

**Violencia institucional en salud, instituciones, profesionales y usuarios.**  
**Institutional violence in health, institutions, professionals and users.**

**Donovan Casas Patiño**

Universidad Autónoma del Estado de México

RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural

[capo730211@yahoo.es](mailto:capo730211@yahoo.es)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3129-9418>

**Alejandra Rodríguez Torres**

Instituto Mexicano del Seguro Social, UMF 73 Estado de México Oriente

Universidad Autónoma del Estado de México

[aledefra2013@gmail.com](mailto:aledefra2013@gmail.com)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2582-0625>

**Edgar C Jarillo Soto**

Universidad Autónoma Metropolitana

Unidad Xochimilco Ciencias Biológicas y de la Salud

[jsec632213@correo.xoc.uam.mx](mailto:jsec632213@correo.xoc.uam.mx)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8892-9855>

**Recibido: 01.12.2020**

**Revisado: 30.12.2020**

**Aceptado: 02.01.2021**

**Cómo citar este artículo:** Casas, D.; Rodríguez, A. y Jarillo, E. Violencia institucional en salud, instituciones, profesionales y usuarios. Salud y Bienestar Colectivo. 2021; 5 (1): 32-52.

### **Resumen**

El presente ensayo es una reflexión de la violencia en, desde, hacia y entre el personal de salud. Para lograr una aproximación, se consideran distintas fuentes de información, desde reportes periodísticos, estudios empíricos y, por supuesto, postulados conceptuales producidos para otras situaciones y campos de conocimiento. El análisis se realiza en diferentes ejes, el primero con referentes para situar el problema en el marco de propuestas enunciativas y conceptos relevantes; el segundo presenta la perspectiva del paciente o

usuario; en el tercero se presentan algunos elementos de los profesionales de la salud. Por último, en último eje se delinear situaciones de las instituciones en salud, como espacio donde se desarrolla y vehiculiza la violencia, en tanto generadora y ámbito donde se ejerce tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes usuarios. Finalmente se esbozan unas conclusiones que permiten situar el tema en sus implicaciones y consecuencias. Estos ejes nos permiten sugerir que el estudio de la violencia requiere un abordaje complejo, ya que deja un saldo de víctimas y victimarios siendo las propias instituciones en salud las generadoras de violencia alejando a los actores sociales de actos solidarios y humanizados.

### **Palabras clave**

Violencia, salud, personal médico, personal paramédico, paciente, servicio de salud.

### **Summary**

This essay is a reflection about violence expressed inside and outside health institutions with an impact on health professionals and patients. We considered different sources of information: journalistic reports, empirical studies and conceptual postulates produced for other situations and fields of knowledge. The analysis is carried out in different axes, first, with references to place the problem within the framework of enunciative proposals and relevant concepts; the second presents the perspective of the patient; the third presents some elements of health professionals. Finally, in the last axis, situations of health institutions are outlined, as a space where violence is developed and conveyed, as a generator and an area where it is exercised both for health professionals and patients. As conclusions we leave sketches that allow us to place the subject in its implications and consequences. These axes allow us to suggest that the study of violence requires a complex approach, since it leaves a balance of victims and perpetrators, the health institutions themselves being the generators of violence, distancing social actors from acts of solidarity and humanization.

### **Keywords**

Violence, health, Medical personnel, Paramedical personnel, Patients, health Services

### **De cuál investigación es resultado el artículo y cómo se financió**

Este documento es producto de los encuentros científico académicos parte de la Red Internacional en Salud Colectiva y Salud intercultural sin financiamiento, sin fines de lucro y sin conflicto de intereses.

## **Introducción**

Los múltiples aspectos de importancia para indagarse en el sistema de salud de cualquier país, permiten ubicar distintas vertientes para su comprensión y eventual transformación en la perspectiva de hacerlos más pertinentes y adecuados a las necesidades de salud de la población a la cual deben brindar los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud y de la enfermedad. Ese objetivo de gran alcance involucra muchos objetos de análisis y con distinto nivel, algunos de orden político como la conformación de un sistema integral y organizado por el estado así como su sustento jurídico para cobertura y acceso de la población en general o circunscrito a algún elemento estructural, como en el caso de la seguridad social. Otros se pueden situar en el plano de las fuentes de financiamiento, su uso y distribución. Unos más están en el orden estructural de las instituciones de salud, su organización, funcionamiento, gestión y prestación de servicios de atención médica.

A su vez en un sentido transversal pueden ubicarse situaciones concretas, como los procesos de prestación de servicios en los distintos niveles de atención, programas específicos, o procesos necesarios para la operación, funcionamiento y, finalmente, la prestación de servicios de atención médica y de salud, como medicamentos, insumos y tecnología, así como las características, organización, retribución, entre otras, del personal de salud en sus distintos perfiles profesionales y de intervención en los equipos de salud. De este aspecto también pueden situarse vertientes de análisis de relevancia, allí están, por ejemplo, los procesos de formación y práctica profesional, las dimensiones de intervención técnica y científica, las interacciones profesionales, entre otras.

En este trabajo se aborda un componente escasamente analizado sobre la violencia en, desde, hacia y entre el personal de salud. No es un asunto menor debido a sus consecuencias y malestar ocasionado en el mismo personal de salud, los usuarios y las repercusiones en las instituciones y sistemas de salud. Para hacerlo no existe una perspectiva de análisis unívoca, se requiere hacer acopio de perspectivas diversas, situadas en planos de análisis generales y particulares, para tratar de establecer una

problematización e interpretación concreta que sitúe al problema con conceptos pertinentes y posibilitar su entendimiento y comprensión.

