

II Plan Director en Prevención de Riesgos Laborales
de la Comunidad de Madrid (2004-2007)

la violencia en el sector sanitario

violencias visibles e invisibles que someten a las personas en torno al acto sanitario

II Plan Director en Prevención de Riesgos Laborales
de la Comunidad de Madrid (2004-2007)

la violencia en el sector sanitario

violencias visibles e invisibles que someten a las personas en torno al acto sanitario

II Plan Director en Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid (2004-2007)

La violencia en el sector sanitario

Violencias visibles e invisibles que someten a las personas en torno al acto sanitario

Primera edición: Noviembre 2006

Promueve: Comisiones Obreras de Madrid

Dirige: Secretaría de Salud Laboral de Comisiones Obreras de Madrid

Elabora: Carmen Yela Yela. *Secretaria de Salud Laboral de la Federación de Sanidad de CC.OO. de Madrid*

Colaboran: Manuel Luna Lozano, Arturo Ruiz Zaragoza, Lucía Potenciano Mingo.

Técnicos de Prevención de Riesgos Laborales CC.OO.

ISBN: 84-9721-208-8

DL: M-49623-2006

Realización e impresión:



Oficina comercial:

c/ Sebastián Herrera 14, 1ª planta. 28012 Madrid

Tel: 91 527 54 98/91 536 53 32

unigraficas@unigraficas.es

www.unigraficas.es

**A los delegados de prevención
de CC.OO.**

Nuestro agradecimiento a todos
aquellos que generosamente han
participado en los grupos de
trabajo y en el seminario.

la violencia en el sector sanitario

Presentación	7
Prólogo	9
Introducción: Violencia en general	11
Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud	13
Supuestos Teóricos	17
Violencia en el lugar de trabajo	21
Violencia en el Sector Sanitario de la Comunidad de Madrid	25
Violencia como factor de riesgo psicosocial	29
Estrés	29
Burnout	40
Acoso Psicológico, moral, psicoterror, mobbing, acoso institucional	45
Objetivos del trabajo y metodología	55
· Grupos de discusión	56
- Grupos de Delegados de Prevención	57
Grupo primero sobre violencia ciudadana	58
Grupo segundo sobre violencia ciudadana	63
Grupo primero sobre violencia institucional	68
Grupo segundo sobre violencia institucional	72
Grupo final: Análisis grupos anteriores	78
Propuestas de actuación de los Delegados de Prevención ante las diferentes violencias que se producen en el sector sanitario	85
- Grupos de los ciudadanos	91
Grupo primero de ciudadanos	93
Grupo segundo de ciudadanos	97
Análisis del discurso de los grupos	101
· Seminario sobre "Violencia en el sector sanitario"	107
Introducción	107
· Carmen Mancheño Potenciano. Presidenta de mesa	107
· Gabriel Sánchez. Subdirector de Relaciones Laborales de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid	108
· Arturo Ruiz. Técnico en Prevención de Riesgos	

la violencia en el sector sanitario

Laborales de la Secretaría de Salud Laboral de la USMR de CC.OO.	115
• Manuel Luna. Técnico en Prevención de Riesgos Laborales de la Secretaría de Salud Laboral de la USMR de CC.OO.	126
• Jorge López de Ávila. Servicio de Medicina del Trabajo, Ergonomía y Psicología Aplicada del Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo	140
• Antonia Bernat Jiménez. Técnica en Riesgos Psicosociales del Servicio de Prevención del Hospital Clínico de Madrid	149
Debate-Coloquio	156
Mesa redonda: Diferentes perspectivas sobre la violencia	
• "Relación profesional sanitario-paciente. Una relación en crisis". Carmen Yela. Psicóloga Social. Secretaria de Salud Laboral de la Federación de Sanidad de CC.OO. de Madrid	175
• "La violencia hacia los sanitarios. Una patología social creciente". Javier González Medel. Médico de familia. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid	184
• "Violencias: profesionales entre fuegos". Yolanda Espino Jiménez. Psicóloga Clínica. Hospital de Día del Instituto Psiquiátrico José Germain	189
• "Algunos aspectos emergentes de la violencia en el ámbito laboral". Adrián Buzzaqui Echevarrieta. Psicoanalista, Sociólogo. Profesor en la Universidad de Alicante	195
Conclusiones	215
Notas	221
Anexo	225

la violencia en el sector sanitario

PRESENTACIÓN

CC.OO. es parte firmante con la Comunidad de Madrid, la organización empresarial CEIM, y UGT del II Plan Director en Prevención de Riesgos Laborales, el cual quiere seguir aunando el compromiso de administraciones, empresarios y sindicatos para combatir de manera activa la siniestralidad, fomentando la cultura de la prevención de riesgos, integrando ésta en los sistemas de gestión de las empresas y mejorando el control del cumplimiento de la normativa de prevención en las mismas.

Para alcanzar este objetivo fija tres grandes líneas estratégicas. La primera persigue promover un enfoque global del bienestar en el trabajo, en sus dimensiones física, moral y social; la segunda, difundir e implantar la cultura de la prevención, y la tercera, promover la corresponsabilidad de los interlocutores sociales, institucionales y de la sociedad civil en la prevención.

Dentro de las actuaciones emprendidas por CC.OO. de Madrid en el marco del II Plan Director os presentamos este trabajo que pretende aportar su contribución al logro de unas mejores condiciones de seguridad y salud en el trabajo en el ámbito de la sanidad en nuestra Comunidad.

Carmelo Plaza Baonza

Secretario de Salud Laboral de CC.OO. de Madrid



la violencia en el sector sanitario



violencias visibles e invisibles que someten a las personas en torno al acto sanitario

la violencia en el sector sanitario

PRÓLOGO

Cualquier organización sindical que se precie de serlo tiene como objetivo fundamental de su actividad la defensa de los derechos laborales de los trabajadores a los que representa, o pretende representar. CC.OO. también tiene ese objetivo, pero, y entre otros aspectos, nos diferenciamos en que para nuestra organización **la salud laboral es un derecho fundamental y prioritario** de y para los trabajadores de nuestro país, indistintamente del sector en el que realicen su actividad.

Vemos, casi a diario, cómo los trabajadores españoles sufren accidentes laborales, en muchos casos graves con consecuencia de muerte, en sectores como la construcción, el transporte por carretera, etc., pero pocas veces aparecen noticias sobre accidentes laborales en el sector sanitario.

Esta situación provoca que en nuestra sociedad se haya instalado la percepción de que el sector sanitario es un sector seguro para la realización de la actividad por los trabajadores y donde la siniestralidad laboral no existe. Nada más lejos de la realidad. Si bien es cierto que es un ámbito en el que afortunadamente los accidentes laborales no suelen ocasionar la muerte, no lo es menos que la sanidad es un ámbito con un alto índice de siniestralidad laboral.

Existen riesgos de accidentes por manipulación de productos químicos, biológicos, radiactivos, etc., aunque el mayor porcentaje de siniestralidad en el sector sanitario es causado por la violencia, tanto física como psicológica, hacia los trabajadores, producida por diferentes factores que finalmente interactúan entre sí.

La violencia física hacia los profesionales del sector sanitario es un fenómeno que ha ido instalándose y aumentado de forma alarmante en los últimos años y por diversos motivos. En primer lugar reseñar que estamos inmersos en una sociedad, no sólo más violenta, sino que alienta, potencia y retroalimenta esa propia violencia. La masificación de la sanidad, los tiempos de espera en los centros sanitarios unidos a los niveles de preocupación y de ansiedad con que los ciudadanos acuden a estos centros generan situaciones muy pro-



la violencia en el sector sanitario

picias que generan episodios de violencia, en muchos casos de extrema gravedad con utilización de armas blancas e incluso de fuego. Existe en el sector sanitario otro tipo de violencia como es la psicológica y que se presenta de diversas formas: estrés, burnout o síndrome del quemado y el mobbing o acoso laboral. También son muchas y variadas las causas que provocan este tipo de violencia: mala organización del trabajo, falta de participación en la toma de decisiones, excesivas cargas de trabajo, listas de espera, desmotivación, competitividad mal entendida, etc.

Este libro pretende ser un instrumento que permita a los profesionales conocer las causas que generan esta violencia, poder detectarlas y prevenirlas y sobre todo que les ayude a saber cómo actuar en cada caso.

Desde CC.OO. persistiremos en la exigencia del cumplimiento de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y bajo su cobertura seguiremos trabajando en la prevención de esta lacra que es la violencia en el sector sanitario y continuaremos haciendo propuestas que permitan en un futuro no muy lejano su erradicación definitiva.

Pretendemos una mayor implicación de las Administraciones y de la sociedad en general porque nos negamos a que la violencia en el sector sanitario sea considerada como una servidumbre de la actividad asistencial.

Nuestro agradecimiento a todas las personas que han trabajado de forma desinteresada en la elaboración y edición de este documento y que han puesto lo mejor de su experiencia con el ánimo de construir una herramienta útil para los profesionales del sector sanitario.

Finalmente, mostrar todo nuestro apoyo y brindar nuestra asistencia a todas las personas que han sido víctimas de la violencia en el sector sociosanitario en cualquiera de sus formas.

Manuel Rodríguez Núñez. Secretario General de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CC.OO. Madrid.

la violencia en el sector sanitario

INTRODUCCIÓN

VIOLENCIA EN GENERAL

La violencia es una constante que está presente a lo largo de la historia en las relaciones entre los individuos, grupos, naciones o pueblos.

En la historia del pensamiento existen tres posturas ante la posibilidad de erradicar o no la violencia del hombre: la primera se basa en que el hombre es por naturaleza malo, guerrero y destructor; en el extremo opuesto estarían los que creían que el hombre es naturalmente bueno (desde Rousseau, hasta los anarquistas puros), y la tercera, sería la que pensaba que la guerra era un dato positivo en sí mismo (Nietzsche) o creador (Sorel). En Kant se da una síntesis de las dos teorías.

La violencia es un concepto oscuro¹ que tiene tanto defensores como detractores y que se puede clasificar de diversas formas: violencia ofensiva y defensiva, necesaria y gratuita, revolucionaria y reaccionaria, etc.

La cuestión es que no existe una definición de violencia y agresión generalmente aceptada por todos los autores.

Tal es el grado y la diversidad de acciones catalogadas de violentas que en la actualidad es pertinente hablar de violencias que se expresan de diversas maneras.

La violencia trata de doblegar o desarticular la voluntad del otro, restarle autonomía, eliminarle, desposeerle. Se revela como signo de impotencia, de insensibilidad, de decadencia de la vida e intolerancia; se produce en todos los estratos sociales y en todas las edades.

Se presenta como una relación social caracterizada por la agresión contra la integridad física, psicológica, simbólica o cultural de individuos o grupos sociales. En su accionar rompe con las normas jurídicas, destruye la cohesión social y perturba el desarrollo normal de las actividades económicas, sociales y políticas de una determinada sociedad.

la violencia en el sector sanitario

Existe un debate importante sobre los tipos de violencia². Así podemos distinguir:

- Violencia estructural, identificada como el contexto económico, social y político que brinda las posibilidades concretas para la realización de acciones violentas, generalmente asociada a índices elevados de pobreza, marginación y un sistema político democrático deficitario que limita el desarrollo de la vida de las personas con dignidad y sus derechos humanos.
- Violencia institucional, una especie de violencia estructural aceptada por los individuos, por hallarse encarnada en las instituciones y tener consideración aceptable en los distintos ámbitos de la sociedad. Las violencias que se desarrollan en la sociedad pueden ser catalogadas de la siguiente forma³:
 - Violencias políticas: suelen estar asociadas a regímenes autoritarios que restringen la legitimidad, la representación y la participación de la población o a segmentos de la sociedad que buscan modificar, sustituir o alterar el orden institucional vigente.
 - Violencias económicas: se desprenden de la aplicación de modelos económicos que concentran la riqueza y excluyen a la mayoría de la población de ella, también de los mercados ilegales donde se trafica y comercia con todo tipo de mercancías.
 - Violencias intrafamiliares, que se manifiestan por las condiciones culturales, las relaciones asimétricas de poder y de decisión.
 - Violencias sociales, que dan cuenta de la descomposición de los niveles mínimos de convivencia ciudadana y que se expresan en la pérdida de valores que cohesionan a la sociedad en distintos ámbitos cotidianos. La corrupción en distintos grados, el acoso sexual, la segregación, la discriminación y el racismo son un tipo de violencia que merman la capacidad de desenvolvimiento de los individuos en el colectivo.

Resumiendo, existen diversas violencias con distintos actores, diversas formas y móviles variados; el origen es multicausal y, por estos motivos, su enfoque tiene que ser integral.

la violencia en el sector sanitario

INFORME MUNDIAL SOBRE LA VIOLENCIA Y LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud en el año 2002 emitió el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud⁴ en el que participaron más de 160 expertos del mundo entero. La finalidad era hacer un llamamiento para que la salud pública desempeñara un papel más amplio y aglutinador en la lucha contra la violencia.

Una de las razones por las que apenas se ha considerado la violencia como una cuestión de salud pública es la falta de una definición clara del problema. La noción de lo que son comportamientos aceptables, o de lo que constituye un daño, está influida por la cultura y sometida a una continua revisión a medida que van evolucionando los valores y las normas sociales.

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

Cada año más de 1,6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida violentamente y muchas más resultan heridas y sufren una diversidad de problemas físicos, mentales y económicos.

Las consecuencias de la violencia en el trabajo van a ser desastrosas para la mayoría de los individuos. No afecta por igual a todas las personas, dependerá de sus capacidades, habilidades y recursos de afrontamiento, del tipo y grado de violencia y de los apoyos sociales que tenga la víctima. Pueden experimentar lesiones físicas y efectos psicológicos que suelen ser más graves que los traumatismos; son difíciles de determinar (a veces los efectos no son inmediatos sino a largo plazo) y pueden llegar hasta el suicidio. Además, va a afectar al medio familiar, social y laboral (disminución de la calidad asistencial, rendimiento...). Según la OIT los costes directos e indirectos atribuibles a la violencia en el trabajo son muy elevados⁵.

la violencia en el sector sanitario

La OMS distingue entre a): violencia interpersonal, que sería la producida por un individuo o un pequeño grupo de individuos y comprendería la violencia juvenil, de pareja, la producida en las escuelas, en los lugares de trabajo, etc; b): suicidio y violencia autoinflingida, resaltando que hay acontecimientos o circunstancias estresantes que pueden aumentar el riesgo de que las personas atenten contra sí mismas, y c): violencia colectiva, conflictos armados, terrorismo, crimen organizado, violaciones de los derechos humanos.

Entre los factores que entrañan un riesgo de que estallen conflictos violentos figuran: la ausencia de procesos democráticos y la desigualdad en el acceso al poder, las diferencias en la distribución y en el acceso a los recursos y los rápidos cambios demográficos que desbordan la capacidad del Estado para ofrecer servicios esenciales y oportunidades de trabajo.

El informe señala un desequilibrio en la orientación de los programas; se concede menos interés a las estrategias basadas en la comunidad y en la sociedad que a los programas centrados en los problemas individuales y relacionales.

También dice que las autoridades tienden a actuar sólo después de que se hayan producido actos violentos.

La naturaleza polifacética de la violencia exige el compromiso de los gobiernos y las partes interesadas a todos los niveles de la toma de decisiones: local, nacional e internacional.

Recomienda:

- 1) Crear, aplicar y supervisar un plan nacional de acción para prevenir la violencia.
- 2) Aumentar la capacidad de recolectar datos sobre la violencia
- 3) Apoyar la investigación de las causas, las consecuencias, los costos y la prevención de la violencia.
- 4) Promover respuestas de prevención primaria.
- 5) Reforzar las respuestas a las víctimas de la violencia

la violencia en el sector sanitario

- 6) Integrar la prevención de la violencia en las políticas sociales y educativas y promover así la igualdad social entre los sexos
- 7) Incrementar la colaboración y el intercambio de información sobre la prevención de la violencia.
- 8) Promover y supervisar el cumplimiento de los tratados internacionales y la legislación y otros mecanismos de protección de los derechos humanos.
- 9) Buscar respuestas prácticas y consensuadas a nivel internacional al tráfico mundial de drogas y armas.



la violencia en el sector sanitario



la violencia en el sector sanitario

SUPUESTOS TEÓRICOS

Por violencia entendemos un tipo de relación social basada en una forma especial de interacción que se denomina agresión.

Es un mecanismo clave de nuestra civilización. Cualquier pueblo posee un increíble potencial de violencia individual y colectiva. Podríamos decir que todos, en mayor o menor grado, somos violentos y que en determinadas circunstancias cualquiera de nosotros difícilmente podría eludir la tentación de ejercer soluciones violentas.

Este fenómeno ha sido estudiado desde distintas disciplinas: la sociología, la antropología, la psicología y la psicología social, la medicina, la filosofía, el derecho...

Especialmente nos hemos centrado en la psicología social, que define la agresión como una conducta dirigida contra otro ser vivo con la intención de dañarle (Berkowitz, 1962)⁶.

La intencionalidad implica la existencia de ciertas expectativas que definen objetivos; el hacer daño a la víctima puede ser un fin en sí mismo o, en la mayor parte de los casos, un medio para un fin. Cuando la agresión es un fin en sí mismo suele denominarse agresión afectiva (actos agresivos basados en los afectos) y agresión instrumental cuando es un medio para conseguir otros fines materiales o simbólicos.

También debemos tener en cuenta que la agresión no sólo implica daño físico sino que puede producirse de forma simbólica; que el daño se puede provocar por comisión (agresión activa) y por omisión (agresión pasiva); que se puede hacer daño a alguien en su presencia (agresión directa) o a distancia, se puede inducir una agresión directa por parte de terceros o atacando a personas u objetos relacionados con la víctima (agresión indirecta).

La intención no es un fenómeno que podemos observar directamente en los demás, esto supone una dificultad muy importante a la hora de asignar responsabilidades que se basan en una atribución de intención.

En la investigación psicológica sobre la agresión hay varias posturas básicas y de gran influencia. La primera de ellas considera

la violencia en el sector sanitario

la agresión como una forma de conducta gobernada por instintos o impulsos innatos que la especie humana comparte con otras especies animales y que dan lugar a la conducta agresiva. Dentro de esta perspectiva se sitúan el enfoque psicoanalítico (pulsión de muerte) y el enfoque etológico (K. Lorenz). Una segunda perspectiva, la del aprendizaje social, ve la agresión como una forma de conducta que, al igual que otras, se adquiere a través de la experiencia individual e incorpora elementos ambientales y culturales (Bandura). Una tercera perspectiva integra los conceptos de impulso y aprendizaje: la hipótesis de la frustración-agresión. Se plantea que el impulso agresivo es inducido por la frustración cuando la obtención de metas se bloquea por alguna causa⁷.

Los interaccionistas parten de la distinción entre agresividad y violencia; para ellos la primera es instintiva, mientras que la violencia es siempre un producto de la interacción de la cultura y la biología; consideran que lo innato es modificable culturalmente.

Según José Sanmartín⁸ en nuestra biología hay una serie de factores que nos hacen agresivos. La comunidad científica, dice, está de acuerdo hoy en día en que en nuestro cerebro cantidades bajas de serotonina correlacionan con conductas agresivas y que una baja actividad de la corteza orbitofrontal o una alta actividad de la amígdala en ocasiones se acompañan de conductas altamente agresivas.

La biología no basta para explicar la violencia. La agresividad existe porque incrementa nuestra capacidad de sobrevivir. Si no fuera así, la selección natural la habría sacado de escena hace tiempo.

Es la cultura la que convierte la agresividad en violencia; no hay violencia si no hay intencionalidad.

Resumiendo, esta corriente considera que la agresividad es inevitable, pero la violencia es perfectamente evitable.

Para Rof Carballo⁹ la violencia es un problema plural, no hay una sola forma de violencia, ni pueden reducirse las múltiples formas de violencia a una sola raíz.

La palabra violencia -como todas las palabras esenciales, amor, libertad etc.- recoge en su seno múltiples significados. Piensa que

la violencia en el sector sanitario

es el signo dominante de nuestra situación histórica. “Los médicos descubrimos con asombro que nuestras consultas van llenándose de nuevos pacientes, con alteraciones en su propia mismidad; la fragmentación de esa viga maestra del ser humano da pie a toda clase de violencias”. También dice que la violencia deriva siempre de dos cosas: un trastorno en la imagen que el hombre se hace o quiere hacerse de su valer de sí mismo (y, por tanto, del aprecio o estima en que los demás le tienen o cree que le tienen) y de su necesidad de dependencia, de lo que Ortega y Gasset¹⁰ llamó “afán de servidumbre” y Hannah Arendt (On Violence) decía: “Deberíamos darnos cuenta de que el instinto de sumisión y un ardiente deseo a obedecer y a ser gobernado por un hombre fuerte es por lo menos algo tan destacado en la psicología humana como la voluntad de poder”.

Según señala el psicoanalista Bleichmar, los diferentes modelos se limitan a adoptar la perspectiva del que recibe la agresión y sus efectos destructivos, sin ahondar en lo que la agresividad significa para el sujeto que la ejerce. Argumenta este autor que “todo tipo de agresividad significa algún sufrimiento para la persona agresiva y que podía ser descrita como una manera de superar ese dolor. La agresividad y la violencia ayudan a suscitar un sentimiento de poder que, en individuos carentes de suficiente autoestima, sustituye a ésta y alivia el dolor de la propia desvalorización. El agresivo es una persona asustada, que no conoce desde dónde le puede venir la amenaza y por eso la espera de todos y de todo”.

la violencia en el sector sanitario



violencias visibles e invisibles que someten a las personas en torno al acto sanitario

la violencia en el sector sanitario

VIOLENCIA EN EL LUGAR DE TRABAJO

Según Marx¹¹, el trabajo es la actividad encaminada a la producción de los medios materiales de vida de las personas, a través de una división social y del metabolismo con la naturaleza. Es una de las dinámicas constitutivas de la condición humana. El trabajo asalariado es la forma que adquiere el trabajo, en los últimos doscientos años, bajo la dominación social del capitalismo. El trabajo asalariado oculta otras formas de trabajo, como el trabajo de cuidados.

Decir que el trabajo, tanto asalariado como de cuidados, están subsumidos, cada uno a su modo, en el movimiento del capital quiere decir que las dimensiones humanas y sociales de las personas trabajadoras quedan subordinadas a las necesidades de la reproducción ampliada del capital. Esto supone que las relaciones laborales, económicas, políticas, afectivas y culturales deben comportarse acordes con la producción de plusvalor. Dicho de otra manera, la dimensión social de la persona debe ser degradada y comprimida para que se exprese como la de un individuo "libre", individualista, trabajador, consumidor y competitivo. La complejidad del ser humano queda reducida en esta representación a su dimensión económica. El resto de atributos y dimensiones humanas, incluidas la material, social o subjetiva de las personas, deben expresarse a través de las formas abstractas que requiere la economía: salarios, patrimonio, rentas, precios. La relación social predominante entre las personas, reducidas a individuos, no puede ser amistosa, deliberativa, sentimental, recíproca y de cooperación, sino que debe ser contable, económica, calculadora, competitiva y rentable. La relación laboral es una relación asimétrica de poder.

Para Marx el trabajo constituye el eje fundamental en la propia producción de la existencia humana. En el trabajo se producen objetos y también, el hombre se produce a sí mismo. Bajo la perspectiva del párrafo anterior describe el trabajo como el "acto de alienación de la actividad humana práctica" y dice que debería ser abolido. La alienación es la amputación de la conciencia de sí, sin la cual la autoactividad genera en trabajo para otro, para el poder dominante.

Para Freud el trabajo constituye un espacio de lo sublimatorio, además de la conservación que procura. Es un fuerte pivote del prin-

la violencia en el sector sanitario

cipio de realidad, desde donde se posibilitara no solo la creación social y cultural, sino también las posibilidades de realización de los anhelos de cada sujeto.

Según la Comisión Europea¹², la violencia laboral está constituida por incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo -incluidos los viajes de ida y vuelta a él- que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud.

Se puede manifestar a través de: a) la fuerza física, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos; b) la fuerza psicológica, que se refiere a comportamientos indeseados, impuestos, repetidos, que al acumularse se convierten en una forma grave de violencia, es el uso deliberado del poder (intimidación, acoso, amenazas...), y c) la fuerza institucional, la que procede de la organización del trabajo y de las relaciones de poder que se establecen.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Internacional de Servicios Públicos (ISP) y el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) "la violencia en el lugar de trabajo no es un problema individual ni aislado¹³. Es un problema estructural y estratégico que tiene sus raíces en factores sociales, económicos, organizacionales y culturales, recomienda atacar el problema en su raíz, implicar a todas las partes interesadas y considerar la dimensión de género de este problema".

Según estas organizaciones "la violencia se ha convertido en un problema mundial que atraviesa las fronteras, los contextos de trabajo y los grupos profesionales", "es una importante fuente de desigualdad, discriminación, estigmatización y conflicto en el trabajo, es un problema de derechos humanos".

La OIT hace hincapié en las dificultades que existen para comparar los índices de violencia registrados en distintos países¹⁴. Las estadísticas oficiales sobre homicidios, agresiones físicas y en particular sexuales, el acoso sexual y la violencia psicológica en el lugar de trabajo suelen ser inadecuadas, en el supuesto de que existan. No se habla de la violencia institucional.

la violencia en el sector sanitario

El informe de la OIT se basa en una encuesta realizada en 1996 por la Unión Europea sobre una muestra de 15.800 entrevistados de 32 países, incluidos los 15 países miembros y que puso de relieve que en el año anterior el 4 por ciento de los trabajadores (6 millones) había sido víctima de actos de violencia física, el 2 por ciento de acoso sexual y el 8 por ciento de intimidación y coacción.

En el sector sanitario se produce la cuarta parte del total de la violencia que tiene lugar en el trabajo (Nordin, H., 1995). En conjunto puede afectar a más de la mitad de los trabajadores. (Di Martino, V., 2002)¹⁵.

El mundo laboral está viviendo cambios muy importantes. La globalización de la economía y de las tecnologías de la información y la comunicación han llevado a las empresas a ser más competitivas, pero no se han globalizado los niveles de desarrollo ni los derechos humanos. Hoy impera en nuestras relaciones laborales el individualismo, la rivalidad, la incomunicación, la incertidumbre, y para obtener más beneficios y ser competitivos han aumentado la productividad, sin tener en cuenta la salud y la seguridad de los trabajadores; sólo se ve al trabajador como ser productivo.

Entre las violencias del mundo laboral están:

La violencia del desempleo

W. Darakjian¹⁶ ha dicho: "El trabajo cumple una función constitutiva determinante en los procesos de subjetivación e identitarios. Los sentimientos de fracaso de los proyectos vividos como personales y de inferioridad cuando se pierde un trabajo (sobre todo en ciertas condiciones: edad, enfermedad, etc.) pueden conducir a estados de parálisis psíquica, de empobrecimiento mental progresivo, de incapacidad de imaginar y de inhibición de la creatividad".

La violencia de la precariedad

M^a del R. Arregui¹⁷ ha estudiado los efectos globales de la precarización en la vida entera de las clases trabajadoras y especialmente en su capacidad de interpretar la realidad e idear un proyecto de futuro a medio y largo plazo:

la violencia en el sector sanitario

“El fin del contrato regular es también el del tiempo de la previsibilidad del trabajo, de destinos certeros y de enraizamientos geográficos que habilitan compromisos a largo plazo y la asunción del riesgo en función de un porvenir posible. Hoy el destino es de incertidumbre, configurando un gran interrogante para todos y cada uno de los trabajadores, y el compromiso en la lucha, una apuesta en el vacío, porque la lucha por el futuro implica la certidumbre de que el futuro existe. Las nuevas relaciones laborales han dado surgimiento a un tipo de trabajador caracterizado por una “mentalidad precarizada”, porque el oficio que se ocupa tal vez dure solo un año, algo menos o un poco más, el trabajador reconstruye simbólicamente esquemas de acción fragmentados.”

Los empleados temporales están más expuestos a todos los riesgos visibles e invisibles, tienen menos control sobre su trabajo, peor acceso a la formación, mayor inseguridad y son más vulnerables y más reacios a denunciar conductas abusivas.

la violencia en el sector sanitario

VIOLENCIA EN EL SECTOR SANITARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

La violencia en el trabajo se ha convertido en un problema mundial, afecta a todos los sectores y a todas las categorías de trabajadores, especialmente a los trabajadores de la salud. El 25 por ciento de los incidentes violentos en el trabajo se registran en este sector, se refieren a casos de violencia física. En nuestro país no se dispone de información precisa, muchos actos no se denuncian, durante mucho tiempo ha sido una cuestión olvidada y se ha subestimado la violencia psicológica y la institucional.

Algunas características del sector sanitario

En la Comunidad de Madrid el sector sanitario, mayoritariamente femenino, constituye un segmento importante de la población activa, aproximadamente unos 100.000 trabajadores, 70.000 en el sector público y el resto en el privado, y realizan una gran variedad de funciones científicas, técnicas y psicológicas en diferentes ámbitos. La actividad del sector se centra principalmente en el diagnóstico, tratamiento y el cuidado de los enfermos.

Los trabajadores están sometidos a diferentes riesgos laborales: biológicos, físicos, químicos, ergonómicos y psicosociales.

En el sector de la salud la violencia está tan generalizada que a menudo se considera parte del puesto de trabajo.

A las mujeres y a los hombres les afecta de manera diferente la violencia laboral y ellas están especialmente expuestas a determinados tipos de violencia, como las agresiones sexuales. En este sector está empleado un gran número de mujeres, lo que hace que sean o se las perciba como un objetivo vulnerable.

Todas las instituciones de salud están expuestas a la violencia laboral¹⁸ unas corriendo riesgos mayores que otras, por lo que hay que prestar una mayor atención a las instituciones que:

la violencia en el sector sanitario

- funcionan con una cultura de tolerancia o de aceptación de la violencia
- trabajan con un estilo de dirección basado en la intimidación
- presentan deficientes comunicaciones y relaciones interpersonales
- están dotadas de personal escaso
- trabajan con recursos insuficientes y con equipos inadecuados

Todas las profesiones del sector corren riesgos de sufrir violencia laboral¹⁹; las más expuestas son las enfermeras, el personal de las ambulancias, médicos y personal auxiliar.

Existen situaciones de riesgos especiales a tener en cuenta: los que trabajan solos, en contacto con el público, con objetos de valor, los que trabajan con personas necesitadas, en un entorno abierto a la violencia (servicios de urgencia), y los que trabajan en condiciones de especial vulnerabilidad (empleo precario).

26

Las consecuencias negativas de la violencia generalizada repercuten fuertemente en la prestación de los servicios de atención de salud, pueden deteriorar la calidad de los cuidados dispensados y contribuir a las decisiones de los trabajadores de abandonar las profesiones de atención de salud. Afectan gravemente a la salud de los trabajadores y aumentan los costos de salud.

Queremos señalar que han pasado 10 años de la publicación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) 31/1995 y tenemos dificultades muy importantes para aplicarla en este sector; pensamos que choca con el modelo imperante de salud que es un modelo diferente.

Nuestro modelo de salud es: organicista, intenta curar el órgano enfermo pero no proporciona una atención integral a la persona; esencialmente curativo, dejando en un segundo plano la prevención de la enfermedad y la promoción y educación de la salud, y es un modelo individualista, que trata aisladamente a la persona.

La LPRL, como su propio nombre indica, se refiere a la prevención, busca las causas de las enfermedades y de los accidentes para evi-

la violencia en el sector sanitario

tarlas, tiene en cuenta los aspectos psicosociales y es una ley social, que considera que el medio (laboral) es el que principalmente produce salud o enfermedad.

En la Comunidad de Madrid los centros sanitarios se caracterizan por un deficiente conocimiento y escaso control de los riesgos laborales, las evaluaciones de riesgos no están actualizadas, son incompletas o no están hechas, como consecuencia de lo anterior, no hay una planificación de la prevención, la vigilancia de la salud no se realiza según los riesgos. Por todo ello podemos decir que la prevención de riesgos en el sector sanitario está muy atrasada y que existe un incumplimiento permanente de la misma.

Hay que resaltar los problemas de origen psicosocial en el sector sanitario por la frecuencia y la incidencia con la que se presentan y por las graves repercusiones sobre la salud y el bienestar de los trabajadores.



la violencia en el sector sanitario



la violencia en el sector sanitario

VIOLENCIA COMO FACTOR DE RIESGO PSI-COSOCIAL

Según la Nota Técnica de Prevención 489-1998, la violencia es uno de los factores de riesgo psicosocial, que son aquellas características de las condiciones de trabajo, de su organización y de las relaciones sociales que se establecen en el trabajo, que pueden afectar a la salud de las personas a través de mecanismos físicos, psicológicos y sociales, y por tanto hay que tratarla según la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

La relación entre la organización del trabajo, los factores psicosociales y la salud no parece tan evidente como la que existe entre otros factores de riesgo (el ruido, por ejemplo) y la salud. Los efectos de la organización del trabajo son más intangibles e inespecíficos, y se manifiestan a través de diversos mecanismos emocionales (sentimientos de ansiedad, depresión, alienación, apatía, etc.), cognitivos (restricción de la percepción, de la habilidad para la concentración, la creatividad o la toma de decisiones, etc.), conductuales (abuso de alcohol, tabaco, drogas, violencia, asunción de riesgos innecesarios, etc.) y fisiológicos (reacciones neuroendocrinas).

