amenazas de muerte. Los profesionales de salud al respecto manifiestan:

- *“Familiares y pacientes amenazan con demandar o quejarse con mis coordinadores o superiores”.*
- *“El familiar se molestó, utilizó palabras soeces y me amenazó a pesar de haber administrado el medicamento para el dolor”.*
- *“Denunciarme con mi jefe y el dueño de la clínica ya que son amigos íntimos”.*
- *“Las amenazas se hacen frente a los entes de control aludiendo demandas por el servicio prestado y por la demora en la atención o por la falta de oportunidad para la atención por un especialista”.*
- *“Amenazas derivadas de la demora en la atención. Me amenazan con demandarme”.*

4.3.1.2.4. Críticas. Es la acción dirigida, del intelecto crítico, expresada como opinión formal, fundada y razonada, necesariamente analítica, con connotación de sentencia cuando se establece una verdad, ante un tema u objeto usualmente concreto . En ocasiones la crítica es ejercida desde o hacia algún tipo de colectividad. La crítica destructiva se dirige a la persona, a la identidad de la persona, busca culpabilizar (Crítica, n.d.).

En relación con los términos con los que se descalifican o evalúa negativamente la labor del personal de salud, algunas de las experiencias fueron:

- *“Críticas que uno no hace nada por estar detrás de un computador al no estar todo el tiempo al pie de su paciente, hay procesos demorados y los familiares no entienden eso”.*
- *“Critican su labor acusándolos de inhumanos e ineficientes”.*
- *“No servimos para nada”.*
- *“Descalificar la labor realizada”.*
- *“Los pacientes llegan gritando y diciendo que no servimos para nada, que dejamos morir a la gente y nos gritan groserías”.*
- *“Críticas. Haga bien su trabajo”.*

4.3.1.2.5. Censura. En sentido amplio se considera la censura como supresión de material de comunicación que puede ser considerado ofensivo, dañino, inconveniente o innecesario para el gobierno o los medios de comunicación según lo determinado por un censor (Censura, n.d.).

Los pacientes y/o familiares juzgan el desempeño del personal de salud. Al sentir que no reciben el tratamiento esperado, piden abiertamente ser atendidos por otro profesional y que se excluya del proceso al personal médico que lo ha atendido en primera instancia. Al respecto algunos de estos episodios fueron:

- *“Ustedes son unos ineptos, buenos para nada, no les importa el sufrimiento del paciente, hijo de puta”.*
- *“Llame al especialista, no quiero que me atienda un estudiante”, yo ya era medico graduado”.*

4.3.1.2.6. Ridiculización. Se entiende por ello burlarse de una persona o cosa, poniendo de manifiesto sus defectos y manías para hacer que parezcan ridículos (Ridiculizar, n.d.). En este sentido, son términos utilizados por pacientes y/o familiares, que minimizan la calidad del desempeño del personal de salud y que se hacen en público. Algunas manifestaciones es son:

- *“Los pacientes llegan gritando y diciendo que no servimos para nada, que dejamos morir a la gente y nos gritan groserías”.*
- *“No servimos para nada”.*
- *“Me gritaron delante de todo el servicio y me trataron de atarbán por canalizar una vena”.*
- *“Insultos en frente de otras personas en el servicio de urgencias”.*
- *“El servicio se encontraba lleno y existía demoras en la atención por el volumen de pacientes y un familiar exclamó su descontento por la demora siendo grosero con todo el personal”.*
- *“Palabras que me expusieron delante de familiares como una persona que no se desempeña bien”.*

4.3.1.3. Características del maltrato físico percibido por los profesionales de salud. Se entiende por violencia física “el empleo de la fuerza física contra una persona o grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos, incluyendo las palizas, patadas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos” OIT, CIE, OMS e ISP (2002). Ocurre cuando la agresión va más allá de las palabras, impactando físicamente a la víctima. Aunque no es muy común que se presente este tipo de maltrato

si generan daños a corto y mediano plazo no solo de orden físico sino también emocional al profesional agredido. Algunas experiencias compartidas por parte de los trabajadores de salud fueron:

- *“Paciente de psiquiatría en estado de agitación, golpea físicamente en la cara”.*
- *“Un paciente con su familiar me empujaron en una de las puertas del servicio, me caí contra la pared, me lastime la columna, casi no me puedo levantar y me seguían gritando”.*
- *“Paciente que cada vez que íbamos a realizarle algún procedimiento nos decía groserías de alto calibre y nos daba manotazos”.*
- *“Un paciente de 54 años, agresivo, que se expresa con palabras soeces y actuando con patadas y puños”.*
- *“Me escupieron en la cara y me trataron de prostituta”.*

4.3.2. Determinantes de la violencia hacia los profesionales de salud en los servicios de urgencias. Las posibles causas o determinantes de las conductas agresivas o violentas, bien sea en forma verbal o física, contra el personal en salud, están dadas tanto por razones personales o propias del paciente, así como en respuesta de eventos institucionales que alteran el ánimo de dichos pacientes y/o de sus familiares (ver Figura 8).

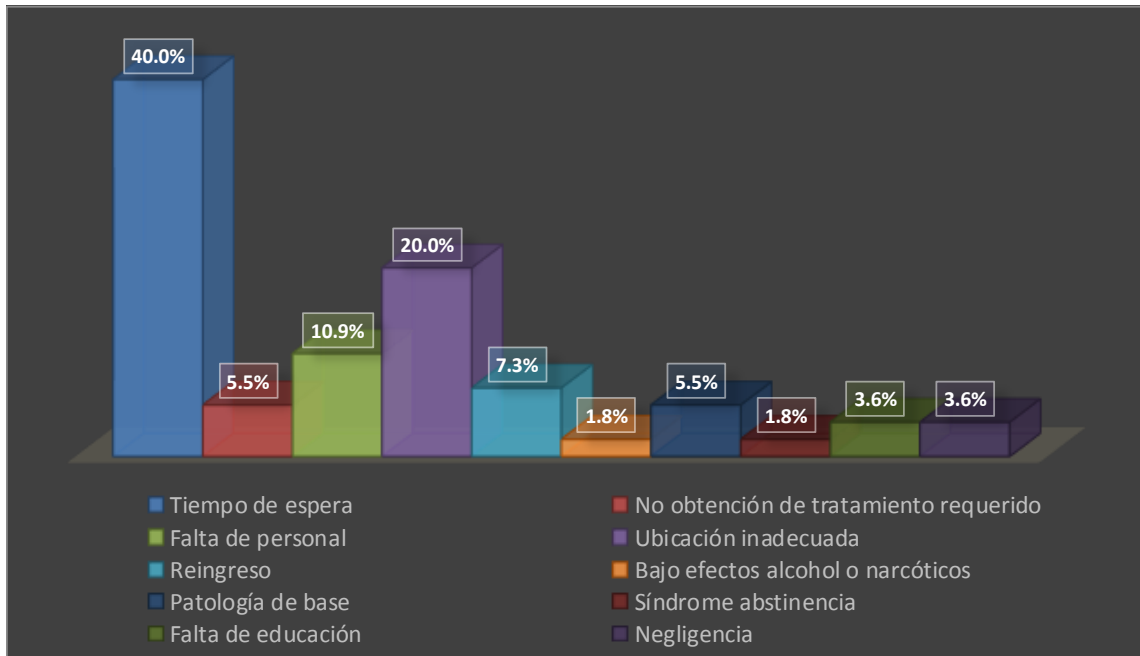


Figura 8. Posible causa de la agresión.

4.3.2.1. Causa personal de la agresión por parte de pacientes y/o familiares.

Causa significa origen, explicando el por qué de los fenómenos. Toda causa va unida a un efecto que es su consecuencia, a la que antecede. La causa personal es aquel motivo que genera el acto violento y que depende directamente el paciente y/o familiar que agrede. En ellas encontramos enfermedades psiquiátricas, síndrome de abstinencia, estado de alicoramiento entre otros (Causa, n.d.).

El nivel de respuesta de esta categoría es bajo. No obstante, las condiciones de vulnerabilidad propias de una dolencia o enfermedad inciden en el nivel de tolerancia y de control. También pueden encontrarse casos de pacientes con trastornos psicológicos o con alteraciones provocadas por consumo de alcohol o de narcóticos.

- “Paciente bajo efectos del alcohol”.

- *“Paciente bajo efectos de narcóticos”.*
- *“Ingreso por patologías de base”.*
- *“Ingreso por síndrome de abstinencia”.*
- *“Familiar muestra un arma de fuego en el servicio para presionar atención médica”.*

4.3.2.2. Causa institucional de las agresiones ocurridas en el servicio de urgencias. Se entiende por maltrato institucional cualquier legislación, programa, procedimiento o actuación por acción u omisión procedente de los poderes públicos, o bien, derivada de la actuación individual del profesional o funcionario, que comporte abuso, negligencia, perjuicio de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración, o que vulnere los derechos básicos de las personas (Martínez y Sánchez, 1989).

Los funcionarios encuestados atribuyen, en gran medida, a factores de orden institucional la causa de las conductas agresivas por parte de los pacientes y/o familiares. El factor más frecuente está relacionado con los prolongados tiempos de espera. Le siguen la falta de personal, inadecuada atención al cliente, tratamientos médicos aplicados que no cumplen con las expectativas de los pacientes o no son los adecuados y falta de insumos e infraestructura deficiente. Los profesionales de salud al respecto mencionaron algunas experiencias:

- *“El servicio se encontraba lleno y existía demoras en la atención por el volumen de pacientes y un familiar exclamó su descontento por la demora siendo grosero con todo el personal”.*

- *“Un familiar me calificó de inepta e incompetente, porque la demora en la hospitalización y el traslado era mucho. Esto a pesar de haberle explicado la situación”.*
- *“Se debe canalizar un paciente pero no está el insumo en ese momento, se le explica al paciente la demora pero no comprende y se enoja”.*

Al preguntarle a los profesionales de salud, si ellos hubieran podido prevenir el incidente de violencia, ¿qué harían?, respondieron lo siguiente:

- *“Ampliar la sala de urgencias”.*
- *“Se hace la labor a cabalidad pero ellos no están conformes a parte no se hacen las cosas con los implementos requeridos”.*
- *“Atenderlo más pronto”.*
- *“Mejorar tiempo de espera”.*
- *“Con mayor personal asistencial se hubiera dado una atención con mejor oportunidad”.*
- *“Explicar el proceso administrativo del servicio buscando solución, dar respuestas”.*
- *“Mejorar el tiempo de espera y asignación de una cama en piso”.*
- *“Lo ideal era que no hubiera demora y así el familiar no se disgustaría”.*
- *“Explicación a la familia los protocolos y el por qué de la demora de la atención”.*
- *“Incrementar infraestructura, aumento de personal”.*

Durante la observación directa de algunas instituciones de salud, se observaron ciertas causas de origen institucional que vale la pena resaltar:

- Salas de espera ocupadas hasta su máxima capacidad.
- Paciente que esperando ser llamado a TRIAGE colapsa en la sala de espera y debe ser ingresado al servicio de urgencias inmediatamente.
- Paciente y familiares esperando ser atendidos de pie.
- Pacientes hospitalizados en las sillas de la sala de espera, recibiendo su tratamiento.
- Visitantes gritan y pegan a la puerta de urgencias por no recibir información sobre su familiar enfermo.

4.3.3. Impacto percibido por los profesionales de salud de las agresiones por parte de pacientes. y/o familiares. El impacto se refiere a los efectos que la intervención planteada tiene sobre la comunidad en general. Los efectos esperados secundarios a una agresión pueden ser de orden físico y/o emocional. Se pueden observar lesiones, hematomas, fracturas o muerte. A nivel emocional el desinterés, tristeza e incertidumbre en su área de trabajo ("Metodología de evaluación," 2001).

El impacto que causa en los funcionarios una agresión de tipo verbal o física en los servicios de urgencias, puede ser leve, moderado o alto. El 37.5% de los encuestados se sienten fuertemente impactados cuando tienen que enfrentar eventos que involucran algún nivel de agresión. El 32.5% se sienten medianamente afectados, el 25% manifiesta que se afectan pero en un nivel bajo mientras que sólo el 5% afirman que no se afectan por la ocurrencia de estos eventos, como se observa en la siguiente figura.



Figura 9. Nivel de afectación del maltrato en el bienestar de los profesionales de salud.

4.3.3.1. Impacto físico. El maltrato físico es menos frecuente. Causa un impacto físico y también un impacto emocional. Sólo el 2.5% manifestó haber vivido una agresión de tipo físico que requirió de atención médica e incluso incapacidad. El profesional de salud manifestó: *“Requerí incapacidad por 8 días”*.

4.3.3.2. Impacto emocional. Son variadas las reacciones y respuestas emocionales frente a un evento de agresión. Las agresiones verbales pueden causar frustración, estrés y desmotivan. Algunas de ellas que mencionaron los trabajadores de salud fueron:

- *“El trabajo que realizamos es para brindar bienestar a los pacientes. Es frustrante cuando uno recibe maltrato”*.
- *“Desmotivación”*.
- *“Regular, ya que con esos incidentes el ambiente y el ánimo se tornan de manera aburrida y estresante”*.
- *“Mucho, desánimo y tristeza”*.

- *“Regular. Es frustrante procurar hacer el mejor trabajo para recibir groserías e insultos, pero esto no debe afectar el desempeño”.*

Desde otro punto de vista, se señala que las agresiones generan preocupación, inseguridad e incertidumbre.