Para lograr una aproximación, se consideran distintas fuentes de información, desde reportes periodísticos, estudios empíricos y, por supuesto, postulados conceptuales producidos para otras situaciones y campos de conocimiento. Se presentan tres partes, la primera ubicación con referentes para situar el problema en el marco de propuestas enunciativas y conceptos relevantes. La segunda presenta la perspectiva del paciente o usuario, es un sujeto o agente significativo en esa interacción, donde los profesionales de la salud tienen una acción relevante en el ejercicio de la violencia. En la tercera parte, se presentan algunos elementos del otro actor y agente en esa interacción, los profesionales de la salud, quienes detentan el poder técnico-científico que les confiere un atributo asimétrico en la relación y por lo tanto son fuente de violencia. Por último, en la cuarta parte se esbozan situaciones de la misma institución, como espacio donde se desarrolla y vehiculiza la violencia, en tanto generadora y ámbito donde se ejerce tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes usuarios. Finalmente se esbozan unas conclusiones que permiten situar el tema en sus implicaciones y consecuencias.

### **Referentes necesario para entender la violencia institucional**

La violencia se refiere a una gran variedad de expresiones, conductas, acciones de abuso o degradación de los derechos humanos y los derechos fundamentales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió en 2002 como<sup>(1)</sup>: el uso intencional de la fuerza física, poder o amenazas contra uno mismo, otra persona o contra un grupo o comunidad lo que da por resultado o tiene una alta probabilidad de condicionar lesiones, muerte, daño psicológico, falta de desarrollo o la privación de la vida (p.5). Por lo tanto puede concebirse como un acto, proceso o fenómeno donde se involucran al menos dos personas en posiciones asimétricas de poder, que al ejercerlo una de ellas, produce afectaciones sobre la otra. Las consecuencias puede expresarse en circunstancias momentáneas, perdurables durante cierto tiempo, o perennes; los ámbitos vitales afectados pueden ser en las dimensiones social, física o psicológica, y la acción puede ser circunscrita a un acto o

relación interpersonal, o mantener constancia temporal y afectación más allá de la interacción personal.

Algunos autores la refieren como *mobbing*, *workplace bullying*, conflicto en el trabajo o violencia en el lugar de trabajo. La violencia no puede limitarse al simple conflicto entre dos individuos en un espacio y tiempo determinado, por el contrario es necesario ubicar el encuentro conflictivo entre sujetos dentro de una aproximación de situaciones individuales, organizacionales y sociales las cuales son productoras y condicionantes de conductas de intimidación para los individuos y para la institución, creando, en su caso, tensión laboral la cual puede ir en incremento<sup>(2,3)</sup>.

Las múltiples expresiones y facetas de la violencia están presentes en la vida social, por lo tanto se requiere establecer parámetros definidos para abordarla. Aquí interesa acotarla al espacio circunscrito del encuentro de los profesionales de la salud, particularmente de la medicina, con los demandantes de atención en el ámbito institucional donde acontece y las consecuencias hacia ambos actores de la interacción. Sí bien esa interacción se ha reconocido como Relación Médico-Paciente, en este trabajo se le denomina Relación Profesional de la Salud-Usuario (RPS-U) para tomar distancia de su carácter sexista al asimilar médico con denominador masculino a todos y todas quienes son profesionales de la medicina, y paciente, porque adjudica un existencia previa de enfermedad desde referentes biomédicos.

Una expresión de violencia se ubica en esa relación (RPS-U) como dos actores participantes en el acto médico, ya sea de los profesionales de la medicina hacia los pacientes o usuarios o viceversa, eso se ha documentado en la relación médico-paciente pero escasamente se plantea la violencia hacia alguno, o ambos, de estos actores desde la institución donde se brindan los servicios de atención médica y constituyen el espacio físico y social para su encuentro, donde existen relaciones de poder y dominación de manera horizontal y vertical<sup>(4)</sup>. Sin duda significa mayores desigualdades e inequidades dentro y fuera de las estructuras de atención, con consecuencias múltiples como disgusto, molestia y frustración, las cuales a su vez repercuten en la RPS-U y limitan u obstaculizan el objetivo

principal de esa relación: conocer e intervenir en las molestias, daños, necesidades de atención del usuario con la intervención y acción técnico-científica del profesional, con el uso de recursos personales e institucionales.

La violencia en el área de la salud en diferentes países ha sido declarada como un tema prioritario por el incremento en su frecuencia, desde la óptica de los profesionales esto ha motivado movilizaciones gremiales diversas y peticiones legales a fin de limitar y, en su caso, regular las agresiones que sufren.

Según la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA), los incidentes de violencia grave en el lugar de trabajo son cuatro veces más comunes en la atención médica que en organizaciones privadas. Una encuesta realizada por el Colegio Americano de Médicos de Emergencia entre sus agremiados, encontró que casi la mitad de los médicos de emergencia respondieron haber sido agredidos físicamente<sup>(5)</sup>. Los factores desde donde se ejerce la violencia en el área de la salud se pueden clasificar en: paciente, personal sanitario y contexto. En el caso del paciente incluye su enfermedad, sus características personales, y su experiencia con la enfermedad<sup>(6-7)</sup>. Del personal de salud, se relaciona con sus características personales, falta de habilidades y sus condiciones de trabajo (estrés, insatisfacción, experiencias negativas, entre otras). Entre los factores relacionados con el entorno o el contexto se incluyen tiempos de espera, normas y políticas institucionales, protocolos de atención, falta de insumos y de personal, por nombrar algunos<sup>(8,9)</sup>. Se ha encontrado que los arrebatos más violentos provienen de los mismos pacientes y de sus familias, sobre todo por la masificación de las salas de espera, la necesidad de los pacientes y familiares de una atención rápida y eficaz, la ausencia de medidas de seguridad, la negativa de un diagnóstico no deseado, el desacuerdo con el médico de urgencias sobre las prioridades de un enfermo con relación a otro<sup>(10,11)</sup>.