Son procesos estrechamente relacionados entre sí que tienen su base en la interacción entre las oportunidades, sucesos y demandas ambientales de la organización y las necesidades, habilidades y expectativas individuales y la historia del individuo.

Estos mecanismos van a ser precursores de enfermedades, dependiendo de la intensidad, de la frecuencia, de la duración y de la ausencia de apoyos y otras relaciones.

Estrés

El estrés laboral no está definido desde un punto de vista jurídico, por lo que sin duda alguna la mejor arma para combatirlo sigue siendo la prevención de los riesgos psicosociales, fundamentalmente en lo relativo a todos los aspectos vinculados con la organización del trabajo como elementos causantes de su aparición.

la violencia en el sector sanitario

La raíz etimológica de la palabra estrés nos remite al griego antiguo porque ya se usaba en aquella época. En el siglo XIV se entendía como tensión. En 1936 Selye define el estrés como una "reacción del organismo frente a las demandas del medio", habla de las modificaciones orgánicas para adaptarse.

Existen muchas definiciones. Para el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo el estrés es la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un sujeto que busca adaptarse y reajustarse a presiones tanto internas como externas.

"El estrés en el trabajo es un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación".

Otra definición: "Ajuste inadecuado entre la persona y el entorno, en este caso laboral, y hace referencia tanto a las demandas de la realidad laboral que deben ser satisfechas por el individuo como a las demandas del individuo que deben ser satisfechas por la realidad laboral".

Para evitar la aparición del estrés en la organización del trabajo hemos de tener en cuenta cuatro elementos que concurren en el desarrollo de este problema: 1) La presencia de acontecimientos, demandas o condiciones de trabajo; estas demandas deben hacerse en función de las capacidades del trabajador. 2) La percepción de esos acontecimientos como amenazantes por parte del trabajador; la empresa deberá dar información clara y concisa sobre el rol, responsabilidades, objetivos, métodos... 3) Las dificultades del trabajador para afrontar o responder a esas demandas; habrá que dotar al trabajador de habilidades y estrategias para afrontar los acontecimientos, y 4) Las respuestas fisiológicas o emocionales inadecuadas que se desencadenan en el trabajador en la situación de estrés.

Mingote considera que existe el estrés como fenómeno general que promueve la adaptación al medio y el desarrollo y fenómenos de estrés patológico que desbordan las estrategias de afrontamiento del individuo y dan lugar a diferentes síntomas.

la violencia en el sector sanitario

Las conductas que el individuo adopta para manejar y enfrentar el estrés patológico, unas van dirigidas a controlar las situaciones externas, buscando su eliminación o modificación y otras son estrategias dirigidas a controlar las respuestas emocionales asociadas a la situación de estrés. Tienen un carácter defensivo, eminentemente psicológico, y son:

- Conductas adaptativas: intentan anular la amenaza y restablecer el equilibrio del individuo.
- Conductas de lucha y huida mediante el aumento de activación fisiológica, produciendo diferentes sintomatologías.
- Conductas sustitutivas: disminuyen la activación fisiológica pero no afrontan el problema (sueño, comida, drogas).
- Conductas de inhibición. No hay respuesta.

Cada individuo va a tener unos recursos de afrontamiento y un nivel de resistencia; es decir, existe una dosis óptima de estrés.

El estrés patológico es producto del fracaso del individuo en su intento de buscar un ajuste a la realidad, de tener un mínimo de control sobre sí mismo, sobre el entorno y sobre su futuro inmediato.

Los responsables de la aparición del estrés son los denominados estresores, que generan una reacción de estrés en el trabajador.

Algunos estresores:

- Medio ambiente de trabajo: condiciones físicas inadecuadas, falta de espacio, ruido, temperatura...
- Ambiente laboral conflictivo, trabajo no solidario, menosprecio del trabajador.
 - Desempeño profesional: trabajo de alto grado de dificultad, con gran demanda de atención, actividades de gran responsabilidad, creatividad e iniciativa restringida, exigencias de decisiones complejas, cambios tecnológicos.
 - Dirección: liderazgo inadecuado, mala utilización de las demandas del trabajador, mala delegación de responsabilidades, rela-

la violencia en el sector sanitario

ciones laborales ambivalentes, manipulación o coacción del trabajador, falta de capacitación del personal, carencia de reconocimiento, ausencia de incentivos, remuneración no equitativa, promociones laborales aleatorias.

- Organización y funciones: atribuciones ambiguas, desinformación y rumores, conflictos de autoridad, trabajo burocrático, supervisión punitiva.

- Tareas y actividades: cargas de trabajo excesivas, autonomía laboral deficiente, ritmo rápido de trabajo, exigencias excesivas de desempeño.

- Jornada laboral: rotación de turnos, jornada de trabajo excesiva, nocturnidad.

- Conflicto de rol: cuando las demandas del puesto de trabajo son contradictorias.

- Ambigüedad de rol: no sabe el papel que tiene que cumplir en la organización.

- Falta de recompensas o compensaciones en el trabajo.

- Falta de participación,

- Recursos escasos o inadecuados, ...

- Inestabilidad de la empresa, si no hay organizaciones sindicales, inseguridad en el empleo...

- Las relaciones en el trabajo (apoyo social) pueden disminuir el estrés o amortiguarlo o ser fuente de estrés.

La violencia en el lugar de trabajo produce estrés y el estrés produce violencia.

Según datos de la Agencia Europea²⁰, padecen estrés el 28 por ciento de los trabajadores de la UE, está en el origen del 50 por ciento de todas las bajas laborales y de la cuarta parte de las bajas de más de dos semanas de duración.

El estrés cuesta al año 20.000 millones de euros.

la violencia en el sector sanitario

Consecuencias para los trabajadores

Los trastornos asociados al estrés laboral incluyen un amplio abanico y van desde los situados en la esfera psicosocial a corto plazo (ansiedad, depresión, trastornos psicosomáticos) hasta los de la esfera biológica a más largo plazo (infartos, úlceras de estómago o dolor de espalda). Se ha sugerido que el estrés podría afectar todas las condiciones de salud física y mental, siendo los trastornos más susceptibles aquellos que afectarían a los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, inmunitario, endocrinológico y muscular, además de la salud mental.

El estrés activa una alarma en el cerebro y éste responde preparando al organismo para emprender acciones defensivas. Desde un punto de vista fisiológico, el estrés incrementa la producción de las dos hormonas necesarias para la actividad física, la adrenalina y el cortisol, elevando el ritmo cardiaco, la presión arterial y el metabolismo. Esta respuesta, denominada a veces de "atacar o huir", está preprogramada biológicamente. La reacción ayuda al individuo a defenderse en situaciones de peligro y es parecida en todas las personas.

Los episodios de estrés poco frecuentes o de corta duración no representan un riesgo importante. Sin embargo, cuando las situaciones estresantes siguen sin resolverse durante mucho tiempo, el organismo se mantiene en un estado de activación constante que aumenta su ritmo de deterioro. Por último cuando el sistema inmunitario del organismo se ve seriamente comprometido, sobreviene la fatiga y se producen lesiones. En consecuencia aumenta el riesgo de aparición de traumatismos y enfermedades.

Las enfermedades gástricas, las cefaleas, las alteraciones del sueño y del estado de ánimo, la depresión y las relaciones perturbadoras con la familia, los amigos y/o los compañeros de trabajo están entre los primeros síntomas de estrés.

Al mismo tiempo, el trabajador puede volverse vulnerable a las enfermedades infecciosas. También se presentan los característicos "comportamientos evasivos", cuando las personas sometidas a un estrés constante optan por tomar algún tipo de comprimidos (analgésicos, somníferos u otros medicamentos que en algunos casos pue-

la violencia en el sector sanitario

den llegar a ser muy peligrosos si se usan sin prescripción médica), fumar, tomar alcohol o ingerir drogas. Las personas pueden habituarse a consumir estas sustancias dado su poder adictivo, y si nos las tienen a su alcance aumenta su estado de ansiedad y, con ello, el grado de estrés.

Aumenta también la preocupación por la interferencia de las condiciones laborales estresantes en las prácticas de seguridad en el trabajo, factor que sin duda algo tiene que ver con los 250 millones de accidentes laborales que según estimaciones recientes se registran cada año en el mundo.

No hay que olvidar que algunos autores subrayan que junto con toda esta diversidad de trastornos hay que empezar a preocuparse por el suicidio de origen laboral. Parece ser que hay indicios de que algún porcentaje aún no determinado de suicidios está relacionado con casos de acoso psicológico en el trabajo.

Por otro lado, existen datos indicativos de que el estrés laboral prolongado está asociado a diferentes tipos de afecciones crónicas. Entre ellas cabe destacar:

- **Enfermedades cardiovasculares:** hay estudios suficientes que demuestran que los trabajos con altas exigencias psicológicas y que apenas permiten a los trabajadores tener algún control sobre el proceso de trabajo, así como la inseguridad laboral prolongada, aumentan el riesgo de enfermedades cardiovasculares, en especial de hipertensión arterial.

Se han desarrollado investigaciones en distintos países y colectivos profesionales. Algunas de las conclusiones a las que se ha llegado a partir de los resultados sobre la relación entre exposición a estresores laborales y enfermedades cardiovasculares son:

- Los trabajadores con bajo control, bajo apoyo social y altas demandas, comparados con los que disfrutaban de alto control, alto apoyo y bajas demandas tienen mayor riesgo relativo de prevalencia de enfermedades cardiovasculares, mayor progresión de riesgo de muerte cardiovascular, experimentan síntomas antes y tienden a desarrollar primero la enfermedad cardiovascular.

la violencia en el sector sanitario

- La alta tensión parece ser un predictor más potente de riesgo de enfermedad cardiovascular en trabajadores manuales y en trabajadores de sexo masculino.
- El bajo apoyo social incrementa el riesgo, cuando ya se está en situación de alta tensión.

El control es la dimensión que más afecta a la salud. El aumento del riesgo debido a falta de control en el trabajo no se produce rápidamente, sino gradualmente en el tiempo.

Los costes humanos que esto supone son significativos. Se calcula que el 16 por ciento de las enfermedades cardiovasculares de los hombres y el 22 por ciento de las mujeres se deben al estrés relacionado con el trabajo²¹.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en el mundo industrializado, por lo que resulta evidente el enorme impacto que sobre la salud de la población en general, y ocupada en particular, tendría cualquier mejora en su prevención. Recientes y razonables estimaciones han situado en 4.354 las muertes por enfermedades cardiovasculares atribuibles a las condiciones de trabajo en 1999 en España²². En su conjunto, se ha estimado que entre el 25 y el 40 por ciento de los casos de enfermedad cardiovascular podrían ser evitados mediante la eliminación de la exposición laboral a la alta tensión, descompensación entre esfuerzo y recompensas, trabajo sedentario, a turnos y exposiciones físicas y químicas nocivas²³.

- Enfermedades musculoesqueléticas²⁴. Existen mecanismos plausibles que apoyan la relación entre el estrés de origen laboral y los trastornos musculoesqueléticos de origen laboral. La exposición a factores de riesgo físicos y psicosociales en el trabajo y sus potenciales efectos interactivos pueden provocar ciertas reacciones biológicas capaces de exacerbar los efectos del esfuerzo físico. Es posible que tales reacciones de estrés limiten las defensas y la capacidad de los sistemas orgánicos encargados de reparar el daño musculoesquelético, por lo cual la recuperación del esfuerzo puede ser más lenta.

Algunos estudios sugieren que los factores psicosociales influyen directamente las exigencias ergonómicas de la tarea a través de cam-

la violencia en el sector sanitario

bios posturales, movimientos y fuerzas ejercidas (por ejemplo, la presión de tiempo puede incrementar el ritmo, los movimientos rápidos y la repetitividad, con altas aceleraciones y posturas deficientes, y como consecuencia, aumento de la tensión y de los síntomas músculo-esqueléticos).

Efectivamente, los aspectos psicosociales negativos acentúan los efectos de los factores de riesgo físicos y contribuyen a que los trastornos musculoesqueléticos tengan una mayor incidencia. La bibliografía actual se centra en los puestos de trabajo en los que se utilizan pantallas de visualización en los centros de llamadas en el sector de la sanidad. Los factores psicosociales contemplados son: una excesiva o una insuficiente demanda de trabajo, realización de tareas complejas, presión debida a los plazos, control bajo de las tareas, bajo nivel de decisión, escaso apoyo de los compañeros, inseguridad y acoso laboral. La exposición combinada a trastornos musculoesqueléticos y a factores de riesgo psicosocial tiene unos efectos más graves sobre la salud de los trabajadores que la exposición a un único factor de riesgo.

36

Por otro lado, los factores psicosociales pueden incrementar los síntomas de estrés. Esto puede implicar aumento del tono muscular, sobrecarga estática de los músculos, que aceleran la aparición de la fatiga física o que conducirían al desarrollo de síntomas musculoesqueléticos; o puede aumentar los síntomas debido a mecanismos fisiológicos específicos.

Las reacciones de estrés de tipo emotivo y de comportamiento pueden aumentar la exposición a los factores de riesgo de trastornos musculoesqueléticos en el lugar de trabajo.

- Trastornos psicológicos. La prevalencia de problemas psíquicos como la depresión está asociada a grados variables de estrés laboral.

En diversos países industrializados se han encontrado evidencias que confirman la hipótesis de la tensión psicológica: mayor riesgo de un pobre bienestar psicológico en trabajos con altas demandas y bajo control, traducido en distintos tipos de efectos (síntomas depresivos, agotamiento o fatiga psicológica, insatisfacción laboral, consumo de píldoras y absentismo).

la violencia en el sector sanitario

Un adecuado apoyo social, la variedad en el trabajo y la oportunidad de utilizar las propias capacidades parecen resultar protectoras contra el absentismo de corta duración por enfermedad psiquiátrica, mientras que las altas demandas (incluyendo aspectos como tareas conflictivas, sobrecarga de trabajo, conflicto de roles y elevado ritmo) son un factor de riesgo para futuros trastornos. Parece ser que existe un efecto diferencial, ya que los síntomas de "cansancio" o simples sensaciones de "sentirse estresado" aparecen más cuando se está expuesto a elevadas demandas psicológicas, y son relativamente frecuentes en ejecutivos y profesionales. En cambio, síntomas más serios de tensión (depresión, pérdida de autoestima, enfermedad física) están más fuertemente asociados con una escasa posibilidad de tomar decisiones, un problema de los trabajadores de bajo estatus.

El apoyo social parece tener un consistente efecto protector en la salud mental y el absentismo de corta duración derivado de esta causa, lo que tiene claras implicaciones para la dirección y la organización del trabajo: dedicar atención al apoyo que los supervisores prestan a los trabajadores probablemente mejora la salud mental y reduce los índices de absentismo por enfermedad, y por tanto conduciría a un aumento general de la productividad²⁵.

- Suicidios, cáncer y úlceras. Algunos estudios llevan a pensar que existe una relación entre las condiciones laborales estresantes y estos problemas de salud.

A la frustración, a la ansiedad y a la depresión que pueden experimentar quienes están sometidos al estrés hay que añadir otras formas en que éste puede manifestarse: alcoholismo, farmacodependencia, hospitalización y, en casos extremos, suicidio. De la misma manera hay algunos estudios que sugieren que el estrés altera las funciones inmunológicas, facilitando posiblemente el desarrollo del cáncer.

En definitiva, aquí solo hemos destacado algunas consecuencias, pero las investigaciones han aportado evidencias entre el estrés y trastornos de salud diversos como las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, trastornos de base inmunitaria, gastrointestinales, dermatológicos, endocrinológicos, trastornos muculoesqueléticos, trastornos menores de salud mental, conductas sociales relacionadas con la salud y absentismo laboral.

la violencia en el sector sanitario

Tom Cox sugería en 1978 que, al menos en ciertas circunstancias de duración e intensidad, el estrés podría afectar a todas las condiciones de salud física, siendo los trastornos más susceptibles aquellos que afectan los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, inmunitario, endocrinológico y muscular.

Consecuencia del estrés para las organizaciones

El estrés es un problema de vital importancia para una organización, pues tiene graves repercusiones no solamente sobre los individuos sino sobre diferentes aspectos del funcionamiento de la empresa. Los costes de este problema son soportados tanto por los individuos (enfermedad, incapacidad) como por la empresa (absentismo, bajo rendimiento) y la sociedad en general (coste de los seguros de enfermedad).

Estas situaciones estresantes pueden acarrear una serie de consecuencias negativas, como el aumento del absentismo y la disminución del rendimiento laboral.

38

El absentismo laboral -es decir, la ausencia del trabajo de un empleado, justificada o no, motivada por razones sociales y/o sanitarias- ha sido profusamente estudiado, sobre todo para determinar el impacto económico sobre los trabajadores, los empresarios y sobre las cuentas públicas. Así, entre las condiciones laborales examinadas que pueden producir la ausencia por razones de salud de los trabajadores, se han estudiado los factores de riesgo psicosociales, considerados fundamentalmente características propias de la organización del trabajo. La exposición a estos factores, como es el caso de un escaso nivel de control, un nivel de demandas elevado y/o un apoyo social negativo en el trabajo, se ha relacionado con un incremento de los casos de ausencia por razones de salud²⁶. En este sentido, los organismos internacionales recomiendan que los servicios de prevención estén al tanto de las ausencias al trabajo por razones de enfermedad para que pueda realizarse cualquier conexión entre éstas y los riesgos profesionales.

Pero, además, pueden aparecer otras consecuencias negativas para las organizaciones, como por ejemplo el empobrecimiento de las relaciones sociales a nivel general, lo cual puede propiciar a su vez

la violencia en el sector sanitario

un clima propicio para que se generen conflictos interpersonales. Por otro lado también pueden producirse problemas con respecto a la toma de decisiones así como en la gestión del tiempo de trabajo produciéndose en definitiva un enfoque inadecuado de los asuntos.

Los costes económicos son igualmente importantes. Por ejemplo, del 50 al 60 por ciento del absentismo ha sido relacionado con el estrés laboral. Si se incluyen los costes sanitarios asociados, se calcula que el coste anual para la Unión Europea estaría en torno a los 20.000 millones de euros. Si a esto le añadimos la pérdida de productividad, la mayor fluctuación de personal y la menor capacidad de innovación, por mencionar sólo tres de los efectos secundarios del estrés laboral, la cifra real probablemente sea bastante superior.

Consecuencia del estrés para el ámbito privado de las personas

Las consecuencias del estrés laboral exceden su propio ámbito de aparición para ir más allá del propio centro de trabajo. Los problemas sufridos en el trabajo también tienen su reflejo en los ámbitos familiar y social, lo que supone que las obligaciones que tienen que ver con dichos ámbitos se vean abandonadas o pasen a un segundo plano, ya que lo más importante para el trabajador son sus problemas laborales.

Otras consecuencias

Las condiciones de trabajo tienen una influencia significativa sobre la salud laboral y, en consecuencia, sobre la calidad del servicio que ofrecen las organizaciones. Consecuencias como la tasa de accidentalidad, la morbilidad y el absentismo de los profesionales están directamente ligadas a las condiciones de trabajo. De igual manera, las actitudes que desarrollan los profesionales hacia los usuarios de la organización y hacia el servicio que ofrecen están asociadas a los riesgos de su entorno laboral. En algunos sectores de actividad esto cobra especial relevancia, debido a que los profesionales trabajan en continua interacción con personas, prestándoles servicios.

la violencia en el sector sanitario

Independientemente de las características individuales de los trabajadores que desde nuestro punto de vista tienen una relevancia menor, la importancia de una inexistente o deficiente organización del trabajo unida a una nula o mala gestión de los riesgos psicosociales, constituyen el origen de otros trastornos en la salud que no dejan de ser formas características de estrés. Éstos son las consecuencias del burnout y del mobbing.

El síndrome de estar quemado por el trabajo puede conceptualizarse como “una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización.”

Burnout²⁷

40

Causas o desencadenantes del proceso del síndrome de estar quemado en el trabajo.

La exposición a factores de riesgo psicosocial, a fuentes de estrés en dosis nocivas y, en concreto, a variables como carga de trabajo, falta de control y autonomía, ambigüedad y conflicto de rol, malas relaciones en el trabajo, falta de apoyo social, falta de formación para desempeñar las tareas, descompensación entre responsabilidad-recursos-autonomía, etc., cuando se produce en trabajos en los que su contenido tiene unas demandas emocionales importantes y de prestación de servicios humanos, puede dar lugar a la aparición de un proceso de estrés crónico que desemboque en un daño para la salud del trabajador, el síndrome de estar quemado en el trabajo.

El síndrome de estar quemado en el trabajo se sitúa en las demandas de interacción que se producen en el entorno del trabajo, fundamentalmente con los clientes de la organización. Cuando esas exigencias son excesivas y conllevan una tensión en el aspecto emocional y cognitivo, generan las condiciones propicias para que también las fuentes de estrés actúen y produzcan en el individuo un patrón

la violencia en el sector sanitario

de respuestas que constituyen el síndrome de estar quemado en el trabajo. Ésta es la razón de que los profesionales que trabajan con personas sean los colectivos de riesgo.

Estas condiciones previas susceptibles de provocar este daño existen en muchos sectores de actividad y en colectivos de trabajadores.

A menudo este síndrome se desencadena bajo unas condiciones de trabajo en la que se destacan especialmente estresores como escasez de personal, -que supone sobrecarga laboral-, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, con el dolor y con la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas -lo que supone conflicto y ambigüedad de rol-, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc.

En las investigaciones se han evidenciado múltiples causas del síndrome. Estos desencadenantes son aquellas demandas nocivas, cualitativa o cuantitativamente, que impactan sobre el trabajador, independientemente de las características individuales de la persona. Estas características personales de ningún modo pueden ser la causa de riesgo, sino que, en todo caso, son factores a tener en cuenta a la hora de adaptar el trabajo a la persona. De no corregir o proteger al sujeto de la exposición a las condiciones de trabajo de riesgo, éstas pueden determinar un síndrome de estar quemado en el trabajo, si no lo remedia la existencia o recursos personales o sociales de la propia persona.



Grupos de estresores susceptibles de desencadenar el síndrome de estar quemado en el trabajo

Factores de riesgo a nivel de organización

- Estructura de la organización muy jerarquizada y rígida
- Falta de apoyo instrumental por parte de la organización
- Exceso de burocracia, "burocracia profesionalizada"
- Falta de participación de los trabajadores
- Falta de coordinación entre las unidades

la violencia en el sector sanitario

- Falta de formación práctica a los trabajadores en nuevas tecnologías
- Falta de refuerzo o recompensa
- Falta de desarrollo profesional
- Relaciones conflictivas en la organización
- Estilo de dirección inadecuado
- Desigualdad percibida en la gestión de los recursos humanos

Factores de riesgo relativos al diseño del puesto de trabajo

- Sobrecarga de trabajo, exigencias emocionales en la interacción
- Descompensación entre responsabilidad y autonomía
- Falta de tiempo para la atención del usuario (paciente, cliente, subordinado, etc)
- Disfunciones de rol: conflicto-ambigüedad-sobrecarga de rol
- Carga emocional excesiva
- Falta de control de los resultados de la tarea
- Falta de apoyo social
- Tareas inacabadas que no tienen fin
- Poca autonomía decisional
- Estresores económicos
- Insatisfacción en el trabajo

Factores de riesgo relativos a las relaciones interpersonales

- Trato con usuarios difíciles o problemáticos
- Relaciones conflictivas con clientes
- Negativa dinámica de trabajo

violencias visibles e invisibles que someten a las personas en torno al acto sanitario

la violencia en el sector sanitario

- Relaciones tensas, competitivas, con conflictos entre compañeros y con usuarios
- Falta de apoyo social
- Falta de colaboración entre compañeros en tareas complementarias
- Proceso de contagio social del síndrome de estar quemado
- Ausencia de reciprocidad en los intercambios sociales

Fases del proceso de burnout

Integrando los diversos estudios que describen la transición por etapas del síndrome, se pueden destacar cinco fases en su desarrollo.

Fase inicial de entusiasmo

Se experimenta ante el nuevo puesto de trabajo, entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas. No importa alargar la jornada laboral.

Fase de estancamiento

No se cumplen las expectativas profesionales. Se empiezan a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada. En esta fase tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos

(estrés); por tanto, definitiva de un problema de estrés psicosocial. El profesional se siente incapaz para dar una respuesta eficaz.

Fase de frustración

Se puede describir una tercera fase en la que la frustración, desilusión o desmoralización hace presencia en el individuo. El trabajo carece de sentido, cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el grupo de trabajo. La salud puede empezar a fallar y aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.

la violencia en el sector sanitario

Fase de apatía

En la cuarta fase se suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales (afrentamiento defensivo), como la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica, la anteposición cínica de la satisfacción de las propias necesidades al mejor servicio al cliente y un afrontamiento defensivo-avoidante de las tareas estresantes y de retirada personal.

Fase de quemado

Colapso emocional y cognitivo, fundamentalmente, con importantes consecuencias para la salud. Además, puede obligar al trabajador a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción.

Esta descripción de la evolución tiene carácter cíclico. Así, se puede repetir en el mismo o en diferentes trabajos y en diferentes momentos de la vida laboral.

Es un mecanismo de defensa que utilizan los profesionales que trabajan con personas en situaciones emocionalmente demandantes. Se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y descenso de la realización personal.

Agotamiento emocional. La suma de situaciones frustrantes y dolorosas llevan a la saturación emocional y anímica que llega a su límite de tolerancia, cambiándole la percepción del mundo.

Despersonalización. Atención mecanizada, como objetos, con sentimiento de impotencia, tiende a culpar al paciente de sus problemas.

Vacía de sentido la actividad laboral, con vivencias de fracaso.

Son estresores crónicos.

Se produce por la discrepancia entre expectativas e ideales y la dura realidad laboral. Es un desequilibrio entre excesivas demandas con un esfuerzo crónico y los refuerzos o compensaciones que recibe y además se encuentra imposibilitado para controlar o modificar su situación laboral.

la violencia en el sector sanitario

El burnout es el estado final de una progresión de intentos fracasados de manejar el estrés laboral crónico, una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico.

Las consecuencias van a afectar la salud de los trabajadores. Es característica la alteración de la percepción de la realidad, mayor frustración, soportan mal sus sentimientos. Asistencia fría y despersonalizada a los pacientes.

Acoso psicológico, moral, psicoterror, mobbing, acoso institucional

Existen diferentes términos que tratan de nombrar un suceso de violencia psicológica extrema en el trabajo.

Mobbing es el término inglés que puede traducirse al castellano como acoso u hostigamiento, en este caso aplicado al ámbito laboral, para describir situaciones en las que un sujeto se convierte en blanco o diana del grupo al que pertenece, siendo sometido por éste o por alguno de sus miembros —generalmente con la permisividad del resto— a una persecución que le va a producir importantes trastornos en su salud, tanto física como psíquica, resultando necesaria en muchos casos la asistencia médica y psicológica.

Desde que el psicólogo alemán Heinz Leymann investigara este fenómeno en los años 80, los sucesivos estudios realizados han aumentado las cifras de trabajadores afectados por las nuevas fórmulas de organización del trabajo. Así, del 3,5 por ciento de la población laboral señalado por el propio Leymann, se ha incrementado al 5 por ciento según los estudios realizados por la OIT en 1998, y al 7 por ciento en 1999 según la misma organización.

La tercera encuesta de condiciones de trabajo de la Unión Europea establece que la violencia y el acoso en el lugar de trabajo constituyen graves problemas y afectan a un 9 por ciento de los trabajadores, lo que supone 13 millones de personas²⁸. Las disparidades de los datos entre distintos países son importantes y probablemente respondan a diferentes sensibilidades y al hecho de que estas cuestiones sean (o no) objeto de debate público. Se puede suponer

la violencia en el sector sanitario

por tanto que en algunos países no se dan a conocer suficientemente estos problemas.

El origen o el por qué del problema puede ser muy diverso. Las hipótesis apuntan a motivos de distinta índole que van desde fuertes desencuentros, diferencias o conflictos de cualquier naturaleza entre hostigadores y hostigado, hasta que este tipo de comportamientos constituyan una especie de “distracción” para los hostigadores. Pero básicamente, el substrato que favorece la aparición de este tipo de conductas se encuentra ligado a dos aspectos: la organización del trabajo y la gestión de los conflictos por parte de los superiores.

Respecto al primero, los estudios empíricos han mostrado una importante relación entre una organización pobre del trabajo y la aparición de conductas de mobbing. Así, estas conductas se ven favorecidas en organizaciones con un método de trabajo y producción con una organización extremadamente pobre, con ausencia de interés y apoyo por parte de los superiores, con ausencia de relación con éstos, con la existencia de múltiples jerarquías, con cargas excesivas de trabajo debido a una escasez de la plantilla o mala distribución de la misma, con una deficiente organización diaria del trabajo, con la existencia de líderes espontáneos no oficiales, con un trabajo con bajo contenido, con conflictos de rol, con flujos pobres de información, con estilos de dirección autoritarios, etc.

Desde el punto de vista de la gestión del conflicto por parte de los superiores, hay dos posiciones que pueden adoptar éstos y que ayudan a incrementar la escalada del conflicto: de un lado, la negación del mismo y, del otro, la implicación y participación activa en el conflicto con el fin de contribuir a la estigmatización de la persona hostigada.

Lo que diferencia el acoso psicológico de otros problemas derivados de la organización del trabajo es la intencionalidad de causar daño, la focalización en una o varias personas, la repetición, frecuencia y continuidad en el tiempo²⁹. Si no se dan estas características, hablaremos de factores de riesgo psicosocial derivados de la organización del trabajo, pero no estaremos ante un caso de acoso psicológico.

la violencia en el sector sanitario

Algunas conductas concretas de mobbing clasificadas por factores (Zapf, Knorz y Kulla, 1996)

Ataques a la víctima con medidas organizacionales

- El superior restringe a la víctima la posibilidad de hablar
- Cambiar la ubicación de una persona separándole de sus compañeros
- Prohibir a los compañeros que hablen a una persona determinada
- Obligar a alguien a ejecutar tareas en contra de su conciencia
- Juzgar el desempeño de una persona de manera ofensiva
- Cuestionar las decisiones de una persona
- No asignar tareas a una persona
- Asignar tareas sin sentido
- Asignar a una persona tareas muy por debajo de sus capacidades
- Asignar tareas degradantes

Ataques a las relaciones sociales de la víctima con aislamiento social

- Restringir a los compañeros la posibilidad de hablar con una persona
- Rehusar la comunicación con una persona a través de miradas y gestos
- Rehusar la comunicación con una persona a través de comunicarse directamente con ella
- No dirigir la palabra a una persona
- Tratar a una persona como si no existiera

la violencia en el sector sanitario

Ataques a la vida privada de la víctima

- Críticas permanentes a la vida privada de una persona
- Terror telefónico
- Hacer parecer estúpida a una persona
- Dar a entender que una persona tiene problemas psicológicos
- Mofarse de las discapacidades de una persona
- Imitar los gestos, voces... de una persona
- Mofarse de la vida privada de una persona

Violencia física

- Ofertas sexuales, violencia sexual
- Amenazas de violencia física
- Uso de violencia menor
- Maltrato físico

48

Ataques a las actitudes de la víctima

- Ataques a las actitudes y creencias políticas
- Ataques a las actitudes y creencias religiosas
- Mofarse de la nacionalidad de la víctima

Agresiones verbales

- Gritar o insultar
- Críticas permanentes del trabajo de una persona
- Amenazas verbales

la violencia en el sector sanitario

Rumores

- Hablar mal de una persona a su espalda
- Difusión de rumores

No existe una definición generalmente aceptada de acoso laboral. Fue estudiado por primera vez por el etólogo Konrad Lorenz³⁰, el cual observó el comportamiento de determinadas especies animales, constatando que en ciertos casos los individuos más débiles del grupo se coaligaban para atacar a otro más fuerte.

El psicólogo alemán Heinz Leymann³¹, lo definió como “el fenómeno en que una persona o grupo de personas ejerce una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente (al menos, una vez por semana) y durante un tiempo prolongado (más de seis meses) sobre otra persona en el lugar de trabajo con la finalidad de destruir las redes de comunicación de la víctima o víctimas, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus labores y lograr finalmente que esa persona o personas acaben abandonando el lugar de trabajo”.

Este autor habla de hasta 45 formas de ataque a la víctima, ataques personales, a la vida privada, laboral y social; se la va a tratar como una “cosa” con el objetivo de anularla y aislarla y la víctima percibe que le quieren hacer daño.

La mayoría de los autores coinciden en la existencia de tres tipos de acoso: ascendente, cuando la violencia es dirigida hacia una persona con rango jerárquico superior; horizontal, entre compañeros con el mismo nivel jerárquico, pero entre los que se ha establecido una relación de poder, y descendente: cuando se produce de un superior jerárquico hacia uno o varios subordinados.