- *“Regular, me preocupa que los actos de maltrato se repitan en esa misma jornada o al otro día. No sé qué pensar”.*
- *“Mucho. Porque no me siento segura en el lugar de trabajo”.*

Siempre resulta ser una situación incómoda e incluso puede verse afectada la calidad del trabajo de la persona agredida, pues un evento puede afectar la atención que se da tanto al paciente agresor como a otros pacientes. Los profesionales manifestaron:

- *“Mucho, porque ya no me involucro con los pacientes, hago mi trabajo y ya. Trabajo prevenida”.*
- *“Mucho, no se trabaja igual cuando tienes a alguien tratándote mal o te intimida”.*
- *“Regular, indisponen el buen manejo”.*
- *“Termina siendo incomodo a la hora de atender dicho paciente, se siente intimidación”.*
- *“Mucho, porque no observan que la atención que se les ha estado brindando es con calidad”.*
- *“Mucho, no es fácil trabajar así”.*
- *“Mucho. Es poco gratificante saber que uno realiza su trabajo bien y alguien no le ve de esa forma”.*

- *“Regular, se siente insatisfacción con la labor desempeñada”.*

En casos extremos o reiterados, las situaciones de agresión provocan el deseo de abandono del trabajo. Según las experiencias de los trabajadores:

- *“Mucho, produce desánimo y baja de autoestima y en algunos casos se piensa en desistir del trabajo”.*
- *“Regular, lo desanima a seguir trabajando por no contar con apoyo de las entidades”.*
- *“Mucho. Porque no me siento segura en el lugar de trabajo”.*

El impacto puede ser mayor cuando no hay solidaridad por parte de colegas o no hay mecanismos institucionales que apoyen al personal de salud.

- *“Regular, lo desanima a seguir trabajando por no contar con apoyo de las entidades”.*
- *“Regular, afecta emocionalmente un poco pero la ayuda de jefes y compañeros es muy importante”.*

4.3.3.3. Naturalización frente a las agresiones hacia los profesionales de salud.

Según Josep Vicent Marqués (1981), naturalización es un fenómeno que lleva a los hombres a considerar sus acciones y sus creencias como naturales, ligadas a su naturaleza. En este contexto se atribuyen las agresiones por parte de pacientes y/o familiares como algo natural de la profesión. No implica ninguna situación de riesgo para el trabajador (Seco, 2013).

Este concepto se puede considerar como un discurso dominante en la mayoría de las formas de sociedad actuales. Los hechos ocurridos en la sociedad se observan y

evalúan como algo natural sin variación. Es por eso que algunos de los profesionales de salud consideran que no existe afectación por la agresión ya que esta hace parte de su profesión o quehacer diario. Al indagar sobre el efecto que tiene sobre el personal de salud los hechos violentos por parte de pacientes y/o familiares durante su ejercicio profesional, ellos manifestaron:

- *“Poco, son situaciones eventuales que no hacen trascendencia”.*
- *“Regular, porque es mi profesión y me encanta. No me afecta mucho que sean injustos”.*
- *“Poco, ya soy indiferente y trato de no darle importancia “.*
- *“Nada, porque igualmente los pacientes están vulnerables”.*
- *“Poco, no dejo que me afecte mucho. Hago mi trabajo y ya”.*
- *“Nada, no me dejo afectar, hago mi trabajo bien y eso me da tranquilidad”.*
- *“Poco. Si es molesto pero pasa rápido”.*
- *“Poco. En el momento es muy molesto, pero ya se debe hacer un manejo”. de la situación, para evitar entrar en conflicto con los demás”.*
- *“Poco, hago bien el trabajo, son cosas que están fuera de mi control”.*

. Se entiende por prevención el conjunto de procesos que estimulan el desarrollo humano y que con ello tratan de evitar la aparición y proliferación de problemas socialmente relevantes. Medidas instauradas por parte de la Institución de Salud, el Estado y/o el profesional de salud, con el fin de minimizar el riesgo de violencia (Prevención, n.d.).

El apoyo institucional está dado por las medidas de protección que las instituciones de salud brindan a su personal para prevenir la violencia por parte de pacientes y familiares o, en su defecto, de aquellos mecanismos que les ayuden a manejar una situación de agresión o a reportarla en caso de que esta ocurra.

4.3.4.1. Medidas de protección. De los resultados obtenidos no se percibe con claridad la existencia de protocolos, manuales o guías que indiquen a los funcionarios como deben actuar ante situaciones de agresión verbal o física, ni tampoco de medios de prevención. No obstante, surgen desde los propios funcionarios, algunas propuestas sobre la forma en que se debe atender un paciente para evitar algún posible conflicto. Varios funcionarios coinciden en que se requiere de una comunicación asertiva, como medida de protección que parte del personal de atención, por iniciativa propia. No es una medida de orden institucional. En ejercicio de su profesión los trabajadores de salud manifestaron:

- *“Tomar un poco más de tiempo del requerido y tratar de hacer entender al paciente los motivos”.*
- *“El diálogo con el familiar o el paciente”.*
- *“Dialogar después que se calme y explicarle”.*
- *“Ser vocero para explicar y solicitar paciencia por el retraso en la atención”.*

4.3.4.2. Mecanismos de reporte. El 52,5% de los encuestados reportaron la agresión vivida en el servicio de urgencias. Si bien las medidas de prevención y/o protección no son evidentes, los funcionarios pueden acudir a instancias institucionales cuando la agresión es verbal, fuerte, ofensiva, pero no trasciende a lesiones personales. El

55% de los encuestados afirman que sí disponen de mecanismos de reporte en la institución de salud donde ocurrieron los hechos (ver figura 10).

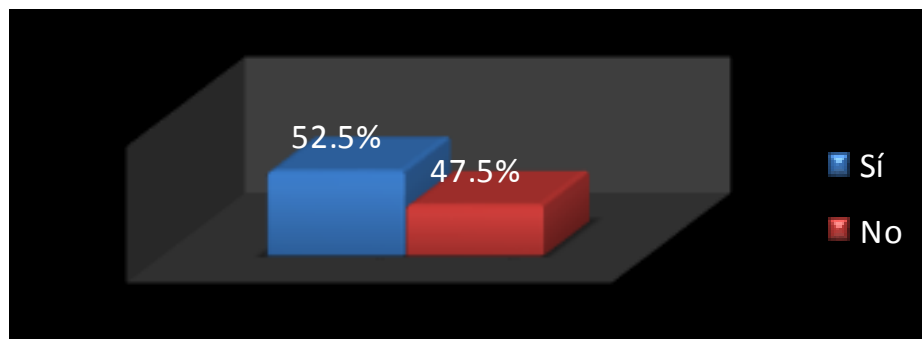


Figura 10. Frecuencia con que se reportan los eventos violentos.

Al respecto el personal de salud encuestado agregó:

- *“Dirección médica”.*
- *“Gerencia”.*
- *“Solo verbal”.*
- *“A la jefe del servicio y jefe de departamento”.*
- *“Coordinación de enfermería”.*
- *“Jefe inmediato”.*
- *“Se informó a la coordinación médica. Ellos hablaron con los familiares para que tengan un trato más amable con el personal de la institución”.*
- *“Atención al cliente”.*
- *“Carta a Medicina Prepagada”.*
- *“Reporte a la EPS”.*

- *“A seguridad”.*

Se llega a instancias legales cuando la agresión es física o atenta contra el bienestar físico del agredido. *“Al departamento de enfermería, medicina legal y fiscalía”.*

Por otra parte, el 47,5% de los funcionarios encuestados, señala que no se reporta este tipo de eventos, quizá porque el hecho no lo amerita o porque posiblemente no existen mecanismos institucionales o no hay apoyo claro por parte de las entidades.

Algunas respuestas obtenidas fueron:

- *“No reportó”.*
- *“Ninguna, el cliente siempre tiene la razón”.*

Las respuestas que obtuvieron aquellos trabajadores de la salud al reportar una agresión por parte de pacientes y/o familiares en los servicios de urgencias, tiene gran impacto en el manejo de las siguientes agresiones y en la importancia que se le da a los actos violentos en estas instituciones hospitalarias.

- *“Carta de disculpas por parte de la EPS y llamado de atención al paciente”.*
- *“Me ofrecieron cambio de servicio y todo el proceso judicial de conciliación pero la señora no se presentó”.*
- *“Las disculpas de la señora”.*
- *“Las jefes me cambiaron al paciente”.*
- *“Llamado de atención al familiar”.*
- *“Apoyo y reporte escrito al paciente”.*
- *“Ninguna, indiferencia al respecto”.*
- *“Mi jefe inmediata me dijo que fuera más tolerante”.*

- “Los doctores hablaron con el paciente”.

No obstante el 45% de los encuestados manifestó no contar en su Institución de Salud con mecanismos de protección como el reporte de eventos violentos, lo cual invita en cierta medida a naturalizar estos eventos agresivos hacia los trabajadores de salud ver Figura 11.

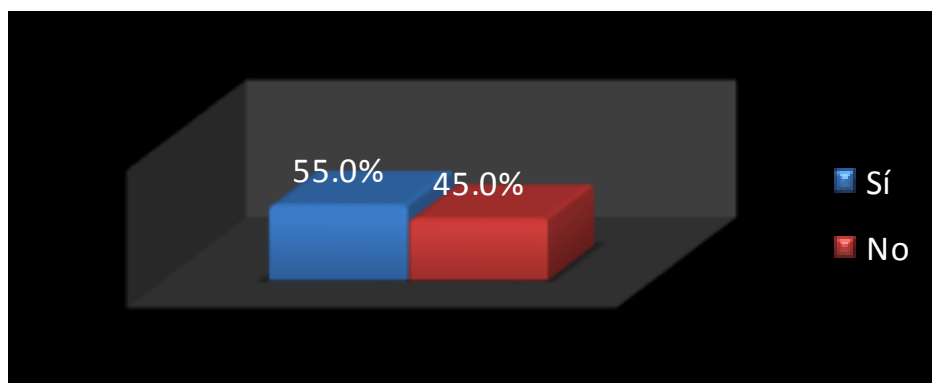


Figura 11. Existencia de mecanismos de reporte en la institución donde labora el profesional encuestado.

4.3.4.3. Apoyo institucional. En sociología, solidaridad se refiere al sentimiento de unidad basado en metas o intereses comunes, es un término que refiere a la aplicación de lo que se considera bueno. Así mismo, se refiere a los lazos sociales que unen a los miembros de una sociedad entre sí. En este contexto la solidaridad es expresada en el acompañamiento por parte de todos los miembros de la Institución al personal agredido (Solidaridad, n.d.).

En términos generales, el nivel de solidaridad entre colegas es significativamente alto, con 83% entre muy solidarios y solidarios moderados, mientras que apenas el 18% se muestra poco solidario e incluso indiferente frente a situaciones de agresión vividas por sus compañeros de trabajo (ver figura 12). Este análisis es importante como medida de prevención y de contingencia frente a un acto violento hacia los profesionales de salud en los servicios de urgencias. Desde otro punto de vista, la actitud solidaria o indiferente por parte de los colegas de trabajo en los momentos críticos, se convierte en elemento de apoyo institucional.

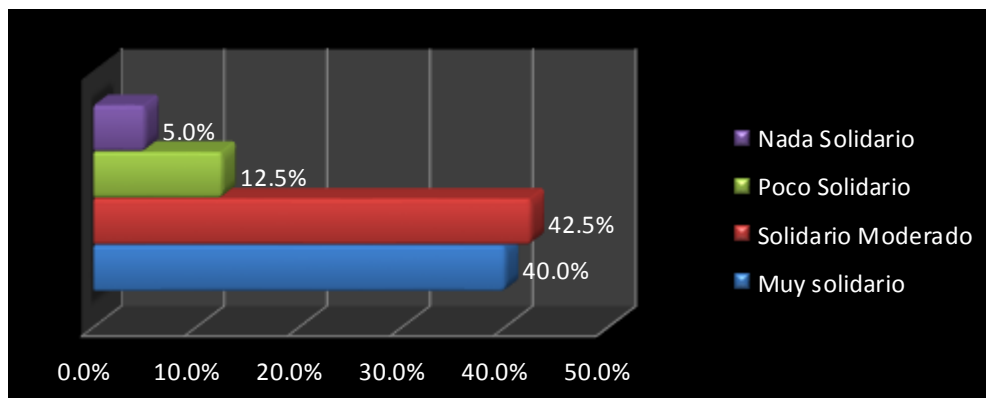


Figura 12. Nivel de la solidaridad de colegas frente a situaciones violentas.

Algunos colegas o compañeros de trabajo, intervienen para mediar o calmar la situación. El agredido se siente respaldado. También se puede percibir que existen niveles de solidaridad entre colegas y compañeros, cuando se maneja el concepto de equipo de trabajo. Algunas de las situaciones descritas por los profesionales agredidos fueron:

- *“Muy solidarios: Se trata de mediar con otros colegas para tranquilizar al paciente agresor”.*

- *“Muy solidarios: Me ayudaron a levantar y sacaron a las señoras del servicio”.*
- *“Muy solidarios: gracias a Dios he tenido buenos grupos de trabajo en donde el apoyo es mutuo”.*
- *“Muy solidarios: somos un equipo muy lindo, el cual siempre apoya al equipo sea la dificultad que sea”.*
- *“Muy solidarios, cada vez que se presenta un inconveniente, entre compañeros se colabora y sin necesidad de pedirlo se ofrecen”.*
- *“Muy solidarios. Los compañeros de trabajo son indispensables en todos los ámbitos laborales y ellos disminuyen las agresiones por parte de los usuarios”.*
- *“Muy solidarios, acudieron y exigieron respeto”.*
- *“Muy solidarios, siempre unidos y colaboradores”.*
- *“Muy solidarios. Recibí apoyo de mi jefe inmediata y del médico tratante de la paciente”.*

En otras ocasiones hay solidaridad, pero moderada. Sólo hay un acompañamiento en el momento del evento, en lo mínimo. Es posible que la poca solidaridad se deba al temor a represalias. Al respecto mencionaron:

- *“Moderado: en el momento se presentaron me ayudaron un poco y se fueron”.*
- *“Moderado porque igual también se sentían intimidados y amenazados sin llegar a intervenir”.*
- *“Moderado, tratan de conciliar con familiares y/o pacientes. Manejan la situación”.*
- *“Moderado. Palabras de apoyo que me ayudaron a tranquilizarme”.*

- *“Moderado. Se solidarizaron conmigo pero no se metieron más”.*
- *“Moderado. Mi jefe me dijo que pasara una queja por escrito y tratara de manejar esas situaciones”.*
- *“Moderado. Porque el apoyo fue muy poco frente a esa agresión”.*
- *“Moderado. No encontré mucho apoyo por parte del hospital”.*
- *“Moderado. Los compañeros lo apoyan pero no del todo”.*

4.3.4.4. Indiferencia. La indiferencia es el estado de ánimo en que no se siente inclinación ni repugnancia hacia una persona, objeto o negocio determinado. Para el caso de la violencia hacia los profesionales de salud, se evidencia en los miembros de la Institución de Salud, que no toman partido en estos casos. No muestran interés por ayudar o acompañar al personal agredido (Indiferencia, n.d.).