En un espectro más amplio también se asocia con la existencia de una crisis global de recursos humanos en salud, caracterizada por una inadecuada distribución de los profesionales en los territorios e incongruencia entre su nivel de cualificación y las necesidades en salud de la población<sup>(12)</sup>.

En España según el informe del Observatorio de Agresiones de la Organización Médica Colegial de España, en el 2018 se reportaron 490 agresiones al personal médico, el 49.6 por ciento fue hacia mujeres colegiadas y el 50.4 a hacia hombres. Del total de las agresiones, el mayor porcentaje se identifica en la atención primaria (52%) debido a discrepancias en la atención médica proporcionada, y el abuso verbal es el más predominante seguido por el abuso psicológico y físico, le siguen el grupo de emergencias y psiquiatría así como el de enfermería por desacuerdo con la forma de proporcionar el servicio<sup>(13-14)</sup>. Esto hizo necesario regular las consecuencias penales de los actos de violencia contra los profesionales de la salud, mediante una reforma del código Penal en el año 2015 con una enmienda a su artículo 550, donde se destaca que la agresión contra los trabajadores de salud se considera un asalto contra la autoridad y se castigará entre uno a cuatro años de prisión<sup>(15)</sup>. En cuanto al ámbito de ejercicio profesional, la mayoría de conductas violentas se producen en el sector público con 85% de los casos, con datos de aumento en el ejercicio privado de la profesión. La atención primaria continúa con la mayor parte de las agresiones (52%), frente a la atención hospitalaria (23%)<sup>(7)</sup>. Las conductas violentas en las áreas hospitalarias reportan 14% y las de Atención primaria 11%. Las agresiones se relacionan con situaciones como: falta de atención, aumento de las listas de espera o la precariedad, tiempo para la atención, receta con fármacos distintos a los deseados por el paciente, falta de obtención de una incapacidad laboral, discrepancias personales, mal funcionamiento del centro y por informes no acordes a las exigencias de los pacientes<sup>(16)</sup>.

En la India alrededor de 800 mil médicos fueron a huelga para exigir mayores medidas de seguridad ante ataques de familiares de pacientes. Cabe señalar que la India gastó aproximadamente 1.4 por ciento de su producto interno bruto en atención médica en 2017-2018, una de las proporciones más bajas del mundo. Muchos millones de indios dependen del sistema de salud público barato, pero inadecuado. Algunos de los médicos acudieron a trabajar con cascos de motociclistas para mostrar su descontento ante el problema que se ha vuelto común en el país<sup>(17,18)</sup>.

En China la situación no es menos grave, este fenómeno es conocido como *Yi Nao*, que se traduce como *disturbios en el hospital o médico*, que ha deteriorado la relación profesional

de la salud-usuario. Tales agravios han condicionado que pacientes y familiares contraten bandas criminales para amenazar al hospital y este proporcione una compensación por lo percibido como falla médica<sup>(19)</sup>. Del año 2008 al 2012 la violencia física con daños aumentó de 48% a 64%<sup>(20)</sup>. Otro estudio evidencia que el 49% de una muestra de médicos (933) mencionó su intención de abandonar la profesión debido a una moral por ser parte de la profesión, además, después del inicio de las reformas del sistema de salud con el objetivo de proporcionar asistencia sanitaria para el año 2020 con enfoque en el fortalecimiento de atención primaria, impactó las condiciones de trabajo de los médicos; con saturación de los servicios de salud, el uso razonado de medicamentos, el uso de medicamentos de un cuadro básico lo que además redujo la autonomía de los médicos y su ingreso pues dependen de un salario fijo y precario<sup>(21)</sup>.

Un estudio realizado en Etiopía muestra que más de la mitad (58.2%) de los profesionales de la salud entrevistados experimentaron al menos una manifestación de violencia (física, verbal o sexual) el último año del estudio, la más frecuente fue la verbal, seguida de ataque físico. Cabe señalar que un gran número de profesionales de la salud son mujeres y los mayores casos se suscitaron en el ejercicio de la profesión en ámbitos públicos, y más de dos terceras partes manifestaron imposibilidad para denunciar dichas agresiones<sup>(22)</sup>.

Países como Suecia y Bélgica ya han adoptado la vía normativa para afrontar la situación. En el Reino Unido, el tema obligó al establecimiento de una política de cero tolerancia a la violencia del personal sanitario<sup>(23)</sup>. Debido al número y gravedad de casos de violencia en Holanda, Italia y, en especial en Francia, también están adoptando planes de actuación concretos. Estados Unidos encabeza la lista más dramática, si se toma en cuenta que la tenencia de armas está legalizada. Según un estudio de 170 hospitales docentes: 43% de trabajadores de urgencias sufre ataques físicos una vez al mes y 18% de ellos es amenazado con arma blanca<sup>(24-25)</sup>.

A raíz de las protestas y movilizaciones ciudadanas en Honduras para reivindicar los derechos a la salud y la educación, el Colegio Médico de Honduras (CMH) propuso al presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM),

Serafin Romero Agüit, como mediador internacional. Junto a él, también se ha propuesto a Anibal Cruz, presidente de la Confederación Médica Latino Iberoamericana (CONFEMEL) y a Rubén Tucci, secretario general de esta organización<sup>(26)</sup>.