La estrategia es someter poco a poco sin reposo a la víctima pudiéndose distinguir dos etapas: la primera quedaría en el campo de lo no dicho, de lo latente y puede durar mucho tiempo, se va desestabilizando a la persona que no comprende qué le ocurre y va perdiendo confianza y seguridad en sí misma, y otra etapa en la que la violencia es manifiesta, la persona reacciona e intenta defenderse.

la violencia en el sector sanitario

Creo que no hay que establecer perfiles ni de la víctima ni del acosador, cualquier persona puede ser víctima; los empleadores prefieren atribuir la violencia a agresores con un determinado perfil: perversos, impostores... así, no asumir su responsabilidad, reduciendo el problema a las relaciones entre trabajadores.

No es una cuestión individual sino de grupo, donde "todos" sus componentes juegan un papel importante: víctima, acosador y compañeros silenciosos o participantes. Schuster (1996) lo define como "ser objeto de agresión por los miembros del propio grupo social"; hay una ruptura de la solidaridad del grupo de trabajo, que tiende a destruir la individualidad que no se adapte a lo que el líder, la empresa o el grupo quiera; está influido por la historia y la organización de dicho grupo y a su vez por la del centro de trabajo que la va a favorecer, impulsar o eliminar.

También influyen:

- Los valores y creencias de la sociedad: "todo tiene un precio", "vales según el lugar que ocupes en la pirámide social y el dinero que tengas", "los objetivos en las empresas hay que conseguirlos como sea, a costa si es preciso de la salud de los trabajadores", "se premian acciones insolidarias: obediencia, peloteo..." Se toleran comportamientos perversos para llenar el vacío existencial.

- La degradación de las condiciones de trabajo. El capitalismo financiero ha dividido en dos clases a los trabajadores: a) trabajadores con contratos basura, subempleo, inseguridad, miedo a moverse y b) trabajadores fijos con derechos laborales a los que tiene que someter utilizando el acoso.

- Política laboral: incremento de ritmos laborales, mayor flexibilidad en el empleo, mayor exposición a riesgos, cambios en la producción para obtener los máximos beneficios, demanda de actualización continua (inseguridad), fusiones, reestructuraciones para ahorrar puestos de trabajo, precariedad, paro, provisionabilidad.

Actúan a través de la organización del trabajo, las relaciones de poder y la división de los trabajadores.

la violencia en el sector sanitario

El sistema organizativo influye en las relaciones sociales que se establecen entre las personas que trabajan en una organización. Liker (Escuela de Relaciones Humanas) resaltaba la importancia de la unidad y la solidaridad entre los miembros de una organización.

Pensamos que es una nueva modalidad de la lucha de clases, el poder avanza en la aplicación de fenómenos psicológicos de destrucción, utilizando un tipo de violencia que queda impune y consigue la obediencia de los trabajadores, instalándonos en una situación de amenaza perpetua y miedo hacia el otro. El sometimiento interpersonal es uno de los factores que más tensión producen en la persona sometida, especialmente cuando no hay reglas que regulen y limiten el poder de agresión de la persona que somete. Carece de regulación específica en nuestro sistema jurídico. Es indispensable una ley que muestre que nuestra sociedad se preocupa por impedir que maltraten a sus ciudadanos y por responsabilizar a sus empresarios. A pesar de todo, la justicia no podrá colmar jamás la pena de las víctimas, es importante no limitarse a las reglas y a las leyes y poner el acento sobre la prevención.

Es también la lucha de trabajadores contra trabajadores, porque también acosan compañeros o no reaccionan solidariamente ante el proceso, y el suceso más frecuente es el producido por los mandos intermedios, que son trabajadores distinguidos por el poder.

Se produce una mayor incidencia de acoso moral en la Administración Pública³², con la fijeza no pueden deshacerse de los diferentes. Son estructuras cerradas, rígidas, conservadoras, con una sujeción especial (la necesidad del servicio), poca tolerancia a la crítica, vínculos débiles que privan al funcionario de derechos fundamentales.

Estas prácticas son perpetradas precisamente por quienes tienen la responsabilidad social, legal y administrativa de cuidar a los ciudadanos, de mantener el orden en su mundo a través de los trabajadores públicos y de cumplir y hacer cumplir las normas administrativas vigentes.

Esta violencia intraorganizacional tiene efectos devastadores:

- 1º- Afecta a la salud física y mental de los empleados públicos

la violencia en el sector sanitario

2º- Pervierte los resultados de la gestión pública, dañando a los ciudadanos a quienes debe prestar un servicio público eficaz.

3º- Vulnera los derechos humanos y el Estado de Derecho.

4º- Aparece como modelo autorizado de gestión en todos los sectores de actividad, sean públicos o privados.

5º- Es condición necesaria para instalar la corrupción en el Estado.

Transforma el carácter protector de la Administración en violento y lo hace en un contexto y con un discurso que falsea los significados, niega esa transformación y tergiversa las conductas; dando por normales conductas que no lo son, van a considerar normal a las personas que no cuestionan la violación de la norma.

Se subestima el problema del acoso y se le trivializa, "todo es acoso", "cuando un individuo puede hacer pedazos a otro y el ensañamiento puede conducir incluso a un verdadero asesinato psíquico" (Hirigoyen, Marie France³³. Son actos de violencia extrema.

Evaluación de riesgos psicosociales

Como cualquier otro factor de riesgo, los riesgos psicosociales deben ser objeto de estudio en la evaluación de riesgos que el empresario debe realizar.

Evaluar los riesgos es el proceso mediante el cual se obtiene la información necesaria para que la organización esté en condiciones de tomar una decisión apropiada sobre la oportunidad de adoptar acciones preventivas y, en tal caso, sobre el tipo de acciones que deben adoptarse.

La evaluación de riesgos es una pieza clave para la prevención. Aquí es donde se van a identificar los problemas, se van a fijar los límites admisibles y se van a elaborar las propuestas de control. La definición contenida en el artículo 3 del Reglamento de los Servicios de Prevención expresa claramente tanto el concepto como su finalidad u objetivo: "la evaluación de riesgos laborales es el proceso dirigido a estimar la magnitud de aquellos riesgos que no hayan podido evitarse, obteniendo la información necesaria para que

la violencia en el sector sanitario

el empresario esté en condiciones de tomar una decisión apropiada sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas y, en tal caso, sobre el tipo de medidas que deben adoptarse”.

En todo proceso, y con independencia del método elegido para evaluar los riesgos, la participación de los trabajadores se hace imprescindible a la hora de efectuar la evaluación. Con frecuencia el método más rápido y seguro de obtener la información necesaria es dirigirse a los trabajadores que realizan la actividad que se está evaluando.

En muchas ocasiones son los propios trabajadores los que indican algunos elementos que por su naturaleza, son difíciles de descubrir, como ocurre con los ligados a la esfera organizacional.

El artículo 4 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en relación con el artículo 3 del Reglamento de los Servicios de Prevención, señala que deberán evaluarse las condiciones de trabajo, cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador, incluidas las relativas a su organización y dirección.

Por tanto, cualquier factor de riesgo existente o susceptible de aparecer, independientemente de su naturaleza, debe recibir el tratamiento adecuado conforme a lo dispuesto en la Ley, es decir, el empresario tiene la obligación legal de evaluar los riesgos psicosociales.

Además, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales recoge el principio de adaptar el trabajo a la persona y de atenuar el trabajo monótono y repetitivo para reducir los efectos del mismo sobre la salud. A lo largo de su articulado se observa con gran claridad que la mala organización y la pobre ordenación del trabajo son potenciales factores de riesgo para la salud de los trabajadores.

En este sentido se manifiesta también el artículo 15 de la Ley, al establecer que el empresario aplicará las medidas que integran el deber general de prevención, con arreglo a una serie de principios generales entre los que se encuentra en primer lugar el de evitar los riesgos. De la misma forma se pronuncia el artículo 2.2 del Reglamento de los Servicios de Prevención al manifestar que la pues-

la violencia en el sector sanitario

ta en práctica de toda acción preventiva requiere, en primer término, el conocimiento de las condiciones de cada uno de los puestos de trabajo para identificar y evitar los riesgos, así como para evaluar los que no puedan evitarse (RSP art. 5.1 y LPRL art.15.1-b).

En el Reglamento de los Servicios de Prevención en los artículos 4.1. y 4.2. y art. 6 y en el art. 16 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales viene recogido que todo puesto de trabajo debe evaluarse para verificar si existe o no algún riesgo en las condiciones de trabajo o si la persona que lo ocupa requiere alguna protección especial.

En definitiva, la Ley deja meridianamente claro el hecho de que los empresarios están obligados a realizar a través de su servicio de prevención una evaluación de riesgos en la que deberá contemplarse, junto con los riesgos de seguridad y de higiene industrial, los ligados a la ergonomía y a la psicología.

la violencia en el sector sanitario

OBJETIVOS DEL TRABAJO y METODOLOGÍA

- Poner de manifiesto los distintos tipos de violencia que se producen en el sector sanitario.
- Buscar las posibles causas de esa violencia.
- Contribuir al diseño de medidas encaminadas a una práctica preventiva de los delegados de prevención (DP) en sus centros de trabajo, respecto a la violencia.

Para conseguir los objetivos propuestos anteriormente hemos realizado:

1º) Varios grupos de discusión: unos con representantes de los ciudadanos (miembros de asociaciones de vecinos) y otros con representantes de los trabajadores (delegados de prevención) de los diferentes centros de trabajo del sector sanitario, les hemos preguntado por las violencias que padecen en torno al acto sanitario.

2º) Un Seminario, donde conoceremos diferentes versiones sobre el tema según distintas disciplinas.



la violencia en el sector sanitario

GRUPOS DE DISCUSIÓN

El trabajo se va a realizar en grupos para ver, por un lado, la dimensión objetiva, hechos concretos de violencia que se produce, y la subjetiva, que tiene que ver con la percepción y las representaciones sociales que los trabajadores y los ciudadanos se hacen del problema.

El grupo de discusión, paradigma de la metodología cualitativa, se basa en la indagación de los discursos de los individuos.

“El grupo de discusión³⁴ es un dispositivo artificial que intenta establecer las condiciones favorables para la producción de un determinado discurso sobre el tópico de investigación. Discurso se refiere a aquello que los sujetos dicen espontáneamente, sea de forma verbal o escrita, y constituye una expresión de las creencias, valores, deseos y fines del hablante”.

La utilización de metodologías cualitativas de investigación implica un cambio en el enfoque de los problemas a investigar: la consideración de los individuos en sus aspectos vinculares, relacionales y, por lo tanto subjetivos, pasan a ocupar un lugar central, creemos que es la metodología adecuada para investigar sobre violencia.

Es una técnica de observación directa, a diferencia de las técnicas cuantitativas, e implica una interacción entre el sujeto investigado y el investigador.

Se trata de posibilitar la emergencia de un diálogo lo más libre posible, lo más espontáneo posible que se traducirá en mayor o menor riqueza o complejidad del discurso del grupo. Discurso libre del grupo significa una producción que incluya la diversidad de ideas, experiencias y afectos de todos y cada uno de los asistentes a la reunión de grupo, no en un sentido de una suma de discursos individuales, sino en su entrecruzamiento, en el apoyo o anulación mutuos, en las contradicciones y ambigüedades personales e incluso en los desacuerdos entre los asistentes.

Siguiendo el modelo de Jesús Ibáñez³⁵ se organizaron dos grupos con los DP, que se diferenciaron por el lugar de trabajo; el primero

la violencia en el sector sanitario

estuvo constituido por delegados de hospitales, centros de salud y geriátricos, públicos o privados y el segundo por DP de psiquiátricos, centros de salud mental, centros de atención a drogodependientes, donde podría esperarse mayor índice de violencia.

Cada grupo se reunió dos veces, para debatir el primer día sobre la violencia producida por pacientes y familiares y el segundo sobre violencia institucional.

Las reuniones se realizaron en un local de Comisiones Obreras que marco cierta dirección y significación del discurso; el tiempo de duración fue de dos horas.

El número de participantes estuvo entre 6 y 10 voluntarios.

El papel del monitor del grupo de discusión es central. Al comenzar la reunión, explicó de forma breve los objetivos de la investigación, la forma de realizar la reunión y su papel, que es dirigir la reunión y no participar con sus opiniones les informó de la necesidad de grabar la reunión y a partir de aquí los asistentes comenzaron a desplegar el tema.

Después de la reunión de grupo, se transcribió la grabación; el material obtenido fue la base para el análisis.

El análisis de un discurso es obra de un sujeto, en última instancia, otro discurso que fue devuelto a todos los participantes juntos en un grupo para elaborar propuestas de intervención preventiva de la violencia en los diferentes centros sanitarios.

El carácter de investigación-acción que tiene el proyecto se logrará en la medida en que las posibles vías de análisis que surjan del trabajo participativo conduzcan a la adopción de acciones concretas por parte de los delegados de prevención.

Grupos de delegados de prevención

Los delegados de prevención son los representantes de los trabajadores con funciones específicas en materia de prevención de riesgos laborales.

la violencia en el sector sanitario

Hemos elegido a los delegados de prevención porque su discurso nos parece muy valioso. Como representantes de los trabajadores, ocupan un lugar privilegiado para ser testigos y recibir información sobre su problemática y captar la realidad, y como trabajadores del sector sanitario, viven los diferentes procesos de violencia.

Grupo primero sobre violencia ciudadana

Los miembros de este grupo son delegados de prevención de centros públicos y privados de la Comunidad de Madrid.

Presentación de los grupos: *Vamos a organizar una serie de grupos para hablar de la violencia que se está produciendo en los lugares de trabajo del sector sanitario, con la intención de ir a la raíz de la misma más que a sus efectos; es decir, dirigidos a ver las causas de la violencia. Los grupos van a ser de dos tipos: en el primero vamos a tratar principalmente de la violencia que está producida por los ciudadanos, usuarios que acuden a los distintos centros, y un segundo grupo donde vamos a tratar de la violencia institucional.*

58

Hoy es el primero. Lo integráis compañeros del sector público y privado. La reunión va a durar dos horas, será grabada para luego ser analizada, posteriormente, en otro grupo se os devolverá el análisis a todos los participantes, con la intención de obtener unas pautas de acción para el futuro e intentar prevenir los diferentes tipos de violencia. El grupo va a ser semidirigido por mí; yo no voy a expresar mis opiniones, solamente voy a centrar el tema y haré algunas propuestas para que las comentéis y nada más. Tenéis la palabra, podéis expresar libremente vuestras experiencias, opiniones y lo que queráis. Adelante.

Emergentes

“Ochenta mil causas por las que el usuario se puede sentir violento y ninguna solución, soluciones que no están en nuestra mano”.

“El profesional sufre esa situación”.

“Darle lo que quiere para que se calle”.

la violencia en el sector sanitario

"Diferentes tipos de violencia".

"Violencia que no se puede parar institucionalmente, violencia que sí se puede parar".

"El usuario tiene una presión física, psíquica, al igual que cualquiera de los trabajadores".

"Agresiones a las que cree tiene derecho, esto funciona a base de gritos"

"La queja por vía formal no tiene solución, no hacen nada, gracias por sus recomendaciones".

"Tampoco se puede culpar al ciudadano, se les ofrece cura para todo, no participan", "nosotros entramos por la puerta de atrás, si no seríamos más agresivos".

"Muy relacionada la violencia institucional con la del usuario, provocada por los propios profesionales que están sometidos totalmente"

"Los trabajadores y en general la sociedad nos hemos acostumbrado a las agresiones".

"Insultando constantemente".

"La institución machaca al trabajador y el trabajador acaba machacando al usuario y a todo el mundo".

"La dirección y el usuario nos consideran como algo a utilizar, no nos valoran como personas ni como trabajadores".

"El personal aguanta una barbaridad, se paran muchos episodios de violencia, ya tienen muchas tablas".

"La competitividad entre compañeros crea agresividad entre los trabajadores".

"Falta de organización, funciones que se solapan, quieren el mismo personal para todo".

"El paciente, eres tú la solución para algo estas ahí".

"Al médico ni una queja, los culpables los de abajo siempre, nosotras machacadas".

la violencia en el sector sanitario

"Se ha pasado de un respeto tremendo, de no poder hablar, a creerse con derecho a todo".

"El paciente no sabe cómo tiene que actuar, tú tampoco lo sabes".

"La violencia no es justificable en ninguno de los casos".

"El personal sanitario, antes era una profesión más humanitaria, ahora se ha convertido en obligación".

"Es una tortura trabajar sábados y domingos, noches".

"Los médicos están más valorados, nosotras como hermanitas de la caridad, no como profesionales".

"Falta de información a todos los niveles, no se les aclaraba que tienen deberes, se les brinda la panacea".

"No existe un equilibrio", "institucionalmente se tienen que mojar", "exigir apoyo institucional".

"Los trabajadores tienen derecho a un trabajo digno, a que se les trate con dignidad".

"No existe un trabajo en equipo, se da más importancia a una categoría que a las demás".

"Tarjeta con los deberes".

"Los abuelos, te pegan un puñetazo, pobrecitos, no les sabes tratar".

"Los familiares tienen remordimientos, lo pagan con los que están allí".

"Les tienes que dar el cuidado sanitario y el cariño como hijo, es imposible".

"Nos sentimos desprotegidas, a la defensiva y cuando tú estás agresiva, yo estoy mucho más agresiva".

"La gente se asusta, acojonada por las represalias".

"Las auxiliares la última mierda, parapeto de todo".

"No tengo tiempo para poder dedicar a los abuelos".

la violencia en el sector sanitario

"Las suplencias no saben, se van y nos quedamos nosotras".

"Enfermería y medicina nada más, no saben la diferencia".

"Desconocimiento total de la organización".

"Falta de información del trabajador sobre el sistema y falta de formación, no nos han enseñado a manejar una situación conflictiva, ni habilidades sociales".

"Necesitas tiempo, no tienes tiempo para hablarle o explicarle con tranquilidad".

"Saben que sale todo, con cuatro sale igual que con dos".

"La institución se encarga de que veas el problema en tu compañero".

"Tenemos lo que nos merecemos".

"Antes, nos reuníamos y hablábamos, se ha perdido, cuanto menos hablemos, mejor para ellos, saben que el trabajo en equipo les perjudica".

"El usuario a la defensiva, va más agresivo, menos formado, tampoco se le forma ni se le informa".

"La imagen del personal deteriorada, parece que somos nosotros los que ponemos trabas".

"Están diciendo que la sanidad funciona de una manera distinta a como funciona en la realidad".

"El nivel de violencia que soportamos, influido porque desayunamos, comemos y cenamos con violencia".

"Antes la enfermera como monja amable".

"Hospital pequeño, no tenemos agresiones, muchas deficiencias, trabajamos bastante en equipo tenemos violencia institucional pero agresiones no tenemos".

"Importa la atención, masificación, la tolerancia es otra".

"Que salgan a la luz todas estas situaciones de violencia, registros; que salga en algún sitio, se creen mecanismos de prevención, de atención a los profesionales".

la violencia en el sector sanitario

"Peligroso".

"Sería como el muro de las lamentaciones, te quejas y punto".

"Permisividad en las agresiones, está enfermo, es muy viejito, está nervioso".

"El trabajador se ve solo, te pega un enfermo y apáñatelas; la culpa es tuya, eres tú que le tratas de forma agresiva".

"Los trabajadores, miedo a las denuncias, no tienen protección por parte del hospital".

"Entras y te dan un folio, te puede pasar de todo; lo tienes que firmar si quieres que te hagan una mínima cosa".

"Al final no sirve para nada, el paciente no ha entendido lo que pone".

"No sé lo que usted me quiere decir".

"El auxiliar, en superioridad de condiciones respecto al paciente, aunque sea el último mono; está en su ambiente, tiene el control de algo".

"Despersonalización por la masificación, por la falta de personal o por las nuevas tecnologías; la despersonalización la sufrimos y la creamos".

"Cuando sientes que te escuchan, te resuelvan o no el problema, te vas tan contento".

"No es un número en una pantalla".

"En la pública quieren ser escuchados, en la privada ser curados".

"La atención todo el mundo la demanda, la gente no se atreve a preguntar".

"En Sanidad hablan para licenciados".

"Hablando de la salud de la gente, no de sus penas; cuando hay cuestiones emocionales en juego, te van a responder de otra manera".

"Una de las cosas que más violencia genera es la falta de información, la información para muchísimo".

la violencia en el sector sanitario

"Para informar tienes que formarte primero".

"Tiene que ser institucional, diferentes direcciones, transmiten información contraria".

"¿Como se puede canalizar toda esta información?"

"Tenemos los instrumentos pero no se han puesto en práctica".

"¿La violencia dentro de riesgos laborales?, se piensa que parece inevitable, se ha comentado que no se puede solucionar, desde la prevención es inadmisibles, muy difícil trabajar si lo tienes asumido".

"El riesgo es inevitable".

"La información y la formación imprescindible".

"Las instituciones no lo ven como un problema de prevención sino como un problema del usuario".

"Lo importante para el profesional es ver la relación que tenemos con el paciente, la relación que tenemos entre nosotros".

"No existe cultura preventiva".

"Mucha diferencia entre la pública y la privada".

"Tendríamos que denunciar más, se saturarían".

"La violencia institucional no aparece por ningún sitio".

Grupo segundo sobre violencia ciudadana

(Los integrantes son delegados de prevención de centros de salud mental, y centros pertenecientes a la Agencia Antidroga.)

Emergentes

"Agresiones de los pacientes, de los familiares, recalcar la información al paciente, falta información".

"Sería conveniente formarnos, tener una dirección de algún tipo".

"Siempre protocolos que no coinciden con la realidad".

la violencia en el sector sanitario

"A la hora de la verdad, te encuentras solo; salir corriendo o enfrentarte, pelea".

"Custodiando al paciente, más solo que la una".

"Funciones de vigilante, solapamiento de funciones".

"La organización y nosotros propiciamos estas reacciones".

"Si tuviéramos más información sabríamos cómo hacer las cosas".

"Con el cambio de personal aumentan las agresiones".

"Formación de grupos para afrontar estas circunstancias".

"La formación sin experiencia no vale para nada".

"No es lo mismo trabajar con adolescentes, viejos, o enfermos mentales".

"Trabajadores acomodados, y otros que no se les deja que se acomoden".

"Los compañeros no tienen solidaridad".

"Solapamiento de funciones, escurrir el bulto, muchos no quieren saber nada".

"El problema no es de paciencia cuando te dan dos patadas, el problema es de organización y metodología".

"Los pacientes circulan por donde les da la gana, pastilla, otra pastilla y otra".

"Nosotros, personas de referencia; yo no sé tratarlos, no sé cómo abordarlo".

"Algunos no hablan, ¿cómo te dicen que les duele?, dándose de cabezazos y si te pillan te dan".

"Estallan cuando ven que no están cubiertas sus necesidades".

"Al final todo el mundo tenemos parte de culpa, cada uno la echamos a quien creemos que la tiene más; es problema de formación y de organización".

la violencia en el sector sanitario

"Tengo gente que por el mismo precio me hace todo, nos prestamos a todo, haciendo de todo; quemada a tope".

"La gente se quema, pidió ayuda a sus compañeros y ... búscate la vida".

"La gente se apoyaba más, había más solidaridad".

"Ahora hay más miedo, ha habido un cambio, estamos más cerrados".

"Mucho personal de baja y no meten suplentes, salga todo por donde salga; al final, lo paga quien lo paga, el compañero, el paciente."

"¿Cómo puedo estar haciendo estas cosas?"

"Culpable, el organizador del trabajo".

"Si la normativa no la cumplimos nosotros, no le vas a pedir al usuario que la cumpla."

"Todo en base a la organización del trabajo".

"Tenemos discapacitados, con patología dual, drogodependientes..."

"En mi centro, pocos problemas de violencia física, las amenazas se han reducido mucho; tenemos un sedante que hace maravillas, previene mucho".

"Hay una normativa que se cumple en lo básico".

"Se les dispensa Metadona"

"Por una agresión ése se queda sin tratamiento, ha incumplido la normativa".

"Con la penita de a dónde va a ir, la gente sigue aguantando; gran error".

"A tope, ya no podemos más, plazas ocupadas, las vuelven a ocupar".

"Cuáles son los derechos de la gente, cuáles son los límites".

"Si tienen derechos, tendrán obligaciones también".

"Los mismos profesionales se llevan a los chavales a su propia casa".

"Discriminados, privilegiados".



la violencia en el sector sanitario

"Y hablando de familiares, la violencia es más psicológica, chantajes emocionales, nos han ofrecido dinero; aceptas o no aceptas".

"Personas que nunca han tenido noticias de nadie".

"A veces los familiares te pegan, agresivos, exigentes; cada familia tiene su problemática, hay familias desestructuradas, alcohólicos, drogadictos ...; no les expliques que han faltado tres trabajadores."

"Las empresas esconden esta historia; si a mi me pegan, es que no me sé hacer con la situación; el problema soy yo, soy un inepto."

"Entre los propios compañeros, la agresión, unos lo ven como normal, otros no."

"Todo el día quejándose; a la hora de la verdad, todo es fabuloso; a mi me han dejado con el culo al aire cincuenta mil veces".

"Los toxicómanos sacan cuchillos, están incumpliendo la normativa del centro; si no la quieren cumplir, que se vayan del centro".

66

"La dirección te vende, te han dado el arma para evitar agresiones, tú puedes sancionar y hacer que se vaya del centro"

"Hay compañeros que permiten incumplirlas, diferencias de opinión".

"La institución empresarial, cómplice; divide y vencerás".

"Se habla mucho del trabajo en equipo; es imposible, no nos ponemos de acuerdo".

"Hay una normativa que tienes que cumplir, ¿quién vigila al vigilante?, la empresa pone a personas que son de su confianza".

Vosotros ¿conocéis los objetivos que tienen vuestras instituciones, las normas para cumplir los objetivos, tanto por parte de los usuarios como de los trabajadores; ¿creéis que están claros?

"Los objetivos están escritos, otra cosa es que se cumplan"

"Vienen los inspectores y hay que esconder todo, un ser humano no puede estar atado, tiene sus derechos, es un mal tema la sujeción"

¿Qué papel social están cumpliendo el loco y el toxicómano?

la violencia en el sector sanitario

"¿Por qué nos llega la gente así?

"Con un casco, como el del Silencio de los corderos, llevaba un pantalón vaquero y me lo rompió."

"Le van a rechazar más por el casco".

"Hay situaciones imprevisibles, me fastidia mucho ver venir un tor-tazo y que no hagan nada por evitarlo".

"El trabajador termina por asumir como normal lo que debería de ser anormal"

"Problemas, siempre, las mismas personas, hay que analizarlo."

"Es cuestión de organización y educación. Capacitado para tratar un colectivo y te ponen con otro".

¿Por qué agreden los chicos allí?

"Mala comunicación, masificación de gente, antes, grupos de diez y doce, ahora, veintidós y veinticuatro con el mismo personal".

"La normativa del centro, la cambian cuando les da la gana, en vez de tomar medidas no las toman"

"Me sancionaron, decían que había dado una paliza a un paciente de escándalo, había que quitarme de en medio de alguna forma; (...) estuve avisando durante quince días de que tenían un paciente con estas características; le tuve que reducir yo solo, los compañeros no quisieron ir de testigos, me salvó el parte de lesiones".

"En el tema de la agresión, formación, más personal, involucrar a la dirección a todos los compañeros, mandos intermedios".

"Los vigilantes, estupendos, lo sacó conteniéndole".

"La atención psicológica muy importante, la palabra, mucho tacto, contención física y psicológica".

"Las agresiones, tanto por ciento más elevado hacia mujeres que hacia hombres".

"Agraden menos, están menos deterioradas".

la violencia en el sector sanitario

Grupo primero sobre violencia institucional

(Formado por delegados de prevención del sector público y privado)

El objetivo de estos grupos es intentar conocer las causas de la violencia que se está produciendo en los centros de trabajo del sector sanitario. Hoy vamos a tratar de la violencia institucional.

La reunión durará dos horas, será grabada y será semidirigida por mí.

Podemos empezar hablando sobre qué entendemos cuando hablamos de violencia institucional.

"La violencia institucional hacia los propios empleados, hacia los residentes".

"Se les pone un dodotis, y ya no se les lleva más al servicio, podrían ser perfectamente continentes".

"Los empleados, no pueden hacer bien las cosas, exceso de trabajo".

"La organización del trabajo".

"Hablar de prevención prácticamente imposible".

"Se consideran los únicos que tienen potestad, abusos por la organización del trabajo", "muchos cargos, te están machacando continuamente".

"En la privada, acoso hacia el trabajador que ha estado de baja, humillaciones, gritos", "bajas por depresión, descalificado, humillado y maltratado", "su trabajo no se le reconoce".

"Los mandos intermedios utilizan la violencia institucional por su propia inseguridad, no tienen toda la información",

"La violencia va a más"; "lo peor es obviarla, consentirla, cultivarla y decir que no pasa nada".

"No somos conscientes de hasta que punto son violentos con nosotros y nosotros mismos con compañeros; repercute igual en el usuario".

"Cultura del trabajo, lógico que se te presione", "si hago más, descontentos mis compañeros", "los mandos tienen información, tienen poder y la utilizan como arma arrojadiza", "pueden ver que les pueden quitar el puesto", "ni siquiera por dinero, hablamos de poder".

la violencia en el sector sanitario

"El acoso".

"La gente salta independiente, en grupo, como pueda", "hasta derecho de pernada, pasan por encima de todos los derechos, con una impunidad tremenda".

"Los sindicatos no estamos respondiendo", "la ley nunca es clara", "las represalias son tremendas".

"Tal es la presión que la gente salta mal, saltas entre los compañeros, repercute en el trabajo".

"Se aguanta", "entras en el despacho tú solo, no se oye si me presionas, tampoco lo están viendo".

"Jefes, jefecitos, jefazas, sin cumplir los requisitos", "ese estatus, ese caché, es un rol que juegan", "los cargos más incompetentes son los que más se promocionan".

"Se dejan presionar, sigues la cadena, se aguanta", "hostias, cómo he podido yo llegar a ese nivel de presión", "se va extendiendo"

"Son competentes para lo que se les ha dotado", "sacas un trabajo en vez de con diez personas con cinco".

"Buscar a la gente más madura", "nos tienen cogidos", "la productividad variable es un sistema para crear discordia; divide y vencerás".

"El mando intermedio presiona para cumplir esos objetivos como sea", "elaborar una nueva cultura del trabajo".

"Orden 212, cuidado exquisito de que no apareciera para nada el tema del que estamos hablando",

"El mando intermedio dice las responsabilidades, tiene en cuenta la economía, la seguridad, los efectos psicosociales"

"La violencia sale barata, rentable...".

¿Por qué se aguanta tanto?", "en la privada peor todavía", "aguanta mucho más el que se siente inseguro en su trabajo", "está aguantando el que está más seguro", "la gente tiene miedo", "me han machacado"

la violencia en el sector sanitario

"El acoso moral ha sido brutal", "enfrentarse con la situación, decirles que no tienes miedo", "el nivel es altísimo de presión".

"Todo el mundo en su casa desestructurado", "rompiendo lo habitual de casa para seguir con lo habitual del trabajo", "tu tienes un día libre, de pronto ya no lo tienes", "como si tuvieran ellos todo el derecho del mundo sobre el tiempo de trabajo; el trabajo, la persona, la familia"

"Falta de respeto continuo".

"Cargo intermedio, apáñatelas, mientras a mí no me des problemas puedes hacer lo que te dé la gana", "no es solo culpa del empresario, también de nosotros mismos".

"El sistema mal dado de arriba", "cojo uno de abajo para que machaque al de abajo; sabe cómo van las cosas", "si tú tienes la oportunidad de pinchar al de al lado le pinchas".

"Cubrir nuestras necesidades a base de pedir a los compañeros".

El acoso moral: se trata de un problema entre dos o hay varias personas metidas en ello

"Acoso moral", los compañeros somos cómplices y todos los que no reaccionamos correctamente a la violencia; es el pez que se muerde la cola,;colaboramos a que la institución cree mas violencia".

"Los mismos trabajadores: a mí me da lo mismo, a mí no me parece que me toque de momento".

"El sindicato: unas veces no se puede, otras no se llega, otras no hay medios y otras no se ve",

"Mucha culpa".

"Una cosa es que te estén presionando, el acoso es algo más",

"Violencia institucional, muchísima: presión, desorganización, pero ¿acoso?".

"Mi trabajo de delegado cuando tenía día sindical, decían: este tipo no trabaja", "oye, que estoy mirando por ti".

"Enfrentar a los compañeros", "el hecho de significarte hacer que

la violencia en el sector sanitario

se te respete, detrás toda una organización”.

Una cuestión, se sugiere que parte del acoso tiene que ver de una manera clara con el poder, la patronal, o algo así; el acoso puede ser múltiple, cuando llega al máximo dicen que hay que pedir ayuda especializada, ¿el resto es impotente para hacer nada?

“Hay que dar soluciones, existen alternativas, la gente no ve un respaldo”.

“Las enfermedades psíquicas están mal vistas”, “la administración no es sensible ante este tipo de problemas; cuando se ha intentado denunciar no ha habido respuesta”, “curarnos, ayuda especializada”.

“La violencia es mucho mayor, no hay más instrumentos”.

“No nos criticamos a nosotros mismos; mientras nos limitemos a buscar culpables, nunca se podrá avanzar; siempre los malos son los de más allá”,

“Tratar de entender por qué surge la violencia”.