La violencia es un fenómeno generalizado en países como Colombia y el maltrato, bien sea verbal o físico, se percibe como algo cotidiano. El resultado deriva en la indiferencia o en el temor a hacer frente a actos violentos. Los profesionales agredidos manifestaron:

- *“Los colegas o compañeros de trabajo no intervienen ni le prestan mayor importancia al evento. El agredido tiende a sentirse solo”.*
- *“Poco solidarios: Sencillamente se quedan callados y se espera a que se les pase la rabia a paciente y/o familiares”.*
- *“Poco solidarios: Solo se preocupan por pasar los días”.*

- *“Nada solidarios. Nadie defiende en ese tipo de situaciones porque piensan que pueden tener repercusión en su trabajo y quejas por parte de los pacientes implicados en el conflicto”.*
- *“Poco solidarios. Es muy raro que alguien intervenga porque se tiene miedo de enfrentar quejas y posibles agresiones tanto verbales como físicas”.*
- *“Poco solidarios. Son indiferentes ante las situaciones presentadas”.*

Capítulo 5

Análisis de resultados sobre violencia estructural en el sistema de salud

A través de este estudio se ha evidenciado hallazgos que permitan demostrar que los trabajadores de salud en el mundo están sufriendo el fenómeno creciente de la violencia por parte de pacientes y/o familiares. Médicos, enfermeras, personal administrativo, todos los trabajadores están en alto riesgo de padecerla. También observamos sus posibles causas como los tiempos de espera prolongados, falta de personal o patologías de base de los pacientes entre otras. Estos eventos violentos por pequeños que sean, con el tiempo generan consecuencias no solo físicas sino también personales y profesionales que impiden al trabajador un desenvolvimiento adecuado, rodeado de temor, presión y desmotivación. A pesar de ello algunos trabajadores de salud consideran que estas manifestaciones violentas son normales y hacen parte de nuestro quehacer y vocación. Por esto en este capítulo se analiza la naturalización como medio de respuesta de los profesionales ante la violencia directa e indirecta vivida, y a partir de ahí ahondar en el análisis de los determinantes causales, impactos en la población e Institución afectada y si las medidas de mitigación establecidas son las más efectivas para hacerle frente a este fenómeno. Otro aspecto a analizar es el problema de la injusticia social y la falta de honestidad en nuestro país. Problema generalizado, ampliamente conocido pero pocas veces tratado que permite la generación de violencia. Al analizar todos estos factores se podrán crear soluciones políticas y sociales que estén encaminadas al mejoramiento del Sistema de Salud y así garantizar al paciente una atención en salud

con calidad y con condiciones laborales dignas para los trabajadores para brindar un mejor servicio a la comunidad.

5.1. Análisis de resultados por categoría

Desde su perspectiva como profesionales de atención en salud, los encuestados refirieron aspectos que observan como puntos importantes en su quehacer en relación con las personas que atienden.

5.1.1. Naturalización: La insensibilidad como hábito institucional. La naturalización puede considerarse como un discurso dominante en la mayoría de las formas de sociedad actuales. Al atribuir a causas naturales los hechos sociales, los individuos y los grupos se alejan de la comprensión de las reglas sociales que guían los comportamientos en sociedad.

Una de las miradas naturalizadoras que configuran este discurso dominante es la biologización de los hechos sociales. Enfrentar por ejemplo problemas como la exclusión social ligados a características genéticas que los individuos o grupos que los sufren supone un distanciamiento de las causas sociales que pueden generarlos. Entender el éxito desigual que los diferentes individuos tienen en el sistema educativo, como únicas diferencias genéticas ligadas a la inteligencia humana, sería una forma de naturalización que desconoce las desigualdades sociales que los diferentes grupos presentan a la hora de enfrentarse a la educación (Seco, 2013).

Afirma Otegui (2009, p.157) la “insensibilidad al dolor” como elemento de mayor acercamiento a lo natural, la capacidad de mayor aguante, fuerza y fortaleza que se atribuye a las clases subalternas o a los grupos étnicos periféricos sobre los que se

considera que tienen una mayor cercanía a lo natural, aquello en lo que la cultura no media, se constituye como elemento de diferencia en los procesos de socialización “...que de esta manera reproduce sin “violencia” unas relaciones de dominación específicas a través de la inscripción en el cuerpo de marcas que permiten la adscripción a una clase”. Esto se observa en la población colombiana trabajadora al soportar el dolor, maltrato, exclusión, por permanecer empleado. En otras circunstancias se asume que la violencia verbal y psicológica no se debe notificar en muchas ocasiones por temor a perder un empleo, a un cambio de horario o solamente a tildar al trabajador de quejumbroso. El empleado menosprecia y subvalora los tratos indignos debido a una necesidad económica. Tiene familia e hijos que requieren un soporte económico para satisfacer sus necesidades básicas. Si una persona no recibe un salario el acceso a alimentación, vivienda, educación y salud se ven seriamente comprometidos debido a que no tiene cómo obtenerlos.

En las situaciones violentas en Instituciones de Salud se evidencia una ausencia del reporte del evento de maltrato y en el apoyo limitado que se da por parte de colegas e Instituciones. Los colegas o compañeros de trabajo no intervienen ni le prestan mayor importancia al evento. Como se observa en el trabajo de campo, algunos de los profesionales encuestados perciben que no hay razones suficientes para reportar el evento, justificando la actitud violenta del paciente o el familiar. Consideran que los pacientes por estar en un proceso de enfermedad pueden tener este tipo de actitudes con los trabajadores. Otros piensan que la profesión del cuidado del ser humano consiste en aceptar y tolerar el maltrato hace parte de nuestra profesión. Ninguna causa argumenta las

acciones violentas hacia los demás seres. La dignidad humana de los trabajadores de salud se vulnera y adicionalmente se coarta la autonomía y la libertad, debido a que en muchos de estos casos la atención del profesional después de una agresión está limitada por la presión ejercida y no le permite desarrollar sus actividades con las facultades propias y con limitaciones impactando negativamente en toda la gestión del cuidado.

El reparto diferencial del sufrimiento oculta detrás de sí que dice Otegui (2009, p. 152) “colectivos específicos, en correlación con el lugar que ocupan en procesos estructurales y macrosociales, están expuestos de manera significativamente desigualitaria a procesos de morbi-mortalidad y entonces a enfrentar hechos de sufrimiento”. Las diferencias en las clases sociales en nuestro país es muy evidente y una prueba de ello, es la existencia de planes privados y costosos de medicina prepagada, que ofrecen una atención en salud con excelencia en la calidad. Sin embargo quienes tienen acceso a estos beneficios son personas con ingresos salariales altos, mientras que las personas que no tienen el poder adquisitivo se deben conformar con la regular calidad de atención que ofrecen las EPS.

En las Instituciones públicas o privadas, se presentan tratos irrespetuosos, amenazas con los superiores por inconformidad del paciente, ridiculización frente a otros profesionales y pacientes, gritos demandando atención inmediata, golpes y hasta heridas mortales en el personal de salud, son las agresiones por parte de pacientes y/o familiares que se ven el servicio de urgencias. Sin embargo a pesar que cada vez se presentan más agresiones y que tienen consecuencias de consideración, el Sistema de Salud no los considera un problema serio que deteriora aún más la calidad de los servicios de salud y

que pone en riesgo la integridad de sus colaboradores. El Sistema al no identificar este problema, las instituciones y los mismos profesionales también lo menosprecian, tolerando y naturalizando este tipo de atropellos y trabajando sin analizar las consecuencias personales que traen consigo este tipo de violencia, volviéndolos un instrumento del Sistema de Salud, que se somete a los diferentes cambios sean justos o no para el trabajador, para sobrevivir en un país con injusticias sociales. Teniendo en cuenta lo discutido hasta este momento de los problemas de los hospitales públicos, la corrupción, escasez de personal, infraestructura, demoras en la atención, surge entonces un interrogante: ¿solo las personas con altos ingresos tienen derecho a recibir atención en salud de alta calidad? ¿sólo las personas que ocupan altos cargos en las diferentes Instituciones deben tener adecuadas condiciones laborales?

Al tomar el concepto de violencia cotidiana según Biraben (2006) para establecer la vinculación ente la violencia estructural e institucional con el sufrimiento humano, en sus intentos de plasmar el horror de la rutinización del sufrimiento cotidiano y la normalización de la violencia en la vida diaria, en nuestro país El Estado ejerce violencia distribuyendo injusticia, pobreza, exclusión, abandono en distintos niveles, convirtiéndose en una herramienta de política y de poder para seguir dominando y sometiendo a las comunidades. Otorga subsidios al desempleo pero no empleo digno, viviendas gratis para las personas con escasos recursos sin permitirles estudiar y trabajar para conseguir una casa como se anhela. Estos ejemplos de paternalismo buscan que en etapas electorales esta población beneficiada por las bondades del Estado, continúe votando y así seguir recibiendo los subsidios. Esto lleva a un problema social grave, la

dependencia del paternalismo y se observan grupos de familias y personas que prefieren no estudiar, ni trabajar, ser madres cabeza de hogar sin culminar sus estudios ni trabajar para ser acreedora a los subsidios y beneficios que otorga el gobierno a los más pobres. Es fundamental para construir soluciones de fondo tener en cuenta el concepto de violencia estructural que plantea (Bourgois, 2010, p.12-13): “la organización económico-política de la sociedad que impone condiciones de sufrimiento físico y/o emocional desde los altos índices de morbosidad y mortalidad hasta la pobreza y las condiciones de trabajo abusivas y precarias”. De esta forma se podrán identificar las conductas legítimas que van en contra del crecimiento y transformación de la sociedad.

En este sentido, aquel cuerpo que ha logrado ser casi insensible al dolor y a la violencia, no por naturaleza, sino por obligación social como forma de resistencia en una dinámica doble se expone y es expuesto continuamente entrando en un círculo difícil de franquear porque goza de la legitimidad estructural. De esta manera la violencia se mete en el cuerpo y los marca. Las instituciones que deberían velar por los derechos básicos de las personas, en lugar de hacerlo engañan y maltratan en función de discursos que inculpan la pobreza y la pertenencia étnica. La violencia estructural se muestra en los discursos y prácticas trabajados que sumen a los sectores excluidos a la violencia cotidiana y a la violencia institucional. En ocasiones naturalizar significa los mecanismos de distinción según la clase social. Bordieu (1988) aborda la naturalización como un proceso de distinción que las clases sociales dominantes ejercen sobre las clases sociales populares. Esto sucede ante un sistema de salud que asiste al escenario de la violencia como fiel practicante armando sus fuertes barreras de accesibilidad, que no incorporan,

sino que niegan la forma en que la violencia cotidiana erosiona los vínculos sociales, sospechando de quienes reclaman su atención. Afirma Epele (2010, p.32) que,

La centralidad de la violencia estructural en este proceso queda oscurecida bajo una vorágine de violencia cotidiana (expresada en agresiones criminales y domésticas) que a su vez propaga una violencia simbólica, que convence al dominado de que él es culpable al menos parcialmente de la destitución y destrucción que pueda sufrir su grupo social.

5.1.2. Características de la violencia ejercida hacia los profesionales de salud.

En el ejercicio de su trabajo el personal de salud ha sido víctima de conductas agresivas por parte de las personas a quienes atienden. Hasta los años 90 los episodios de violencia en el sector sanitario eran casos aislados producidos por pacientes con trastorno mental durante episodios de agudización de su patología, que en cierto modo justificaba dicha conducta. Sin embargo a partir de esta fecha este patrón se ha ido modificando, siendo cada vez más numerosos los casos provocados por pacientes sin diagnóstico de enfermedad mental y/o familiares y acompañantes de los mismos, siendo los motivos muy diferentes de los comentados. Estos casos son punibles por ley y los que más alarma generan en los trabajadores y administraciones, que nos obligan a plantearnos nuevas formas de prevención (Alarcón Vena, de Adana y Bellido, 2005; Aréchaga y Momparler, 2008).

En el trabajo de campo se evidenció que el agresor principal es el paciente con 23%, pero se detecta una participación en proporción similar por parte de los familiares o acompañantes de los pacientes 20%, no obstante el acto de maltrato la mayoría de las

veces revela que en el 58% de los casos pacientes y familiares lo realizan al tiempo (ver Figura 13). Esto hace vulnerable a los trabajadores porque son dos personas en un mismo momento generando presión y tensión durante el proceso de atención disminuyendo la calidad de la misma.