En el plano de las afectaciones a la salud del personal de salud, se reporta en un estudio para estimar la prevalencia de ansiedad y depresión entre 564 médicos y médicas internos, encontró depresión (13.0%), ansiedad (28.7%) y percepción de un ambiente laboral hostil (32.8%)<sup>(27)</sup>. Esto significa una situación ya no sólo de violencia, sino de consecuencias de ella, especialmente por el ambiente laboral y profesional en las instituciones donde laboran; los médicos refirieron una complejidad emocional y cognitiva en su espacio de trabajo, así como falta de apoyo social e inestabilidad en la organización, lo cual en conjunto, les generaba estrés, y a su vez, mal funcionamiento con sus equipos de trabajo, lo que les predisponía a cometer más errores o intentos de suicidio<sup>(28)</sup>.

En México, hay algunos referentes para dimensionar el problema. Así la presidenta del Colegio Médico de México FENACOME, Miriam López Basilio, aseguró que los profesionales en la salud del país se encuentran en crisis, porque la violencia ha alcanzado a por lo menos 75% de los integrantes de ese sector: “Ha sufrido un cambio la encuesta dado que en un principio se agredía al médico como persona, actualmente se ha aumentado la tasa de agresiones a familiares directos de los médicos y se intercepta al médico o algún familiar en el trayecto de su trabajo al domicilio personal...”<sup>(29)</sup>.

En su última Encuesta Médica Nacional de Riesgo, realizada en 2015, el Colegio Médico de México también señala que siete de cada diez médicos han sido víctimas de alguna agresión por el simple hecho de serlo. Sin embargo, sólo cuatro de esos siete denunciaron ante las autoridades<sup>(30)</sup>. Del año 2012 hasta el año 2019, se registraron siete mil 214 ataques hacia médicos en los hospitales del país, de acuerdo con las cifras proporcionadas por el IMSS. La tendencia se mantuvo al alza durante los primeros dos años del sexenio 2012-2014, en el cual la cifra pasó de 415 a 555 casos, en tanto que en 2014 bajó a 313. Sin

embargo, desde entonces el número de ataques se ha disparado y repuntó en 2018, cuando se contabilizaron dos mil 788 casos (572%) más que en 2013<sup>(31)</sup>.

Durante 2016, miles de médicos de varios estados del país salieron a las calles a protestar para exigir seguridad y mayores recursos para garantizar la atención a los usuarios. En 2017, la crisis se agudizó con el asesinato de varios profesionales de la salud, originando más protestas y manifestaciones en varias zonas de la República. A partir de ese semestre y como medida de seguridad los estudiantes de la FES Iztacala de la UNAM solo portaron el uniforme blanco un día a la semana, mientras el resto de los días que asistan a clases a las instalaciones de esa Facultad acudieron vestidos sin la bata<sup>(32)</sup>.

### **La perspectiva del paciente**

En la atención sanitaria están involucrados diferentes actores con diferentes roles que conforman una red interactiva, la cual pueden inducir a desarrollar o modificar actitudes predisponentes a hechos agresivos o violentos. El usuario, en tanto paciente tiene un rol pasivo el cual es invadido no sólo en su espacio territorial (cama, cuarto), sino también en su espacio personal al ser examinado por innumerables personas desconocidas y con distintos grados jerárquicos, y debe responder preguntas de su vida personal en un ambiente frío e impersonal en una relación asimétrica y jerárquica dentro del espacio hospitalario, principalmente<sup>(33)</sup>.

Diferentes estudios han mostrado atributos negativos del personal de salud tales como: agresividad y mal carácter, descuido, indiferencia y falta de compromiso, diferencias en el trato y en el respeto a los derechos de los pacientes según la clase social de pertenencia con tendencia a favorecer a quienes pertenecen a estratos socioeconómicos más altos, lo cual es más evidente en servicios de salud públicos, y con mayor simetría entre el personal de salud, principalmente de la medicina y pacientes del ámbito privado. Adicionalmente se ha encontrado que en el turno nocturno se presentan mayor cantidad de conductas violentas atribuidas a mayor estrés y a menor cantidad de personal comparado con el turno diurno<sup>(34)</sup>.

Pese a todo esto, algunas encuestas de satisfacción de la atención muestran elevado nivel de satisfacción por los pacientes, esto se ha explicado por la gratuidad de la atención recibida

conformándose con la prestación recibida sin enjuiciar actos que pudieran parecerles violentos. Otra explicación se ofrece porque al momento del alta hospitalaria o de atención en general, su recuperación, egreso y reinserción a las actividades diarias hacen pasar a segundo plano cualquier evento desagradable; además muchos pacientes manifiestan temor a emitir juicios de valoración de la atención recibida en los servicios públicos al considerar que en caso de a utilizar nuevamente los servicios pueden ser sujetos a represalia en caso de evaluar negativamente la atención recibida<sup>(35,36)</sup>.

En general puede apreciarse una contradicción aparente entre los usuarios y pacientes de los servicios de atención médica. Por un lado molestia, desagrado y agresión, con conductas de violencia física o verbal, por ser los receptores de violencia interpersonal ejercida por los profesionales de la salud que les atienden, y también habría que incluir al personal de apoyo, como personas trabajando en el área administrativa o de vigilancia en el acceso a las instalaciones. Por otro, las expresiones de animadversión no se expresan en las encuestas de satisfacción, ya sea porque explícitamente se excluyen preguntas con ese contenido, o porque como se señaló, existe preeminencia al momento de aplicar la encuesta de satisfacción en otros aspectos prioritarios como abandonar las instalaciones hospitalarias.

En apariencia es una imagen distorsionada de la auténtica situación vivida por los usuarios y pacientes, porque coexisten versiones contrapuestas. Sin duda en todo caso es una imagen donde confluyen ambas versiones como parte de una misma situación contradictoria, y en cada polo puede oponerse su contrario, por supuesto un grupo de pacientes y usuarios perciben violencia física o simbólica por el personal de salud, pero sin duda también existen quienes pueden expresar gratitud genuina por la atención recibida y por el trato humano respetuoso y justo de los profesionales de la salud y de la institución misma.