“Esa gente que ejerce la violencia son como nosotros”, “se trata de solucionarlo”, “no aceptarlo o no aceptarlo”.

“El sistema genera violencia por todos los lados”, “habrá que tratar de influir para que la organización no sea así”.

“Violencia dentro del propio sindicato”.

“Habrá que tener otros valores en la vida”.

“La gente vive más lejos unos de otros”, “la sociedad cuanto más avanza, retrocede en humanidad”, “cada vez nos vamos distanciando más”.

“Buscar sistemas o fórmulas para cambiar esto, viene dado en la sanidad, en la calle, se va traspasando a todos los sectores, al trabajo”.

“Esto es una cosa corriente en nuestra vida, dado por la educación, la llevamos dentro”, “no me diga nadie que no ha hecho daño alguna vez al de al lado, lo haces inconscientemente, pero se lo estás haciendo...”

la violencia en el sector sanitario

"Dramático, esa parte de violencia que arrasa".

"¿Hay que intervenir en la violencia? frenarla, prevenirla"

"La violencia hay que canalizarla, conducirla", "violencia extrema, cuando esa violencia es descontrolada, hay que prevenir" "cuestión de límites" "canalizar esa violencia" "programa de desintoxicación de violencia", "desviarla hacia otro camino más natural", "la violencia la llevamos nosotros dentro", "educación para que la gente no genere esa violencia extrema".

"Inmerso en un nivel de violencia no deseado que te predispone".

"Autocontrolable", "cursitos de autocontrol, tolerancia cero; no podemos permitir que nadie maltrate al vecino, nadie tiene patente de corso para hacer lo que le dé la gana".

"Jornadas de relajación, la gente se descargaba allí".

"Los servicios de prevención instaurar cosas de esas en los centros, no pasar esa barrera de la violencia".

72

"Hemos pasado de las viejas ideas de transformar la sociedad a las técnicas antiestresantes".

"Cursos muy bonitos, para que todos estemos conformes con lo que nos está ocurriendo".

"Cambiar el mundo, la violencia es un problema de todo el conjunto de la sociedad".

"Técnicas antiestresantes para que todo continúe igual", "no es lo mismo ser agresivo, a ser violento".

Grupo segundo sobre violencia institucional

(Los integrantes del grupo son delegados de prevención de centros de salud mental y centros de atención a drogodependientes)

"Funcionamiento psicótico de la institución: paradojas, dobles mensajes".

"Mucho más sutil".

la violencia en el sector sanitario

"Descolocadas últimamente".

"Precariedad".

"Nunca sabemos que va a pasar, se ha ido a la calle toda la gente".

"Revendido".

"Intentando luchar, hay que portarse bien, incertidumbre constante".

"Lo mismo das tú que cualquier otra persona".

"Privatización de los servicios públicos".

"Es diferente trabajar para la empresa privada que para la Comunidad de Madrid".

"Servicios contratados".

"La Administración protege a los ciudadanos, ¿no?; lo que hace es ejercer violencia hacia sus trabajadores, se beneficia, es más barato".

"Desigualdades".

"Mismo trabajo, condiciones totalmente distintas".

"Una forma de violencia".

"Imagen, lo que quieren es imagen".

"De cara a la galería lo ofrecen todo".

"Criterios contradictorios, no hay línea definida".

"Es un poco dejar hacer, cada uno que haga lo que pueda".

"Patatas arriba todo".

"No hay estrategia ni siquiera para dividir a la gente, para que no se relacionen".

"Imagen hacia fuera aunque no sea verdad, hacen cosas maravillosas," "resultados estupendos, mentira todo".

"Las normas de los usuarios, cambiando constantemente, no sabes a que atenerte".



la violencia en el sector sanitario

"No hay apoyo, no hay dirección, ni está marcada normativa; la dirección, hoy dice blanco, mañana dice negro; si te vuelven loca a ti, cómo vas luego a los chicos".

"Descoordinación que produce conflictos y, en última instancia, violencia para los trabajadores, violencia institucional que puede convertirse en física; esa falta de pautas o de normativas puede dar lugar a que los clientes se crezcan".

"No existen enfermos mentales agresivos, se supone que están bien y cuando te sacuden, se tapa; no se recogen esas agresiones".

"Tienen que estar tratados por personal cualificado, físicamente y con formación".

"No se hablan las cosas, no se valora al trabajador".

"Represión total".

"Aguantando obras, se me han puesto los ojos rojos y nadie hace nada; a fin de cuentas, son unos desgraciados qué están locos perdidos y que más da los trabajadores".

"La marginación del toxicómano nos llega a todos".

"Estamos hablando del siglo XXI, la marginación de esta clase de enfermos es la misma en todas las instituciones que tratan a este tipo de enfermos."

"Con la reforma psiquiátrica se hicieron programas, normas y luego se ha ido dejando morir; antes se hacían grupos, ahora, ambulatorios atendiendo más de lo que deberían, trabajando mal; alucinas en colores".

"Pacientes en crisis, que vuelvan dentro de seis meses o alta en plena crisis; se necesitan camas".

"Funcionamiento psicótico, te tienes que parar a pensar qué estas haciendo y organizarte lo que está bien y lo que está mal, tal locura que te descoloca".

"La falta de recursos es exagerada, pacientes que tendrían que ingresar ya, están en lista de espera de más de un año, las familias ya no pueden más; a esos pacientes te los chupas".

la violencia en el sector sanitario

"Agresiones físicas no, no hay más que en los centros de atención primaria".

"Una ambulancia psiquiátrica para todo Madrid, puede tardar en venir tres horas".

"Nunca hemos tenido un vigilante jurado, si esta en pleno brote, puede agitarse más".

"Marginalidad del enfermo, en otro tipo de patologías se dan muchos medios, la salud mental no reivindica; es admitir que tienes un loco en casa, la gente no reivindica ser un enfermo mental".

"Muchos más recursos para drogas".

"No hay centros, hospitales de día; los pisos tutelados funcionan fatal".

¿Dónde van a reclamar? Al Centro de Salud Mental, y los trabajadores chupan la ansiedad.

"La enfermedad mental se esconde".

"Falta personal, ¿dónde están los recursos?".

"Los que tienen que gestionar son trepas".

"Subrogación, los trabajadores de parapeto contra este problema".

"No sale a la luz pública nunca, solo trasciende la alarma social".

"Un paciente delirando, con intento de suicidio, da igual; solo molesta a la familia y a los vecinos".

"Electroshock, se da en un hospital privado, en el Clínico también, en algunos casos funciona".

Y todos estos problemas que estáis viendo cotidianamente ¿cómo os afectan en las relaciones con los compañeros y pacientes?

"Todo el día luchando contra los pacientes, los compañeros, la dirección, demasiada lucha, soledad tremenda".

"Los jefes no saben ni sus obligaciones ni responsabilidades ni leches; hay una pérdida de funciones por parte de todo el mundo".



la violencia en el sector sanitario

"Hago labores de cocina, de limpieza, de vigilancia, de coordinación..."

"Responsables de funciones que no son responsabilidad nuestra".

"Se aprovechan de la buena voluntad".

"Violencia entre compañeros del hospital y los centros de salud, se dan altas tempranas y son los centros de salud los que se comen el tema".

"La enfermería está de esponja, tienes que tomar decisiones, tienes que sujetarle si se está dando golpes contra la pared; el no hacer nada es terrible".

"Si tú no encuentras tu espacio y encima no te lo dan ¿qué haces?"

"El doble mensaje descoloca".

"Trabajo en equipo mal entendido, cada uno tiene que aportar su visión desde su profesión, no todos valemos para todo".

"Los jefes tampoco marcan unas líneas de actuación, unos objetivos".

"Las cosas funcionan solas, sin jefes, porque la gente es responsable de su trabajo".

"El que está en atención al público es el que se chupa todo, la pagan con la que esta en secretaría".

"Cuando viene alguien de fuera, alucina en colores, ponen de relieve las anormalidades".

"Tenemos que parar a pensar lo que estamos haciendo".

"Muy fuerte asumir la violencia, no tenemos mecanismo de defensa ni de vida tan siquiera".

"No hay reuniones, las reuniones dan lugar a un espacio de ilusión, puedes hablar con el compañero, intercambiar opiniones...".

"Muchos de los conflictos, debidos a mis compañeros".

"Soy pesimista, desmotivación, quemado; te pagan una miseria y comparados con la privada, estamos de lujo".

la violencia en el sector sanitario

"Todos a callar, cualquiera se mueve".

"Derivando dinero público a empresas privadas".

"Que controlen a la privada por lo menos".

"La administración maltrata a los que tiene trabajando con ella".

"La administración hace la norma".

"No hacemos nada, el problema es el jefe".

"Los problemas te los llevas a casa y no duermes".

"La administración tiene que velar por los usuarios y los trabajadores".

"La administración no quiere que se sepa".

"El público pasa, la información está muy contaminada, la gente no quiere problemas".

"Da vergüenza, las cosas que decimos aquí, si salieran se les podía caer la cara de vergüenza; hay que llevar los debates nuestros a la televisión".

"Muchas veces los que están arriba no saben lo que esta pasando abajo".

"Presionar".

"Ya no es problema sólo de mala organización laboral sino de acoso laboral y de bajas con depresión y cosas muy graves".

"Mucho sufrimiento en silencio".

"Los canales de comunicación se saturan, todo se banaliza".

"Nueve empleados de baja agredidos por los menores de la Comunidad, puestos de pegamento y como son menores no se les puede sancionar y pueden hacer lo que les dé la gana".

"Comunidad Terapéutica, empresa o asociación, un negocio".

"Es el estilo de gobernar que impregna todo".

"La mentira, el engaño, todo imagen".

la violencia en el sector sanitario

"La participación es importante, organizarse".

"No hay solidaridad".

Transcribimos las cintas, trabajamos sobre los discursos de los delegados de prevención en los grupos y se les convocó a un nuevo grupo, al que asistieron la mayoría de los participantes.

También, asistió a este grupo Adrián Buzzaqui, sociólogo, psicoanalista, experto en grupos, que nos ayudó en la tarea.

Grupo final

En la primera parte, expusimos el resultado del trabajo de análisis, que fue el siguiente:

La violencia es un concepto que tiene múltiples significados, la violencia física es más fácil de reconocer, denunciar y perseguir, pero, ¿de qué hablamos cuando nos referimos a la violencia psicológica, institucional, social, simbólica...? Al respecto hay cierta confusión.

Convendría decir de qué violencia hablamos y que violencias vamos a rechazar, porque no se puede hablar de "la violencia" sino de "violencias", de las distintas violencias que atraviesan las relaciones que se dan entre los diferentes actores del sector de la salud.

Simplificando mucho, podríamos decir que hay violencia manifiesta y violencia latente.

En sus múltiples manifestaciones, la violencia es una forma de ejercicio del poder, existiendo siempre un sometido y un sometedor, donde alguien abusa de ese poder y de esa autoridad que alguien padece. Así, aparece en el discurso grupal.

la violencia en el sector sanitario

Sobre violencia ciudadana

La relación profesional sanitario-paciente es una relación asimétrica, de poder; en un lado se encuentra el saber y el poder y en el otro, la ignorancia, el desarraigo y la dependencia.

La organización social determina el rol del paciente, del médico, de la enfermera, del auxiliar...; los conflictos entre profesional sanitario-paciente, como los conflictos entre estamentos, reproducen la lucha de clases; actualmente están aumentando las diferencias y las tensiones.

Los pacientes están sometidos, según su situación social. La participación y el control de la asistencia difiere en la pública y en la privada.

Parece una relación que ha entrado en crisis y vivencia otra crisis; ¿se han movido los papeles?

En los grupos hay una demanda de información y formación constante, hay una necesidad de recursos para poder comprender y afrontar lo que está sucediendo; y no son conocimientos técnicos los que solicitan, sino para mejorar la comunicación, las relaciones personales, resolución de conflictos... conocimientos psicosociales.

Se constata la existencia de realidades alejadas, la de la autoridad administrativa o empresarial, la de los trabajadores y la de los pacientes, "se da una imagen a la población que no tiene nada que ver con la realidad, con nuestra realidad".

El sistema crea necesidades de servicios sanitarios y da expectativas falsas; oferta a los ciudadanos "quimeras", la salud, la cura, la inmortalidad; medicaliza la sociedad..., colocando a los trabajadores de "parapeto", de "esponja", en situaciones imposibles de indefensión, representando a la institución que no proporciona los medios necesarios para la atención satisfactoria, ni la oportunidad de buscar soluciones.

En esta situación, los pacientes aguantan, los trabajadores aguantan hasta un límite; después, viene la bronca, el golpe... Violencia en las dos direcciones, ¿quién somete a quién?



la violencia en el sector sanitario

En el sector de la salud mental los trabajadores tienen una cierta capacidad de asumir comportamientos fuera de lo normal, una distinta percepción, desdramatización de la violencia cuando se relaciona con pacientes psiquiátricos; no obstante, esa violencia afecta a la salud mental y a los derechos laborales de los trabajadores. La incidencia en este sector es inferior, en contra de lo que generalmente se cree, pero cuando se produce es mucho más grave, básicamente en aquellos casos en que el paciente integra un profesional en su problema psíquico. Actualmente hay trabajadores que están sufriendo un acoso grave ante la pasividad prolongada en el tiempo de la administración.

El paciente ha pasado a ser un consumidor de servicios sanitarios y la relación profesional-paciente, una relación entre proveedores de servicios y consumidores, generando insatisfacción en las dos partes.

Algunas veces los trabajadores son conscientes de que a pesar de sus esfuerzos, la asistencia que proporcionan no es la que deberían; contradice sus ideas, sus expectativas y les hace sentir culpables, hasta que se queman. Luego viene la frustración, la despersonalización... se sienten incomprendidos por los pacientes, los compañeros y los superiores.

Hay una violencia asumida muy importante por parte de los trabajadores, física (pellizco de los abuelos...) y psicológica (insultos, amenazas...) También, hay una violencia asumida por el enfermo, procedente de la institución y de los profesionales (alienado). Son formas violentas no visibles de las relaciones cotidianas que han sido normalizadas y que incluso se consideran propias de ciertos puestos de trabajo.

Podríamos decir que existe una violencia invisible, no hablada y no elaborada pero consentida por el temor del que la padece y negada por la complicidad de la mayoría.

Violencia oculta, porque no se registra y lo que no se registra no existe. También se ocultan los datos que no interesan, se registra en los cuerpos y en las psiques.

Es importante la violencia soportada por los trabajadores sanitarios sin recibir ningún tipo de apoyo por sus superiores.

la violencia en el sector sanitario

Este tipo de violencia no se previene, se consiente y de ella se saca partido.

Violencia institucional

En los grupos en los que se habla sobre violencia institucional, sale el enmascaramiento de los procesos de dominación en el mundo laboral.

Al negarla o esconderla, la violencia reaparece como culpabilización del otro, la violencia negada se pone en los otros: enfermos, superiores, compañeros... pero este sistema se mantiene y llega a ser eficiente sólo con la complicidad de los propios dominados.

En el día a día laboral se viven una serie de situaciones que generan microviolencias que pueden ir minando a las personas, que parece que son acumulativas y con el tiempo se manifiestan como síntomas.

Estas microviolencias están relacionadas con la organización del trabajo: trato desigual y vejatorio, discriminaciones, desvalorización, falta de participación y reconocimiento, exigencias excesivas...

Aparecen una serie de temas que me parecen importantes:

- Las normas son necesarias para la convivencia y para tener una referencia, según el discurso de los grupos; faltan o hay normas contradictorias o cambian constantemente no sabiendo a qué atenerse ni trabajadores ni usuarios.
- Desconocimiento de la institución, de sus objetivos, de las normas para conseguirlos, de las funciones a realizar (solapamiento) (hacemos de todo: cuidamos, vigilamos, custodiamos...), reina la confusión.
- Está instaurada una organización informal muy fuerte, más o menos consensuada por los miembros del servicio o del grupo (grupos de presión) reproduciendo los esquemas de poder, que no aparece escrita, y ejerce una presión muy importante sobre los miembros pudiendo desencadenar situaciones de acoso moral o mobbing.

la violencia en el sector sanitario

- Hablan de falta de dirección, las gerencias están lejos. La persona que representa a la dirección, el que somete, es un trabajador, que como mando intermedio distribuye tareas, responsabilidades, privilegios, castigos, afectos, divide, separa... y presiona para conseguir los objetivos que le imponen, exigiendo disponibilidad total, adueñándose del tiempo de trabajo y de ocio.

- Manifiestan distintos tipos de poder: coercitivo, su base está en el miedo, funciona a través de amenazas; persuasivo, descansa en la seducción y manipulación de premios simbólicos y el poder de conocimiento (control de la información).

Todos ellos necesarios para someter, saltarse derechos laborales, hoy con el desempleo, los contratos basura, las privatizaciones, contrataciones y subcontrataciones nos han instalado en la incertidumbre y en la inseguridad (hay que portarse bien y aguantar), además se están especializando en métodos más sutiles para dominar que resultan difíciles de reconocer, pero que estamos viendo sus consecuencias: burnout, estrés, acoso moral.

- Se podría pensar que las organizaciones sanitarias se han convertido en organizaciones paranoicas que según Elliot Jaques³⁶, son aquellas en las que las relaciones de seguridad y confianza entre los individuos se vuelven imposibles, estando dominadas por la sospecha, la envidia, la rivalidad y la ansiedad; son organizaciones disfuncionales que frenan las relaciones sociales, existiendo miembros que con comportamientos engañosos, deshonestos, antisociales son aceptados e incluso admirados.

Las relaciones de los directivos con los empleados se caracterizan por el miedo, el resentimiento, la hipervigilancia; los trabajadores se sienten solos, aislados, despreciados, lo viven como una amenaza para su futuro profesional y se esfuerzan por rehuir a la organización. Los directivos también están angustiados.

Las causas son:

Dirección insuficiente con ausencia de definición de objetivos, responsabilidades, tareas, normas, límites, delegaciones de poder inadecuadas o ambiguas.

la violencia en el sector sanitario

Cuando la autoridad se convierte en autoritarismo y el estilo de mando es del tipo "dejar hacer".

Los dirigentes incompetentes, se protegen de los subordinados competentes, se vuelven desconfiados, defensivos, engañosos, autoritarios...

Cuando los objetivos manifiestos y latentes de la institución no se corresponden.

La escasez de recursos tanto humanos como materiales son una de las causas más frecuentes de evolución paranoica.

- Resaltáis los problemas de comunicación: "se habla poco" con los compañeros y superiores, la comunicación se obtiene y se detiene en el mando intermedio que la controla, o a través de rumores. Con los compañeros no se trabaja en equipo, no hay solidaridad. La sensación de soledad y aislamiento es muy importante. Son frecuentes los dobles mensajes, las paradojas.

- No hay apoyo ni por los compañeros ni por los jefes.

Se pone de manifiesto la complejidad de las relaciones con los otros. Hemos pasado de un espacio simbólico de seguridad y confianza a otro de amenaza perpetua y miedo hacia el otro.

- Hablan de la violencia del no saber. Violencia que afecta tanto a los enfermos como a los trabajadores. A los ciudadanos se les informa poco y mal en cuanto a su situación, diagnóstico, tratamiento, cuidados...etc. Esto genera incertidumbre, miedo, agresividad. Tampoco se les informa de sus derechos, obligaciones, límites; ni sobre el centro al que acuden: objetivos, normas...

La educación para la salud es escasa y no se forma a los ciudadanos en su promoción y prevención de la enfermedad. Se restringe su autonomía y se les hace dependientes, necesitan del profesional para curarse, ellos "no saben", "no pueden".

A los trabajadores les falta información y formación. Adquieren en las escuelas y universidades formación principalmente técnica y científica, pero deficiente en comunicación, relaciones personales e institucionales, no se suele estudiar la relación profesional sanitario-paciente, el lugar que ocupamos y el papel que cumplimos.

la violencia en el sector sanitario

Los trabajadores nuevos no son informados por la institución de la organización formal (normas...) ni sobre el puesto de trabajo que van a desempeñar en ella (funciones, tareas, riesgos laborales...); los directivos delegan su responsabilidad en otros trabajadores que lo asumen a regañadientes.

Se ha constatado que los trabajadores suplentes, o después de un traslado, y los alumnos en prácticas son los que mayor riesgo tienen de agresiones.

Los compañeros y los mandos intermedios en particular tampoco informan de la organización informal, propia de cada servicio.

Tampoco son informados sobre lo que la institución espera de ellos, por lo que esta primera etapa es muy estresante.

- La violencia es una forma de relación social, se la utiliza para conseguir cosas. Tenemos que asumir que la violencia es inútil para la resolución de conflictos.

- La respuesta de las direcciones en el tema de la violencia es de "dejar hacer", huyen de los conflictos, no conocen la mediación, no les interesa.

- El sufrimiento en la institución revela lo que no se habla y tal vez no se sabe.

Se habla de estar en una situación de círculo cerrado, "pescadilla que se muerde la cola".

La mala gestión y organización, las malas condiciones de trabajo pueden producir estrés, burnout, acoso... que deterioran la asistencia y las relaciones con el usuario y los compañeros, y esto a su vez genera peores condiciones de vida y de trabajo, pudiendo afectar gravemente la salud de los trabajadores.

Se ve la necesidad de una utopía para prevenir y resolver la violencia.

Después, se realizó un debate, buscando pautas de actuación de los delegados de prevención ante las violencias del sector sanitario.

la violencia en el sector sanitario

Propuestas de actuación de los delegados de prevención ante las diferentes violencias que se producen en el sector sanitario

En el desarrollo de los grupos, los DP fueron expresando grandes y pequeñas violencias, "tantas" que desbordaron los confines de este trabajo, pudiendo solo reflexionar sobre algunas de ellas, en búsqueda de luces que alumbraran su trabajo.

Propuestas para todos los sectores:

- Hacer visible lo invisible. Los DP tendrán que trabajar para poner de manifiesto las diferentes violencias que han ido saliendo a lo largo del trabajo. Para ello, es esencial conseguir que los compañeros las reconozcan, hablen y denuncien. Hay que establecer unos canales de comunicación para ello.
- Es muy importante la creación de un registro tanto de las formas físicas como psicológicas de las violencias, para poder hacer un mapa de riesgos, priorizar en el tratamiento y estudiar e investigar sobre sus causas para hacerlas desaparecer.
- Hacer aflorar las violencias a través de las evaluaciones de riesgos psicosociales.
- Para nosotros es un reto lograr el cumplimiento de la LPRL y sus modificaciones, señalar y analizar las dificultades que está teniendo para su implantación, y también de toda la legislación de prevención de riesgos laborales.
- Sería muy importante conseguir que los Comités de Seguridad y Salud fueran vinculantes, y no consultivos como ahora, para lograr una plena participación de los DP.
- Intentar conseguir a través de la negociación un nuevo modelo de prevención del sector sanitario público de la Comunidad de Madrid, con los servicios de prevención que sean necesarios y los recursos humanos y materiales suficientes, incluidos los técnicos psicosociales.
- Poner de manifiesto la falta de neutralidad de la mayoría de los miembros de los servicios de prevención y buscar mecanismos para conseguir servicios de prevención independientes.



la violencia en el sector sanitario

- Conseguir que los servicios de prevención intervengan en los problemas de salud derivados o producidos por la organización del trabajo.
- Actuar para conocer “todos” los riesgos a los que están expuestos los trabajadores en sus puestos de trabajo a través de unas evaluaciones de riesgos que sean reales, actuales y completas, incluidos los riesgos psicosociales.
- Los DP tienen que exigir evaluaciones de riesgos (ER) psicosociales que se realicen con un método fiable, serio, (a ser posible el Método ISTAS 21), aplicado por profesionales competentes y con la participación de DP y trabajadores.
- Las ER detectarían los factores de riesgos de la organización del trabajo, en cuanto a diseño de los puestos de trabajo y su adecuación a las personas, estilos de mando, relaciones sociales, discriminaciones (género, culturales, clase...), cargas abusivas...A partir de ella, se elaboraría **un Plan de Prevención de Riesgos Psicosociales**, en el que estaría incluida la prevención de “todas las violencias” que se podría parcelar para su estudio e investigación pero siempre buscando sus interrelaciones. Podríamos así utilizar la parte positiva de la Orden 212 con su Plan de Prevención de las Situaciones Conflictivas con los Ciudadanos, mejorándola e incluyéndola en un contexto global de prevención y erradicación de las violencias.
- Denunciar la escasa de legislación sobre riesgos psicosociales y trabajar para conseguirla
- Utilizar el artículo 4 punto d de la LPRL, para intervenir en la organización del trabajo, tarea ardua, porque los directivos creen que es una tarea exclusiva de su capacidad de dirección y piensan que discutimos su autoridad y poder. Tenemos que convencerles de la importancia de la organización del trabajo para la seguridad y la salud de los trabajadores, aunque la relación no les parezca tan evidente como en otros riesgos y poner en evidencia que la organización del trabajo está en el origen, desarrollo y mantenimiento del acoso psicológico, el estrés, el burnout y otras violencias.

la violencia en el sector sanitario

- Tenemos que tratar de que en los centros sanitarios se desarrolle una cultura de trabajo centrada en los aspectos humanos, basada en la seguridad, en la no discriminación, en la tolerancia, en la confianza, en la igualdad de oportunidades y en la cooperación. Para ello la organización tiene que recurrir al diálogo, compartir con los trabajadores la visión y las metas comunes, fomentar que los problemas se compartan y se solucionen en grupo, se reconozcan las iniciativas del personal y se creen oportunidades para su desarrollo y que la dirección este comprometida a combatir la violencia en el lugar de trabajo.
- Para esto último, la alta dirección debe publicar una declaración explícita de intenciones en la que se reconozca la importancia de la lucha contra la violencia laboral, expresando:
 - Un compromiso real de tolerancia "0" con los comportamientos violentos o que intencionadamente engendren violencia, especialmente, en los casos de acoso psicológico.
 - Dar prioridad a la prevención y al tratamiento de la violencia laboral.
 - Directrices y capacitación a los mandos intermedios para que se conviertan en ejemplo de una organización libre de violencia.
 - Tenemos que intentar que los puestos de los mandos intermedios se obtengan a través de un concurso de méritos y no se den "a dedo " por la dirección o que sea un cargo rotatorio para evitar abusos de poder, injusticias.
- Nuestro papel es conseguir organizaciones justas y democráticas, con igualdad de oportunidades para los trabajadores, comunicación abierta y plena participación de los trabajadores y sus representantes.
- Es muy importante la regulación, transparencia y control en los procesos de selección de personal, traslados, promoción, distribución de jornada y permisos.
- Uno de los problemas más acuciantes es la falta de plantillas, nuestro trabajo sindical deberá encaminarse a la consecución de

la violencia en el sector sanitario

plantillas suficientes, bien distribuidas y a eliminar las horas extras o peonadas y los doblajes.

- Es esencial una valoración de los puestos de trabajo, con la definición de las funciones, tareas y responsabilidades, que sean conocidos por los trabajadores; una buena planificación del trabajo y de las jornadas, evitando la disponibilidad e incertidumbre del trabajador, la sobrecarga de trabajo y los ritmos excesivos y que tengan en cuenta el tiempo requerido para proporcionar una atención integral de calidad a los enfermos.

- Conseguir que los trabajadores tengan la información y la formación necesaria de su puesto de trabajo: características, riesgos...

- Impulsar la formación de los trabajadores sanitarios y no sanitarios en temas psicosociales: comunicación, habilidades sociales (para el trato con los pacientes y con los compañeros y superiores), contención psicológica, que les capacite para el trato personal y la identificación y prevención de posibles situaciones de violencia.

- Trabajaremos para erradicar las divisiones corporativas entre los diferentes estamentos de trabajadores.

- Tenemos que trabajar en profundidad la relación de los profesionales sanitarios con los pacientes a través de foros de discusión, grupos de trabajo con participación de ambas partes.

- Crear Planes de Acogida para los pacientes y trabajadores.

- Aumentar el apoyo social entre compañeros y por parte de los superiores.

- Organizar una red de solidaridad con los compañeros afectados.

- Información y formación específica sobre: acoso, estrés, burnout y otras violencias.

- Trabajaremos para que sean consideradas enfermedades profesionales el estrés, burnout y el acoso.

- Sería interesante estudiar e investigar sobre la comunicación (vertical descendente, vertical ascendente y horizontal) de los lugares de trabajo del sector sanitario.

la violencia en el sector sanitario

- Estudiar e investigar sobre los diferentes grupos de trabajo
- Deberemos trabajar por la organización de equipos interdisciplinarios, que funcionen y sirvan de apoyo ante las dificultades, los compañeros, son los que mejor pueden comprender y compartir nuestra situación.
- Conseguir la participación de los trabajadores en la toma de decisiones y objetivos.
- Trabajar para implantar una cultura de respeto, educación y trato justo en los centros de trabajo.
- Procurar un entorno físico seguro y saludable para pacientes y trabajadores: buena iluminación y temperatura, sin ruidos, espacio suficiente, salas de espera cómodas para los usuarios.
- Evitar aglomeraciones y tiempos de espera de los ciudadanos, planificando las citas; para ello hay que tener recursos suficientes.
- Dar información clara y oportuna a los pacientes y a sus familiares.
- Deben elaborarse códigos de conducta, donde se expliquen a los pacientes y familiares sus derechos y obligaciones, que deben ser expuestos y distribuidos para que los conozcan.
- Evitar que vaya un trabajador solo a una visita domiciliaria, en general que haya un trabajador aislado.
- Elaborar protocolos de urgencia para que el personal pueda pedir ayuda.
- Proveer sistemas de alarma.
- A posteriori, las intervenciones tienen que ir encaminadas a reducir al mínimo las repercusiones de la violencia y a conseguir que no se repitan en el futuro.
- Deben ir orientadas a la víctima, al agresor, a los testigos y a todo el personal que se haya visto afectado directa o indirectamente por un incidente o comportamiento violento.
- Tiene que ser considerado como accidente laboral, denunciado

la violencia en el sector sanitario

y con la correspondiente investigación, estudiando sus causas para poder prevenirlos.

- En los casos de acoso, hay que denunciar también, a los colaboradores y a los testigos que no intervengan.

- A las víctimas se les proporcionará el tratamiento médico y psicológico necesario para poder asimilar lo que les ha ocurrido, se les ofrecerá seguridad y apoyo a corto y a largo plazo por parte de la dirección y de los compañeros.

- Representación y ayuda jurídica, acompañándoles y ayudándoles en los trámites con la policía.

- Debemos repensar nuestras prácticas profesionales y reconocer que somos cómplices y ejecutores de algunas violencias; asumir responsabilidades y alimentar la empatía (ponerse en el lugar del otro) es un medio eficaz para reducir la agresión.

A nivel sindical:

- Trabajaremos para disminuir el paro, eliminar la precariedad y reducir las subcontrataciones.

- Propiciaremos el aumento del gasto sociosanitario público hasta alcanzar el promedio de la UE.

- El aumento de los recursos es esencial, tanto humanos como materiales.

- Potenciaremos la buena gestión de los recursos humanos y materiales existentes.

- Trabajaremos para erradicar la simbiosis entre sanidad pública y privada.

- Potenciaremos la dedicación exclusiva de los profesionales.

- Frenar las externalizaciones de prestaciones y servicios.

- Disminuir y controlar las listas de espera quirúrgicas, diagnósticas y de visita médica.

la violencia en el sector sanitario

- Intentaremos controlar las condiciones de trabajo que se dan en los conciertos de la Administración Pública con la asistencia privada, para que tengan los mismos derechos.
- Los DP de CC.OO. tenemos que informar y conseguir implicar a la organización en el tema del acoso psicológico, para que se investigue en profundidad y podamos dar una respuesta colectiva y contundente a este atentado a la clase trabajadora.
- También tenemos que conseguir implicar a la sociedad para que actúen, a jueces, abogados, médicos... a la Inspección de Trabajo para que sea más diligente; como sindicato presionaremos para suprimir el Criterio Técnico de la Inspección de Trabajo sobre mobbing y a los partidos políticos de izquierdas para conseguir legislación sobre el tema.
- Estudiar e investigar un sistema de resolución de conflictos.
- Tenemos que conseguir normas correctoras para que los hechos violentos no queden impunes.
- Buscar la concienciación de la sociedad en todo tipo de violencia, con campañas de prevención de la intolerancia, xenofobia y exclusión social, impulsando una educación en conceptos de paz y solidaridad.



Grupos con los ciudadanos

En ellos vamos a estudiar el fenómeno de la violencia desde la óptica de los pacientes para conocer la percepción de los que reciben la atención de salud.

El paciente está en una situación de vulnerabilidad por el hecho de estar enfermo, especialmente el hospitalizado, porque además se alteran sus relaciones familiares, laborales... etc, es desplazado de su territorio vital a otro desconocido y complejo, pasa a tener un papel pasivo, dependiente de personas extrañas. Todo ello le va a producir cambios emocionales intensos que alteran su autoestima, y los sentimientos de pertenencia, seguridad e identidad que puede ser la causa de la pérdida del sentido del control físico

la violencia en el sector sanitario

y/o psicológico. Por lo expuesto y porque la relación profesional sanitario-paciente es una relación asimétrica y jerárquica pueden convertir al paciente en víctima de actos considerados agresivos o violentos.