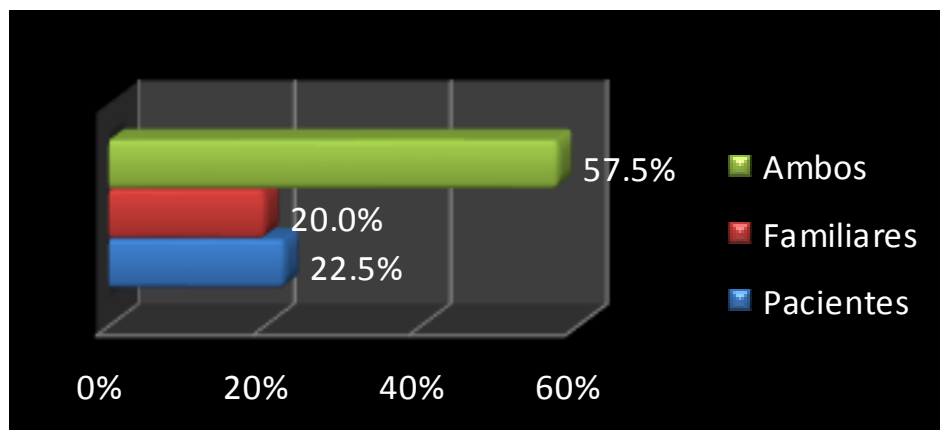


Figura 13. Fuente de maltrato hacia los profesionales de la salud encuestados.

Al respecto los profesionales manifiestan:

- *“El familiar se molestó, utilizó palabras soeces y me amenazo a pesar de haber administrado el medicamento para el dolor.”*
- *“El paciente y su familiar me agreden verbalmente por su tiempo prologado de espera y argumentan que esperaron para que se le diera el medicamento de siempre.”*

Al analizar los tipos de maltrato percibido por los profesionales se evidenció que el maltrato verbal predomina con un 87% y por otro lado se observó que no se presenta solamente agresiones físicas, es decir que para llegar a la instancia del maltrato físico

tiene que ir acompañado por maltrato verbal. En el trabajo se demostró que esto ocurría en un 13% de los casos.

Según OIT, CIE, OMS e ISP (2002):

La forma de manifestarse, esta violencia se clasifica en violencia verbal y violencia física. Se entiende por violencia física “el empleo de la fuerza física contra una persona o grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos, incluyendo las palizas, patadas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos”. Y por violencia psicológica, “el uso deliberado del poder o amenazas al recurso de la fuerza física, contra una persona o grupo, que pueden dañar su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Comprende el abuso verbal, la intimidación, el atropello, el acoso y las amenazas.

Es importante diferenciar los tipos de violencia pues casi todos los profesionales están expuestos a insultos, pero la distribución no es igual en cuanto a agresiones físicas y tampoco en cuanto al comportamiento amenazante Galtung (1981).

En el ejercicio de su trabajo, el personal de salud percibe que ha sido víctima de conductas que los agreden por parte de las personas a quienes atienden. En la aplicación del instrumento se buscó analizar la percepción de violencia por parte de los profesionales de salud en los servicios de urgencias y además cuales son las características de dichas agresiones. Los profesionales afirmaron que las agresiones verbales se presentan en mayor cantidad frente a las agresiones físicas.

En este aspecto se evidenció que las groserías y el tono imperativo es el maltrato verbal más frecuente, marcando la diferencia en las investigaciones de otros países como España, Argentina, Uruguay donde la agresión más frecuente eran las amenazas.

Las groserías y el tono imperativo es el modo de comunicación que están empleando los pacientes para lograr llamar la atención del personal de salud y otros pacientes con el fin de obtener la atención requerida que tal vez se ha demorado por las diferentes causas institucionales que se han venido tratando. Sin embargo el que se presenten estas falencias en la Institución de Salud no justifica la degradación de la dignidad de los profesionales de salud que se encuentran en este servicio. El paciente y/o familiar al lograr el cometido de obtener atención siente que posee el poder y lo expone ante los demás ocupantes del servicio, generando en algunas ocasiones que varios de los pacientes y visitantes se contagien de ese poder y emprendan ataques hacia los trabajadores. Este tipo de ambiente no beneficia a ninguna de las partes porque el paciente percibe que cada vez que debe ir a un hospital o centro médico tiene que expresarse de una manera hostil para ser atendido; por otro lado el profesional percibe que los pacientes que atiende van a ser agresivos y se pondrá a la defensiva. Lo que llama la atención es que sería un juego entre profesionales y pacientes sin examinar las causas que generan estas actitudes violentas y tensionantes, permitiendo que el errado proceso que lleva el sistema de salud continúe y afecte las dos partes.

Los pacientes y familiares desconfían de las capacidades del personal médico. Demandan en tono imperativo atención directa, procedimientos o tratamiento que ellos consideran que es el requerido. No consideran la respuesta médica como óptima en

algunos casos. Este tipo de hechos genera en ciertos casos que el profesional disminuya el contacto directo con el paciente, con un efecto nocivo para el desenvolvimiento adecuado en el proceso, aumentando el riesgo de cometer fallas por comunicación incorrecta, con un ambiente de tensión y temor.

Las amenazas en los hospitales generan inseguridad, temor y angustia. Se han registrado casos en diversos países en los cuales los familiares amenazan a los trabajadores de salud y cuando este sale de su lugar de trabajo sufren agresiones en ocasiones mortales.

Lo anterior es el reflejo de la violencia estructural siendo un obstáculo que no permite la realización deseada y completa del ser humano, generando frustraciones y tensiones entre la sociedad. Es por esto que las reacciones agresivas que adoptan los pacientes y/o familiares en los servicios de urgencias contra los profesionales de salud son derivadas de esa estructura limitante y empobrecida que hace que la sociedad se muestre de la manera más fuerte y menos conveniente para lograr lo que se necesita.

5.1.3. Determinantes estructurales causales de violencia hacia los profesionales de salud. Las posibles causas o determinantes de las conductas agresivas o violentas sea en forma verbal o física contra el personal en salud, están dadas tanto por razones personales o propias del paciente así como en respuesta de eventos institucionales que alteran el ánimo de dichos pacientes y/o de sus familiares.

En las encuestas realizadas se obtuvo como resultado de la percepción algunas causas de tipo personal como institucional. Las opciones más señaladas son aquellas que

guardan relación con factores de orden institucional como el tiempo de espera, ubicación inadecuada y falta de personal.

El fenómeno de la violencia contra los profesionales de la salud es multifactorial. No se trata de un problema individual ni aislado, sino más bien de un problema estructural y estratégico que tiene sus raíces en factores sociales, económicos, organizacionales y culturales. Cada vez más, la violencia doméstica y la violencia callejera pasan a las instituciones de salud. Las carencias estructurales en los servicios de los sistemas de atención, la fácil accesibilidad a las armas, el abuso de sustancias ilícitas, la pobreza, la marginación y la discriminación han sido citados como posibles factores contribuyentes o precipitantes Molina y Ávalos (2007).

5.1.3.1. Determinantes personales para la agresión hacia los profesionales de salud. El nivel de respuesta de la categoría de causa personal es bajo. No obstante las condiciones de vulnerabilidad propias de una dolencia o enfermedad inciden en el nivel de tolerancia y de control. También pueden encontrarse casos de pacientes con trastornos psicológicos o con alteraciones provocadas por consumo de alcohol o de narcóticos.

Para Cook y Fontaine (1993), la enfermedad y la hospitalización son hechos que producen estrés y exigencias en la capacidad de los pacientes de afrontar y adaptarse a la nueva situación. Existen por tanto numerosas reacciones emocionales durante este proceso, tales como "ansiedad" sentida comúnmente durante la enfermedad, la que se produce como respuesta al miedo a ser herido o perder algo valioso; "culpa" que puede surgir de sentimientos de responsabilidad por otros miembros de la familia a quienes cree ha abandonado a causa de la enfermedad; "soledad" al verse separado de sus seres

queridos; "enojo" al experimentar una sensación de desamparo o impotencia cuando tienen miedo o cuando sus necesidades no son satisfechas o cuando están amenazados por el dolor, pérdida de partes del cuerpo o la muerte; "hostilidad" que puede surgir a raíz de una baja autoestima de estas personas y asumen una actitud de desagrado cuando los que están a su alrededor reaccionan hostilmente; también es frecuente encontrar "ambivalencia" como resultado de la enfermedad; "negación", respuesta cognitiva a la enfermedad, un mecanismo de defensa que disminuye la ansiedad inmediata surgida cuando las personas enferman. Todos estos sentimientos que experimenta el paciente determinarán la respuesta que tenga frente a las diversas situaciones y actores involucrados en su atención (Letelier y Valenzuela, 2002).

- *“Paciente bajo efectos del alcohol”.*
- *“Paciente bajo efectos de narcóticos”.*

Plantea Fassin (2003, p.3-4):

Exponer su cuerpo, por el relato de sí mismo (la modalidad más ordinaria de la justificación de las ayudas sociales) pero también a veces a la vista de los otros (...); jugarse la vida, contándola (...) La exposición de sí mismo, ya sea mostrando un ejercicio narrativo o de una revelación física (lo uno no excluye lo otro), pertenece a las figuras contemporáneas del gobierno y particularmente cuando se expone su propio cuerpo, a las figuras contemporáneas del gobierno de los dominados.

La dinámica de la violencia estructural marca los cuerpos tanto física como simbólicamente, siendo guía para la configuración de los distintos tipos de

relacionamientos que conformamos en la vida cotidiana tanto en pacientes como empleados de los hospitales. Un efecto de la violencia estructural donde se culpa al paciente, al sujeto que solicita atención es la exposición de su cuerpo y situación para que sea evidente su sufrimiento y consiga la autorización (legítima) de la atención requerida. En este sentido la forma de vivir la salud, la enfermedad y la atención está marcada por la violencia, el paciente vulnerado, adolorido, debe exponer su dolor su cuerpo para poder acceder a lo necesario. En las causas personales como se ha descrito en el proceso de enfermedad intervienen una serie de factores que ayudan a mejorar o empeorar el estado de salud de un paciente, sin embargo en nuestro país con el Sistema de Salud el paciente desde que llega a la Institución de Salud debe mostrar su cuerpo, su enfermedad, su padecimiento para lograr ingresar y recibir la atención requerida. No es adecuado para el paciente y su familia que se sometan a ese escarnio de su cuerpo y enfermedad y si añadimos los tiempos de espera prolongados, la escasez de insumos y falta de profesionales especializados para atenderlo, se puede producir la agresión al profesional que se encuentra a su lado, obstaculizando aún más su proceso de recuperación.

5.1.3.2. Determinantes institucionales generadores de violencia hacia los profesionales de salud. En teoría el Sistema debe garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud, sin embargo en la práctica se evidencian ciertas inconsistencias que no permiten cumplir este objetivo a cabalidad. Las EPS aseguran al afiliado pero no cuentan con la infraestructura, la tecnología y el personal suficiente y competente para la atención con calidad a sus usuarios, entonces instauran barreras geográficas, temporales y económicas que no permiten el acceso al paciente a una consulta médica con el

especialista y de esta forma disminuye la demanda de los mismos. Algunas personas que viven en lugares aislados, lejos de las grandes ciudades donde se concentran la mayoría de los especialistas, deben recorrer más de dos horas de trayecto, aumentando sus costos y demandando tiempo, teniendo como resultado en algunos casos el abandono a la cita con el especialista y tratar la sintomatología según el médico general, exponiéndose a un deterioro de su salud y poniendo en riesgo su vida. Este tipo de manejo es lo que hoy mantiene colapsado los servicios de urgencias. Pacientes esperando valoraciones por especialistas, autorizaciones para cirugías, disponibilidad de medios diagnósticos entre otros. Esto, para el Sistema de Salud inicialmente puede ser rentable, sin embargo si se otorga un mal diagnóstico y un mal tratamiento en un paciente, la EPS tendrá que costear las complicaciones de dicha enfermedad incrementando los costos de esta atención.

Los largos de tiempos de espera, la falta de infraestructura y de insumos, la insatisfacción con los tratamientos, una valoración incompleta porque se deben atender cierto número de pacientes en el día y la deficiencia en la comunicación, ubican a menudo a pacientes y médicos en el lugar de víctimas de un sistema sobre el que no ejercen el control. Frecuentemente el profesional de la salud queda expuesto como la cara visible de una organización deficiente y es el que recibe las quejas y muchas veces las agresiones de pacientes o allegados que perciben muchas situaciones como injustas. Al respecto algunas manifestaciones encontradas fueron:

- *“El servicio se encontraba lleno y existía demoras en la atención por el volumen de pacientes y un familiar exclamó su descontento por la demora siendo grosero con todo el personal”.*

- *“Un familiar me calificó de inepta e incompetente, porque la demora en la hospitalización y el traslado era mucho. Esto a pesar de haberle explicado la situación”.*

Además de las actividades asistenciales, a los profesionales se les asignan funciones administrativas intensivas que lo apartan de su rol de cuidador directo. Estas múltiples tareas administrativas requieren tiempo extra de su jornada laboral, que no es retribuido y generan en el profesional desgaste Yáñez (1999) y agotamiento físico y mental, como lo demuestran los estudios de Camargo (2007), Mesa y Galindo (2008) y Mesa (2007). Sin embargo el profesional debe responder también por los pacientes de su servicio, así este realizando labores administrativas. Un profesional de salud ausente de sus pacientes a cargo no puede garantizar el cumplimiento del tratamiento ni la mejoría de la persona, por el contrario puede poner en riesgo la vida del mismo por omisión de administración de medicamentos, dosis incorrecta, no toma de exámenes de laboratorios u otros medios diagnósticos.