### **La perspectiva de los profesionales de la salud**

Existe una vertiente complementaria a la violencia institucional, de muchas aristas y frecuentemente con dificultad para evidenciar y analizar, porque está arraigada en la propia lógica de la organización institucional y en las estructuras de las profesiones de la salud, especialmente en el caso de la medicina, donde estos profesionales constituyen el núcleo a

partir del cual se organizan la mayoría de las acciones técnicas para la atención de usuarios y pacientes, en los ámbitos de atención primaria y especialmente hospitalario.

La violencia laboral necesita despejar múltiples situaciones revestidas de normalidad para mostrarse con su verdadera significación de violencia. No basta con identificar los instrumentos normativos con señalamiento de su existencia y en su caso de sanción, se requiere descubrirla en comportamientos y procesos técnicos funcionales propios de la organización institucional donde se actúa con parcialización de tareas, asignación de funciones y responsabilidades y simultáneamente con acciones, comportamientos, y símbolos, explícitos e implícitos, que implican violencia.

Para dimensionarla conceptualmente es necesario revisar algunos planteamientos concretos. Así Chauí<sup>(37)</sup> entendió sobre violencia, “transformar una diferencia en desigualdad en una relación jerárquica con el objetivo de explotar, dominar y oprimir al otro que se toma como un objeto de acción, afectando su autonomía, subjetividad, comunicación y acción”. En la relación del profesional de la medicina con el paciente la violencia cambia el carácter del poder adjudicado previamente por el conocimiento técnico, un dominio legítimamente conquistado otorgando mayor autoridad, pero cuando el médico va más allá del plan técnico-científico de su juicio profesional, deslizándose en juicios morales con valores sobre los otros, entonces ejerce violencia.

La violencia implica la anulación de las posibilidades de acción, usando fuerza, coerción o incluso destrucción como formas de acción. Foucault<sup>(38)</sup>, a su vez, considera al poder como una forma de acción sobre la acción de otros y su ejercicio ocurre a través de interrelaciones.

En el ámbito de las prácticas de salud, el poder es ejercido con una relación jerárquica por definición, en la relación profesional/paciente es el profesional quien tiene autoridad técnico-científica sobre el cuerpo del paciente. Esa autoridad se extiende legítimamente solo en ese nivel (técnico-científico) y en el plano moral, ambos sujetos: profesional y paciente, se encuentran en una situación de igualdad<sup>(39)</sup>.

Según Starr, esta es la fuente de poder médico, basado en dos pilares: por un lado la legitimidad científica de su conocimiento, y por otro la dependencia de los otros individuos respecto de este conocimiento debido al valor intrínseco de la salud con importancia para todos, se asume que el incumplimiento de indicaciones emanadas de la autoridad médica puede provocar daños en salud del paciente, o falta de resolución de los problemas de salud (40).

Tanto para Starr como para Arendt, la autoridad es una facultad que aumenta la confianza del otro y la obediencia voluntaria presupone la libertad de los sujetos involucrados. Los agentes profesionales crean aceptaciones de violencia y la transforman en actos "necesarios para cuidar" y, por lo tanto, la asumen como "buenas prácticas". Por lo tanto, desplazan esos actos necesarios del campo técnico-científico al aspecto ético-moral, porque sus actos violentos los justifican como requisito de la técnica, como si el dominio fuera parte necesaria de lo técnico-científico en las prácticas de los y las profesionales Schraiber (41) señala que el ideal de buena asistencia (atención médica) ya no se basa en la calidad ética de la interacción entre profesionales y pacientes y la confianza resultante de esta interacción con el uso y acceso a la tecnología, que representa un bien en sí mismo. En la relación profesional/paciente está presente la violencia, tanto de uno de esos agentes hacia el otro, como entre los agentes profesionales, ya sea dentro de la misma profesión o con relación a las otras. En la primer situación, por ejemplo dentro de la profesión médica la jerarquización de la capacitación y formación especializada sitúa a los sujetos con menores niveles en la escala como depositarios de violencia por parte de quienes se posicionan en los niveles superiores, así los profesionales de especialidad ejercen violencia sobre los internos de pregrado, y a su vez sufren violencia por los médicos adscritos. Con ello son receptores de violencia y ejercen violencia hacia otros, al final asimilan y reproducen un modelo de ejercicio de violencia profesional.

En la otra situación, está la violencia de quienes forman parte de la profesión médica hacia quienes son de la profesión de enfermería. Si bien la organización del trabajo asigna funciones diferenciadas a cada una de las personas que intervienen en la atención médica, se otorga mayor jerarquía a la profesión médica y por lo tanto posibilita ejercicio de distintas expresiones de violencia hacia profesionales de enfermería, lo cual frecuentemente

alcanza grados de normalización, como señalan Castro y Villanueva<sup>(42)</sup> respecto a la violencia a la que están expuestas los profesionales de la medicina, radicada en su formación y práctica profesional en una ambivalencia sociológica. De forma esquemática puede distinguirse una violencia interna, generada en el mismo campo que estructura los esquemas cognitivos de la profesión, lo cual produce el despliegue de reacciones adaptativas, justificatorias y normalizantes, y también otra violencia externa, comprensiva de distintas manifestaciones de violencia con origen social y presentes o expresadas en el ámbito de acción profesional, en el espacio laboral, o en la situación cotidiana con un matiz asociado a la profesión.

Las múltiples formas de violencia terminan en ejercicios de violencia directa, física, psicológica y simbólica con afectaciones negativas para las condiciones de vida y de salud de las personas que acuden a servicios de atención médica y también, aunque de otro modo, para los trabajadores del sector salud. Esto último es un elemento que confirma la necesidad de superar los mitos de la ausencia de la violencia en el trabajo<sup>(43)</sup>.