Según el estudio de Paredes, A. y Paravic³⁷, K, basado en el Modelo Interactivo de violencia laboral de Chapell y Di Martino³⁸, el 84,17 por ciento, de los usuarios de un Centro de Salud de Chile, percibió violencia de una intensidad mediana y alta. De éstos, el 96,75 por ciento de los usuarios refirió haber experimentado violencia psicológica, atribuida a características institucionales y de trato humano de los trabajadores de salud. Un 50,83 por ciento percibió influencia de la violencia en su salud mental.

En el estudio realizado por Burgos y Paravic³⁹ en 2003 a pacientes hospitalizados, el 39 por ciento percibieron violencia, cifra bastante menor al estar influido por el temor a represalias de los funcionarios.

Por ello, realizamos los grupos con representantes de ciudadanos. Para la selección nos dirigimos a la Federación de Asociaciones de Vecinos a fin de contactar con ciudadanos voluntarios, interesados en los temas sanitarios y que nos pudieran dar la versión de su experiencia y el conocimiento de su zona en el tema de la violencia.

Realizamos dos grupos de hora y media de duración en un local de dicha Federación. Les explicamos que sería grabado su discurso para poder estudiarlo mejor y que iban a ser semidirigidos por dos monitores que no participarían con sus opiniones, centrarían el tema y harían algunas propuestas.

Presentación de los dos grupos

La violencia en el trabajo es un problema mundial, el 25 por ciento de esta violencia se produce en el sector sanitario; es una violencia física, psicológica, institucional... son muchas las violencias que se producen en torno al acto sanitario, se tiende a ver más la que proviene del usuario del sistema y de sus familiares.

la violencia en el sector sanitario

En CC.OO., preocupados por el tema, estamos investigando sobre sus causas para intentar prevenir los diferentes tipos violencia. Hemos realizado varios grupos con representantes de los trabajadores a los que les preguntamos por las causas de las violencias que vivían ellos y los trabajadores que acudían a ellos y ahora os preguntamos a los representantes de los ciudadanos lo mismo, las violencias que habéis vivido vosotros o los ciudadanos de vuestra asociación. Tenéis la palabra.

Grupo primero

"Nos sentimos agredidos como ciudadanos cuando tenemos que esperar 4 horas para una cita en el Ambulatorio de Villaverde".

"Vas porque estás enfermo y estás a distancias grandes".

"En la ventanilla trato vejatorio, distante, frío; ni siquiera te miran a la cara".

"Es irritante, da lugar a que den una patada a un banco".

"En Salud Mental, después de dos meses de espera, el médico se va de curso y vuelta a esperar".

"En Oncología del Doce de Octubre no tienes que estar de la mano de un voluntario, se necesitan profesionales".

"Centro muy bonito y los sanitarios desbordados".

"Psicólogos para enfermos y familiares".

"Faltan medios económicos, es una presión".

"Áreas de Salud que funcionan mejor que otras, tienen diferentes recursos".

"Hay bastante población gitana a la que atienden enseguida para que no haya problemas".

"Formación para que funcionen mejor los servicios".

"El Centro de Salud de Potes es una zona conflictiva, hay gente que da problemas".



la violencia en el sector sanitario

"En los centros socio-sanitarios el personal no es adecuado para atender a las personas mayores, faltan geriatras y las listas de espera interminables".

"La sanidad tiene una agresión en el sector de los mayores".

"Tenemos tantos drogodependientes en Madrid, hay que ir a verlos a los poblados. En el Salobral están desatendidos, desbordados; cada Centro de salud tendría que asumir su población drogodependiente".

"El centro de Salud está muy alejado".

"Residencia de mayores, 3 meses para descargo de las familias, cuando pasaban los tres meses, agresividad impresionante de los familiares".

"No le daban la medicación para poder llevarlos otra vez, faltan recursos".

"Agresividad en la sociedad, se genera desde el profesional o desde la administración".

94 "Médicos: majetes, arrogantes, se sienten Dios...".

"Queja generalizada en la atención de ventanilla".

"Mareo al paciente con burocracia, de ir de un sitio para otro haciendo colas".

"Llegas calentito", "el estrés diario".

"Consume, consume, consume; te lo están metiendo por los ojos, nos está causando estrés".

"El modo de vida genera violencia".

"Las carencias sanitarias crean violencia, puede ser la chispa que enciende la pólvora".

"Produce un malestar social muy fuerte".

"Llamas por teléfono para una cita y no lo cogen, tienes que acercarte, esperas horas; cuando llegas al médico estás cabreado".

"Faltan recursos". "En las ventanillas es donde más se produce agresividad, con los primeros que te topas".

la violencia en el sector sanitario

"La ventanilla única, todos atienden a todo, tardan muchísimo".

"Algo falla en el plano administrativo, falla el sistema y no lo suplen con personas".

"Falta de previsión en el trabajo y de organización del trabajo administrativo".

"Hay enfermos mentales y drogodependientes que pueden ser agresivos".

"Al médico de punta, el usuario que ha pasado por Internet y le dice lo que le tiene que recetar".

"Consumir pruebas, pruebas...; parece que es mejor médico el que pide más pruebas".

"En la sanidad privada te mandan más pruebas y a poco que te descuides, te operan".

"En la Seguridad Social, una radiografía sólo, la gente se siente mal y protesta".

"Hay una globalización de la agresividad, de la vida corriente, de la sanidad, de cómo nos están diseñando las ciudades".

"Deciden por nosotros y no podemos decir nada".

"Los consejos de las áreas no funcionan", "nosotros tenemos una mesa de salud que funciona".

"Tenemos salud municipal que funciona, es la gran desconocida, son todos programas preventivos".

"Más amables que en el Imsalud, que no te miran a la cara".

"Maltrato psicológico en los centros concertados públicos o privados para disminuir la lista de espera".

"Operan a 22 en una mañana, en cadena, como si fueran mercancías".

"Los terminales a San Rafael que tratan bien; y en el Sears el trato es vejatorio para el terminal y los familiares; suciedad; se están muriendo y da lo mismo".

"Condenable, censurable".



la violencia en el sector sanitario

"En Oncología del Gregorio Marañón el trato y el apoyo al enfermo y familiares es de 10".

"Las ambulancias, 4 o 5 horas de espera después de ser asistido; está privatizado el servicio".

"En las urgencias, los fines de semana mucho peor con los médicos contratados para el fin de semana".

"En Puerta de Hierro, hay un deterioro progresivo, alarmante; por un lado abandonado y por otro, actividades nuevas".

"El personal, atacado de los nervios".

"Nos vamos a tener que desplazar 40 km".

"La construcción de los nuevos hospitales".

"Se van a crear 1600 camas y se van a destruir otras tantas en los viejos", "no van a solucionar nada".

"Tres temas de preocupación en mi zona: la seguridad ciudadana, la inmigración y la sanidad; la gente saldría a la calle a defender la sanidad pública y de calidad".

"Hay una consigna de la Organización Mundial del Comercio: la privatización de la sanidad antes del 2010; llevamos muchos años padeciendo".

"Estás peleando por la sanidad pública, pero en la privada tardan 15 días en hacer la prueba y en el Doce de Octubre 2 años, y es tu salud; lo están haciendo bien".

"Pretenden que el ciudadano diga: esto funciona mal, privatizado funciona bien".

"Se está usando el mismo modelo que en educación, es lo que tenemos que trasladar a nuestros vecinos".

"Estamos consintiendo los sindicatos y la población el tema que hay aquí"

"La función del Gerente es recortarte todo, y luego le dan un premio por haber gestionado bien".

"El estudio este nos puede ayudar a marcar pautas, que alguien quiera escuchar".

la violencia en el sector sanitario

"Los nuevos hospitales les van a dar votos porque se los ponen en frente, los problemas luego, cuando empieza la gestión".

"Falta de recursos para las familias".

"Los nuevos MIR no tienen una formación integral y humana".

"La salud pública abandona los programas preventivos, porque consideran la salud como asistencial, no preventiva ni comunitaria".

- *Y el tema de las personas mayores, las residencias..*

"En los centros públicos gestionadas por empresas privadas, el servicio que dan a los viejitos es un desastre, los tienen hacinados".

"En una tienen una UCI que no utilizan porque no hay médico".

"Los recursos sociosanitarios son un desastre, están todos privatizados".

"Las toxicomanías, la tasa de consumo es muy alta; se tendría que crear otra estructura".



Grupo segundo

"Recuerdo que para ir al médico no se tenía que pedir cita".

"Voluntad política, con la Ley General de Sanidad no se puso dinero".

"La derecha lo está privatizando y yo creo que es una agresión por parte de la Administración hacia los ciudadanos, es una agresión el presupuesto de sanidad y están llevando una mala gestión".

"Muchos médicos que no tiene motivación se crean una coraza, no se implican y es que no pueden".

"En otros países la medicina se lleva de otra manera".

"La sanidad está politizada, nos hacen falta en la cabeza técnicos no politizados".

"No gestionan bien y nos lo quitan a nosotros, vía impuestos directos o indirectos".

la violencia en el sector sanitario

"Los médicos están divididos".

"Colapsadas las consultas, han aumentado el ratio a 55, es una proporción grandísima".

"¿Y que aumento de médicos ha habido? Ninguno".

"El vecino, que no piensa, dice que es por los ilegales, pero todos tienen su tarjeta sanitaria".

"En unas cosas hace falta y en otras se despilfarra, se utilizan mal los recursos".

"Si compran el aparato y abren un turno de tarde, seguro que es más barato".

"Interés encubierto, la privatización del sistema".

"Mala organización y planificación".

"¿De quién es la responsabilidad?"

"Me operan me tienen dos días y facturan por cinco".

"Mala gestión".

"¿Y el coste laboral? Estás perdiendo tiempo en el médico y lo pierdes de trabajar".

"Cuatro en la planta y debería haber 18".

"Los acompañantes somos muy útiles".

"¿Para cuando un especialista de geriatría?; hay más abuelos que niños".

"El Alzheimer no lo trata nadie, sólo por un programa experimental".

"No hay una atención integral".

"No pueden pasar solos".

"Extravío de documentación, cuando no te falta un análisis te falta otro".

"La historia se la queda el médico, no te la quieren dar, y es mía".

la violencia en el sector sanitario

"¿Por qué se pierden tantos documentos?".

"Con las reclamaciones se protegen".

"Se trata de forma más borde a la gente mayor".

"El acompañante ahorra y complica".

"La UCI para personas jóvenes están saturadas".

"Como que va perdiendo valor la vida a medida que vas cumpliendo años".

"Con las listas de espera el sistema de prevención deja de ser preventivo".

"La falta de paciencia genera violencia debido a la presión de la situación".

"La falta de intimidad es una agresión".

"Como estás enferma tienes que andar en pelotas por ahí, con batas inabrochables".

"Te preguntan delante de personas ajenas, ven a dos al mismo tiempo".

"No me devolvieron la ropa interior".

"Hay mucha falta de humanidad".

"Abuelito perdido, esperando en plena corriente con un camisón de nada".

"Violencia es estar 3 horas llamando para una cita, luego va uno allí y hay una cola de tres pares de narices hasta el mostrador para que te den la cita".

"No recibes informes tienes que pillar al médico por los pasillos".

"Tremendas las esperas en Urgencias".

"Mi madre se desorientó, tuvo alucinaciones, la pusieron una camisa de fuerza; cuánta violencia".

"Te tratan como si fueras estúpido; no tienen suficientes medios, somos más demandantes de lo que pueden atender pero no somos idiotas".

la violencia en el sector sanitario

"Tengo derecho a saber por qué me están tratando y de qué me están medicando".

"Crea angustia y te duele porque es tu familia".

"Hay gente humana, otros tienen poca motivación y creen que somos borregos, somos un número más".

"Hay varias formas de violencia, una de ellas es la que ejerce una determinada etnia sobre los médicos de urgencias; se les ha consentido y permitido todo; también, una cierta impunidad".

"Ante la prepotencia del personal facultativo, los pacientes tenemos que ser doblemente pacientes".

"Son los que saben, no les puedes discutir nada, les sienta muy mal aunque tengas información".

"La falta de tiempo en la consulta genera violencia; aún no te has vestido y ya está otro".

"Soy una persona muy pacífica, que pide las cosas por favor y con amabilidad y exijo lo mismo; si me tratan como si fuera imbécil, mirando para otro lado, con pegas... me genera violencia".

"Utilizo mucho las reclamaciones".

¿Ha sido positivo poner las reclamaciones?

"Nunca, me responden diciéndome que me han atendido bien".

"Me molesta muchísimo cómo tratan a las personas mayores, nosotros tenemos recursos para reaccionar o para pedir explicaciones".

"Gente con flexibilidad en el trabajo para ir al médico, tiempo perdido"

"Urgencias con capacidad para 30 y están 80".

"Mala planificación, denigrante organización".

"Le dejas solo, desorientado; está muy motivada la presencia de un familiar, sobre todo cuando tienen problemas de audición...".

"Los médicos van a destajo, tienen un tiempo muy limitado".

"Mala gestión, se gasta mucho dinero en medicamentos que no son necesarios"

la violencia en el sector sanitario

"Política de recorte de personal y citas para dentro de 6 meses".

"Desde que fui a pedir cita hasta los resultados ha pasado un año. El sistema preventivo deja de ser preventivo".

"Mucha gente en los pasillos de aquí para allá y de allá para acá, llegas a pensar que la gente no trabaja"

"Mala organización, mala gestión, están recortando, lo quieren privatizar todo; está perfectamente orquestado, los gerentes saben lo que están haciendo".

"La gente está quemándose".

Análisis de los dos grupos

La violencia producida por los ciudadanos podemos interpretarla como una señal que nos avisa de su insatisfacción con el funcionamiento de las instituciones de salud.

Hoy, los ciudadanos aspiran a la salud y al bienestar en sus múltiples aspectos: físicos, psíquicos y sociales según la definición de la OMS (Alma Ata, 1978); atendiendo solo a la enfermedad no se satisfacen las legítimas aspiraciones de salud de la población y si además se ponen grandes barreras para su atención y tratamiento, como se están poniendo, la queja está asegurada.

Hemos de reconocer que el nivel de salud y de bienestar de una población está mediatizado por el acceso de la misma a los servicios de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, del bienestar⁴⁰. De ahí la importancia de la democratización en el acceso a los recursos socio-sanitarios.

Ponen de relieve las desigualdades existentes entre las áreas de salud, en cuanto a recursos económicos, funcionamiento y atención a los ciudadanos. En la Comunidad de Madrid hay una desigualdad social de cara a la enfermedad. No tienen en cuenta las características y las necesidades de cada zona. Las áreas más masificadas y con menos recursos sanitarios son las más pobres.



la violencia en el sector sanitario

A medida que aumenta el nivel cultural de la población, ésta se considera agente de su propio destino y quiere incidir en las decisiones que afectan a su salud y a su vida cotidiana. Los usuarios saben más de salud y enfermedad, las relaciones con los sanitarios y con las instituciones de salud son más exigentes y demandan más información. La fe ciega en la actuación del profesional es sustituida por una valoración más acorde con la humana actuación del médico..

Las quejas no son infundadas ni producto de una insatisfacción voraz, tienen base; pero no suelen dirigirse al lugar ni a las personas apropiadas, donde tengan capacidad para resolver los problemas.

Parece que la representación social sobre la salud y la enfermedad que tiene la población está cambiando y no coincide la de los distintos profesionales con la de los usuarios ni la administración.

Los políticos no parecen estar atentos a la expresión que de sus necesidades hacen los ciudadanos a través de diferentes vías.

Al no existir participación ni de los ciudadanos ni de los trabajadores, se está incrementando la indefensión socio-política y la manera de expresión queda reducida a la bronca.

El apoyo social es un moderador de los efectos del estrés, éste produce violencia y la violencia produce estrés. Existe una falta de apoyo social a los enfermos (ejercería un efecto positivo sobre la recuperación física y psíquica) familiares (igual de estresados) y trabajadores.

Surge la necesidad de potenciar, al mismo tiempo para el paciente y el profesional, la autonomía responsable (dejar de tratarles como menores de edad), la equidad de trato y la participación en la toma de decisiones.

Acusan la falta de adaptación de los servicios sanitarios a los cambios demográficos y sociales de la Comunidad de Madrid. Se ha producido un aumento considerable de la demanda y no se han dado recursos suficientes para atenderla, desequilibrio que supondrá a la larga un empeoramiento de la salud de la población.

Los ciudadanos viven como una agresión los fallos del sistema sanitario, "Las carencias sanitarias pueden ser la chispa que encienda

la violencia en el sector sanitario

la pólvora para que se produzca violencia". Así, se sienten agredidos y violentados por los tiempos de espera a los que son sometidos para obtener una cita, una visita médica, pruebas, intervenciones quirúrgicas, urgencias, ambulancias...etc. Son barreras en el acceso a los bienes y servicios sanitarios que consideran directamente relacionados con la salud y el bienestar.

Chapell y Di Martino reconocen como expresión de violencia aquellas situaciones en las que existe una percepción de mala atención, la no satisfacción de necesidades, el no cumplimiento de las expectativas o cuando se recibe un trato injusto.

Hay un problema de espacio y de tiempo, mucha espera para consultas cortas, en lugares inhóspitos, donde apenas son escuchados y rápidamente desplazados. Tiempo y espacio que no favorece la relación profesional sanitario-paciente.

Se sienten violentados por el trato que reciben: "vejatorio, distante, frío... no te miran a la cara, se sienten por encima".

El estrés laboral y la falta de medios fueron considerados los motivos principales de la violencia recibida.

Parece ser más importante el órgano afectado que la persona enferma; la enfermedad monopoliza la atención, olvidando la relación humana de la atención de salud, tornándose fría e impersonal, pasando a ser un vínculo despersonalizado. Se manifiesta en hechos tan cotidianos que casi son parte de la normalidad.

Los profesionales no tienen una formación integral y humana y la nueva generación de médicos piensan que todavía es peor, solo van a sus intereses.

Captan la angustia de los trabajadores por la falta de medios y problemas de relación entre los médicos, "los colectivos médicos están divididos".

Disculpan la desmotivación de los médicos por la cantidad de trabajo que tienen y siempre viendo enfermos, "se crean una coraza y no se implican en las enfermedades de la gente".

También, existe diferente trato a algunos colectivos como los gitanos; se les atiende antes por miedo, discriminando al resto.

la violencia en el sector sanitario

Plantean la necesidad de una nueva estructura para la atención a la población drogodependiente.

Denuncian la agresividad que hay en la sociedad, en los colegios, desde la administración, los profesionales... esta violencia, piensan, puede venir del estrés que provoca el estilo de vida. Todo se basa en hacer dinero y en consumir.

Los enfermos mentales, drogodependientes, también pueden producir violencia.

Hay una falta de previsión y organización del trabajo administrativo muy importante.

Las derivaciones a la sanidad privada o pública alivian las listas de espera pero producen maltrato psicológico; "nos tratan como si fuéramos mercancías, operando en cadena" (y a casa como estés y las complicaciones, al hospital público).

Sienten que se esta perdiendo la sanidad pública. Con la construcción de los nuevos hospitales se crean nuevas camas pero se destruyen en los viejos, por tanto no van a solucionar nada. No están de acuerdo con la forma de gestión, la violencia vendrá luego cuando la vivan en su funcionamiento y la gente no reacciona porque no tiene información "si la tuvieran la gente saldría a la calle a defender la sanidad pública y de calidad". Esta situación les crea incertidumbre y desasosiego. Constatan que reciben una atención sanitaria individual y curativa, que falta la medicina preventiva y comunitaria y que existe desconocimiento de la salud pública y la municipal.

Hay una queja del trato a los enfermos terminales, específicamente del H. Sears y a las personas mayores piensan que se les trata peor.

Consideran que los servicios socio-sanitarios son un desastre, no hay recursos económicos. Para los centros de mayores hay grandes listas de espera y el personal es totalmente insuficiente para atender a estas personas que necesitan un trato más individualizado y especializado. En este sector consideran que se está produciendo una grave agresión hacia nuestros mayores, no hay suficientes centros públicos, los privados son muy caros, solo van a ganar dinero y los concertados deberían estar más vigilados por la Comunidad. Faltan

la violencia en el sector sanitario

recursos humanos y materiales. La escasez de trabajadores en este sector está haciendo que los trabajadores enfermen y está favoreciendo la dependencia de los residentes.

En la Comunidad de Madrid el nivel de vida se ha incrementado notablemente, pero no así los recursos dedicados a la sanidad pública, haciendo que las infraestructuras y el personal sean insuficientes, llevando a que la calidad asistencial caiga a pesar de los esfuerzos de los profesionales. Además, la escasez de recursos para los servicios sociales hace que recaigan sobre el sistema sanitario infinidad de demandas que no son estrictamente médicas, desbordando a los profesionales o sobre la familia (especialmente la mujer), la cual tiene que afrontar todas las cargas que el Estado del Bienestar no cubre.

Creen que la sanidad está politizada, "la utilizan para conseguir votos y no la consideran un bien universal como nosotros". Es una agresión por parte de la administración hacia los ciudadanos, el bajo presupuesto que dedica a la sanidad y la mala gestión que lleva. Se necesitan técnicos no politizados que gestionen bien nuestro dinero, se despilfarra pasándolo a la privada y desaprovechando los recursos que tenemos.

Se quejan de la mala organización y planificación de la atención sanitaria.

La Comunidad de Madrid está adoptando decisiones que responsabilizan a los individuos de su capacidad para acceder a la salud. Propuesta que nada tiene que ver con la calidad de los cuidados, relega las estrategias preventivas y los determinantes sociales de la enfermedad y relega la participación social en la política sanitaria. Hay un interés encubierto, la privatización del sistema.

Los tiempos de espera son muy largos en las consultas; no tienen en cuenta el tiempo del usuario, que también es importante y tiene un coste laboral que no se cuantifica.

Reclaman la figura del acompañante como necesaria y útil para evitar la soledad del paciente y para paliar sus carencias; rechazan la separación de sus familiares.

Las esperas en las urgencias les produce mucha angustia, reclaman

la violencia en el sector sanitario

su derecho a la información de lo que sucede a sus familiares y a ellos mismos y una información clara y concisa.

Se quejan de la pérdida de documentación: análisis (teniendo que repetírselos), historia clínica, "se queda el médico con ella y no me la quiere dar, y es mi historia".

Consideran que hay trabajadores muy humanos y otros que les tratan como a borregos.

Sienten que les marean de una ventanilla a otra y con los papeles.

Falta de intimidad, es una agresión que te tengan desnuda, delante de todo el mundo, que te pregunten por cosas íntimas delante de personas ajenas, que vean a dos personas a la vez en una misma sala, que te traten como a una cosa; "hay mucha falta de humanidad".

Piensan que no consiguen nada con las reclamaciones, se agota la paciencia y se genera violencia por la presión de la situación.

Criticán la política de recorte de personal que se está llevando a cabo, faltan pediatras, geriatras... trabajadores en general y además hay una mala gestión de los recursos humanos; los trabajadores se están quemando y nosotros también

106

.....

El discurso de los ciudadanos coincide en muchos temas apuntados por los delegados de prevención en cuanto a las posibles causas de las violencias: escasez de recursos humanos y materiales, mala gestión, etc. Sería muy importante que uniéramos nuestras fuerzas y trabajo para conseguir erradicarlas; tendríamos que establecer foros de colaboración, tenemos objetivos comunes.

Impulsaremos el funcionamiento de los Consejos de Salud de las áreas.

Nos demuestran la necesidad de impulsar la mejora de la relación profesional sanitario-paciente, humanizándola y recuperando la palabra y la escucha.

Propondremos que los gerentes de los diferentes centros sanitarios sean técnicos y no estén sujetos a cambios políticos.

la violencia en el sector sanitario

SEMINARIO VIOLENCIA SECTOR SANITARIO

Después de conocer las opiniones de ciudadanos y delegados de prevención respecto a las violencias experimentadas en torno al acto sanitario, organizamos un Seminario para seguir reflexionando sobre ellas y poder conocer las opiniones de diferentes instituciones: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo, CC.OO., Servicio de Prevención y de distintas disciplinas: Psicología Social, Medicina, Psicología Clínica, Sociología, y Psicoanálisis.

PRESIDENTA DE MESA

Carmen Mancheño Potenciano. Médica del Trabajo. CC.OO. de Madrid

La violencia es uno de los problemas que se han ido extendiendo a lo largo de los últimos años, no es nuevo, pero si se ha extendido y se ha consolidado como un problema importante, en muchos sectores, y uno de ellos es el sector sanitario.

Os quería leer unas palabras de un investigador de la violencia en el trabajo, que se llama Victorio Di Martino, investigador de la OIT: "Cuando se crea un clima en el que las personas no se consideran un valor sino una mercancía, comienza a verse afectada la dignidad de las personas, y de hecho éste es uno de los factores determinantes de la calificación de la violencia". Él habla de 4 factores determinantes de la calificación de la violencia en el trabajo. Habla de factores individuales, de situaciones, organizativos y sociales, y continúa diciendo... " El nivel individual no es el más importante, no es el más eficaz la intervención sobre él, aunque evidentemente hay que hacer algún tipo de intervención cuando es necesaria. La mayor parte de la violencia se origina en el nivel social, es una cuestión política; hay que abordarlo pero no es fácil intervenir en este nivel. Lo más eficaz es el nivel situacional, ver la situación en la que la gente trabaja, y lo decisivo es el nivel organizativo, porque se puede actuar en la empresa, se puede hacer algo que beneficie en la empresa y que a la vez nos permite combatir a la violencia".

Iniciamos el seminario, tienen la palabra:

la violencia en el sector sanitario

Gabriel Sánchez. Subdirector de Relaciones Laborales de la Consejería de Sanidad de la CM

Yo en mi intervención, que espero no sea demasiado larga, voy a explicar un poquito la Orden 212, que es el instrumento con que la CAM se ha dotado para abordar en el sector sanitario el problema de la violencia, entendiéndolo en un ámbito amplio y general.

Como no puede ser de otra manera, a mí me toca el papel de contar lo bueno que es este instrumento y las bondades que tiene esta herramienta para poder abordar el problema. Evidentemente entiendo que en la mesa, aunque ya se ha anunciado, tendré la contrarréplica, porque es lógico que sobre una situación del calado que supone este problema, haya diferentes aspectos, diferentes versiones, diferentes sensibilidades, y por lo tanto, es bueno que si yo digo que la orden es maravillosa, alguien me diga: "oye que la Orden tiene fallos". Y en ese sentido el debate puede enriquecer tanto la experiencia de todos como el poder abordar otras soluciones alternativas que, en un primer lugar, la orden no contempla.

108

Os voy a contar, que es la Orden. Espero no aburrirlos mucho, porque contar algo que publica el BOCAM, o cualquier normativa, es complejo y suele ser tedioso. La violencia es un fenómeno que en nuestra sociedad en los últimos años, y es obvio, se ha ido incrementando, por razones diversas; razones que, y eso si que es una opinión personal mía, pasan por la transformación del concepto sociológico del individuo, y ya digo que es una opinión personal, yo creo que nos estamos volviendo mucho más egoístas, menos solidarios, por desgracia, y eso aboca a que mi problema es el único que existe para mí, el resto me da igual.

Según datos de la UE, yo no los he corroborado pues entiendo que si lo dice la UE será verdad hasta un 4 por ciento de los trabajadores ha sufrido en algún momento de su vida laboral, alguna situación de violencia física o psicológica con clientes o usuarios del sistema o de la empresa en la que desarrollamos nuestro trabajo. Yo no tengo datos concretos de la situación de violencia que han ocurrido en la CM en el ámbito sanitario, los he pedido pero no me han llegado. Entonces no puedo contar en qué situación está; he pedido los datos

la violencia en el sector sanitario

a partir de la publicación de la Orden, de la entrada en vigor de los planes de prevención sobre la violencia, sobre las agresiones; lamentablemente, no los puedo referir.

Sí puedo decir que para la Consejería de Sanidad y Consumo de la CM, este es un problema muy serio que lo abordó en consonancia con lo que dice el Estatuto marco y con la propia Ley de Ordenación Sanitaria de la CM. Es un tema preocupante, es un tema importante, que además incide directamente en el devenir, en el desarrollo de nuestro trabajo diario. A nadie, evidentemente, le gusta ir a su trabajo a cumplir con su obligación, y de repente encontrarse en una situación conflictiva en la que vea su integridad física o psicológica en peligro. No todos sabemos actuar, porque es lógico, cada uno somos de su padre y de su madre como se suele decir, y no todos sabemos responder de la misma manera, o de la forma más adecuada ante el momento puntual que se está viviendo en ese momento. Hay algunas personas -eso no tiene que ver con el desarrollo laboral si con la personalidad de cada individuo de cada trabajador- hay algunas personas que abordan esa situación de una manera más tranquila, más sosegada, intentando calmar, y hay otras, que por las circunstancias que sean, pues tienen menos paciencia o están en una situación un poquito más agobiada y responden de otra manera; y al final esto es como la pescadilla que se muerde la cola, que es un círculo vicioso, que alguien tiene que romper.

Para eso, la Consejería de Sanidad y Consumo, a través del Consejero, elaboró la Orden 212/2004 y aquí vienen los datos aburridos y tediosos que todos conoceréis que intenta abordar el problema dando una solución integral al mismo, y marca unas directrices, unas normas generales, para la elaboración de los planes de prevención y atención, es decir, el marco es amplio, como veis, ante este tipo de situaciones. La misma Orden crea una Comisión Central, de la que voy a hablar dos palabras, que será la encargada de impulsar y velar por el cumplimiento de las instrucciones que se marcan en la Orden.

Las directrices las han de seguir los distintos planes que todos los centros han realizado, en mayor o menor medida, más desarrollados algunos, menos desarrollados otros, pues aborda varios aspectos son las situaciones de tensión y conflictos son algo sobreve-

la violencia en el sector sanitario

nido, no provocado por los trabajadores, generalmente, y tiene su dificultad el poder prevenir al 100 por cien y poder evitar este tipo de situaciones. Pero bueno, se ha dado un paso intentando conseguir el mayor porcentaje posible de prevención, por supuesto prevenir las agresiones, ya sean física, psíquicas o de cualquier índole, proteger a los profesionales y trabajadores del sistema sanitario, y en el caso de que se haya producido un hecho, que sea legalmente perseguible dar a los trabajadores implicados y afectados, darle el asesoramiento legal oportuno, y la defensa jurídica, que en su caso, pudiera realizarse.

Los planes de prevención, y la Orden lo dice muy claro en su art. 3, serán elaborados por las gerencias de los centros y áreas sanitarias, y será la Dirección General de la red sanitaria única de utilización pública el órgano de la Consejería competente para impulsar y coordinar la elaboración de estos planes; estos planes serán aprobados por los diferentes consejos de administración, o por el Viceconsejero de Asistencia e Infraestructura Sanitarias, según los casos. El plazo que marcaba la orden para realizar los planes en cada gerencia era de 6 meses, y ya he apuntado antes que todos en mayor o menor medida, más desarrollados o menos desarrollados, porque marcaba una serie de criterios que no vienen al caso, lo han cumplimentado. Lo importante de la Orden es el anexo, que es la guía en la que deberían basarse las gerencias para elaborar sus planes, y tiene varios aspectos como ya he apuntado antes:

El primero, principal y fundamental, y en mi opinión, sobre el que se debe actuar, aunque también es verdad es el más complejo, es el de la prevención. ¿Qué causas provocan situaciones o posibles situaciones de violencia en los centros de trabajo sanitarios? Pues hay muchas. Quizás más o menos todos, en mayor o menor medida, conocéis, evidentemente por las expectativas que en un momento dado un usuario del sistema tiene a la hora de ir con su problema de salud en determinadas circunstancias no se ven respondidas por el sistema sanitario. Y eso puede ser una fuente de potencial situación de violencia, que se descarga contra el sistema sanitario. Pero claro, el sistema sanitario es un ente abstracto que está ahí y que lo conformamos personas, cada uno en su ámbito de responsabilidad, entonces, ¿qué es lo que ocurre?. Que eso es lógico, me descargo mi frustración con el que tengo delante,

la violencia en el sector sanitario

que para mí no es fulano de tal, ni el trabajador tal, sino que para mí es el sistema sanitario y sobre él cargo todas las culpas. Hay aspectos relacionados con la comunicación y con la información, que son fundamentales, y que, probablemente, harían disminuir en gran medida esas posibles situaciones potenciales de violencia. Yo sé que es muy difícil esto que estoy diciendo; me pueden decir: claro, tú trabajas en un despacho y no ves a la gente. Y tenéis razón, pero antes de cocinero he sido fraile; yo soy médico, pero también he trabajado con la gente en un servicio de urgencias. Y para mí es fundamental, y ya os digo que es muy difícil y complicado, el tener un autocontrol permanente de uno mismo ante una situación de conflicto y responder de manera pausada, intentando hacer entender al "oponente" cuál es la situación, qué información le tengo que dar, hasta dónde puedo llegar, etc. Es muy complicado. Pero creo que si todos fuéramos capaces de hacer esto y ya digo que yo me pongo en vuestra situación y a veces yo, cada uno de nosotros, viene con sus problemas de casa, que quieras o no sí influyen en tu trabajo, y unas veces vas más relajado y más tranquilo y otras veces pues estás más impaciente y más nervioso por las circunstancias que fuere y la respuesta no es la misma ante situaciones similares a nivel individual.