Durante la observación directa de algunas instituciones de salud, se hallaron ciertas causas de origen institucional que vale la pena resaltar:

- *“Salas de espera ocupadas hasta su máxima capacidad”.*
- *“Paciente que esperando ser llamado a TRIAGE colapsa en la sala de espera y debe ser ingresado al servicio de urgencias inmediatamente”.*
- *“Pacientes hospitalizados en las sillas de espera, recibiendo su tratamiento”.*

El rol de la desproporción de responsabilidad adquirida se origina como uno de los efectos negativos de los procesos de modernización, ya que promueven que en las

instituciones atribuyan y otorguen funciones y responsabilidades al profesional de enfermería que no deberían hacer, algunas de ellas parecen ser completamente ajenas al objeto disciplinar, es decir, al cuidado de enfermería y de la salud por ejemplo, el cuidado de insumos, contabilidad de costos y servicios.

Ello desplaza la relación de cuidado a la persona, que es lo que se pretende establecer con la redefinición del rol. Es cierto que los avances científico-técnicos pueden requerir nuevas aptitudes y conocimientos por parte del profesional en el desarrollo de su rol, pero estas no se pueden apartar del objeto y los objetivos de la enfermería, porque no se brindaría cuidado a sujetos, sino a objetos. Al respecto Romero considera que esta situación es una de las tareas urgentes de superar en el ejercicio actual de las enfermeras. La resignificación del acto de cuidado, cuya “esencia está en los sujetos”, debe ser una estrategia de resistencia ante la adversidad. Cuando el rol del profesional es redefinido para dar respuesta a necesidades de eficiencia financiera, la relación social intersubjetiva que media los procesos de cuidado y la comprensión del fenómeno salud-enfermedad con las personas que requieren la intervención del profesional de enfermería pasa a un segundo plano, ya que el nuevo rol aleja al profesional de la relación dialógica con el sujeto de cuidado.

La expropiación del ser profesional, como una expropiación de la esencia y del sujeto de cuidado ante la desvirtuación del rol profesional al que se ha visto sometido, toma fuerza cuando la base del cuidado, la relación intersubjetiva, es una relación relámpago, donde prima el uso racional del tiempo en pro de la productividad, ya que hay una restricción de espacios, en función del tiempo, para brindar cuidado. La voz del otro

y la otra no son consideradas significativas en el modelo rentista de salud, a pesar de ser “clientes” (Ballén, 2005). En este tipo de situaciones la dignidad humana se ve vulnerada ya que por encima de la salud, la vida de un ser humano, la estabilidad de una familia y una comunidad se encuentra la disminución de costos, la sostenibilidad y rentabilidad de un negocio. Entonces según esto estaríamos hablando de un Sistema utilitarista, primando y beneficiando el bien particular sobre el general.

Los funcionarios encuestados atribuyen, en gran medida, a factores de orden institucional la causa de las conductas agresivas por parte de los pacientes y/o familiares. El factor más frecuente está relacionado con los prolongados tiempos de espera. Le siguen la falta de personal, inadecuada atención al cliente, tratamientos médicos aplicados que no cumplen con las expectativas de los pacientes o no son los adecuados e incluso, falta de insumos e infraestructura deficiente.

5.1.3.3. Justicia social: ausente en el sistema de salud. Justicia significa que todas las personas de la sociedad deben recibir lo que les corresponde y que las obligaciones y beneficios sociales deben distribuirse de modo imparcial y equitativo (Jonsen y Hellegers, 1974), Todas las características, causas e impactos que se observan en la violencia hacia los profesionales tienen en esencia una falta de justicia social. En Colombia se observa que día a día estos recursos, beneficios y obligaciones se distribuyen mejor para aquellos que tiene poder y peor para los menos poderosos, empobrecidos y numerosos. Al hablar de la distribución en la sociedad no solo se trata de los recursos económicos, se trata también de distribución y calidad de acceso a salud, educación, trabajo, condiciones laborales, cultura y recreación. No obstante el tema de

una distribución de recursos para la sociedad nos lleva hacia la justicia en salud directa, que analiza y evalúa qué sector de la sociedad tiene déficit de distribución y bajo un análisis de perfil epidemiológico y solucionar las variables afectadas (Barrera, 2010). Al respecto considero que lo más importante para lograr una adecuada repartición de los recursos, beneficios y obligaciones de una sociedad es analizar si las políticas, programas y demás disposiciones gubernamentales son las más eficientes para la sociedad para ir más allá del análisis epidemiológico y generar un impacto positivo en la comunidad.

Uno de los asuntos que más afecta a la sociedad colombiana es la salud. Constantemente se observan, escuchan y evidencian atropellos de diferentes índoles en materia de salud, como la cobertura, infraestructura, falta de personal, deshumanización, entre otros. Esto se debe a que nuestro sistema de salud es reduccionista de tal manera que solamente se basa en el cumplimiento de atención rápida e ineficiente de pacientes, diagnóstico y tratamiento farmacológico, sin tener en cuenta las variables que podrían afectar la salud de la comunidad y contrarrestarlos para que el paciente goce de salud, con estilos de vida saludables, sin necesidad de recurrir a farmacoterapia para mejorar su salud.

El servicio que se otorga a un paciente en Colombia por el Plan Obligatorio de Salud es ineficiente, limitado, inhumano e insuficiente para las necesidades de la comunidad. Es común ver en los noticieros los denominados paseo de la muerte de pacientes que van clínica por clínica buscando ser atendidos y en dichas IPS no los atienden por dos razones, la primera por no tener convenio con la EPS y la segunda por no contar con los recursos necesarios para atender al paciente. También es frecuente

interponer una acción de tutela para poder tener acceso al tratamiento requerido, claro sin ser oportuno, ya que este proceso se puede demorar varios meses en los cuales el cuadro patológico de un paciente puede avanzar lo suficiente para no poder hacer nada y terminar muriendo sin la debida atención médica.

El acceso a medios diagnósticos a citas con especialistas también está condicionado, ya que la EPS prefieren pagarle a un médico general que trate todas las especialidades que contratar a un especialista en diferentes áreas. Primero debe asumir el diagnóstico y tratamiento del médico general y después si la respuesta no es favorable si puede acceder a un medio diagnóstico específico y un especialista.

Al tocar este punto se evidencia que la justicia debe ir, en cómo se distribuyen los recursos y la intervención en los factores sociales que son modificables para gozar de buena salud. Estos factores dependen de las políticas establecidas para la comunidad. Encontramos políticas para las condiciones laborales de los trabajadores, teniendo en cuenta los riesgos de cada profesión y exigiendo a las empresas la dotación de este material de seguridad y obligando al trabajador a emplearlo adecuadamente Barrera (2010). Lamentablemente esto no se cumple en un 100% ya que continuamos con la informalidad del empleo, empleos ilegales, explotación laboral que nos deja personas muertas, incapacitadas, sin vinculación de una EPS, sin pensión y sin Administración de Riesgos Laborales, dejando una familia a la deriva sin ninguna protección estatal.

El confinamiento de la autonomía pública de los ciudadanos. Las políticas de sociales y de salud son parciales y no favorecen a los pacientes y profesionales de salud, los actores directos del sistema sino a las Empresas para ampliar sus contratos y aumentar

sus ingresos (Barrera, 2010). La razón por la cual se presenta este fenómeno es porque los propietarios de estas Empresas, laboratorios, farmacéuticas necesitan adjudicación de contratos con una mínima inversión, pésimo servicio, pésima infraestructura y cobertura, para recuperar la inversión y generar rentabilidad. Las políticas aprobadas por el gobierno en salud están encaminadas a cumplir los perfiles epidemiológicos de una comunidad, para que estadísticamente se compruebe que los grandes recursos invertidos en salud tienen resultados, ampliando la intervención en zonas rurales, suministrando charlas de promoción y prevención, realizando consultas a los ciudadanos y estimulando tomar hábitos de vida saludable, para mejorar la salud. También observamos resoluciones o políticas que bajan los costos de los medicamentos, medicamentos con bajos estándares de calidad, en cantidades insuficientes y con acceso limitado. Ajustes que ordenan a los profesionales de salud a atender todos los pacientes que lo requieran, ampliando la cobertura de medios diagnósticos y tratamientos eficaces y oportunos. Al leer estos cambios, el sistema se muestra integral, efectivo, benevolente, pero si vamos a la práctica nos damos cuenta todo se queda en el papel. La asignación de citas con medicina general está con un tiempo estimado de 20 días a 1 mes y con especialista hasta ocho meses y es así porque hay tan pocos profesionales como tantos enfermos requiriendo atención. Quienes deberían participar en la toma de decisiones de instauración de políticas y resoluciones son los pacientes, médicos y representantes del gobierno sin conflicto de intereses para que prime el bien común sobre el particular. Los resultados de instauración de políticas no obedecen a resultados económicos.

Las relaciones de poder-subordinación han sido la base de toda organización social característica de todo grupo humano. Cómo se constituye, distribuye y aplica el poder es un asunto relacionado con la diferenciación, la valoración y la apropiación de elementos básicos para detentarlo. La asimetría de estas relaciones en el Sistema de Salud colombiano se evidencia en el modelo de atención que se maneja, pues los actores del Sistema se encuentran determinada por las funciones burocráticas propias del sector.

Las instituciones de salud se han visto, en general, como parte de las estructuras públicas estatales y como tal, organizaciones con funcionamiento, delineamiento y operación precisa, articulada y coordinada con los sistemas para los cuales funciona. La relación costo efectiva, el manejo gerencial y los modelos administrativos han influido a las instituciones de salud, en tanto lo han hecho también con los cambios en la forma como se ha asumido en los últimos años la administración pública en general. De allí que considerar las prácticas institucionales de salud, apunte a aspectos que llaman la atención sobre la configuración del hacer diario en salud en las instituciones sanitarias Fernández (2007).

Uno de los grandes problemas nacionales es la muerte de los niños en la Guajira, la desnutrición, patología que lleva a que los infantes padezcan de otros síndromes y enfermedades, terminando muertos por falta de atención oportuna y eficaz. Pero es muy fácil decir y tabular que dichas causas obedecen a diarreas, virosis y otras patologías para no demostrar que la pobreza está matando a una región que la explota la más grande empresa de hidrocarburos del país (“Sequía y corrupción,” 2015). Se pregunta, dónde está el dinero de las regalías de la región?, en qué se invirtieron?

Lamentablemente en la población no fue. Pero el asunto no es solo en que se invierten los dineros de regalías, específicamente en esta región habitan comunidades indígenas de lenguaje y cultura diferente, el gobierno central, los tiene excluidos. Naturalizan las muertes de los niños alegando que los recursos se otorgan pero que por cuestiones culturales los nativos no asisten a los centros de salud. Al pueblo se le debe incluir para la generación de medidas contingentes frente a la desnutrición y muerte de los niños. Este problema como mucho en nuestro país proviene de la injusticia social y la corrupción política.

Los espacios institucionales son claves en la toma de decisiones y se revelan como escenarios de poderes e intereses que evidencian proyectos políticos diferentes. Esto puede ser observado en las instituciones de salud, al menos en dos situaciones: en la relación médico-paciente en la adversidad entre la autonomía médica y la autonomía del paciente y en la relación entre usuarios y servicios que instaura una superioridad de los conocimientos técnicos en contraposición a los legos; se abre aquí un espacio de desigualdad mayor cuanto más grande sea la insuficiencia de información y mecanismos esclarecedores capaces de preparar a los usuarios para el ejercicio de sus derechos en el ámbito de la salud. Como dice Pinheiro y Luz (2003) “Al final, los servicios de salud se constituyen en un escenario vivo, donde actúan actores sociales distintos en el desarrollo de sus prácticas, generando diferentes percepciones sobre lo que se demanda o se ofrece en materia de salud”.

5.1.3.4. Transparencia en el sistema de salud. Todo proceso, norma, reglamentación, decreto que sea establecido por un gobierno debe ser acatado y cumplido a cabalidad. El Sistema General de Social de Salud se instituyó para que los colombianos tuviéramos una atención digna y con calidad en salud al estar afiliados a una Empresa Prestadora de Salud que a su vez cuenta con diferentes Instituciones Prestadoras de Salud, que contaría con los lineamientos legales, la infraestructura, personal y equipos y dispositivos médicos para garantizar nuestro bienestar. Sin embargo entre los problemas de esta legislación se evidencia una muy grande y fuerte, la corrupción. El apropiarse de los recursos de una comunidad para el provecho particular, beneficiar a familiares y amigos con contrataciones por insumos, servicios sin tener las competencias apropiadas para desempeñarlos. Estafar a una Institución Hospitalaria pública cobrando más de lo debido por diferentes suministros, equipos y otros, son actividades ilícitas que solo benefician a un sector, a una minoría y que le hace un daño irreparable a toda la sociedad. Este mal que no solo se observa en el área de la salud sino en todos los niveles en nuestro país, es la peor plaga que hemos podido contraer. El hambre de poder y dinero enceguece a quien lo quiere genera daños enormes. En Colombia es muy popular y decepcionante encontrar obras sanitarias inconclusas, con una cantidad de dinero invertido que podría ayudar a solventar las deudas que se tiene con los hospitales públicos. Gobernantes sin preparación ni ambición de sacar adelante a sus comunidades. Eso es que lo se visualiza y se vive, abandono estatal del que nadie se hace responsable por tan malos manejos, siendo el gobierno central un cómplice por omitir exigir a los mandatarios involucrados informes ni mucho menos resultados (Pantoja, 2011). Se tiene un país con alta

explotación y exploración minera y de hidrocarburos y aun así son las regiones más pobres del país y en cuestiones de pobreza, educación, salud e infraestructura con cifras maquilladas y dolorosas.

Las Empresas que manejan los servicios de salud de nuestro país hacen manejos inapropiados de nuestros recursos, falsifican cifras y las ajustan para que concuerden con los reportes contables. No importaría que a los ciudadanos nos tocara pagar un poco más por los medicamentos siempre y cuando estos sean de buena calidad. Lo que muchas veces nos dan son medicamentos de baja calidad, empeorando la calidad de salud de los pacientes que las deben consumir.