Un proceso significativo también se orienta en la dirección de no solo reconocer el proceso de violencia depositado hacia los trabajadores de la salud, tanto institucionalmente, en las interacciones profesional/paciente y en las relaciones inter e intra profesionales, sino también en reconocer la necesidad de resistir a través de la oposición y movilización para visibilizar y contrarrestar las acciones violentas, lo cual se reconoce también como mejora en el sistema de salud<sup>(44)</sup>.

También deben destacarse interpretaciones más amplias fuera del espacio circunscrito al centro de trabajo donde se incluye la violencia laboral también por incidentes cuando el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo - incluidos los viajes de traslado hacia o desde él- con riesgos y peligros, implícita o explícitamente, para su seguridad, su bienestar o su salud<sup>(45)</sup>.

### **La violencia institucional**

Idealmente el contexto institucional por su función social y por su estructura normativa debería funcionar como un limitador de asimetrías con vistas a evitarlas, o al menos

reducirlas a un patrón social legalmente aceptable, sin embargo en la realidad cotidiana no necesariamente ocurre así porque en el proceso de atención médica se producen y reproducen relaciones de exclusión-subordinación diferenciadas y distribuidas entre los agentes de manera asimétrica y desigual.

De los diferentes estudios realizados se aborda el tema de la violencia sobre su frecuencia, tipo, relación con el género y poco con relación a la violencia que ejerce la institucionalidad en los usuarios y en los profesionales de la salud. Un trabajo que abordó este tema fue realizado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Consejo internacional de enfermeras (CIE), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Internacional de Servicios Públicos (ISP) donde se señalan algunos aspectos relacionados con la violencia en el lugar de trabajo en el sector de la salud. Los profesionales que laboran en contextos de economías inestables corren mayor riesgo de violencia, así como quienes pertenecen a organizaciones que promueven continuamente incertidumbre y la inseguridad de los trabajadores, también los estilos de gestión rígidos y autoritarios así como las actividades con uso de intimidación como estrategia de liderazgo y continuos cambios organizativos<sup>(45-46)</sup>.

Según Lourau “el sustrato material, la infraestructura organizativa de la institución y su materialidad, hablan más fuerte que sus palabras articuladas [...] que buscan disimular y racionalizar valores, sistemas de decisión y modelos culturales”<sup>(47)</sup>. Lo que significa una racionalidad institucional encubierta en ciertos valores explícitos con los cuales difícilmente se puede discordar, pero en su estructura de racionalización y cultura laboral u organizacional subyacen sistemas de violencia institucionalizada.

Esa noción está emparentada con el concepto de violencia estructural, que Galtung<sup>(43)</sup> caracterizó como violencia que no es ejercida por una persona sino por la estructura social. De manera que ciertos elementos identificados como carencias coyunturales o estructurales de los servicios de salud en su articulación institucional, como la precarización en los servicios de salud, falta de insumos y de recursos humanos es una violencia que se manifiesta desde lo estructural a lo ideológico y simbólico, con efectos inmediatos en la

peregrinación del paciente para encontrar atención o los recursos diagnósticos y terapéuticos necesarios para su atención, la carencia de aseguramiento para su protección sanitaria, la insatisfacción continua por falta de resolución de un problema de salud, las expectativas sobre la atención y resolución de su enfermedad o padecimiento, los tortuosos procesos para solventar trámites y necesidades de validación dentro de una burocracia administrativa, que parece funcionar por si misma al margen de la razón central de su existencia en función del paciente o usuario; esa burocracia administrativa crea inter objetividades e inter subjetividades contradictorias, de conflicto, frustración, coraje, impotencia y, en última instancia, violencia.

La institución en salud, aunque no se lo proponga, somete a los usuarios que demandan atención y a los profesionales de la salud que realizan acciones para proveer servicios, a una lógica relacional y jerárquica de la cual no pueden escapar, confrontando a estos actores con la naturalización de mecanismos de dominación institucional, asumiendo roles de dominados y dominantes con escasas expresiones de resistencia, la mayoría de las ocasiones buscando solucionar la necesidad individual incluso a costa de preservar y de actuar dentro del laberinto de las asimetrías estructurales y las relaciones de dominación persistentes en las prácticas institucionales.

Por otro lado, el sector de la salud, constituye la encrucijada donde confluyen muchos corolarios de violencia, se transforma, aun sin desearlo, en víctima y productor de violencia. Así, el ámbito de mayor jerarquía en la política pública en tanto como señala Roth Deubel:

*“Un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables, y por medios y acciones, que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática”<sup>(48)</sup>.*

Constituye una determinación y determinante, es víctima por su subordinación a decisiones verticales de una estructura de poder político, generalmente, o económico para realizar sus

acciones atribuidas socialmente. Y es opresor, tanto para los profesionales de la salud como para los usuarios, por ser la fuente de la que emanan acciones violentas directas o encubiertas, materiales o discursivas, explícitas o simbólicas, para realizar su función social.

### **Conclusiones**

En orden inverso a lo expuesto, existe un ámbito institucional donde se gesta y ejerce violencia. La institución donde tiene lugar la prestación de servicios de atención médica es, simultáneamente, receptora y generadora de violencia. En tanto receptora, está expuesta a las definiciones normativas y decisiones ejecutivas emanadas de un ámbito estructural y gerencial situado por encima de su espacio de autoridad, debe someterse a ellas aún con lo adverso, contradictorio, o incluso lesivo, que puedan resultar para la vida misma de la institución. Si bien la interfase donde sitúa esa peculiaridad estructural, implica niveles de autonomía relativa, finalmente está determinada por el ejercicio del poder, encarnado en la estructura de autoridad atribuida por la normatividad aplicable, los márgenes de negociación son estrechos y pueden encontrarse en vetas institucionales o en capacidades de negociación y agencia de los y las funcionarias implicados.