El entorno en el que se desarrolla las relaciones entre los trabajadores de la Sanidad y los usuarios o ciudadanos también influye. No es lo mismo atender a una persona en un ambiente, en un espacio amplio, cómodo, tranquilo, relajado, que en un espacio pequeño, hacinado, esperando 3 horas a que le reciba el médico, la enfermera o profesionales x; eso no es lo mismo. Y luego hay otros factores que podemos llamar que son los comportamientos inadecuados de los usuarios o ciudadanos, que también influyen. Y en menor medida, pero tampoco tenemos que ser más papistas que el Papa, y hemos de hacer un poquito de autocrítica, algún comportamiento inadecuado que nosotros mismos podemos tener en un determinado momento, por las razones que antes os he comentado.

Líneas de actuación que marca la Orden. Evidentemente, la primera de todas es reforzar la garantía de la prestación de los servicios sanitarios, eso es lógico. Derechos y deberes de los ciudadanos. Organización de los centros. Llevar a cabo todas las prestaciones y carteras de servicios que todos los centros tienen. Un tema fun-

la violencia en el sector sanitario

damental, sobre todo para el ámbito de atención primaria, es la promoción de la educación para la salud; hay que potenciarla. Es verdad que me podéis decir que eso no entra en las jornadas de hoy, pero también que es verdad que la atención primaria ha dejado un poquito aparcado el tema de la promoción y educación de la salud, y lo ha dejado aparcado por razones obvias, porque no dan abasto, por el aumento de pacientes, la masificación, el ser cada vez más demandante, más exigente, la paciencia que antes tenía (yo tengo un problema; pues bueno, si me lo soluciona bien, pero no me corre prisa) eso ha cambiado. A nivel social eso ha cambiado, ahora tenemos un problema y queremos la solución ya, porque si no es ya, viene el follón y viene el problema. Es decir, hay un montón de factores que pueden influir, que se puede incidir sobre ello a nivel organizativo, a nivel de política sanitaria, quizás menos a nivel de trabajadores, pero también. Y luego algo que sí que va en el debe de los ciudadanos, que es el uso inadecuado de las prestaciones que el sistema sanitario tiene.

Por otro lado hay que mejorar la accesibilidad, al sistema, bueno, no es raro la persona que quiere una cita, concertar una cita con primaria y no le cogen el teléfono. Y claro, y no le cogen el teléfono porque no quieren, sino porque la persona que coge el teléfono tiene que dedicarse a otras cosas, pues en un momento puntual o determinado, y eso también puede generar frustración al ciudadano que intenta acceder al sistema y que no puede. Bien ¿qué habría que hacer aquí? Pues evidentemente, mejorar el sistema telemático, telefónico y demás, y aumentar el número de trabajadores que tienen que hacer esa función, o al menos descargar al trabajador que tiene que hacer esa función de las otras que hace complementarias. Pero eso no es fácil, porque caminamos y trabajamos en un marco presupuestario que es el que es, y se puede estirar hasta donde se puede estirar, y no hay más por desgracia, ya quisiéramos que hubiera más. Hay que disminuir los tiempos de espera, es inaceptable para que una persona que tenga un problema de salud, para hacerle un diagnóstico puedan pasar hasta 6 meses. Pero claro, es difícil de abordar por la masificación que tiene en este momento el sistema. ¿Qué habría que hacer? Adecuar la plantilla, hacer mejoras organizativas tanto en atención primaria como especializada, agenda de calidad, etc. De cara a los ciudadanos, ámbitos y espacios amplios,

la violencia en el sector sanitario

cómodos, mejores salas de espera,... todo esto lleva aparejado un problema financiero, si hubiera financiación se solucionaría en 2 meses, 4 meses, 6 meses ó 1 año; el problema es que no la hay.

Yo reconozco que la orden es muy ambiciosa, las cosas como son, esa es la primera autocrítica que yo, Consejería, me hago a mí mismo. La Orden es muy ambiciosa. Por supuesto, hay que asegurar el derecho de los servicios sanitarios de los ciudadanos y de los pacientes, pero también hay que recordarles cuáles son los deberes, que eso lo marca la Ley General de Sanidad, y lo marcan todas las cartas de derechos y deberes de los pacientes. Tal y como está evolucionando la sociedad, todos tenemos tales derechos; pero los deberes, que los tenga el de al lado, como que no me va a mí tener eso de deberes.

Bueno, en otro orden de cosas, en la prevención, la Orden, toma medidas secundarias para poder prevenir este tipo de situaciones. ¿Cuáles son estas medidas? Pues evidentemente, todos, en nuestras consultas de atención primaria, fundamentalmente, y en otras de especializadas (que además conocemos cuáles son nuestros pacientes conflictivos, ese paciente que nos viene a ver o esa persona que nos viene a ver al sistema), habría que abordar una serie de medidas de autoprotección inicial antes de que pase nada, sin que se note mucho, evidentemente; porque claro, no se puede discriminar a la gente, pero sí, en principio, tomar ciertas medidas que la Orden, en líneas generales, marca.

Se debe mejorar la seguridad tanto activa como pasiva de los centros y, algo muy importante, impulsar un plan de formación para enseñar a los trabajadores a afrontar este tipo de situaciones. Para ello, la Orden lo marcaba, y en el plan de formación 2005 (aunque se ha aprobado tarde porque se ha metido al final, no estaba previsto cuando se hizo el plan de formación 2005, allá por el verano del 2004) una serie de cursos dotados con alrededor de 320.000 euros, un poquito menos, y que va a desarrollar unos 375 cursos dirigidos, en este año, aproximadamente a 9.000 profesionales del sistema sanitario. Como no se puede formar a los 70.000 trabajadores que tenemos en el sistema a la vez, lo que se ha hecho en el 2005 ha sido priorizar qué trabajador tipo puede asistir al curso. Y ¿qué priorización se ha hecho? Evidentemente, aquellos trabajadores que tienen un trato directo con el público, como son atención

la violencia en el sector sanitario

al paciente, unidades de servicio de información, admisión, citas,...

Profesionales de los servicios de urgencias. La urgencia es una prestación asistencial, que en teoría es un problema de salud grave, que en teoría produce ansiedad y desasosiego en el paciente, sus familiares y su entorno, y por lo tanto, puede ser generador de situaciones desagradables o conflictivas.

También se ha priorizado en aquellos servicios o unidades con especial conflictividad, como puede ser psiquiatría, ...

Se han establecido 3 tipos de cursos que son: El manejo de situaciones conflictivas, un curso de comunicación y relaciones personales, para aprender cómo afrontar determinadas situaciones y como puedo yo dirigirme a esa persona en ese momento puntual, y un curso de atenciones y apoyo al personal agredido.

En este tipo de cursos también se va a explicar un poquito cuál es la normativa, se va a explicar la ley básica que regula la autonomía del paciente, cuáles son los derechos del paciente, cuáles son los deberes del paciente, que ya digo que los tiene aunque muchas veces se nos olvida, y qué obligaciones tenemos como profesionales y trabajadores del sistema sanitario entorno a éstas. Del sistema sanitario qué obligaciones tenemos a la hora de dar información y qué tipo de documentación nos puede exigir, porque es su derecho, y que en ocasiones desconocemos. Y "¿qué recomendaciones se hacen en este tipo de cursos?". Pues evidentemente, hacer una escucha activa y relajada, no estar tenso, no entrar en provocaciones, tomar las precauciones ante esos pacientes posibles conflictivos que he dicho antes, y si fuera necesario, incluso interrumpir la actividad asistencial que en ese momento se esté realizando.

Un segundo punto que dice el anexo es: La actuación ante incidentes. Pues aquí, está claro, pedir ayuda a los compañeros, a la seguridad; si hay, a las fuerzas de orden público, y luego marca una serie de ítems como: comunicar el incidente a la dirección, la dirección del centro o del área tiene la obligación de desplazar a un directivo al lugar donde se ha producido el hecho o el incidente; hacer una comunicación urgente a la inspección sanitaria, que tendrá la obligación de emitir un informe que dirigirá a la direc-

la violencia en el sector sanitario

ción y a la comisión central de seguimiento; la dirección del centro tiene la obligación de informar al servicio de prevención del incidente y dice el anexo "... al objeto de que elabore el mapa de riesgos y de conflictos, y que trimestralmente esta información será remitida a la comisión central de seguimiento". Aborda también medidas organizativas, que en su caso pueden ser cambio de médico, cambio de centro. Dice también que la unidad entre la inspección citará al ciudadano y le enviará una carta de amonestación, yo no sé si esto se hace o no se hace. Y luego, la obligación de la administración es participar como parte interesada en el caso de que se haya producido algún hecho que esté recogido como figura penal, actuará como parte contra el autor de ese incidente o de ese suceso, y por último, el asesoramiento y el apoyo jurídico que, en su caso, puede haber al trabajador. Si se le tiene que asesorar a través de los servicios jurídicos, y los servicios jurídicos de la CAM deben de darle el apoyo suficiente y necesario, en el caso de vistas, juicios y demás.

Yo creo que la Consejería tiene interés importante en solucionar este problema, que es una lacra absoluta que tenemos en la sociedad y que nos toca, en parte, también a nosotros. Pero también es verdad, que es una Orden, una herramienta muy ambiciosa y que no se puede abordar todo a la vez. Las cosas se tienen que hacer paso a paso, poco a poco, pero no detenerse y no pararse, y seguir progresando y seguir mejorando. Y continuar en la línea de establecer un marco laboral en la medida de lo posible lo más seguro que podamos tener. Y con esto nada más, muchas gracias y perdón por la extensión.



Arturo Ruiz. Técnico en Prevención de Riesgos Laborales de la Secretaría Laboral de la USMR de CC.OO.

Buenos días. Soy Arturo, Técnico adscrito a la Federación de Sanidad y algunos de vosotros ya me conocéis.

Dar las gracias a Gabriel, en principio por quitarme un poco de trabajo, ya ha hablado de la Orden y el hecho de hablar él primero facilita hacer una réplica; podía haber sido al revés y a lo mejor hubiera cambiado la cosa.

la violencia en el sector sanitario

Voy a hacer referencia a determinadas cuestiones de la orden que entendemos que al final incumplen del alguna manera con otras leyes, es decir, se ha desarrollado una ley, una orden que puede de alguna manera no haber tenido en cuenta a otras leyes que ya existen; pero para eso sí que tengo que entrar en determinados momentos en la orden y poder hablar exclusivamente de ella. Luego, en la segunda parte ya hablaré de las actuaciones que ya ha hecho el sindicato con respecto a esta Orden y cómo están.

Es importante en las órdenes, siempre, la exposición de motivos, que es donde dicen muchas de las cuestiones que luego van a desarrollar y te aclaran algunos conceptos de alguna manera; ¿no? Y en la Orden, esta exposición de motivos, que ya ha hecho Gabriel referencia a ellos, hace referencia a una encuesta de la UE, en la que el 4 por ciento de los trabajadores aseguran haber sido víctimas alguna vez de violencia, dice aquí violencia física, así como amenazas e insultos, que podrían ser otro tipo de violencia, agresiones verbales por parte de clientes y usuarios. Entonces ya en la exposición de motivos habla de violencia física; luego, la otra parte, que sería violencia psicológica y otro tipo de violencia, me imagino que otros ponentes luego lo desarrollarán; aparece que ya en la exposición de motivos que es la violencia física o amenazas, en todo caso, verbales.

Luego hay otro organismo, también internacional, que es la OIT, que establece que el sector sanitario es el que enfrentan mayor riesgos de sufrir agresiones o actos de violencia así, de forma general; y también, en la exposición de motivos, hace referencia a datos de la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, que también es un organismo internacional, con sede en Bilbao, y establece que el empleado puede sufrir consecuencias diversas dependiendo de la agresión y de las características personales de cada víctima, y sus efectos pueden ir desde la desmotivación y la pérdida de la satisfacción profesional, hasta el estrés o los daños físicos o psíquicos. Con esto quiero decir que ya la propia Orden, en la propia exposición de motivos hace referencia a la OIT, hace referencia a la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. O sea, que estamos hablando de salud laboral, directamente incluso en la exposición de motivos.

la violencia en el sector sanitario

Con respecto a esta exposición de motivos, establece que se crea un grupo de trabajo formado por el Instituto Madrileño de la Salud por un lado; por otro por las organizaciones firmantes del plan de calidad integral de los servicios sanitarios de la CAM, en los cuales no están ni CCOO ni UGT, y por el Colegio Oficial de Médicos. O sea que este grupo de trabajo ya previo a la orden está hablando del Instituto, el Colegio Oficial de Médicos y una serie de firmantes de un plan de calidad integral, en el que no participan los sindicatos mayoritarios, de alguna manera.

El objetivo que tiene esta Orden, de alguna manera, es establecer las directrices y líneas generales para la elaboración de los planes de prevención que Gabriel ha ido explicando a lo largo de su intervención. Y estos planes de prevención e intervención a los centros irán dirigidos a que veáis que realmente se ha hablado de prevención, en principio, sin tener en cuenta determinadas leyes. Prevenir situaciones de tensión y conflictos entre los trabajadores y los profesionales sanitarios y los pacientes o usuarios de la sanidad pública, por un lado; pequeñas agresiones y actos de violencias contra profesionales tanto en los centros sanitarios como en los domicilios de los pacientes, por otro, y luego, proteger a los profesionales sanitarios y a los ciudadanos que hacen uso adecuado de los servicios durante el transcurso del incidente en los que hay violencia o agresión. Tengo que centrarme en la Orden, porque luego de ahí viene un recurso hecho en contra de la ella.

Los órganos competentes para elaborarlos, lo ha dicho Gabriel pero yo repito, son las gerencias de los centros sanitarios e instituciones públicas dependientes o adscritos a la Consejería de Sanidad y Consumo, con la participación de los profesionales del centro, qué no entendemos que participación, y de acuerdo con la normativa aplicable al efecto. Luego establece que la Dirección General de la Red Sanitaria Única de utilización pública impulsará y coordinará la elaboración, por parte de las diferentes gerencias, de los planes de prevención. Y que, una vez elaborados, serán aprobados por el Consejo de Administración del Servicio Madrileño de Salud, o el Instituto Madrileño de Salud, según corresponda a propuesta de su Presidente. Pero luego dice: "... Previa aprobación de la Comisión Central de Seguimiento...". O sea, que es la Comisión Central de Seguimiento la que controla absolutamente toda la apro-

la violencia en el sector sanitario

bación de estos planes. Esta Comisión Central de Seguimiento, "habría que hacer referencia a por quién está constituida" es la que realmente está desarrollando todo esto de manera prácticamente unilateral. El Presidente es el titular de la Dirección General de la Red Sanitaria Única, el Vicepresidente es el titular de la Dirección General de Recursos Humanos, me imagino que el superior jerárquico a Gabriel; luego hay vocales, que son secretarios de General Técnica de la Consejería de Consumo, el titular de la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud, el titular del Instituto Madrileño de Salud, el titular de la Dirección General del Seguimiento Presupuestario, Régimen económico y financiero; o sea, diferentes titulares que componen esta Comisión, de alguna manera. Habrá un Letrado de los servicios jurídicos, porque habrá una parte que será el asesoramiento jurídico dentro de estos planes, posterior a una incidencia determinada en este tipo. Por otro lado, podríamos pasar a decir cuáles son las funciones de esta Comisión, que como veis, es la que realmente parte el bacalao en todo esto. Y las funciones son: aprobar los planes de prevención y atención, elaborados por la gerencia de los centros sanitarios e instituciones públicas y proponer al Viceconsejero de Asistencia e Infraestructuras Sanitarias, en su caso, en relación a los consejos de administración correspondientes o su aprobación.

Otro de los puntos importantes dentro de las funciones es identificar los puntos críticos de la CAM, elaborando una mapa de riesgos, a partir de la información facilitada a través de los servicios de prevención de las áreas. Aquí es la primera vez que hace referencia a un servicio de prevención en la Orden, solo la primera vez; hace referencia a los servicios de prevención en dos ocasiones nada más; estos servicios de prevención reciben la información de las gerencias y el servicio de prevención lo único que hace es trasladárselo a la Comisión; esa es la función que tiene el servicio de prevención, nada más.

Y luego, en el punto H, establece que elaborará un informe anual para el Consejero de Sanidad y Consumo de la CAM, ese informe anual que no hemos visto, que no sabemos como está.

la violencia en el sector sanitario

Otro de los puntos es que había un plan departamental de prevención y atención frente a situaciones conflictivas de carácter integral, y ese plan dice... "tomando en consideración los planes de prevención y atención elaborados y aprobados por los centros e instituciones sanitarias, la Comisión antes del 31 de diciembre de 2004, elaborará un plan departamental de carácter integral"; tampoco sabemos donde está, no lo hemos visto. El plan tendrá carácter trienal y será renovable por años, anualmente; entonces suponemos que pronto se tendrá que renovar, pero por los mismos.

Luego, posteriormente a lo que es la Orden, habla de disposiciones adicionales, y es importante referirnos a dos. En la 1ª disposición adicional, que también hay que echarlas un vistazo dentro de las leyes, habla de formación de los profesionales sanitarios, o sea de ámbito formativo directamente. La Dirección General de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad y Consumo, con la colaboración de las gerencias del Instituto Madrileño de la Salud y de la Agencia de la propia Consejería, incorporará dentro de los objetivos de los distintos planes la formación, la adquisición de habilidades en el manejo de situaciones conflictivas con los ciudadanos, e impulsará la formación de los trabajadores de los centros e instituciones sanitarias, en esta materia. Con lo cual la formación ya está cerrada; es decir, la van a hacer ellos, y vamos a ver luego en qué parte podemos participar.

En la 2ª disposición general, también habla de la colaboración en la elaboración de incidentes de la inspección sanitaria. Está muy bien que la inspección sanitaria actúe en la elaboración de los incidentes, pero ¿dónde está la participación de los delegados de prevención, por ejemplo, en esos incidentes?.

Luego la parte importante de verdad, que es cierto y es donde está todo el meollo de la cuestión, pero habría que reflejar lo que dice la Orden y sus artículos, que son 10. Lo importante está en el anexo, y éste se divide en tres puntos fundamentales. Y voy a hacer referencia en cada punto de los tres apartados que hay, con lo que realmente tiene que ver, a lo que creemos que ha sido una usurpación de otras leyes, por no tenerlas en cuenta directamente en la propia orden.

la violencia en el sector sanitario

El primer punto es la prevención de potenciales situaciones conflictivas. Y que establece en los planes de atención y prevención concretar actuaciones dirigidas a reforzar las garantías en la prestación de los servicios sanitarios; eso como un fórmula general. Informar a los ciudadanos, en relación con los servicios sanitarios, lo cual adecua sus expectativas a la realidad de los mismos (nosotros entendemos que debería ser al revés, que habría que adecuar la actividad de los centros a la realidad de los ciudadanos; pero bueno, la ley de alguna manera le da la vuelta).

... Ya hemos visto que puede ser cualquier personal que trabaja en un hospital el que puede tener en un momento determinado un acto de violencia, lógicamente esos son a los primeros a los que acceden y puede ser, pero no tiene porqué, puede pasar a un segundo escalón que ya llevas acumulada mucha acusación, y al final es en otros segundos escalones donde se produce; pero bueno ya habrá que adecuar paulatinamente las plantillas, cosa que también deberían de entrar los sindicatos en esa adecuación.

120

Otros de los puntos dentro de este primer apartado del anexo es la adecuación de la plantilla de los centros a las necesidades de atención, y aquí lo dice de forma general, no dice administrativo, "a las necesidades generales de atención de conformidad con los planes y programas que a este respecto se establezcan por la Consejería de Sanidad y Consumo". De este primer apartado de este anexo rescatar esos dos puntitos y el tercero, que está al final de este primer punto del anexo.

Los planes de prevención y atención contemplarán un apartado específico destinado a la formación del personal de los centros sanitarios, en el manejo de situaciones conflictivas con los ciudadanos y sobre aspectos legales relacionados con estas cuestiones. Se darán cursos de cómo relacionarse en un momento determinado de una situación de violencia, (entendemos que la gente que lo va a dar, lo va a diseñar, va a ser la Agencia de Formación Laintar, y bueno, creo que quedará un poco más el hecho de la formación, pero es una opinión personal).

la violencia en el sector sanitario

El segundo punto del anexo habla de la actuación ante incidentes, y aquí solo rescataría uno de los puntos de esta segunda parte, "... la gerencia igualmente pondría en conocimiento del servicio de prevención y riesgos laborales (la última vez que menciono los servicios de prevención) del área, incidentes ocurridos para la valoración del mapa de riesgos y conflictos; esta información se remitirá con carácter trimestral, salvo circunstancia especial, a la Comisión Central de Seguimiento". O sea, lo que os he dicho: viene la gerencia, traspasa la información de las incidencias o situaciones conflictivas que ha habido, me imagino que el servicio de prevención la valora, y la vuelve a transmitir a la Comisión Central de Seguimiento, que ya verá lo que hace con ella.

El tercer punto -no voy a comentar el anexo porque ya habla de asesoramiento y apoyo jurídico, con lo cual es una parte importante de la orden- yo entiendo que es un intento de judicializar los procesos no solucionados en ámbitos organizativos; pero bueno, también es una apreciación personal.

Ante esta Orden, ¿qué ha hecho la Federación de Sanidad?. En principio presentó un recurso contencioso-administrativo contra esta orden, que estamos a la espera de que salga y que dicten sentencia sobre tal. En base a que esa se ha ido reflejando un poquito en los puntos de la orden, porque directamente actúa en materias que han de ser objeto de negociación, como por ejemplo la salud laboral, la formación o la adecuación de plantilla, y esto afecta claramente a lo que son las condiciones de trabajo del personal de servicios de instituciones sanitarias del INSALUD, pero, ¿qué incumple fundamentalmente? Pues incumple las leyes, la 9/87 conocida como el ORAP, que es de órganos de representación para la determinación de las condiciones de trabajo y participación del personal del servicio de administraciones públicas, que establece en su art. 32 lo siguiente: "Serán objeto de negociación en su ámbito respectivo y en relación con las competencias en cada administración pública, las materias siguientes: la determinación de los programas y fondos para la acción de promoción interna, formación y perfeccionamiento: (que ya hemos visto que la Orden interviene en ellas), medidas sobre salud laboral"; la propia Orden en su exposición de motivos y a través de los planes es salud laboral, aunque no lo llama como tal; y las materias de índole económicas de prestaciones de servicios, sindicales,

la violencia en el sector sanitario

asistenciales, y en general, cuantas otras afecten a condiciones de trabajo y al ámbito de los funcionarios públicos y sus organizaciones sindicales con la Administración. Por lo cual directamente está recurrido en base a esta ley. Pero lo que luego incumple es la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. ¿En qué articulado entendemos que lo incumple? Pues en el art. 5.1b, que establecen los objetivos de la política.

La elaboración de la política preventiva se llevará a cabo, con la colaboración de los empresarios y de los trabajadores, a través de sus organizaciones empresariales y sindicales más representativas; los sindicatos u organizaciones con las que ha negociado no son las más representativas, en principio, con lo cual de alguna manera entendemos que lo incumple. En el art. 6.1 f, que habla de normas reglamentarias, y me refiero a la ley de prevención, establece que el gobierno, a través de las correspondientes normas reglamentarias y previa consulta de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas, regulara las materias que a continuación se relacionan. Y cojo uno de los únicos puntos que tienen que ver. "Condiciones de trabajo o medias preventivas específicas en trabajos especialmente peligrosos, en particular, si para los mismos están previstos controles médicos especiales, o cuando se presentes riesgos derivados de determinadas características o situaciones especiales de los trabajadores".

También incumple el art. 12, la participación de empresarios y trabajadores en la ley de Prevención de Riesgos Laborales. La participación de empresas y trabajadores a través de las organizaciones empresariales y sindicales más representativas, en la planificación, programación, organización y control de la gestión relacionada con la mejora de las condiciones de trabajo. La protección de la seguridad y salud de los trabajadores en el trabajo es principio básico dentro de la política de prevención de riesgos laborales, a desarrollar por las administraciones públicas competentes en los distintos niveles territoriales, pero también sigue incumpliendo el capítulo 5, en donde la consulta y participación de los trabajadores, desarrollados por ejemplo en el art. 33, que habla de consulta de los trabajadores; el empresario deberá consultar a los trabajadores con la debida antelación la adopción de las decisiones relativas al proyecto y la organización de la formación en mate-

la violencia en el sector sanitario

ria preventiva. Nula, nula consulta. Cualquier otra acción que pueda tener efectos sustanciales sobre la seguridad y salud de los trabajadores, que ellos reconocen en la exposición de motivos, todos los efectos sustanciales que tienen, pues tampoco se ha consultado.

En el art. 34. "Derechos de participación y representación", también incumple: lógicamente, tienen derecho a participar en la empresa en las cuestiones relacionadas con la prevención de riesgos en el trabajo. En el art. 35. "Delegados de prevención". Si veis, no se ha hecho ninguna mención a la participación de los trabajadores y menos de los delegados de prevención. Lo más parecido a la representación de los trabajadores con fines específicos en materia de prevención de riesgos en el trabajo.

Entonces, ¿qué entendemos? Que esta orden regula y establece los planes de prevención en el ámbito de la sanidad pública para proteger los riesgos profesionales a los que estén expuestos los trabajadores. Debería negociarse en la mesa sectorial de Sanidad, o al menos, subsidiariamente entenderse que es materia que engloba dentro de las potestades organizativas; debió de efectuarse la preceptiva consulta con las organizaciones sindicales a las que se refiere la LORAP, entre los que se encuentra CC.00.

También hacer notar que la Orden no fue remitida a las organizaciones sindicales, ni a CCOO ni a UGT, sino únicamente en su fase inicial a las organizaciones firmantes del plan de calidad, y éstas son: CEMS Madrid, SAMSE Madrid, SAE, CESIT UP, y luego, una vez elaborada, esa orden, solo a los sindicatos CEMS Madrid y SAMSE Madrid, que pudieron realizar una serie de aportaciones, algunas de las cuales parece ser que las tuvieron en cuenta; pero al final se quedaron dos, dos de los firmantes del plan de calidad.

Pero bueno, basta leer la exposición de motivos de la orden para afirmar que el contenido afecta claramente a las condiciones de trabajo, del personal de servicios de las administraciones públicas del INSALUD, y bueno, al respecto del anexo de la orden establece que los planes recogerán las siguientes líneas generales y son cuatro puntos; que de alguna manera son los que realmente incumplen y que vienen en la orden:

la violencia en el sector sanitario

- Prevención de potenciales situaciones conflictivas, reforzando las garantías en la prestación de los servicios sanitarios, así como la seguridad activa y pasiva en los centros sanitarios y en la atención domiciliaria y en las urgencias, e impulsando la formación de los profesionales en el manejo de estas situaciones. Formación.

Luego, en el punto e.

- Adecuar paulatinamente las plantillas del personal administrativo destinados a las áreas de información, citación y atención al paciente, de acuerdo con las necesidades de cada servicio. Adecuación de plantillas que tampoco se han negociado.

- Potenciar la formación de los profesionales sanitarios en técnicas de comunicación e información a pacientes y familiares. Más formación.

- Establecer en los centros de salud agendas de calidad, formando a los profesionales en su diseño y gestión. Más formación y organización, además.

124

Entonces, en definitiva, ¿qué conclusiones podríamos sacar de éstas, de esta Orden? Pues que tiene una visión parcial de la violencia, ya que solo tiene en cuenta la que proviene de los ciudadanos y no de la propia institución, centrándose únicamente en la violencia física que entendemos que para prevenirla hay que buscar las causas que la originan, analizarlas en profundidad y dar alternativas, y ahí está la organización del trabajo; que también hace referencia a lo que hemos dicho antes, que entendemos que es mejor adecuar las expectativas de los servicios sanitarios a la realidad de la ciudadanía y no al revés. Y bueno, hacer una mención a que tenemos constancia que se están implantando en hospitales las videocámaras. Lo vemos realmente como una excusa, utilizando la prevención; estas medidas no realizan una función preventiva, simplemente a posterior, para luego ver quien ha sido o quien no ha sido, pero no es preventiva en sí misma. Y no solo afecta a usuarios, también afecta a trabajadores. En principio, solo era eso, lo os quería contar. Estamos a la espera de que el recurso prospere, ya veremos. GRACIAS.

la violencia en el sector sanitario

El día 24 de marzo, la Consejería de Sanidad y Consumo modificó la Orden 212/2004 por la Orden 683/2006, reconociendo “la prevención y atención frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos se incardina en el ámbito de la prevención de riesgos laborales, por lo que se hace necesaria la inclusión como vocales, de representantes de las organizaciones sindicales en la Comisión de Seguimiento”.

Desde CC.00 celebramos que se entiendan las situaciones conflictivas con los ciudadanos como un riesgo psicosocial para los trabajadores, pero entendemos que la participación sindical es mínima e incumple la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

la violencia en el sector sanitario

Carmen Mancheno. Hasta ahora hemos hablado de la orden, y vamos a ver cómo CC.OO. entiende la violencia.

LA VIOLENCIA EN EL TRABAJO

Manuel Luna Lozano. Técnico Superior en PRL.
Secretaría Laboral de la USMR de CC.OO.

El fenómeno de la violencia ha sido objeto de numerosos estudios, pero su abordaje como problema de salud pública es relativamente reciente. En 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud reconoció la violencia como una epidemia soslayada que pronto superaría a las enfermedades infecciosas como causa principal de morbilidad y mortalidad prematura en todo el mundo y pasó a considerarla como una amenaza para la salud pública y un obstáculo para el desarrollo de las naciones.

Los actos violentos que sufren los profesionales sanitarios en el desempeño de sus funciones, que van desde los malos modos a las agresiones físicas y/o verbales, constituyen un problema en alza que precisa de un abordaje multisectorial en el que intervengan todos los interlocutores sociosanitarios para mantener y mejorar la calidad asistencial dentro de un ambiente óptimo de empatía entre trabajadores y usuarios de la sanidad.

Las expectativas de los pacientes no siempre son posibles de cumplir en tiempo y forma deseados; las necesidades son cada vez mayores, pero tanto las prestaciones del sistema sanitario como las posibilidades reales de actuación de los profesionales son limitadas.

¿Qué entendemos por violencia en el trabajo?

Normalmente existe la tendencia a asociar la violencia con la agresión física. Sin embargo, y a pesar de no existir una definición única de violencia en el lugar de trabajo, sí existe un elemento común a la hora de enfocar y plantear la cuestión: el concepto de violencia debe ser más amplio que el de la mera agresión física (pegar, golpear, empujar...) y debe incluir otras conductas suscep-

la violencia en el sector sanitario

tibles de violentar e intimidar al que las sufre. Así, la violencia en el trabajo, incluiría, además de las agresiones físicas, las conductas verbales o físicas amenazantes, intimidatorias, abusivas o acosantes.

La OMS define de forma genérica la violencia como “aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto entre el domicilio y el trabajo, con la implicación de que se amenace explícita o implícitamente su seguridad, bienestar o salud”.

La Comisión Europea la define como “aquellos incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluidos los viajes de ida y vuelta al trabajo, que pongan en peligro explícita o implícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud”. Incluye desde lenguaje ofensivo o amenazas hasta el suicidio.

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo define la violencia en el trabajo como el fenómeno que abarca cualquier incidente en el que una persona sufra abusos, amenazas o agresiones en su trabajo, y que atente contra su seguridad, salud, bienestar o rendimiento laboral. Esto incluye insultos, amenazas o agresiones físicas o psicológicas contra una persona que se encuentre realizando su trabajo, ejercidos por personas ajenas al mismo. Esta violencia puede presentar una dimensión racial o sexual.

Tipos de violencia

Una de las clasificaciones más difundidas sobre los tipos de violencia en el trabajo es la elaborada por la California División of Occupational Health Safety (OSHA). Esta clasificación divide a los eventos violentos en tres grupos en función de quiénes son las personas implicadas y del tipo de relación existente entre ellas.

la violencia en el sector sanitario

Violencia tipo I

Se caracteriza este grupo porque quienes llevan a cabo las acciones violentas no tienen ninguna relación legítima de trato con la víctima. Es decir, no existe un trato comercial o de usuario entre el perpetrador o la víctima.

Violencia tipo II

En este caso existe algún tipo de relación profesional entre el causante del acto violento y la víctima. El primero puede ser quien recibe un servicio ofrecido por el hecho violento o que ofrece la propia víctima (un cliente, un paciente, un consumidor...). Normalmente estos hechos violentos se producen mientras se ofrece el servicio (como seguridad pública, conductores de autobús, personal sanitario, profesores, vendedores u otros trabajadores del sector público o privado que ofrecen servicios profesionales, públicos y privados).