Foucault (1998, p.32) nos aporta su análisis en relación al cuerpo y su articulación con la dinámica del poder:

El cuerpo está también directamente inmerso en un campo político; las relaciones de poder operan sobre él una presa inmediata; lo cercan, lo marcan, lo doman, lo someten a suplicio, lo fuerzan a unos trabajos, lo obligan a una ceremonia, exigen de él unos signos.

Aquí aparecen las disciplinas como instrumentos del poder, para legitimidad mecanismos de control sobre los cuerpos.

5.1.4. Violencia estructural generadora de impactos. El impacto que causa en los trabajadores de salud una agresión de tipo verbal o física en los servicios de urgencias, depende de la situación en sí misma, de la frecuencia de las agresiones e incluso del carácter del agredido. En términos generales, inicialmente la percepción que

se tiene después de una agresión es de frustración, impotencia, desánimo, insatisfacción, incomodidad e inseguridad.

Sin embargo al pasar los días y experimentar otras agresiones en los mismos profesionales o en los demás de diferente índole, genera una serie de consecuencias a nivel físico y psicológico que no permite un adecuado desempeño no solo a nivel laboral sino personal, académico o familiar. Lo más difícil de este tipo de situaciones es que al naturalizar y ser indivisible estas agresiones institucionales que a su vez generan el maltrato por parte de pacientes y/o familiares, el personal afectado lo niega, lo subvalora, no se diagnostica y como resultado obtenemos un profesional indiferente, impulsivo, inseguro, estresado, agresivo, con mala comunicación, siguiendo la cadena de maltrato.

Una de las consecuencias a nivel físico son las incapacidades, que dependiendo de la agresión puede o no tener secuelas (Estryn et al., 2008; Franz, Zeh, Schablon, Kuhnert y Nienhaus, 2010; Quine, 1999; Winstanley y Whittington, 2004). Además de tener impacto sobre el trabajador, se produce un efecto a nivel institucional ya que aumentan los casos de incapacidades y renuncias y producen según la política rentista disminución de ingresos por la disminución de productividad. El prestigio de la Institución también se puede afectar, puesto que al tener servicios con disminución de personal y atendiendo el mismo nivel de pacientes, el servicio podría colapsar y presentar salidas voluntarias.

En los pacientes también se evidencian efectos ya que por la disminución del personal la atención a la población va a ser más deficiente y demorada. Durante el trabajo solo se corroboró que una persona había requerido ser incapacitada, generando posteriormente temor, inseguridad y angustia al trabajar porque tal vez las agresoras

podían reiterar el maltrato. En casos extremos o reiterados, las situaciones de agresión provoquen el deseo de abandono del trabajo.

Al analizar las encuestas se observó que el 37.5% de los encuestados se sienten fuertemente impactados cuando tienen que enfrentar eventos que involucran algún nivel de agresión. El 32.5% se sienten medianamente afectados, el 25% manifiesta que se afectan pero en un nivel bajo mientras que sólo el 5% afirman que no se afectan por la ocurrencia de estos eventos. Al respecto los profesionales manifestaron:

- *“Requerí incapacidad por 8 días”.*
- *“El trabajo que realizamos es para brindar bienestar a los pacientes. Es frustrante cuando uno recibe maltrato”.*
- *“Desmotivación”.*
- *“Regular, ya que con esos incidentes el ambiente y el ánimo se tornan de manera aburrida y estresante”.*
- *“Regular, me preocupa que los actos de maltrato se repitan en esa misma jornada o al otro día. No sé qué pensar”.*
- *“Mucho. Porque no me siento segura en el lugar de trabajo”.*

5.1.5. Apoyo institucional como medida de mitigación de la violencia hacia los profesionales de salud. El apoyo institucional está dado por las medidas de protección que las Instituciones de Salud brindan a su personal para prevenir la violencia por parte de pacientes y familiares o, en su defecto, de aquellos mecanismos que les ayuden a manejar una situación de agresión o a reportarla en caso de que esta ocurra.

Es necesario que a nivel institucional se instauren medidas de protección de orden preventivo hacia los pacientes, familiares y profesionales. En este caso para los trabajadores una de las medidas de prevención de maltrato es la distribución equitativa de los pacientes, dotar a los servicios de la infraestructura requerida que permita una adecuada ubicación de los pacientes y de los profesionales, presencia de suficiente personal capacitado para la atención del número de pacientes, brindar una atención cálida, oportuna, eficaz con el personal médico requerido, los medios diagnósticos solicitados y el tratamiento adecuado. Es importante mejorar el ambiente en el que se desarrollan las actividades laborales, para que el profesional se sienta cómodo, a gusto, libre en el servicio para prestar una mejor atención y no sentir la presión por la auditoría del hospital o de la coordinadora que se encuentra observando los procesos de cada uno e impulsando para mejorar la productividad en la atención de pacientes.

Adicional a esto los hospitales y los servicios de urgencias deben contar con personal capacitado en seguridad para apoyar a los profesionales dentro de los servicios, restringir el acceso de visitantes en paciente violentos y emplear protocolos para el manejo de estos casos. En algunos hospitales lamentablemente se han tenido que instalar botones de pánico en diferentes partes del servicio de urgencias para que el personal de seguridad a cargo acuda inmediatamente a sitio de la agresión.

En caso de presentar un paciente o familiar alterado con un perfil violento el profesional de salud debe tratar de comunicarse adecuadamente tratando de conciliar, tranquilizarlo y llamar al personal de seguridad para manejar el caso. Otro medio de apoyo institucional es el reporte de las agresiones verbales, físicas o psicológicas que se

presentan en el servicio. Esta cultura del reporte permite establecer causas y manejos posteriores de dichos casos. Sin embargo de los 40 trabajadores encuestados el 45% afirma no tener el medio del reporte para notificar la agresión sufrida, las Instituciones no han instaurado el mecanismo reporte de eventos violentos y por esta razón se subestima el hecho, no puede documentar ni justificar que tan frecuente, que tipo, en qué áreas del servicio y quien realiza los hechos de maltrato hacia los profesionales y por ende las intervenciones institucionales frente al tema se puede quedar cortas al momento de afrontar dichos eventos (Milczarek, 2010; Rodríguez, González, Castellano y Buitrago, 2007).

La educación hacia pacientes y familiares que se encuentran en las salas de espera es otra forma de prevención, recordarles cuales son los derechos y deberes que tienen como ciudadanos y pacientes. Educar a los pacientes sobre el empleo del reporte en eventos de maltrato para garantizar que al generar un reporte se tomaran las medidas correctivas del caso.

La actitud solidaria o indiferente por parte de los colegas de trabajo en los momentos críticos, se convierte en elemento de apoyo institucional.

En términos generales, el nivel de solidaridad entre colegas es significativamente alto, con 83% entre muy solidarios y solidarios moderados, mientras que apenas el 18% se muestra poco solidario e incluso indiferente frente a situaciones de agresión vividas por sus compañeros de trabajo.

Algunos colegas o compañeros de trabajo, intervienen para mediar o calmar la situación. El agredido se siente respaldado. También se puede percibir que existen niveles

de solidaridad entre colegas y compañeros, cuando se maneja el concepto de equipo de trabajo. Sin embargo algunos manifiestan que este apoyo es durante el desarrollo de la agresión. Esto a entender que los profesionales de salud consideran que no es necesario el apoyo después de la agresión como si no hubiera consecuencias en el personal agredido. Otra característica percibida es que los profesionales sienten miedo a intervenir en estos eventos violentos ya que pueden existir represalias por parte del agresor que puede llegar a amenazarlos.

Un fenómeno que se presenta es el de naturalización. La “insensibilidad al dolor” como elemento de mayor acercamiento a lo natural, la capacidad de mayor aguante, fuerza y fortaleza que se atribuye a las clases subalternas o a los grupos étnicos periféricos sobre los que se considera que tienen una mayor cercanía a lo natural, aquello en lo que la cultura no media, se constituye como elemento de diferenciación en los procesos de socialización “...que de esta manera reproduce sin “violencia” unas relaciones de dominación específicas a través de la inscripción en el cuerpo de marcas que permiten la adscripción a una clase” (Otegui, 2009, p.157). Algunas de las experiencias reportadas por los profesionales fueron:

- *“Muy solidarios: Se trata de mediar con otros colegas para tranquilizar al paciente agresor”.*
- *“Muy solidarios: Me ayudaron a levantar y sacaron a las señoras del servicio”.*
- *“Muy solidarios, cada vez que se presenta un inconveniente, entre compañeros se colabora y sin necesidad de pedirlo se ofrecen”.*

Esto se evidencia en las situaciones violentas por el no reporte del evento de maltrato y en el apoyo limitado que se da por parte de colegas e instituciones. Los compañeros de trabajo no intervienen ni le prestan mayor importancia al evento. El agredido siente que no hay razones para reportar el evento, justificando la actitud violenta del paciente o el familiar. Consideran que los pacientes por estar en un proceso de enfermedad pueden tener este tipo de actitudes con los trabajadores. Otros piensan que así es esta profesión del cuidado al ser humano. Ninguna causa justifica la acción de violentar al otro.

Todos los seres humanos, somos iguales y tenemos el mismo valor y respeto. Se estaría violando la dignidad humana y coartando la autonomía y la libertad, ya que en muchos de estos casos la atención del profesional después de una agresión está limitada por la presión ejercida y no le permite desarrollar sus actividades con autonomía y libertad.

Capítulo 6

Conclusiones

Preocupa la falta de estudios estatales sobre esta problemática creciente que aporten cifras verídicas y confiables sobre la situación de violencia que viven los profesionales de la salud, secundario a causas Institucionales, que son aquellas que se pueden intervenir y modificar para mejorar la prestación de los servicios de salud tanto para quien los administra como para quien los recibe.

Al ser la violencia estructural un mecanismo de opresión y dominación social de manera legítima, los casos de violencia hacia los profesionales de salud se presentan como signos y síntomas de esta enfermedad que poco a poco acaba con nuestro país. Lo más preocupante de todo es el tratamiento que se le dan a estas manifestaciones, la naturalización. Ver como algo natural el ser presionado, amenazado y hasta golpeado, considerándolo como algo inherente a la profesión de trabajador de la salud. Tratamiento instaurado por las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud y avalado por las Instituciones de salud al distribuir inapropiadamente los recursos para los hospitales. Las IPS avalan estos comportamientos ya que no reportan este tipo de violencia y establecen como medidas de protección y mitigación el aumento del personal de seguridad y capacitaciones a los trabajadores para aprender a manejar este tipo de situaciones, conociendo que para frenar la mayoría de estos actos la solución sería reestructurar el sistema, suministrar los recursos necesarios a las Instituciones de Salud para que ellas puedan prestar una atención con calidad a los pacientes, además de mejorar las condiciones laborales de los trabajadores de la salud.

La naturalización es un arma de doble filo para los profesionales de salud, ya que permite al profesional reaccionar inmediatamente al acto violento, manejándolo como un evento normal en un día laboral, sin embargo al transcurrir de los días y volverse repetitivo este tipo de situaciones violentas y omitirlas para reportarlas, el profesional se transforma en un ser frío, apático, irritante, malhumorado que no le permite administrar un cuidado con calidad y humanismo. Es por esta razón que se hace urgente tomar medidas drásticas frente al tema. En países como Argentina y España se cuenta con una legislación que protege a los trabajadores de la salud, iniciando procesos judiciales contra los agresores que pueden recibir condenas. De alguna forma este tipo de medidas tienen un impacto positivo frente a las múltiples agresiones por parte de pacientes y/o familiares, no obstante es importante aclarar que los sistemas de salud y problemas de estos países no tienen la misma base que los problemas colombianos. Una medida de mitigación en Colombia puede ser la de los países mencionados, sin embargo serían obsoletas sin generar cambios de fondo en el manejo de la salud. Además podemos sumar el problema de hacinamiento carcelario lo cual haría poco viable la judicialización de los agresores.

Los profesionales de salud no deben tolerar más ataques por parte del Sistema de Salud, de las Instituciones de Salud y pacientes. Se deben exigir mejores condiciones laborales y mejores condiciones para prestar una atención con calidad a los usuarios de los servicios de salud. Además deben reportar los actos antiéticos que se presenten en los lugares de trabajo con las garantías de no perder el trabajo ni ser estigmatizado por los demás.

La participación ciudadana en la generación de Políticas Públicas se da a partir del conocimiento que se tiene de los problemas que presenta la comunidad y los manifiesta ante los entes gubernamentales para que estos aprueben y ejecuten las políticas que se generan en pro del bienestar de la sociedad. Otro mecanismo de participación es la elección de los representantes de la comunidad ante el gobierno. Deben elegir personas con preparación profesional, sentido social y valores morales que propongan cambios para mejorar las condiciones de vida de la sociedad.

Los determinantes de violencia estructural como injusticia social y ausencia de transparencia permiten ahondar en problemas sociales generales en Colombia. La distribución inequitativa de los recursos aumenta las brechas sociales, dividiendo a los ciudadanos, estigmatizando la pobreza y cerrando puertas de educación, trabajo digno y pertenecer activamente a una sociedad. La injusticia y corrupción llegan hasta el Sistema de Salud, que distribuye de manera ineficaz los recursos a los hospitales más necesitados donde se atiende a poblaciones de escasos recursos y con cuadros patológicos muy complejos, requiriendo una atención especializada y de buena calidad. Es importante que el gobierno comprenda e intervenga en este problema. La desviación de recursos de la salud tiene en la quiebra a muchos hospitales a nivel nacional con el alto riesgo de cierre total, afectando a poblaciones lejanas, rurales en donde solo cuentan con el hospital público. Las Instituciones hospitalarias son los lugares donde se puede dar vida y la continuación de la misma, de esta manera se estaría violando no solo el derecho a la salud sino el derecho a la vida y adicionalmente el derecho al trabajo de muchos profesionales de la salud y administrativos que conforman estas plantas institucionales.