En el nivel institucional en tanto generador de violencia, la relación profesional-paciente usuario, es la más directamente afectada. Tanto por las determinaciones de la institución, como por los atributos presentes en ese vínculo, lo más relevante radica en asumir sin cuestionar o detenerse a explicitar el poder técnico-científico embebido en los profesionales. Asumirlo como natural e inevitable lleva a justificar la violencia como algo inherente al acto médico, sin detenerse a cuestionarlo, evitarlo o al menos mitigarlo, sin embargo al entenderlo como un proceso presente y propio de la acción profesional, permite, al menos parcialmente, transformar las conductas violentas y por lo tanto evitarlas.

El plano más directo, está en los profesionales de la salud, tanto por la violencia externa en las condiciones sociales y especialmente dirigidas a los y las profesionales, por consecuencia directa atribuidas a su actuar profesional o por las condiciones de inseguridad y violencia existentes en la sociedad. Simultáneamente, y con igual importancia, está la

violencia inter e intra profesional, debida a la organización del trabajo médico, principalmente en el nivel hospitalario, donde los y las profesionales de la medicina constituyen el núcleo de la organización del trabajo. De esa relación jerárquica emanan acciones violentas hacia los profesionales en posiciones dependientes, y hacia profesiones subordinadas, claramente entre profesionales de medicina y enfermería.

Finalmente, la violencia institucional deja un saldo de víctimas y victimarios, no necesariamente voluntarios y consientes, que es necesario evidenciar y dilucidar para erradicar, o al menos limitar, sus efectos perniciosos. Eso permitiría mejores interacciones de profesionales, pacientes y usuarios y de la institución misma, en un contexto social más armónico, solidario y humano.

### Referencias

- 1.- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2002.
- 2.- Molero M, Pérez-Fuentes M, Gázquez J. Acoso laboral entre personal de enfermería. *Enfermería Universitaria*. 2016; 4 (4): 115-123.
- 3.- Marinas-Sanz R, Martínez-Jarreta B, Bolea M. Las agresiones a profesionales sanitarios en España: análisis tras la reciente modificación del Código Penal. *Medicina Clínica*. 2016; 147(1): 35-42.
- 4.- Nishijima Y, Blima, L. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22 (9): 3013-3022.
- 5.- El tiempo Latino. Cleveland (Oh): ¿Por qué crece la violencia contra médicos y enfermeras? 2020. Disponible en: <http://eltiempolatino.com/news/2019/jun/10/por-que-crece-la-violencia-contra-medicos-y-enferm/>
- 6.- Angland S, Dowling M, Casey D. Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*; 2014; 22 (3):134–139.
- 7.- Vidal-Martí C, Pérez C. Is Chappell and Di Martino's interactive model of workplace violence valid? An article analysing workplace violence towards healthcare professionals in Spain. *Aggress. Violent Behav*. 2017; 35: 83-90.
8. - Altemir M, Arteaga A. A protocol to prevent and deal with aggressive behavior against health workers. *Enfermería Clínica*. 2018; 28(2): 125-132.

- 9.- Muñoz del Carpio-Toia A, Valdivia-Fernández B, Velázquez-Lazo C, Valdivia-Rodríguez M, Arroyo-Tovar G, et al. Violencia contra médicos en hospitales de Arequipa, Perú 2016. *Acta Médica Peruana*. 2016; 33(2): 99-104.
- 10.- García C. Las agresiones en los centros sanitarios: estudio comparativo. *Revista Enfermería CyL*. 2011; 3(2): 25-30.
- 11.- Martínez- León M, Queipo D, Ururtia M J, Martínez-León C. Análisis médico-legal de las agresiones a los profesionales sanitarios en Castilla y León (España). *Revista Española de Medicina Legal*. 2012; 38(1): 5-10.
- 12.- Portela G, Fehn A, Ungerer R, Poz M. Recursos humanos para la salud: crisis global y cooperación internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(7): 2237-2246.
- 13.- Observatorio de Agresiones de la Organización Médica Colegial. Madrid: Estudio de agresiones a médicos. Organización Médica Colegial de España. 2018. Disponible: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/estudio\\_agresiones\\_2018/index.html](https://www.cgcom.es/sites/default/files/estudio_agresiones_2018/index.html)
- 14.- Observatorio de la Comunidad de Castilla y León–Sección de Agresiones al personal de centros sanitarios. Valladolid: Análisis de los datos contenidos en el registro de agresiones 2019. 2018. Disponible <https://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/profesionales/images?idMmedia=1304348>
- 15.- Boletín Oficial del Estado, 2019. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/03/31/pdfs/BOE-A-2015-3439.pdf>
- 16.- Sánchez, I. En 2018 se produjeron 490 agresiones a médicos, más de la mitad a mujeres. 2019 Marzo 14. En: El médico interactivo. Madrid. Disponible en: <https://elmedicointeractivo.com/en-2018-se-produjeron-490-agresiones-medicos-mas-de-la-mitad-mujeres/>
- 17.- Agencia Reforma. Debate (Mx). Exigen seguridad doctores en India. 2019. Disponible en: <https://www.debate.com.mx/mundo/Exigen-seguridad-doctores-en-India-20190617-0171.html>
- 18.- Redacción médica. Sanitaria: Madrid: Protestan médicos en India contra la violencia en hospitales. 2004. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/-porque-los-medicos-indios-estan-en-huelga-100-pacientes-dia-y-agresiones-4490>
19. - Hesketh T, Wu D, Mao, L. Violence against doctors in China. *British Medical Journal*. 2012; 345: 5730.
20. - Wu D, Wang Y, Lam K, Hesketh, T. Health system reforms, violence against doctors and job satisfaction in the medical profession: a cross-sectional survey in Zhejiang Province, Eastern China. *British Medical Journal*. 2014; 4: 1-10.
- 21.- Guan X, Liang H, Xue Y. An analysis of China's national essential medicines policy. *Journal of Public Health Policy*. 2011; 32: 305-319.
22. - Getachew D, Kifle M, Tafese A, Hambisa T. Violence at work: determinants & prevalence among health care workers, northwest Ethiopia: an institutional based cross sectional study. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*. 2019; 31(8): 2-7.