Violencia tipo III

En este tipo de violencia el causante de la misma tiene alguna forma de implicación laboral con el lugar afectado o con algún trabajador concreto de tal lugar. Muchos son los escenarios que pueden plantearse en este grupo, el más común es aquel en el que hay una implicación laboral directa entre el perpetrador (por ejemplo, un empleado actual, o que ya no lo es) y el trabajador-víctima. Otro caso es aquel en el que hay una relación personal entre ambos sujetos (cónyuge, excónyuge, pariente, amigos). Más raramente suele existir una implicación indirecta, por ejemplo el perpetrador elige un cierto lugar (no tanto a los trabajadores que en él trabajan) porque tiene rencor, animadversión hacia tal sitio por tener para él una carga representativa o simbólica.

Incidencia del problema

En 1996, una encuesta de la Unión Europea basada en 15.800 entrevistas celebradas en sus quince Estados miembros mostró que, el año anterior, el 4 por ciento de los trabajadores (seis millones) habí-

la violencia en el sector sanitario

han sido objeto de violencia física, 2 por ciento (tres millones), de acoso sexual, y 8 por ciento (doce millones de trabajadores), de intimidación y amedrantamiento.

La Tercera Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, basada en 21.500 entrevistas directas con trabajadores de la Unión Europea indica que un 2 por ciento (3.000.000 de trabajadores) se encuentran expuestos a violencia física por parte de personas pertenecientes al ámbito del trabajo, un 4 por ciento (6.000.000 de trabajadores) padecen acoso sexual y un 9 por ciento (13.000.000 de trabajadores) están sujetos a intimidación y amenazas.

La propia OMS denuncia que casi un 25 por ciento de todos los incidentes de violencia en el trabajo se producen en el sector sanitario.

Causas de la violencia

Al consultar la bibliografía sobre esta cuestión se observa que casi toda la atención se ha centrado en la elaboración de un perfil del trabajador potencialmente violento o agresivo. Por ejemplo, algunos estudios realizados en 1994 (Mantell y Albrech) señalan que en la mayoría de los casos el sujeto violento es un varón blanco de entre 20 y 35 años de edad, solitario, probablemente con problemas de alcohol y aficionado a las armas. Aparte del número de falsos positivos a los que tal enfoque puede conducir, éste se basa en la identificación de los individuos predispuestos a las formas más extremas de violencia, e ignora el grupo más amplio, responsable de la mayoría de los incidentes de agresión con menos violencia que se producen en el lugar de trabajo.

Más allá de las características demográficas, hay indicaciones de que alguno de los factores personales implicados en la violencia fuera del lugar de trabajo se suelen extender a éste. Así se han relacionado con la violencia el abuso de alcohol, un historial general de agresiones en la vida actual o en la familia de procedencia y una baja autoestima.

Más recientemente se ha adoptado la estrategia de identificar las condiciones psicosociales del lugar del trabajo más propicia para la violencia. Aunque esta investigación de los factores psicosocia-

la violencia en el sector sanitario

les esté aún en sus comienzos, parece que los sentimientos de inseguridad en el empleo, las percepciones de que las políticas de la organización y su aplicación son injustas, un estilo severo de dirección y supervisión aparecen asociados a la violencia en el lugar de trabajo.

Entre las causas desencadenantes de la violencia en el lugar de trabajo juegan un papel fundamental las relativas a la organización del trabajo. Un paciente puede ser violento por muchas circunstancias, pero se diría que son más los fallos propios de la organización sanitaria en sí los que favorecen que los incidentes violentos se sufran.

No se trata por lo tanto, de una cuestión individual, propia de los sujetos que intervienen en el hecho violento, sino de un problema estructural que debe ser atacado en sus raíces sociales, económicas, organizacionales y culturales. Aceptar que es un problema individual es eximir de responsabilidad a las organizaciones a la vez que se acepta indirectamente que es un problema que no tiene solución ya que su raíz se encuentra en sujetos caracterizados por una personalidad especialmente agresiva.

Han resultado especialmente eficaces las medidas preventivas destinadas a mejorar el entorno y la organización del trabajo, favoreciendo la confianza y la comunicación abierta con todo el personal y estableciendo cauces de participación que permitan identificar los problemas menos evidentes.

Prevención de la violencia en lugar de trabajo

Con respecto a la prevención de la violencia se plantean dos cuestiones que actúan como freno u obstáculo al establecimiento de programas preventivos y que están estrechamente ligadas con dos tipos de creencias acerca de la asunción del riesgo y su predictibilidad.

1º Existe la creencia de que en ciertas ocupaciones es inherente a ellas la aceptación de un cierto grado de violencia como una parte misma del trabajo. Es decir el trabajador asume el riesgo de sufrir actos violentos cuando acepta el trabajo, actitud con la que sin saberlo contribuye a que persista la violencia. Esto

la violencia en el sector sanitario

puede llevar a pensar que no es necesario aplicar ninguna medida preventiva.

2º Con respecto a la predictibilidad, existe la creencia de que la violencia en el trabajo es aleatoria e impredecible, por lo que los programas preventivos pueden llegar a ser considerados como innecesarios. Pero, por el contrario, muchos actos violentos pueden ser prevenidos, incluso en muchos trabajos considerados con pocas probabilidades de sufrir violencia en los que los actos aleatorios de violencia ocurren con poca frecuencia.

La bibliografía sobre prevención de violencia en lugar de trabajo se centra en general en la selección previa de los sujetos especialmente violentos a fin de excluirllos del empleo. Tales estrategias son de dudosa utilidad por razones éticas y jurídicas. Desde una perspectiva científica es igualmente dudoso que se pueda identificar a los trabajadores especialmente violentos con la precisión necesaria.

Está claro que para adoptar un enfoque preventivo hay que centrarse en los problemas presentes en lugar de trabajo y en el diseño de los puestos.

La violencia como riesgo psicosocial

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece en su artículo, 4 dedicado a definiciones, que se *“entenderá como riesgo laboral la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo”*. El mismo artículo define el *daño derivado del trabajo* como *“las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo”*.

El artículo 3 del Reglamento de los Servicios de Prevención establece que para realizar la evaluación de riesgos deberán tenerse en cuenta entre otras *“las condiciones de trabajo existentes o previstas”*, entendiéndose como condición de trabajo lo dispuesto en el artículo 4 de la propia LPRL, es decir *“cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador, quedando*

la violencia en el sector sanitario

específicamente incluidas en esta definición... todas aquellas otras características del trabajo, incluidas las relativas a su organización ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador.

Según la propia Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo la violencia contra el personal representa un problema de seguridad y salud laboral, que debe resolverse en el seno de la organización; no se trata de un problema de la persona en concreto.

En este sentido, como cualquier otro riesgo, es necesario analizar a través de la evaluación de riesgos las condiciones de trabajo que colaboran en la aparición de la violencia en el trabajo. Si bien el objetivo de la evaluación de riesgos es determinar los factores de riesgo, en este caso psicosociales, que pueden generar estrés en los trabajadores, no cabe duda de que su análisis también ayuda en la determinación de aquellas deficiencias en la organización del trabajo que pueden provocar violencia en los usuarios. Nuestra propuesta con respecto a la evaluación de riesgos de psicosociales pasa por la aplicación del Istas 21.

Entendemos por riesgos psicosociales aquellas características de la organización del trabajo que pueden tener una influencia negativa en la salud de los trabajadores. Los riesgos psicosociales producen estrés en los trabajadores, y un trabajador estresado no trabaja bien, puede tener descuidos que en el sector sanitario pueden ser especialmente graves, su carácter no es el más adecuado para trabajar con personas, especialmente personas enfermas, etc...

Violencia y estrés

Los niveles elevados de estrés pueden precipitar comportamientos violentos y a su vez la violencia en el lugar de trabajo puede ser un importante factor de estrés. Varios estudios de población reciente han demostrado la existencia de una relación entre violencia y pérdida de puesto de trabajo, uno de los factores de estrés relacionado con el trabajo más importante.

la violencia en el sector sanitario

Por lo tanto y según estos estudios, existe una clara relación entre riesgos psicosociales o, dicho de otro modo, una mala organización del trabajo que produce estrés y entre éste y la violencia. Así mismo parece evidente que la violencia también produce estrés por lo que es la “pescadilla que se muerde la cola”

Según lo anterior cualquier factor de riesgo psicosocial puede tener una influencia determinante en la aparición de la violencia en el trabajo, pero hay algunos cuya influencia puede ser especialmente importante. Entre ellos podemos mencionar los siguientes:

Cuantitativas: Se producen como consecuencia de la relación entre la cantidad o volumen de trabajo y el tiempo disponible para realizarlo. Si el tiempo es insuficiente y las exigencias altas, aparece un ritmo de trabajo rápido, imposibilidad de llevar el trabajo al día o acumulación de trabajo.

Independientemente de que un gran número de investigaciones ha demostrado que unas altas exigencias cuantitativas pueden producir estrés, este factor influye negativamente en la atención a los pacientes produciendo retrasos o esperas en la atención o incluso una atención deficiente. Evidentemente se produce una insatisfacción en los usuarios que puede manifestarse de forma violenta.

Emocionales: Incluyen aquellas que afectan a nuestros sentimientos, sobre todo cuando requieren de nuestra capacidad para entender la situación de otras personas que también tienen emociones y sentimientos que pueden transferirnos, y ante quienes podemos mostrar comprensión y compasión. Se trata de un equilibrio muy complicado, ya que el trabajador, en este caso de la sanidad, tiene que tratar de no confundir sus sentimientos y de no involucrarse en la situación. Esta diferenciación puede ser muy complicada si las exigencias emocionales son excesivas.

Algunas investigaciones nos permiten saber que el exceso de exigencias emocionales está en la base del burnout o ser causa

la violencia en el sector sanitario

de ansiedad o fatiga psíquica. Evidentemente las consecuencias sobre la salud de este fenómeno sobre los trabajadores sanitarios puede ser importante, y además ser la antesala de procesos de mobbing o/y burnout como consecuencia de esta “pasividad sobrevenida” característica del burnout generar violencia en los pacientes.

Influencia: Supone tener margen de decisión, de autonomía, respecto al contenido y las condiciones de trabajo (orden, métodos a utilizar, tareas a realizar, cantidad de trabajo...). La influencia en el trabajo es una de las dimensiones centrales en relación con el medio ambiente psicosocial.

Control sobre los tiempos de trabajo: En el trabajo ejercemos un determinado poder de decisión sobre nuestros tiempos de trabajo y de descansos (pausas, fiestas, vacaciones...) El control sobre los tiempos de trabajo representa una ventaja en relación con las condiciones de trabajo y también con las necesidades de conciliación de la vida laboral y familiar. Se ha podido comprobar en muchas investigaciones una relación entre un bajo nivel de libertad respecto al tiempo de trabajo e indicadores de salud estrés y satisfacción laboral.

Esta cierta flexibilidad o autonomía en combinación con un cierto control sobre los tiempos de trabajo pueden permitir que los trabajadores puedan adaptarse con mayor facilidad a las demandas de los pacientes, adecuando tiempos y tareas a las necesidades que se vayan produciendo en cada momento.

Integración en la empresa: Esta dimensión psicosocial hace referencia a la implicación que cada persona tienen en la empresa y no en el contenido del trabajo en sí. Existen algunas evidencias que relacionan la integración en la empresa con una buena salud de los trabajadores y un bajo nivel de estrés y fatiga.

Parece razonable pensar que si no te identificas con la empresa es que algo pasa, que en principio los trabajadores no tienen mucho interés en proclamar una buena imagen de ella, más

la violencia en el sector sanitario

bien al contrario. Este sentimiento antiempresa pueden manifestarlo de alguna manera los trabajadores en su atención a los pacientes, de forma que estos pueden reaccionar mostrando alguna forma de violencia.

Previsibilidad: Los trabajadores necesitamos disponer de la información, adecuada, suficiente y a tiempo para adaptarnos a los cambios que nos pueden afectar. El problema puede situarse en las políticas de formación y de comunicación en la empresa.

El hecho de que este factor de riesgo no esté suficientemente controlado puede suponer que aparezcan conflictos interpersonales que pueden generar situaciones de violencia.

Claridad y conflicto de rol: El hecho de no tener claras las competencias en el trabajo, estar expuesto a competencias contradictorias o a conflictos de carácter ético o profesional pueden producir situaciones tensas en el trabajo.

Calidad de liderazgo: El papel de la dirección y la importancia de la calidad de dirección para asegurar la salud y el bienestar de los trabajadores es crucial. Los mandos han de tener habilidades suficientes para:

- Gestionar equipos humanos de forma saludable.
- Asignar correctamente el trabajo
- Planificarlo con coherencia.
- Resolver adecuadamente los conflictos.
- Comunicarse bien con los trabajadores y trabajadoras.

la violencia en el sector sanitario

La evaluación de riesgos psicosociales debe complementarse con un plan de formación que debe impartirse de forma continua y periódica, según las necesidades concretas, a todos los trabajadores y sus representantes, a los supervisores y a los directores.

La formación debe incluir los aspectos siguientes:

- Orientaciones en cuanto al entorno laboral, las políticas de gestión y los procedimientos de queja.
- Información acerca de los distintos tipos de violencia laboral, física y psicológica y sobre las mejores prácticas para reducirlas.
- Información sobre la diversidad y la discriminación de género y la diversidad y discriminación cultural para desarrollar la sensibilidad hacia esos aspectos.
- Mejorar la capacidad de identificar posibles situaciones de violencia.
- Dotar de capacidades de trato personal y de comunicación para prevenir posibles situaciones de violencia en el lugar de trabajo.
- Aumentar la competencia para las funciones concretas que han de desempeñarse.



136

Consecuencias para el trabajador agredido

Las situaciones de violencia generan una serie de consecuencias sobre el trabajador y sobre el resto de la plantilla. Las consecuencias pueden ser:

- Sentimientos de cólera o ira.
- Desconfianza general frente a personas extrañas.
- Ataques de pánico y ansiedad conectados al miedo de que el evento violento pueda volver a producirse.
- Sentimientos de indefensión

la violencia en el sector sanitario

aislamiento

vulnerabilidad

culpabilidad

- Asociado a todo lo anterior suele producirse una sintomatología física asociada al estrés (trastornos del sueño, del apetito...)

Consecuencias para las empresas de la violencia

La violencia erosiona a corto, y a veces también a largo plazo, la organización y el entorno general de trabajo. Sobre las empresas recaen los costes directos del tiempo de trabajo perdido y del reforzamiento de las medidas de seguridad.

Los costes indirectos comprenden la reducción de la eficacia y la productividad, la disminución de la calidad del producto, el deterioro de la imagen de la empresa y la reducción de su clientela.



137

PROPUESTAS

Prevención de la violencia en los lugares de trabajo

- Es importante como punto de partida proceder al análisis de los trabajos que se realizan en una empresa para identificar cuales tienen riesgo. Para ello es importante contar con las aportaciones de los sujetos pasivos de los actos violentos: los trabajadores.
- Un enfoque organizativo integrado es imprescindible para evitar y abordar la violencia y sus causas subyacentes.
- Las acciones sostenibles y centradas en la prevención son más eficaces que las soluciones correctivas.

la violencia en el sector sanitario

- Los programas de intervención deben tener objetivos y normas claros, que deben revisarse regularmente para evaluar su eficacia.
- Para lograr soluciones efectivas es necesario que existan acuerdos, políticas y calendarios por escrito para la aplicación de las intervenciones, que reflejen el compromiso de todos los actores.
- La creación de alianzas efectivas entre los interlocutores sociales, los organismos encargados del cumplimiento de las normas, los investigadores y los profesionales aporta beneficios duraderos.

Los integrantes de la empresa deben adoptar una política de no violencia, en el sentido de no permitir que existan acciones de intimidación, amenaza, daño ni entre empleados ni en la relación entre clientes (entendido en el sentido más amplio).

En este sentido la implicación, compromiso y consulta con los trabajadores a lo largo del proceso es fundamental ya que:

- Los trabajadores pueden aportar su conocimiento y experiencia, que se constituirán como importantes recursos y elementos de trabajo en el momento de decidir e implementar las medidas concretas de prevención y protección.
- Se asegura que las medidas y procedimientos que se adopten serán prácticos y efectivos.
- La plantilla consultada tendrá una mayor implicación a la hora de contribuir a la puesta en práctica de las medidas.
- Hacer partícipe a los trabajadores en este proceso muestra a éstos una verdadera intención de hacer frente al problema.
- Las consultas regulares ayudan a revisar las medidas, asegurarse de su efectividad, de que las medidas se cumplen y de que el entrenamiento o formación recibido por la plantilla realmente funciona.

la violencia en el sector sanitario

Conclusiones

La investigación de la violencia en el lugar de trabajo está en sus comienzos, pero cada vez recibe más atención. Hay por ello buenas perspectivas de que se avance en la comprensión, predicción y control de estas actuaciones.

Dada la gravedad y la complejidad del problema y la escasez de información fiable, es preciso realizar más investigaciones epidemiológicas de causalidad, prevención y control de la violencia. Deben hacerse investigaciones multidisciplinarias no solo desde la salud laboral sino también desde el ámbito jurídico, sindical, de la dirección de recursos humanos junto con los órganos de la administración implicados para conseguir articular sistemas de recopilación de datos sobre violencia, unificar criterios de la propia definición de violencia, así como llegar a acuerdos sobre la definición de una clasificación de violencia que facilite la transmisión de ideas e iniciativas entre las distintas disciplinas e instancias.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- *Manual para la evaluación de riesgos psicosociales (Istas21)*
- *Enciclopedia de seguridad y salud en el trabajo.*
- NTP 489; *Violencia en lugar de trabajo.*

la violencia en el sector sanitario

Jorge López de Ávila. Miembro del Servicio de Medicina y Formación en Psicología Aplicada del Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo de la CM

La exposición que voy a hacer es, básicamente, contar nuestra experiencia en el tema de la violencia, y debo decir que nuestra experiencia es escasa; la mayoría de los casos que nos han llegado vienen demandados por trabajadores de este casa, y posiblemente yo me lo plantearía si tienen que ver con la dificultad de desarrollo que tienen, y de aplicación, las posibles conclusiones que podamos aportar nosotros a los casos que se nos proponen. Y pregunto si también tienen que ver con la dificultad de la imposición de las recomendaciones que nosotros hacemos. Tal vez sea uno de los límites, una de las razones por la que los trabajadores, yo pienso que se acercan poco a mi "casa". Creo que viene a cuento mencionarlo en este caso.

La mesa plantea la Orden 212/2004 y Carmen nos invita a comentar que opinamos sobre ello. Bueno, me parece muy interesante la pregunta. Nosotros respecto a la Orden, sólo dos cosas. Una, que entendemos que es un ejemplo de lo que debe de ser, de lo que es la participación extensa y profunda en Salud y Seguridad Laboral, aquí yo creo que nunca mejor ejemplificado, de lo que debe de ser. El debate era de esperar, pues Manuel Luna ya lo ha comentado, y no me corresponde a mí el extenderlo, pero en principio, también Arturo, entendemos que debe ser un ejemplo de participación de lo que nosotros, precisamente, defendemos. En este sentido, la intervención nuestra en el día de hoy estaría centrada en la búsqueda de elementos que nos proporcionasen criterios de actuación, y de respuesta y de protección frente a la violencia en los centros de trabajo; bien, nuestra experiencia, en la búsqueda de esos elementos, lo que nos aporta es que lo que nosotros hemos tratado han sido problemas de violencia relativos a pacientes intrínsecamente agresivos; son pacientes que por su característica de enfermedad no sólo son de carácter agresivo sino que son también violentos. El segundo grupo de trabajadores que hemos tenido, lo traía el debate también Manuel, es con violencia interna; hemos tenido ejemplos muy graves, que han ido más allá del conflicto y antagonismo entre personas. Dicho esto, nosotros plantearíamos una reflexión, en este sentido, no más allá: la Orden pertenece a la Consejería de Sanidad y Consumo, el debate

la violencia en el sector sanitario

está marcado y limitado, yo creo que muy bien, por los anteriores intervinientes. Y yo aquí aportaría dos preguntas: ¿quién es el responsable de la generación de la violencia?, es decir, ¿dónde está la fuente de la violencia, en principio, el que la genere es el responsable de resolverla; yo sí hecho de menos que esa pregunta está un poco sustraída en un posible debate anterior de la propia orden, la generación de la violencia; desde luego no corresponde al trabajador sanitario, sino a el que la ha generado. Si bien, estoy totalmente de acuerdo con lo que planteaba Manolo, cuando ha mencionado los fallos organizativos como factor principal de generación de violencia en los centros de trabajo sanitarios; no tengo nada que decir, salvo que estoy absolutamente de acuerdo en ese tema. Lo que nos lleva otra vez recurrentemente al planteamiento, que veremos, de violencias externas e internas.

La segunda pregunta que nosotros plantearíamos sobre la Orden 212 es si la agresividad, no digo la violencia, es parte -esto lo digo en mi opinión-, parte intrínseca de la relación de trabajo que se da en el sector sanitario, en la rama sanitaria. De siempre, yo soy médico, hice medicina; nosotros nos educamos en las siguientes eventualidades, binomios, a veces dicotomías, a veces enfrentamientos, que era la de profesional sanitario-paciente, la de dispensador de servicio-usuario y la de profesional-cliente. Yo entiendo, y siempre lo he entendido así, que es parte de mi trabajo la relación agresiva o recibir parte de la agresividad del paciente, lo que me llevaría a la pregunta anterior. En definitiva estas dos preguntas me plantean que en qué perfil de los tres que he comentado antes, se posiciona el profesional sanitario respecto a la Orden 212. Sí tengo que decir que a mí me ha llamado una cuestión la atención, y no quiero dejar de comentarla, cuando dice la orden en la disposición adicional 1ª que el profesional atenderá a situaciones conflictivas con los ciudadanos. Respecto a las dos preguntas yo creo que se me queda ahí algo cojo, con los ciudadanos, hombre, dentro de profesional sanitario, en el mejor de los casos y ojalá así fuera, va a ver a pacientes, no exactamente a ciudadanos, y si son ciudadanos son usuarios. Bien, bueno este sería el final de la reflexión que nosotros planteamos.

El aporte que hacemos tiene que ver con lo que veo que habéis aportado en la documentación, y que Manuel aportaba. Clásicamente, y lo

la violencia en el sector sanitario

tenéis en vuestra documentación, se distinguen dos tipos de violencia, las violencias denominadas internas y externas, la violencias tipo 1 y tipo 2. Son violencias de características externas, que vienen de la relación de trabajo. Las tipo 1 son las de agresividad de origen no sanitario, y agresividad que se denomina social-residual; es decir, una tensión social que se plasma con el primer dador de servicio que te encuentras, en este caso con un personal sanitario que en enseñanza están todos muy parejos. La violencia tipo 2 es agresividad de tipo sanitario, que tiene su origen con el servicio que se ofrece, que puede ser desde la propia disconformidad con el servicio a un mal abordaje o situación conflictiva con el trato con el paciente; muchísimas enfermedades se caracterizan por el talante agresivo, por la situación aprensiva del paciente, y una violencia tipo 3, que es la que se denominaba violencia interna, que en nuestra opinión, como ya ha hablado Manuel, y estamos absolutamente de acuerdo con él, tiene que ver con la propia organización del trabajo respecto a los trabajadores; tiene que ver con los antagonismos que se crean en las distintas áreas de trabajo y con los conflictos que se crean entre ellos. La experiencia que tenemos es muy importante, también muy peligrosa y también perjudicial, con daño muy grave a las personas que lo sufren.

142

Caracterizando un poquito más esas violencias, la violencia tipo 1 sería en la que no existe trato comercial o de usuario entre el perpetrador y la víctima, en este caso sería el ciudadano el que transfiere cierta agresividad o violencia en algún momento ya más avanzado, la transfiere directamente al primer dador de servicios que tiene enfrente; esto ha ido degenerando y se ha pasado de dador de servicios tipo comercial hasta, últimamente, se está hablando de violencia con cuerpos como los propios bomberos. La violencia tipo 2 se refiere a aquella que tiene algún tipo de relación profesional, entre el causante del acto violento y la víctima; es decir, el nexo está en el servicio prestado. Y una violencia tipo 3, en el que el causante de la violencia tiene un tipo de implicación laboral con el lugar o con algún trabajador; es decir, no son sólo violencias entre trabajadores derivados de los conflictos que existen entre ellos -en este caso, efectivamente, el acoso psicológico sería uno de ellos sino determinadas relaciones incluso de parentesco o

la violencia en el sector sanitario

de antiguas rencillas a solucionar entre los trabajadores, por ejemplo, con despidos, venganzas, vendetas, que están ahí.

Bien, me voy a centrar simplemente en aspectos de formación y de información al personal, y nosotros lo que aportaríamos serían cuatro elementos de cara a abrir un criterio en el abordaje al tema de la violencia.

El primero es reconocer como comportamiento inaceptable los primeros signos de agresividad. En mi opinión volveríamos a la pregunta anterior, quién es el responsable, el generador de la violencia entre una relación, entre personal sanitario y paciente, o si estamos ante un dispensador de servicios y un usuario. El manejo y el reconocimiento del comportamiento inaceptable y el manejo de esos primeros signos de agresividad, van a ser bastante distintos si tienen un manejo de habilidad, en uno de los casos va a ser claramente curricular, y en otro de los casos va a ser manejo de bienes y servicios de la propia empresa (ahora echaremos un vistazo a eso) y en otro va a ser posiblemente en el que te caiga encima una violencia generada, en principio, no hacia ti pero que vas a tener que manejarte en ella. Dentro de esa formación e información, y dejando la reflexión anterior, manejo puro y duro de situaciones difíciles con el usuario, sin más, ni cliente, ni paciente, simplemente usuario.

En las organizaciones sanitarias, son relaciones piramidales, con órdenes de trabajo específicas, y con responsabilidades específicas frente a este tipo de situaciones. No es lo mismo manejar a un paciente psiquiátrico violento al que hay que dar a veces órdenes bastante agresivas hacia él, que manejar una agresividad de un paciente endocrino, pues que se manifiesta con determinado carácter agresivo. Seguir los procedimientos establecidos, queremos decir que tiene que haber un procedimiento establecido, en el manejo de este tipo de situaciones tanto de paciente como de usuario, está subrayado en rojo, porque es que no tiene sentido el hablar de habilidad si no hay un procedimiento en una organización tan piramidal como es la organización sanitaria.

Manejar la tensión inherente a la situación, a fin de controlar las reacciones emocionales, en este caso del trabajador. Reconocemos en este caso, que ha sido comentado por Manuel, la gravedad que tiene

la violencia en el sector sanitario

la violencia como factor de estrés en los trabajadores y en las organizaciones de trabajo. Nosotros lo queríamos traer aquí, dentro de la violencia interna, y como reflexión tengo que dejar una serie de ideas, porque entiendo que el debate es muy comprometido y profundo y yo creo, insisto, que no marque el límite porque le han dejado bastante claro tanto Arturo como Manuel, queremos recordar que en el propio Estatuto-Marco, ley 55/2003, en su régimen disciplinario, arts. 70-75, se manejan como faltas graves, muy graves y leves, actos que en definitiva nosotros según la clasificación que recogíamos antes de 1 a 3, reconocemos como violencia.

Concretamente, califica como faltas muy graves, y hay un listado importante, tres que nosotros entendemos que son violencias y que habría que recogerlas dentro de un expediente disciplinario. Nos sorprende, igual que nos llamaba a sorpresa la situación conflictiva con los ciudadanos, nos sorprende el escaso manejo del Estatuto-Marco; la grave agresión a cualquier persona, se refiere a profesional, con la que se relacione en el ejercicio de sus funciones, es decir, violencia del profesional hacia el usuario. En este caso también hacia los compañeros. El acoso sexual no tiene más que comentar, aparece con dos agravantes.

El exceso arbitrario en el uso de autoridad que cause prejuicio grave al personal subordinado o al servicio. Violencia, en este caso, claramente referida a acoso psicológico. Falta muy grave.

Y la negativa expresa a hacer uso de los medios; éste me parece importante, porque cuando hablamos de violencia, y aquí se hablaba de situación conflictiva con el ciudadano, no nos queda más remedio que acudir a medios de protección, como decíamos antes; entonces éste se refiere a los trabajadores, negativa expresa a hacer uso de los medios de protección disponibles y a seguir las recomendaciones establecidas. Nosotros hablábamos en el punto anterior de la necesidad de protocolizar la actividad de abordaje de un conflicto, así como las negligencias en el cumplimiento de las imposiciones sobre seguridad y salud. Entre nuestra escasa actividad en este tema, sí hemos detectado órdenes de trabajo sin ningún tipo de protección hacia el profesional y dadas posiblemente con desconocimiento de la persona que tiene que ejecutarlas, órdenes de trabajo, que en nuestra opinión, podían ser censurables también, con falta grave, al poner en

la violencia en el sector sanitario

riesgo al personal, que no tiene, en este caso, protección disponible ni recomendación, ¡que más quisiera que tenerla!, y tratando en este caso no con un ciudadano conflictivo sino con un paciente altamente violento, peligroso.

Son faltas graves, la falta de obediencia debida al superior, nosotros hemos encontrado, otra vez referidos al tema de acoso, no sólo un acoso vertical de arriba hacia abajo sino también hay un acoso importante de abajo hacia arriba. Este tema también sería importante porque muchos de las atenciones que se están dando a usuarios, son órdenes de trabajo no recomendaciones terapéuticas, que el negarse al cumplimiento de las mismas sería una falta grave; yo me pregunto cómo se puede abordar a un psiquiátrico violento sin los medios adecuados, y si encima te meten un paquete por no haberle sabido reducir.

Abuso de autoridad en el ejercicio de las funciones y, tercera, la grave desconsideración con los superiores, coordinadores, compañeros o usuarios. El Estatuto-Marco prevé situaciones de antagonismos y conflictos, y sanciones de las mismas. Califica como falta leve (por cierto, en la grave se me ha pasado poner el acoso sexual sin chantaje, que también está recogida ahí), serían posiblemente abusos verbales.

La violencia en el sector sanitario, nosotros creemos que se debe abordar, en este sentido en la Orden 212; el manejo de la misma la englobaríamos como lo que entendemos, buenas prácticas en las intervenciones organizacionales, el problema es si buena práctica es la sopesa de la definición de la situación conflictiva con el ciudadano.

Nosotros hablamos de una intervención primaria, que está en todos los textos; se trataría de formular un código de buena práctica en la organización de empresa, en este caso, en la organización sanitaria, que ahora veremos cuál es el marco concreto de ese grupo organizacional que va a gestionar esa buena práctica. Nosotros hablaríamos de una intervención primaria, de un instrumento de intervención primaria que sería fundamentalmente reducir el riesgo, para lo cual tendríamos que mantener, matizar cuál es el binomio que está hay trabajando, si es profesional sanitario-paciente, o si es el dispensador servicio-usuario.

la violencia en el sector sanitario

Bien, respecto a la prevención nosotros entendemos que cada trabajador, todos y cada uno, debe conocer estrategias al uso en la prevención de incidentes agresivos; segundo, gestión de esos comportamiento agresivos, entrenamientos, usos y habilidades, pero aquí nos centraríamos en agresividad; es decir, nos centraríamos más bien en un paciente agresivo. Entendemos que debe de haber dentro de esas habilidades, como prevención primaria, el planteamiento de grupos de discusión, que permitan manejar el incidente entre las personas que se han visto, no sólo envueltas en él, sino de todo el área de trabajo que está envuelta en donde ocurrió el incidente. Nos sorprende mucho también que en un medio sanitario el incidente lo sufriera solo uno de los profesionales que está manejando a ese paciente, o a ese usuario, sin respuesta del resto de los compañeros, que comentaba antes Manuel. Empatía, yo no hablaría tanto de empatía, me conformaría con ninguna antipatía. En fin, creemos que se deben crear grupos de discusión dentro de cada organización que definiré después.

Y comportamiento del personal, los trabajadores estarán formados, y esto nos parece muy importante, en los objetivos del centro, y en su actividad a realizar. Conocer el objetivo del centro y el orden de trabajo y la actividad a realizar, es, en principio, lo que empezaría a aclarar el problema de si estamos atendiendo a una violencia generada por un usuario o por un paciente. Muchas veces el compañero que está atendiendo la agresividad de otra persona, no tiene muy claro cual es el marco en el cual él se va a manejar, cuál es la capacidad, la autoridad que va a ejercer sobre esa persona.

Intervenciones secundarias. Sería la respuesta al incidente concreto, y proponemos realizar informes, comunicaciones de los incidentes, evidentemente, de forma que sea un informe completo recibido y supervisado por una persona o comisión concreta, y registrar, revisar periódicamente estas comunicaciones. Y supervisión del comportamiento del personal. Respecto a estos tres últimos puntos el problema está en delimitar cuál es el área de trabajo, nosotros entendemos que debe ser el grupo de trabajo concreto; esa comisión debe de estar formada por trabajadores de área, o trabajadores de centro, en los casos de los grandes centros de instituciones cerradas, por áreas concretas, o bien el propio servicio incluso; no avanzar más arriba de la pirámide. Debe de ser el

la violencia en el sector sanitario

propio trabajador el que gestione la situación de agresividad y violencia y ponga los medios de ayuda emocional sino los proyectos de corrección inmediata posterior.