El Sistema de Salud colombiano debe reglamentar el funcionamiento de las EPS e IPS. Estas Empresas deben garantizar el acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud a los pacientes. Esto es dado por la oportunidad, eficiencia, humanización, dirigida hacia la seguridad del paciente y su familia. Para ello la Empresa debe contar con una infraestructura adecuada, equipos y dispositivos médicos. Además debe garantizar la cantidad de personal para cada una de las especialidades ofrecidas. De esta forma se logra disminuir las agresiones hacia los trabajadores de salud por causas institucionales como tiempos de espera prolongados, reingresos de pacientes inadecuada ubicación y tratamientos ineficientes. No obstante las Instituciones de salud en la actualidad cuentan con una disminución de recursos financieros, sin embargo es necesario priorizar las necesidades de la misma y hacer más eficientes los ingresos para cumplir los objetivos trazados. Por otro lado el gobierno nacional debe garantizar que el Sistema de Salud funcione adecuadamente y debe otorgar recursos económicos para el mejoramiento en el sector salud.

La reglamentación para las EPS debe incluir el respaldo a la autonomía de los profesionales de salud en su ejercicio hacia los pacientes. Se les debe respetar y avalar cada una de las decisiones que se tomen con respecto al manejo que se otorgue a los pacientes. Las auditorias y sanciones a profesionales no se deben aplicar por ordenar exámenes o medicamentos de alto costo. La jornada laboral para los trabajadores de salud debe ser justa y fija para garantizar a los profesionales la realización de otras actividades de orden personal, familiar, social y académico que mejoren su calidad de vida. La economía rentista del Sistema de Salud ha llevado al detrimento de las condiciones

laborales de los profesionales de salud. Las jornadas laborales rotadas, turnos prolongados, salarios inequitativos según las labores realizadas, para aumentar la productividad y por ende los ingresos a la empresa se deben replantear debido a que los trabajadores experimentan una explotación del recurso humano que no es duradero ni eficiente. Actualmente se habla de la flexibilización de horarios para que los trabajadores tengan la oportunidad de realizar otras actividades y así cumplir con las labores asignadas en el hospital. De esta manera se cumple el objetivo de la productividad y se le proporciona al trabajador un mejor entorno de laboral.

La calidad del trabajo y la remuneración son fundamentales para el bienestar y la dignidad del trabajador y su familia. Es por esto que la distribución equitativa de la riqueza juega un papel importante para la determinación de la pobreza, pues el acceso a educación, salud, cultura, recreación es limitado.

Por eso es urgente políticas encaminadas a la protección del trabajador y que éstas sean más prioritarias e importantes que el mercado, garantizando el empleo digno con calidad y adecuada remuneración.

Ante los eventos de agresiones hacia profesionales se observó que existe un apoyo institucional por parte de los compañeros de trabajo inmediatamente sucede el acto violento, sin embargo por parte de directivos de las instituciones no se evidencia un acompañamiento ni seguimiento de la agresión. Además, los profesionales con agravio manifiestan sentirse solos y vulnerables después del maltrato ya que el apoyo se limitó al momento de la agresión. El despliegue de comportamientos violentos en las organizaciones afecta la productividad y competitividad empresarial, la salud y seguridad

de los trabajadores y el desarrollo de la comunidad. Esto se da por las consecuencias que experimentan tanto la institución como los trabajadores maltratados. El abstencionismo e incremento en las incapacidades y renuncias disminuye la productividad de la institución.

Los profesionales de salud violentados en el servicio de urgencias presentan consecuencias de orden físico, mental o emocional que no le permite un adecuado desempeño en su sitio de trabajo, ni en su familia ni en la sociedad, volviéndose una persona temerosa, insegura y prevenida.

Es importante que las instituciones de salud, el gobierno y los profesionales comprendan que cualquier tipo de agresión debe ser reportada o notificada pues esto no hace parte del trabajo. El ser humillado, presionado, golpeado o burlado no hace parte de las funciones de los profesionales de salud. Son seres humanos que estudiaron una profesión para ofrecer un servicio de salud a la comunidad. Ninguna causa o motivo justifica una agresión. Por eso el naturalizarse frente al maltrato genera un deterioro de la profesión, de la dignidad humana y del desempeño en la sociedad. Al comprender lo valioso que es un ser humano, un profesional de salud, se deben instaurar medidas de prevención y corrección de los eventos violentos. Los directivos de los hospitales deben afrontar los casos de maltrato e investigar las causas y establecer estrategias para disminuirlas. Como se observó en la investigación la mayoría de las causas de maltrato son de orden institucional. Es decir que se deben trabajar sobre ellas, disminuirlas para minimizar las agresiones hacia los profesionales.

Aunque las Instituciones de Salud deben actuar frente al maltrato de sus trabajadores, son fundamentales las medidas estatales que se establezcan. Intervenir en

los tiempos de atención prolongada por falta de personal médico y de enfermería. El Estado debe verificar que los hospitales cuenten con el personal necesario para la atención adecuada de los pacientes, verificar que tengan la infraestructura requerida con los equipos y dispositivos médicos. Lo más importante es garantizar que toda la población tiene resolución de sus necesidades básicas, para mejorar sus condiciones de vida y tal vez recurrir menos a las EPS.

Pensadas estas modalidades en contextos institucionales como la educación, la salud y otras instancias públicas o privadas, terminan siendo además de sostenidas por las relaciones de poder y subordinación de cada cultura y contexto existentes en la institución, normalizadas e invisibilizadas, o asumidas como parte de las características propias de las instituciones.

Las instituciones de salud se han visto como parte de las estructuras públicas estatales y como tal, organizaciones con funcionamiento, delineamiento y operación precisa, articulada y coordinada con los sistemas para los cuales funciona. La relación costo efectiva, el manejo gerencial y los modelos administrativos han influido a las instituciones de salud, en tanto lo han hecho también con los cambios en la forma como se ha asumido en los últimos años la administración pública en general.

Desde una perspectiva ética se puede concluir que la violencia niega valores universales como la libertad, igualdad y justicia atentando contra la posibilidad de construcción de una sociedad libre. Representa una permanente amenaza a la vida favorece su anulación, reducción y alienación. Su resultado más visible es la conversión de personas en objetos y una violación absoluta a los derechos humanos.

Los estudios de percepción laboral permiten realizar análisis de causas y comportamientos frente de los diferentes actores frente a una problemática de orden social. Esto permitiría que las soluciones planteadas estén acordes a los hallazgos encontrados. Como se mencionó en el estudio, la percepción es un concepto en construcción constante que se debe incentivar debido a los aportes de la sociedad frente a una situación problemática es de vital importancia.

El estudio bioético de este tipo de problemas es importante porque en el caso de la violencia estructural se vulneran principios básicos para el desarrollo del ser humano y por ende de la sociedad como la dignidad humana, la autonomía, justicia social, equidad e igualdad que permiten un amplio aporte desde el campo bioético para plantear una resolución que sea beneficiosa para la sociedad y no para un particular.

Lista de referencias

- Acosta, J. H. F., Becerra, S. C. A., & Mejía, A. C. A. (2009). Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: estudio de caso para Medellín. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), 107-131
- Alarcón Vena, M. J., de Adana, R., & Bellido, J. J. (2005). Las agresiones al personal médico de los servicios de salud. In *XII Congreso nacional de Derecho Sanitario. Jaen. Consultado el* (Vol. 15, pp. 02-06).
- Amenaza. (n.d.). En *Wikipedia.org*. Recuperado de: [https://es.wikipedia.org/wiki/Amenaza_\(Derecho\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Amenaza_(Derecho))
- Aréchaga, E. M. Z., & Momparler, R. F. D. (2008). LAS AGRESIONES (A PERSONAL SANITARIO: PROPUESTA PARA UNA REFORMA PENAL. *DS: Derecho y salud*, 16(2), 217-241
- Así controlan las instituciones y empresas de salud a los médicos. (2014, noviembre 25). Recuperado de: <http://www.semana.com/nacion/articulo/las-eps-controlan-los-medicos-con-polemicos-metodos/409528-3>
- Autoritario. (n.d.). En *Wikipedia.org*. Recuperado de: <https://es.wikipedia.org/wiki/Autoritarismo>
- Ayranci, U. (2005). Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. *The journal of emergency medicine*, 28(3), 361-365
- Ballén, M. N. R. (2005). Los cuidados de enfermería en la adversidad. *Presencia*, 1(1).
- Barrera, E. R. (2010). Ética pública e injusticia estructural en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18), 78-84
- Becker, H. (1970). *Sociological work: method and substance*. New Brunswick: Transaction.
- Biraben, N. C. (2006). *Frente al límite: las trayectorias de mujeres que sufrieron violencia*. Editorial Antropofagia.
- Birdsall, N., & Ferranti, D. D. (1987). El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, 103(6), 695-709
- Blue, I., & Harpham, T. (1994). The World Bank World Development Report 1993:

Investing in health: Reveals the burden of common mental disorders, but ignores its implications. *The British Journal of Psychiatry*.

Bourdieu, P. (1988) *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.

Borrone, R. 2012. RELACIÓN MEDICO PACIENTE EN CRISIS. Intramed. Disponible: www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=74069

Bourgois, P. I. (2010). *En busca de respeto: vendiendo crack en Harlem*. Siglo Veintiuno Editores.

Bresler, L. (1995). Ethical issues in qualitative research methodology. *Bulletin of the Council for Research in Music Education*, 126, 29-41

Camargo, S. A. (2007). Efectos y consecuencias del trabajo nocturno en la salud de las enfermeras que trabajan en la clínica San Pedro Claver, 2006. *XVIII Coloquio de investigación nacional de enfermería. Paipa*, 23-25

Castro, L. R. (2004). Consideraciones éticas en el desarrollo de investigaciones que involucran a seres humanos como sujetos de investigación. Las investigaciones en terapia ocupacional. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (4), Pág-19

Causa. (n.d.). En *DeConceptos.com*. Recuperado de: <http://deconceptos.com/general/causa#ixzz3h8KjFM6i>

Censura. (n.d.). En *Wikipedia.org*. Recuperado de: <https://es.wikipedia.org/wiki/Censura>

Cervantes, G., Blanch, J. M., & Hermoso, D. (2010). Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios en Cataluña notificada por Internet (2007-2009). *Archivos de Prevención y Riesgos Laborales*, 13(3), 135-140

Collegi Oficial de Metges de Barcelona, 2004. Informe sobre la violència en el lloc de treball. L'experiència dels metges de Barcelona. Febrero. Rescuperado de: <http://www.comb.es/cat/passeig/noticies/seguretats/enquestaviolencia/Informeviolenciatreball.pdf>

Cook, J. S., & Fontaine, K. L. (1993). *Fundamentos esenciales de enfermería en salud mental*. McGraw-Hill/Interamericana de España.

Congreso de la Republica de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993, por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social. Bogotá. Colombia. El Congreso.

Crítica. (n.d.). En *Wikipedia.org*. Recuperado de: <https://es.wikipedia.org/wiki/Critica>

- Charmaz, K. (1983). The grounded theory method: an explication and interpretation. En: Emerson, R. ed. *Contemporary field research* (pp. 109-126). Boston: Little, Brown.
- Charmaz, K. (1995). Grounded theory. En: Smith, J., Hane, R., Longenhore L., eds. *Rethinking methods in psychology* (pp. 27-49). Londres: Sage.
- Cheek, J. (1996). *Taking a view: Qualitative research as representation*. *Qualitative Health Research*, 6, 492-505
- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida: una etnografía sobre drogas, pobreza y salud* (Vol. 60). Paidós.
- Espinosa, L. M. C., Cervantes, G., & Blanch, J. M. (2008). Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. *Papeles del psicólogo*, 29(1), 49-58
- Estryn-Behar, M., Van Der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P. M., & Hasselhorn, H. M. (2008). Violence risks in nursing—results from the European NEXT’Study. *Occupational medicine*, 58(2), 107-114
- Fassin, D. (2003). Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia. *Cuadernos de antropología social*, (17), 49-78
- Fernández Moreno, S. Y. (2007). La violencia de género en las prácticas institucionales de salud afectaciones del derecho a la salud ya las condiciones de trabajo en salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 6(12)
- Foucault, M. (1998). *Vigilar y castigar*. Ed. Siglo XXI editores. México, D.F 1998.
- Franco S (2004) ¿De qué sirve la medicina social para el estudio de la violencia? Seminario XXX años de Medicina Social. México: UAM X.
- Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S., & Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany—a cross sectional retrospective survey. *BMC health services research*, 10(1), 51
- Galarza Vásquez, K. (2015, julio 10). Violencia verbal, heridas invisibles. Recuperado de: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/vitiligo-y-otras-psicodermatosis/articulos-relacionados/violencia-verbal-heridas-invisibles.html>
- Galtung, J. (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167–191

- Galtung, J. (1981). Contribución específica de la irenología al estudio de la violencia: tipologías. *Joxe, Alain et al., La violencia y sus causas, París: UNESCO.*
- Galtung, J. (1990). Cultural violence. *Journal of Peace Research*, 27(3), 291–305
- García Roa, E. M., & Tapias Torrado, L. (2011). Equidad de género en el empleo del sector salud, Colombia 2008-2010.
- Granados Toraño, R., & Gómez Montoya, M. C. (2000). La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: resultados y balance. *Rev. salud pública*, 2(2), 97-120
- Grosería. (n.d.). En *Wikipedia.org*. Recuperado de:
https://es.wikipedia.org/wiki/Lenguaje_soez
- Hernández Bello, A., & Vega Romero, R. (2012). El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión. *Gerencia y Políticas de Salud*, 1(1).
- Hobbs, F. D. (1991). Violence in general practice: a survey of general practitioners views. *BMJ*, 302(6772), 329-332
- Hoel, H., Sparks, K., & Cooper, C. L. (2001). The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment. *Geneva: International Labour Organization*, 81.
- Imperativo. (n.d.). En *Thefreedictionary.com*. Recuperado de:
<http://es.thefreedictionary.com/imperativo>
- Indiferencia. (n.d.). En *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española en línea*. Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=indiferencia>
- Jiménez, M. M., Ramírez, F. V., Andrey, F. Z., Rodríguez, A. L., Serena, P. H., & Salido, M. M. (2005). Análisis de la violencia del paciente en atención primaria. *Atención primaria*, 36(3), 152-158
- Jonsen, A. R., & Hellegers, A. E. (1974). Conceptual foundations for an ethics of medical care. *Ethics of health care*, 3-20
- Junta de Castilla y León. 2011. Portal de salud de Castilla y León. Plan Integral frente a las Agresiones al Personal de la Gerencia Regional de Salud. Julio 2011]. Recuperado de:
<http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/recursoshumanos/prevencion-riesgos-laborales-sacyl/plan-integral-frente-agresiones-personal-gerencia-regional>
- Letelier Sanz, P., & Valenzuela Suazo, S. (2002). Violencia: fenómeno relevante de

estudio en campos clínicos intra-hospitalarios de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 8(2), 21-26

Lofland, J. (1971). *Analyzing social settings*. Belmont: Wadsworth.