23. - Jackson D, Clare J, Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – a factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management*. 2002; 10: 13-20.
- 24.- International Labour Organization. Ginebra: Improving employment and working conditions in health services. 1996-. Disponible en : [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_dialogue/---sector/documents/publication/wcms\\_548288.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_548288.pdf)
- 25.- Luna-García J, Urrego-Mendoza Z, Gutiérrez-Robayo M, Martínez-Durán A. Violencia en el trabajo del sector público de la salud: una visión desde las personas trabajadoras. Bogotá, Colombia. 2011-2012. *Rev. Fac. Med.* 2015; 63(3): 407-17.
- 26.- El Médico Interactivo. Madrid: Colegio Médico de Honduras propone a Serafin Romero como mediador internacional en las agresiones a médicos. 2020. Disponible en : <https://elmedicointeractivo.com/el-colegio-medico-de-honduras-propone-serafin-romero-como-mediador-internacional-en-las-agresiones-medicos/>
- 27.- Kerrien M, Pougnet R, Garlantézec R, Pougnet L, Le Galudec M, Loddé B, et al. Prevalence of anxiety disorders and depression among junior doctors and their links with their work]. *Presse Med.* 2015; 44 (4 Pt 1): e84-91.
- 28.- Eköf M, Törner M, Pousette A. Organizational and social-psychological conditions in healthcare and their importance for patient and staff safety. A critical incident study among doctors and nurses. *Safety Science*. 2014; 70: 211-221
29. - Tinoco, J. Profesionales de la salud en crisis: Colegio Médico de México. *El Sol de Acapulco*. 2019 Jun 28: Secc. Estado (col.1)
- 30.- Colegio Médico de México A.C. México: Violencia en el gremio médico de México. 2020. Disponible: <http://www.colegiomedicodemexico.org/index.php/portfolio/violencia-en-el-gremio-medico/>
- 31.- Flores, D. Se agudiza crisis en el sector Salud; agresiones a médicos suben 572%. 2020 Disponible: <https://www.publimetro.com.mx/mx/nacional/2019/06/02/se-agudiza-crisis-en-el-sector-salud-agresiones-a-medicos-suben-572.html>
- 32.- Bautista F. Doctores tiran la bata por inseguridad. *Novedades de Tabasco*. 2017 Julio 2; Secc Local (col 1).
- 33.- Paredes L, Paravic T. Percepción de violencia y factores asociados según usuarios de un consultorio y postas de salud. Concepción Chile. *Ciencia y Enfermería*. 2006; 12(1): 39-51.
- 34.- Mancini R, Uribe R, Sepúlveda E, Robles, M. Imagen de los médicos. *Revista Vida Médica*. 1992; 44: 16-22.
- 35.- Burgos M, Paravic T. Percepción de la violencia en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. *Ciencia y Enfermería*. 2003; 9(2): 29-42.
36. - Moris I, Riveros N. Pucheu, J. Percepción de los usuarios que ingresan al servicio de cirugía del hospital Herminda Martín de Chillán. *Revista Horizonte de Enfermería*. 1996; 7(1): 36-42.
- 37.- Chauí M. Participando do debate sobre mulher e violência. En: *Perspectivas Antropológicas da Mulher*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores; 1985. p. 25-62.

- 38.- Foucault M. O sujeito e o poder. En: Uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995. p. 231-49.
- 39.- Arendt H. Sobre a violência. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2009.
- 40.- Starr P. Orígenes sociales de la soberanía profesional. En: La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América. México DF: Biblioteca de la Salud/Secretaría de Salud; 1990, p. 17-44.
- 41.- Schraiber L. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Editora Hucitec; 2008
- 42.- Castro R, Villanueva L. Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica. Estudios Sociológicos. 2018; 36(108): 539-569.
- 43.- Galtung J, Høivik T. Structural and Direct Violence: A Note on Operationalization. Journal of Peace Research, 1971; 8(1), 73-76
- 44.- Luna-García J, Urrego-Mendoza Z, Gutiérrez-Robayo M. Violencia en el trabajo del sector público de la salud: una visión desde la perspectiva de las personas trabajadoras. Bogotá, Colombia. 2011-2012. Rev. Fac. Med. 2015; 63(3): 407-17.
- 45.- OIT/CIE/OMS/ISP. Ginebra: Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: Programa conjunto OIT/CIE/OMS/ISP sobre La violencia laboral en el sector de la salud; 2002 [citado 2020 Mar 1] Disponible en : [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--ed\\_dialogue/---sector/documents/publication/wcms\\_160911.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160911.pdf)
- 46.- Cantera L, Cervantes G, Blanch J. Violencia ocupacional: El caso de los profesionales sanitarios. Papeles del Psicólogo. 2008; 29 (1): 49-58.
- 47.- Lourau R. El análisis institucional. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1975, p. 280.
- 48.- Roth D, André-Noël. Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Ediciones Aurora. 2012, p 27.