Martínez León, M. D. L. M., Queipo Burón, D., Martínez León, C., & Torres Martín, H. (2010). Aspectos médico-legales de las agresiones al personal sanitario y su consideración como delito de atentado.

Martínez-León, M., Burón, D. Q., Muniz, M. J. I., & Martínez-León, C. (2012). Análisis médico-legal de las agresiones a los profesionales sanitarios en Castilla y León (España). *Revista Española de Medicina Legal*, 38(1), 5-10

Martino, V. D. (2002). Workplace violence in the health sector. Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study. In *Workplace violence in the health sector. Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study*.

Médicos atacados por sus pacientes en hospitales públicos de Bogotá. (2014, julio 11). Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/bogota/medicos-atacados-por-sus-pacientes-en-bogota/14233384>

Melgarejo, L. M. V. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4(8). 47-53

Merleau-Ponty, M. F. D. L. (1975). *Percepción*. Barcelona. Península.

Mesa, L., & Galindo, S. (2008). Quality of life of nursing professionals and effects for the care they provide. *Avances en Enfermería*, 26(2), 59-70

Mesa Melgarejo, L. P. (2007). La precarización del trabajo de enfermería: una consecuencia de las políticas públicas en salud. *Memorias del XVIII Coloquio de Investigación Nacional en Enfermería. Paipa*.

Metodología de evaluación de la Cooperación Española. (2001). Recuperado de: <http://www.mae.es/NR/rdonlyres/9C92457B-BF3D-4A6A-AD9D-D4DB9965B94F/0/MetodologiadeevaluaciónIcompleto.pdf>

Milczarek, M. (2010). *Workplace violence and harassment: a European picture*. Publications Office of the European Union.

Miles, M., Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis*. Thousand Oaks: Sage.

Molina Linde, J. M., & Ávalos Martínez, F. (2007). Satisfacción laboral y desgaste

profesional del personal de enfermería. *Revista Tesela, 1 (1)*.

Morán, A. P., & Suliveres, A. Y. (2004). Educar para la convivencia escolar pacífica: principios y pautas en torno a por qué, para qué y cómo. UNESCO de Educación para la paz. Ponencia presentada en el Primer Congreso para la Convivencia Pacífica Escolar, Tropimar Convention Center, Isla Verde, Puerto Rico.

Needham, K., OBrien-Pallas, M., & Tucker, O. (2008). Workplace Violence in the Health sector. *Publisher KAVANAH, The Netherlands*.

Nussbaum, M. C. (2009). *Frontiers of justice: Disability, nationality, species membership*. Harvard University Press.

Organización Internacional para el Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud e Internacional de Servicios Públicos. (2002). Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2007). Guía para el Análisis y el Monitoreo de la Equidad de Género en las Políticas de Salud.

Otegui Pascual, R. (2009). El sufrimiento: la forma sociocultural del dolor. *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos: miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor cro'nico*. Buenos Aires: Aires: Editorial Antropofagia, 147-166.

Pantoja, S. (2011). La crisis en el sistema de salud colombiano: problemas y desafíos del nuevo Gobierno Distrital en materia de salud de la población bogotana. *Revista Económica Supuestos*.

Pinheiro, R., & Luz, M. T. (2003). Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde, 4*.

Prevención. (n.d.). En *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado de: <http://www.col.ops-oms.org/prevencion/default.asp>

Quine, L. (1999). Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey. *Bmj, 318(7178)*, 228-232

Reyes, M. (2013, octubre 18). Herramienta de Trabajo: ATLAS TI. Recuperado de: <https://prezi.com/4oqhyq4b00aj/herramienta-de-trabajo-atlas-ti/>

Ridiculizar. (n.d.). En *Wordreference.com*. Recuperado de: <http://www.wordreference.com/definicion/ridiculizar>

- Rodríguez, P. C., González, L. M. R., Castellano, S. V., & Buitrago, D. V. 2007. Estudio de las agresiones recibidas por el personal de enfermería y de las vivencias al respecto en los Servicios de Urgencias de los hospitales de la Comunidad de Madrid en un trimestre. *26*.
- Seco, Enrique. (2013). Naturalización, concepto clave en sociología. *Sociología necesaria*. [Mensaje de un blog] Recuperado de: <http://sociologianecesaria.blogspot.com/2013/01/naturalizacion-concepto-clave-en.html>
- Sequía y corrupción mantienen en crisis a las comunidades de La Guajira. (2015, enero 12). Recuperado por: <http://www.noticiasrcn.com/nacional-regiones-caribe/sequia-y-corrupcion-mantienen-crisis-las-comunidades-guajira>
- Solidaridad. (n.d.). En Wikipedia.org. Recuperado de: [https://es.wikipedia.org/wiki/Solidaridad_\(sociologia\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Solidaridad_(sociologia))
- Stern, P. N. (1980). Grounded theory methodology: Its uses and processes. *Image*, 12, 20-23
- Strauss A, Corbin J. Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
- Turnes, A. 2009. La Violencia contra los médicos. Revista Violencia y Salud. Marzo. Recuperado de: www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias149/art4.pdf
- Usan velas y Twitter para defender al Hospital Universitario del Valle. (2015, julio 21). Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/colombia/cali/crisis-en-el-hospital-universitario-del-valle/16122776>
- Van Teijlingen E, Hundley V. (2001). The importance of pilot studies. *Soc Res Update*, (35):1-4
- Vítolo, F, 2011. VIOLENCIA CONTRA PROFESIONALES DE LA SALUD. Biblioteca virtual NOBLE. Enero 2011. Recuperado de: www.noble-arp.com/src/img_up/19042011.6.pdf
- 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
- Yáñez, S. (1999). Consideraciones sobre flexibilidad laboral planteadas desde una mirada

de género. *Sindicalismo, género y flexibilización en el Mercosur y Chile. Inserción laboral femenina, Fundación Friedrich Ebert (Representación Chile) y Centro de Estudios de la Mujer (CEM), Santiago de Chile, 97-110*

Apéndice

Encuesta semiestructurada

La siguiente encuesta hace parte del trabajo de grado de la Maestría en Bioética y tiene como objetivo, analizar las causas dinámicas que experimentan los profesionales de salud en sus lugares de trabajo en el servicio de urgencias, para así identificarlas y construir una solución. Para realizarla usted no debe identificarse, garantizando la confidencialidad de la información por parte del investigador.

1. SEXO:

Femenino ___ Masculino ___

2. EDAD:

18 – 30 años ___

31 - 40 años ___

41 – 50 años ___

51 – 61 años ___

Mayor de 61 años ___

3. PROFESIÓN:

Médico ___

Enfermera ___

Auxiliar de enfermería ___

Administrativo ___

4. TIEMPO DE TRABAJO COMO PROFESIONAL DE SALUD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS :

Menos de 5 años ____

5 a 10 años ____

11 a 16 años ____

17 a 22 años ____

Más de 23 años ____

5. NIVEL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA DONDE TRABAJA:

Tercero ____ Cuarto ____

6. LA INSTITUCIÓN DONDE LABORA ES DE ORDEN:

Público____ Privado____

7. TURNO EN EL QUE USTED TRABAJA:

Día ____ Tarde ____ Noche ____ Rotados ____ Fin de semana ____

8. SU JORNADA LABORAL EN HORAS-DÍA:

6 ____ 8 ____ 12 ____

En las siguientes dos preguntas las dos opciones de respuesta pueden ser válidas.

9. HA EXPERIMENTADO MALTRATO POR PARTE DE:

Pacientes ____ Familiares ____

10. EL TIPO DE MALTRATO QUE PADECIÓ FUE:

Verbal ____ Físico ____

11. SI HA SUFRIDO VIOLENCIA VERBAL POR PARTE DE PACIENTES O

FAMILIARES, POR FAVOR ORDENE, DE UNO A SEIS, LA SIGUIENTE LISTA DE

SEIS FORMAS DE VIOLENCIA VERBAL, TENIENDO EN CUENTA SU FRECUENCIA. CALIFIQUE CON UNO (1) LA MENOS FRECUENTE Y CON SEIS (6) LA MÁS FRECUENTE:

- a) Trato verbal ofensivo (groserías e insultos) ____
- b) Amenazas verbales (de reportes al jefe o demandas contra usted) ____
- c) Críticas injustas (a su labor evaluándola negativamente) ____
- d) Tono imperativo y autoritario ordenándole rudamente hacer algo o no hacerlo. ____
- e) Censurarla (pidiendo activamente y delante suyo su exclusión de un proceso de atención) ____
- f) Ridiculización y burla (haciendo lucir su persona como incapaz de realizar su trabajo y/o minimizando, a través de ironías y sarcasmos, la calidad de su desempeño) ____

Por favor aclare un poco más el tipo de violencia verbal que haya experimentado con mayor frecuencia (la que calificó con 6 en la pregunta anterior):

12. POR FAVOR DESCRIBA BREVEMENTE EL EPISODIO MÁS IMPACTANTE PARA USTED DE MALTRATO FÍSICA O VERBAL, POR PARTE DE UN PACIENTE O FAMILIAR QUE HUBIERA EXPERIMENTADO:

13. ¿HA RECIBIDO APOYO DE SUS COLEGAS DE TRABAJO CUANDO SE HAN PRESENTADO SITUACIONES DE MALTRATO VERBAL O FÍSICO POR PARTE

DE LOS PACIENTES Y/O FAMILIARES? POR FAVOR, CALIFIQUE EN LA SIGUIENTE LÍNEA LA CALIDAD DEL APOYO RECIBIDO:

MUY SOLIDARIOS ____

MODERADO ____

POCO SOLIDARIOS ____

NADA SOLIDARIOS ____

Explique su respuesta:

14. ¿REPORTÓ DICHO EVENTO? SÍ ____ NO ____

14. A. ¿A QUÉ INSTANCIA LLEGÓ?

14. B. ¿QUÉ RESPUESTA OBTUVO?

15. ¿QUÉ TANTO AFECTA SU BIENESTAR EN EL TRABAJO LAS EXPERIENCIAS DE MALTRATO POR PARTE DE PACIENTES Y FAMILIARES?

MUCHO ____

REGULAR ____

POCO ____

NADA ____

Explique su respuesta:

16. QUÉ CARACTERÍSTICAS TENÍA EL PACIENTE QUE LLEVÓ A CABO EL MALTRATO HACIA USTED

- Adulto mayor ____
- Adulto ____
- Pediátrico ____
- Trauma ____
- Psiquiátrico ____
- Bajo influencia de alcohol ____
- Bajo efectos de narcótico ____
- Otro: ____ Cuál ____

17. UBICACIÓN DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL MOMENTO DEL INCIDENTE

- Sala de espera ____
- Triage ____
- Observación ____
- Reanimación ____
- Habitación ____

18. ¿CUÁL CREE QUE PUDO HABER SIDO LA CAUSA DE LA AGRESIÓN POR PARTE DEL PACIENTE HACIA EL PROFESIONAL DE SALUD?

- Tiempo de espera prolongado para la atención ____
- No contar con el tratamiento requerido ____
- Falta de personal de salud ____
- Paciente en ubicación inadecuada por falta de camas / habitación ____
- Reingreso del paciente ____
- Paciente bajo efectos de alcohol / narcóticos ____
- Otro ____ Cuál _____

18. A. ¿CONSIDERA QUE LA ACTITUD VIOLENTA DEL PACIENTE Y/O FAMILIAR ERA JUSTIFICADA? SÍ ____ NO ____

18. B. SI USTED HUBIERA PODIDO PREVENIR EL IMPULSO VIOLENTO DEL PACIENTE Y/O FAMILIAR, QUÉ CONDUCTA HABRÍA TOMADO?

19. ¿TIENE ALGÚN MEDIO DE REPORTE DE INCIDENTES DE MALTRATO EN SU INSTITUCIÓN HOSPITALARIA? SÍ ____ NO ____

20. A. ¿REQUIRIÓ INCAPACIDAD POSTERIOR AL MALTRATO? SÍ ____ NO ____

20. B. ¿POR CUÁNTO TIEMPO? _____