Una intervención terciaria sería el tratamiento y la rehabilitación, nadie que haya estado sometido a una violencia reiterada, sobre todo en determinadas áreas y servicios, bueno, yo no sé como sobrevive la gente, pero sustraerle una etapa de rehabilitación me parece injusto, sobre todo por el resto de sujetos y pacientes que van a acudir a ese dispensador de servicios, que en lo que se va a convertir al final el profesional, creo que se tiene que beneficiar de un buen consejo psico-social. Evidentemente no queda más remedio que recoger la propuesta de Manolo referente a la falta de organización como factor principal de riesgo por violencia.

De apoyo en el proceso de toma de decisiones de cualquier acción legal a emprender, esto es importante, y la manera de gestionarla sería desde una pirámide más abajo, más superior de lo que fuera un servicio, por ejemplo, una institución cerrada.

En definitiva, nosotros proponemos, ya está propuesto, manual y procedimiento antiviolencia con comunicación formal de los casos, de todos los casos, manual y procedimiento, que son dos cosas distintas. Una comisión antiviolencia en cada centro formada por los propios trabajadores, que en nuestra opinión, siempre nos ha sorprendido, e incluso en las jefaturas de enfermería, etc; nosotros creemos que tienen que estar formados por quienes reciben la violencia, que son los que entendemos; que nos sorprende, que se enfrente un trabajador solo a esa violencia. En estos días me parece imposible e inadmisibile, lógicamente tiene que haber una solución entre el grupo de trabajo afectado; por ejemplo, en un centro de salud, tanto el turno de tarde como el de mañana tiene que estar organizado.

Tiene que tener algún tipo de poder efectivo, rápido, porque el apoyo social, el apoyo psicológico, o psico-social, que planteamos para el trabajador que ha sufrido esa violencia, no puede esperar a un papeleo, y el primer apoyo va a ser el de sus propios compañeros; en este caso sería el tema de la empatía.

Grupo de apoyo contra la violencia que tiene que estar generado por los propios compañeros, trabajadores; es decir, son éstos los

la violencia en el sector sanitario

que se organizan y responden a esta violencia, en este caso, e implicación específica en cada área de trabajo, que es lo que comentaba como tarea específica de cada área de trabajo; es decir, igual que la agresividad es parte curricular de los trabajadores sanitarios, en cuanto a la violencia es violencia recibida.

Termino con esto insistiendo en que como punto final, creemos que tienen que ser grupos muy centrados en el objetivo de trabajo los que tienen que marcar cuál es la violencia que sufren, los que tienen que generar la respuesta, los que tienen que tener los medios, administrarlos y responder directamente a esa violencia en un primer momento y en una posterior reflexión de grupo; que se permita a través de un propio manual y procedimiento formalizado, y que formalice esa actividad de ese grupo, muy relacionada con la atención, en nuestra opinión los centros cerrados, serían los servicios en los ambulatorios, etc., pues el propio turno o tal vez, un grupo horario, eso ya sería delimitarlo.

la violencia en el sector sanitario

Antonia Bernat Jiménez. Psicóloga cíclica. Técnica Superior en Riesgos Psicosociales del Servicio de prevención en el Hospital Clínico. Madrid

Me voy a centrar en nuestra experiencia. Vamos a ver las estrategias preventivas generales con que todos los servicios de prevención contamos para abordar el tema de la prevención de la violencia y luego, si os parece y aunque sea un poco aburrido, nos vamos a centrar en qué camino vamos a seguir en el campo nuestro, el de la prevención del Area 7, para tirar por ahí en este tema que a todos nos preocupa.

Como la definición de violencia ha quedado clara, quiero deciros que en adelante me voy a referir solo a violencia, voy a englobar la física y la psíquica; en cuanto a su origen vamos a hablar de la interna, que es la que se da entre los propios trabajadores, los miembros de la misma organización, y la violencia externa, nos vamos a referir en exclusiva a la sobre que se da entre el trabajador de la sanidad y los ciudadanos con relación con la sanidad, ¿vale?

El alcance de la violencia. Ya lo hemos dicho, existe un vacío legal, las estadísticas muchas veces no se ponen de acuerdo y además, todos sabemos que existe como dato. No se corresponde con la realidad, porque existe un escaso nivel de denuncias y se puede entender desde la ausencia de un procedimiento de denuncias ajustado en casi todas las organizaciones, hasta el temor a las represalias; y en general, la falta de interés de la mayoría de las empresas para abordar este tema que se objetiva claramente pues en la ausencia casi total de política de prevención de violencia en la mayoría de las organizaciones.

Ya hemos visto, y creo que estamos todos de acuerdo, que el problema de la violencia en el lugar de trabajo es un problema estructural; es decir, es un problema en el que participan muchas instancias, cada una con sus responsabilidades, desde las administraciones hasta la propia sociedad, pasando por sindicatos, por trabajadores y por servicios de prevención.

La responsabilidad de los servicios de prevención es establecer y explicar aquellas estrategias preventivas más adecuadas para abor-

la violencia en el sector sanitario

dar el fenómeno. Nosotros pensamos que antes de la evaluación hace falta una fase previa. Parte de la identificación, del reconocimiento de los factores de riesgo que se dan en nuestro lugar de trabajo y que pueden, si no ser causas directas, sí influir en el desarrollo de la violencia. Después tendríamos la evaluación de esos factores, y por supuesto de las medidas preventivas que resultaran de la evaluación, surgirían las intervenciones.

Situándonos ya en lo que es la Sanidad, no os he querido apabullar, porque si vamos a ver todos los factores de riesgo, aunque aquí lo limitemos a los de la violencia en el sector de la sanidad, no acabaríamos nunca. Desgraciadamente somos un sector en el que los factores de riesgo se multiplican. De hecho, como antes ha dicho Manuel, los factores de riesgo psico-social se dan de una manera bastante preocupante. Por recoger los que pudieran tener más peso en la aparición y desarrollo de la violencia tanto interna como externa, podíamos hablar de la ubicación de los centros de trabajo. De esto somos nosotros especialmente sensibles cuando vamos a evaluar sobre todo dentro de la atención primaria, determinados centros de salud, que están en áreas deprimidas o de población difícil, el riesgo de violencia aumenta y la percepción del trabajador sobre ese riesgo se dispara, sobre todo en trabajadores que hacen domicilios. Ya hemos dicho que nuestra actividad, la sanitaria, es así; una cuarta parte de toda la violencia que se da en el mundo está referida al sector de la salud, y nuestras profesiones se encuentran entre las más vulnerables.

La escasez de personal, a veces cuesta aislar la escasez de personal con el fenómeno de la violencia, pero es clara; la falta de personal genera sobrecarga, la sobrecarga fatiga, y en estas condiciones las relaciones no son siempre las más adecuadas, la integración de las personas en estas condiciones se deteriora.

En los factores de organización, se podrían meter muchos factores psico-sociales, y ya os he dicho que en sanidad hay muchos, por ejemplo, la turnicidad, la nocturnidad, las libranzas, un tanto inadecuadas a veces, el estrés... A Manuel le parece extraño la doble vinculación del estrés con la violencia, yo como psicóloga la tengo clarísima, el estrés genera violencia y la violencia genera estrés.

la violencia en el sector sanitario

Los canales de comunicación deficientes, en nuestras organizaciones, en general, la comunicación formal es absolutamente lamentable.

El deterioro de las relaciones personales, que muchas veces surgen por la actuación de muchos de los factores que hemos visto ya, o bien por acumulación o por interacción entre ellos. Está claro que hay una sobrecarga de trabajo, problemas organizativos, estrés en muchos casos y una falta de comunicación; las relaciones interpersonales tienen que sufrir y deteriorarse.

La cultura de tolerancia a la violencia que se va generando en nuestras organizaciones, que van deteriorando el clima y que puede venir, muchas veces, de interacciones inadecuadas, también a veces justificadas en algunos de los factores que hemos visto antes; pues, el tono de voz, quizás muchas veces un tanto inadecuado, descalificaciones, rumores, los rumores son la plaga horrible y muy relacionados con la violencia, todo esto que se da en nuestras organizaciones va elevando el nivel de tolerancia en la cultura de las mismas.

Y algo que es evidente, y que está muy relacionado con la violencia externa, y que se ha comentado, la población a la que atendemos. Está claro que cuando se es paciente, y cualquiera de nosotros podemos ponernos en el lugar de los mismos, no se experimentan unos sentimientos muy positivos; experimentamos miedo, ansiedad, ira, frustración. Pues bien cuando con ese bagaje cuando llegamos al sitio donde nos tienen que prestar la asistencia, está claro que ante la mínima frustración de nuestras expectativas vamos a tener, cuando menos, dificultades en la integración. Esto es un factor de riesgo más, y que se da en nuestros trabajos, y ahí está.

Podríamos seguir, pero para qué nos vamos a abrumar. Una vez hecho un reconocimiento de qué factores de riesgo relacionados con el desarrollo de la violencia están presentes en el sector de sanidad, lo fundamental sería intervenir a nivel de organización, porque como hemos dicho, esa intervención es la que va a eliminar el riesgo o cuanto menos, disminuirlo. A nosotros nos parece que la intervención organizacional fundamental debe empezar por fomentar una cultura de respeto que debería basarse en el respeto de los derechos humanos, fundamentalmente. Habría que actuar, como ya hemos dicho, sobre los estilos de dirección, sobre la dotación de personal, sobre

la violencia en el sector sanitario

los problemas de personal, sobre los sistemas de comunicación eficaces, en la medida en que estos sean más eficaces y se hace menos caso al rumor, y éste pierde importancia. Es fundamental, y luego lo veremos, que existan procedimientos de queja y de resolución de conflictos, donde todos los trabajadores sepan lo que tienen que hacer y cómo acogerse a ellos, y que den solución a esos conflictos que son inevitables que surjan. Y bueno, como estamos hablando de violencia en general, no solo psíquica, también física, pues por supuesto, condiciones de seguridad y cualquier otra condición de trabajo que pueda influir en el fenómeno.

En cuanto a la intervención individual, bueno, aquí está mezclada, pero fundamentalmente, nosotros pensamos que debe hacerse en formación, en apoyo y en asistencia.

En formación, por un lado de las competencias profesionales, porque debería de ser así, la mayor competencia profesional debería generar mayor eficacia en el trabajador y esto muchas veces evita conflictos, tanto internos como externos; y un grupo de habilidades personales, el desarrollo de habilidades interpersonales y de competencias emocionales, que no es que estemos diciendo que sean factores desencadenantes de la violencia, sino que de alguna manera son factores mediadores, que de tenerlos bien desarrollados actúan como protectores de las personas y que, de no ser así, pues son factores de vulnerabilidad. Estamos hablando de desarrollo de habilidades sociales, de comunicación, porque en nuestro trabajo, fundamentalmente se desarrolla la mayor parte del tiempo con personas, ya sean compañeros ya sean pacientes, y el desarrollo de competencias emocionales, porque a pesar de que nuestro trabajo tiene componentes cognitivos, a veces muy importantes, nos olvidamos muchas veces de que es fundamentalmente un trabajo emocional; es decir, nos pasamos todo el día intentando gestionar nuestras emociones. Emociones que a veces la literatura limita solo a estar en contacto con la enfermedad y la muerte, pero que no son exclusivamente éstas, sino que también hay sentimientos negativos relacionados con la ansiedad, con frustración, fundamentalmente antes las excesivas demandas internas y externas. Pues todo esto que estamos todo el día gestionando, normalmente acaba produciendo agotamiento y en la medida en la que nuestras competencias sean menores, seremos más vulnerables.

la violencia en el sector sanitario

El apoyo interpersonal, que ya hemos dicho, es fundamental, cuando ya ha surgido el incidente de violencia, y anteriormente, como prevención al mismo. La asistencia médica y psicológica, el asesoramiento profesional, principalmente jurídico, y el apoyo institucional al trabajador que si encima que tiene un incidente violento se encuentra solo, sin apoyo de la institución, su nivel de indefensión aumenta considerablemente y el sentido de pertenencia desaparece.

Pues ante todo este panorama, nosotros trabajamos de una manera, que no sabemos muy bien los resultados de la misma. Siguiendo directrices de la Organización Internacional de Trabajo, lo que hicimos fue plantearlos como queríamos que fuera nuestra intervención, en cuanto a prevención de la violencia. Pensamos que nos gustaría que fuera un planteamiento integrado, queríamos equilibrar la prevención y el tratamiento; puesto que el riesgo de violencia es un riesgo reconocido en nuestro medio, no podemos dedicarnos solo a prevención primaria, también en ofertar el tratamiento. Tendría que ser participativo, nosotros queremos implicar a todas las partes, no hacerlo solo en prevención, y a quienes más queríamos implicar era a los delegados de prevención, que por ahí están, y aprovecho para decir que en todo momento se han implicado al 100 por cien.

Por supuesto voy a ser sensible a los grupos más vulnerables, y no discriminatorio, y fundamentalmente sistemático. Es decir, habría que explicar objetivos a corto, medio y largo plazo, plantear estrategias para conseguirlos y bueno empezar a trabajar paso por paso. Con esto cuando nos planteamos por donde empezamos, nos dimos cuenta. Basándonos en nuestra experiencia que es basta, pero en datos de evaluación y en una encuesta de clima social que hicimos hace un par de años de que había que actuar sobre valores y sobre culturas de alguna manera, y en lo que a nosotros nos compete, se nos ocurre que era necesario definir y aplicar una política de no violencia. Y hemos empezado a trabajar. Se han creado dos grupos de trabajo, que se derivan del Comité de Seguridad y Salud, está representada la dirección, y fundamentalmente, los que trabajamos son nuestros compañeros delegados y el servicio de prevención, y nos hemos puesto a desarrollar procedimientos, códigos, protocolos, algo que es una tarea ardua y pesadita, pero que pensamos que nos va a proporcionar la estructura para luego poder actuar. Entonces

la violencia en el sector sanitario

pensamos que para prevenir la violencia interna, lo primero que necesitábamos era un código de conducta, era explícito en qué comportamientos se pueden permitir en la relación de trabajo y cuáles deben quedar excluidos, porque ya os he dicho que estábamos viendo que había bastantes comportamientos inadecuados entre los trabajadores, entre los propios compañeros. Hemos definido un procedimiento de formulación de quejas; es sencillo, lo único, que debe garantizar la confidencialidad, por supuesto, y la no represalia. Un procedimiento de resolución de conflictos que para mí es el más importante. Los conflictos en todo grupo humano son esperables, en el grupo laboral pienso que todavía más, porque se da la diversidad, todos somos diferentes, hay competencias la mayoría de las veces, intereses encontrados; el problema no está en que se dé el conflicto, sino en encontrar una solución no violenta al mismo. Entonces ahí os he puesto el primer paso, que lo llamamos detección del conflicto, pensamos que es fundamental, puesto que el conflicto se detecta y está afectando a las relaciones o al trabajo, hay que intervenir. La intervención temprana es fundamental, porque después si se empiezan a implicar variables emocionales, personales y demás, aquello ya no hay quien lo maneje.

154

Hemos implicado al mando, porque parece que muchas veces el conflicto es profesional; y si no, en cualquier caso podía remitir a los trabajadores al código de conducta, pues cuando empecemos a aplicar ya estará instituido. Hemos puesto dos niveles de mando, porque si alguno de ellos está implicado en el conflicto tendría que actuar el otro, y solo en el caso de que esto no diera solución al conflicto se iniciaría un procedimiento por el que los trabajadores implicados acudirían al servicio de prevención. Desde el área de Psicología se actuaría en intervención en conflictos, lo que muchas veces implica una evaluación de riesgos, fundamentalmente psico-sociales; pero muchas veces de seguridad o ergonómicos; y bueno, si soluciona el conflicto, fenómeno, y si no, lo previsto es crear una comisión de conflictos que también se derivará del comité de seguridad y salud y que de alguna manera, hará seguimiento del conflicto de difícil solución.

También estamos haciendo un protocolo de aplicación en caso de acoso psicológico, que en su mayor parte se deriva un poco del procedimiento de resolución de conflictos; porque lo cierto es que lo que hemos

la violencia en el sector sanitario

podido observar es que un conflicto no resuelto está, y a la larga muchas veces termina, en violencia, fundamentalmente psicológica.

En cuanto a la violencia externa, la relacionada con los ciudadanos, pensamos que también sería necesario definir y dar difusión a una especie de código de conducta, en el que se explique los derechos y obligaciones de los ciudadanos, y también de los trabajadores; pero no se si se hará a nivel de Consejería o habrá que hacerlo cada uno. Y luego, aquí se ha visto suficiente la Orden 212, en cumplimiento de la misma, se hizo el plan de prevención y atención. Lo que me parece interesante es que dentro del proyecto, que esta Orden prevé que hay que realizar, para cuando no es posible prevenir la violencia o las situaciones conflictivas con los ciudadanos, cuando se da el incidente de violencia, ahí nosotros lo que hemos hecho ha sido seguir un poco la Orden, que es arropar al trabajador, implicando al mando, a la dirección a través de un representante que ha sido nombrado o que va a ser nombrado, darle cobertura, tratamiento médico y psicológico si es preciso, y apoyo jurídico, porque hemos intervenido trabajando junto con los delegados y el servicio de prevención, pues la unidad de gestión de la seguridad, la unidad jurídica, todos los servicios implicados. Debo decir que el servicio de prevención, en absoluta convivencia con los delegados, nos hemos apropiado funciones que no son nuestras, pues nos hemos quedado con la notificación y el registro de incidentes. Hemos elaborado una ficha, en la que vamos a recoger y vamos a investigar todos los incidentes de violencia que se den con ciudadanos, recogemos una serie de datos, y a mí lo que me parece más interesante, pues son los que estamos desarrollando como causas, más bien motivos que han podido desencadenar el incidente. Lo estamos definiendo por áreas y en cada área estamos exponiendo aquellos motivos que nos parecen más razonables que pudieran darse según el tipo de atención que se presta en esa área; nos parece que esto puede ser muy útil a la hora de poder saber el alcance de este tipo de violencia en nuestros centros, de poder hacer el mapa de riesgos de áreas y sobre todo, de poder establecer medidas preventivas específicas, que serán más eficaces si nos acercamos a las causas, y bueno pues yo creo que nada más.

Lo que sí que quería era acabar con un mensaje positivo después de todo esto. Igual que seguimos llamando emergentes a los riesgos

la violencia en el sector sanitario

psico-sociales, os quiero decir que está apareciendo una respuesta emergente, que va lenta, pero dicen que progresiva, a nivel de Comunidad Europea, y es la responsabilidad social de las empresas, es la responsabilidad que la empresa tiene con la sociedad a nivel económico, social y medioambiental. Y esto se basa en el desarrollo combinado de la empresa y el individuo. Entonces aquí la salud y la seguridad de los trabajadores se convierte en parte integrante del crecimiento de la empresa. Es fácil ver que este sería el marco ideal para hacer la prevención de la violencia. Mientras llega, mientras lo esperamos, quiero animaros a todos a que sigamos trabajando y a ver si es verdad que podemos disminuir este riesgo. Nada más. Gracias.

DEBATE-COLOQUIO

CARMEN

156

Quisiera saber ¿por qué no hay negociación en materia de salud laboral en la Comunidad de Madrid?. Cuando se firmó el acuerdo de negociación colectiva, se quedó que en junio comenzaba la negociación, pero en junio del 2004. No sé que pensarán en la Consejería, pero creo que es un tema muy importante, los trabajadores del ámbito sanitario tienen muchos problemas de salud laboral. Y da la impresión de que a la Consejería no le interesa.

En cuanto a la Orden, en ésta hay una frase que me llamó mucho la atención desde el primer momento y es que dice "...ajustar las expectativas de los ciudadanos a los servicios sanitarios..." tendría que ser al revés, pero de cualquier forma hay un desequilibrio. No sé si es cierto que a los ciudadanos se les han creado más expectativas de las que tienen que tener, o es que en realidad el sistema sanitario ha empeorado y tiene peores condiciones.

Por otro lado, después de un año y pico de la Orden, nuestros datos son que los Planes de Prevención de las áreas no están hechos y desconocemos el plan departamental de carácter integral que tenía que estar en diciembre, y ahí tendría que estar un calendario de dotación económica. Entonces claro, no sabemos si se está cumpliendo,

la violencia en el sector sanitario

de toda la Orden se están llevando a cabo una serie de medidas defensivas no preventivas, y hablo de medidas defensivas, porque no se está yendo a la causa, no se está haciendo un análisis de lo que está sucediendo.

Y también, hablar de la falta de registros, que es muy importante; ahora mismo todavía no sabemos de qué estamos hablando. Creo que eso sería lo más importante para empezar, saber la gravedad del tema. Muchas Gracias.

Gabriel Sánchez (Representante de la Administración)

Bueno, Carmen, te contesto, ¿Por qué no hay negociaciones en salud laboral? Pues eso sí que es un tema que me toca a mí de lleno, porque soy el responsable, como Subdirector en estos momentos de Relaciones Laborales; eso entra en mi ámbito de competencias. No lo ha habido porque, es verdad, vamos como motos en una Dirección General, con unas competencias enormes, y con un equipo de trabajo escaso, y de verdad es que no llegamos ni a la mitad de la mitad de lo que tendríamos que hacer; y ésto es uno de los temas, que en principio, está medio aparcado, como algunos otros que deberíamos haber ido desarrollando a lo largo de este año. Mira, yo tengo que montar una Unidad de Salud Laboral dentro de esta dirección y soy incapaz, porque el día a día no me deja, y es lamentable que yo lo diga, pero es así. Y en este sentido hacemos lo poquito que podemos, ya sé que no es una excusa válida, pero es la realidad.

En cuanto a las preguntas de la Orden, vamos a ver, falta de registros: para ser sinceros no sé si hay o no hay registros, porque aquí dice que sí, que se tiene que enviar, y hacer un informe trimestral, pero yo he pedido información y no la tengo. Así de claro y crudo.

Con respecto al plan departamental, más de lo mismo, no te sé contestar. Es que no tengo respuesta, estoy quedando a la altura del betún pero... Esto lo transmitiré y supongo que a quien corresponda se pondrá a trabajar.

la violencia en el sector sanitario

He dejado para el final la segunda pregunta que me has hecho, la de las expectativas de los ciudadanos a la realidad de los servicios de salud. En teoría está muy bien lo que ha dicho Arturo y lo que tú has apuntado, pero esa no es la realidad. El sistema de salud es el que es, creo que un buen sistema sanitario que tenemos en la CAM y por extensión en el Estado; otra cosa es que se haya masificado por las razones que se ha masificado, aquí influye un factor social fundamental que es la inmigración, que me parece muy bien que los inmigrantes... Porque nuestros antepasados de hace 50 años lo han hecho, y ahora que tenemos un país con cierto poder económico, pues son otros los que vienen aquí a trabajar. Pero eso incide de manera poderosa y grave en la prestación de servicios y sobre todo, de los sanitarios; no ha crecido la infraestructura a la par que la demanda, y eso es un factor que genera estrés, que puede generar violencia, etc... De hecho, aquí en parte está recogido.

Y luego un comentario a título personal, si establecemos los servicios de salud en base a las expectativas de la población, esto, que es un pozo sin fondo se convertiría en un agujero negro del espacio, lo absorbe todo. Eso es insostenible, porque las expectativas son individuales, y a la par personales, y al ser así son subjetivas; porque yo puedo tener una expectativa de mi servicio de salud que es muy buena, pero no sería la realidad, eso sería lo ideal quizás, pero hay que trabajar en la realidad y, antes en mi intervención lo he comentado, tenemos un marco presupuestario que es el que es, y no hay más. Y con eso hay que hacer virguerías y endeudarse, y aquí sí que viene el que se dedique más a Sanidad, pero ¿a quién se lo quitamos, a Educación, Infraestructuras...? O bien subimos los impuestos, pero claro, yo si fuera político no diría tal barbaridad, es complicado.

CM. Para que sea más rápido, si os parece se hacen las preguntas y luego Gabriel os la responde todas de una vez.

la violencia en el sector sanitario

CARMELO

Una pregunta sencilla sobre lo que planteaba Carmen, y es que la Consejería de Sanidad forma parte del Consejo de Administración del Instituto Regional; es un instrumento, el Consejero Vicepresidente del Consejo de Administración y además en el marco del II Plan Director de Prevención Riesgos Laborales se identifica esta Consejería como una de las que tienen que coordinar las políticas generales en materia de la salud de los trabajadores y trabajadoras de la CAM, la pregunta en este sentido, y aprovechando y agradeciendo tu presencia aquí, es habéis tocado este tema en la Consejería, porque desde CCOO estamos luchando para que desarrollen determinadas actividades de seguridad y salud laboral; la pregunta es si lo habéis tocado, si lo habéis visto y si el interés, que me consta, igual que los problemas presupuestarios, que se han mencionado en otras ocasiones. Entonces la pregunta es si lo habéis visto y que voluntad tenéis en vuestra Consejería.

PABLO

Buenos días, soy delegado de prevención del área 9, y en relación a la Orden, quisiera comentar que hay leyes anteriores a las mismas que no se están cumpliendo, porque en principio se hizo la Orden cara a la galería, pero no hay un presupuesto que la ampare. Entonces, como propuesta concreta que desde CCOO siempre estamos comentando es por qué no se potencian los servicios de prevención existentes. Tenemos un acuerdo con unos servicios de prevención adecuados, técnicos en prevención y demás, y solo el Hospital Clínico es el que tiene las especialidades cubiertas.

En ciertas áreas de Madrid solo hay un técnico de prevención de riesgos laborales; no se están haciendo las evaluaciones de riesgos porque no hay medios humanos para realizarlos. Dentro de la evaluación de riesgos estarían los riesgos psico-sociales, que no se están realizando en ninguno de los sitios. Desde la Consejería se ha hecho una orden que, aparentemente está muy bien, cuando tenemos herramientas anteriores que nos permitirían abordar el tema de

la violencia en el sector sanitario

la violencia, y no las estamos utilizando. Desde CCOO estamos tratando que se renegocie los servicios de prevención. En mi hospital se elaboraron en septiembre, y desde la Consejería me han comentado que no se ha contestado si el plan que se ha presentado se puede llevar a cabo, porque entre otras cosas lleva un anexo económico en el que se detallan cada uno de los puntos que se van a desarrollar de la teoría. Si no se han aprobado esos planes, ¿cómo en la mayoría de los centros se están instalando cámaras, que en teoría van dentro de este plan de prevención?. ¿Cómo se permite esto?

GLORIA

Soy delegada de prevención del Area 7, como decía Toñi estamos trabajando en el conjunto de prevención haciendo el protocolo de la Orden.

Una de las mayores dificultades que hemos encontrado ha sido amparar al trabajador en el aspecto jurídico. Nuestro servicio jurídico, supongo que como el del resto de los hospitales, sí quiere que ponga una denuncia el trabajador, pero a la hora de ir a juicio que vaya él solo.

La Orden dice que la Consejería o los servicios jurídicos de la Comunidad ampararían a los trabajadores; pero nosotros no vemos ninguna vía de comunicarnos con los servicios centrales para que el trabajador no vaya solo. Me gustaría que nos dieran los recursos suficientes para que el trabajador se viera amparado, porque dejarle solo nos parece insuficiente.

DELEGADA SALUD LABORAL AREA 2. HOSPITAL DE LA PRINCESA

Mi pregunta es si sería posible que se les exigiera a los gestores formación, porque ya que CCOO da formación a todos aquellos que lo deseen, pues que en el caso de los gestores estuviesen obligados a estar formados.

la violencia en el sector sanitario

Porque hay responsabilidades que son eludidas. Con esta formación, desde la Consejería se les enseñase las responsabilidades, y evitarían mucho de esta realidad que estamos viendo.

Segundo, hay tanta necesidad de plantilla, y la falta de personal provoca violencia, y con el tema de listas de espera, que hay demora y demora; se necesita dinero para formación y para adecuar la plantilla.

Y ahora, como soy del Area 2, como sabéis 5 centros de gestión que tenemos, 3 médicos y 2 técnicos de prevención que nos han dado, que tienen que estar visitando todos los centros; y desde aquí digo es lamentable el servicio del área 2, porque lo tenéis al mínimo, mínimo. Y estamos solicitando que en un área que tenemos 5 centros de gestión, se amplíen los recursos de prevención, lo pido por favor. En el área 2 es ineficaz.

ALEJANDRO

Soy responsable de prevención del área 11, voy hacer una pregunta directa.

¿Cómo le digo a los casi 7.000 trabajadores del área que el acuerdo marco 2004-2007 está paralizado por falta de personal. Esto va a crear a los trabajadores gran estrés, y ¿qué les digo?, si conocen que hay falta de personal, de que algo que se firma no se cumple y que las preguntas que hacen no tienen respuestas...

ROSA

Soy del servicio de prevención del área 7. En principio, somos unos privilegiados porque tenemos un servicio de prevención constituido y está trabajando con los profesionales del hospital y también de atención primaria, que es algo inédito. Lo que ocurre que aunque este servicio está bien constituido, llega un momento que está llegando a sus límites, es decir, a lo mejor hay que plantearse cómo

la violencia en el sector sanitario

podemos ayudar a los que tienen exceso de carga y están elaborando sus planes de protocolo... Así y todo, son personas muy flexibles, igual hacen el trabajo de un tipo o de otro, (elaborar protocolos, acudir a reuniones,...). Con lo cual, yo creo que son muy importantes las ayudas institucionales puesto que esté o no esté constituido el servicio de prevención, siempre es necesaria la ayuda.

Por otro lado, agradecerte que tengas en cuenta que no se puede realizar el tema de la educación en la salud, aunque también es la pesadilla que se muerde la cola; porque si no puedes hacer educación para la salud, no puedes hacer que un paciente hiperfrecuentador deje de serlo, pues de alguna manera, una consulta de 70 no vas a hacer posible que seas más eficiente o eficaz.

Por último, un tema del que se ha hablado muchas veces, y es que los gestores procedan de una vez a implantar un poco de cultura. Sencillamente, es hacer ver al trabajador que la gerencia aporta, que la gerencia está implicada en la cultura de la formación, que la gerencia tiene una actitud frente a las agresiones, y no solo como gestores sino como compañeros. Esto creo que en principio no lleva mucho coste y no se está haciendo. Gracias.

162

¿¿¿...???

Pertenezco al sector privado y he notado que aquí no se hace referencia al mismo. Entonces me gustaría saber si dentro de esta ley se ha tenido en cuenta al sector privado, para saber si se puede aplicar.

Gabriel Sánchez

Respuesta a Carmelo

Me preguntabas si en la Consejería de Sanidad se había abordado este tema, yo te digo que la Comisión Central se ha reunido en tres ocasiones y sí, se está empezando a abordar. También, como he dicho al

la violencia en el sector sanitario

principio, que esta ley era muy ambiciosa y que no se podía aplicar al 100 por cien de forma rápida, sino paulatinamente. Es lo que te puedo contestar. Yo entiendo que es una herramienta para elaborar este tema, pero entiendo que no se quedará en agua de borrajas.

Respuesta a Pablo

Yo nunca he dicho que esto sea un brindis al sol, yo he dicho que es muy ambicioso, y he dicho lo anterior, que no se puede hacer de forma rápida al 100 por cien. No se puede interpretar así.

Y contestando a varias líneas a la vez, claro que se pueden potenciar los servicios de prevención porque ahora están actuando bajo mínimos, pero por el marco presupuestario, porque hay una serie de prioridades hasta ahora, y eso es una crítica que asumo, y la prevención de riesgos laborales, es la "maría" que está ahí; cumplimos la normativa en teoría, y ya está.

En eso tenéis razón. En breve os llegará una pequeña encuesta sobre dotación teórica, dotación real y actuaciones que se están llevando a cabo para poder abordar, con esa información, como poder incrementar los servicios de prevención, en cuanto a dotación de plantillas y funciones a realizar.

En cuanto a las respuestas de los centros a los planes, entiendo que la Comisión Central tiene que hacer el informe y que conteste.

No lo sé, pero yo ni soy de la Comisión Central ni he estado nunca, con lo cual no sé responderte.

Respuesta a Gloria

En cuanto al apoyo jurídico, el protocolo quizás habría que desarrollarlo, pero está muy claro que si se produce un incidente, se avisa a la dirección-gerencia, se avisa a la inspección técnica; ambos envían un representante, se hace un informe que se emite a la

la violencia en el sector sanitario

Comisión Central. El servicio de prevención también tiene conocimiento del incidente, y a partir de ahí los servicios jurídicos, por iniciativa de la inspección y de la gerencia, y de la Comisión Central, para dar el apoyo suficiente y necesario, al trabajador implicado.

¿Por qué sería útil conocer hacer un protocolo? Pues todos los protocolos suelen ser útiles, quizás sí que deberían hacerlo.

Respuesta a la Delegada del Hospital La Princesa

Formación. Creo que hay un plan de formación amplio, grande, con suficiente aporte presupuestario, bien dotado y que está a disposición de todos los trabajadores del Sistema. Quizás el plan de formación tenga un problema, y eso también hay que abordarlo en breve, que son los permisos y licencias para la formación.

Evidentemente, la formación mejora la cualificación del trabajador y hace que su trabajo sea más eficiente. Y eso redundará en una mejora en la prestación que se le hace al ciudadano, al usuario, al paciente y por lo tanto mejora el servicio de salud.

Lo segundo que me has comentado es porqué no se emplea dinero en ampliar la plantilla, y si en listas de espera quirúrgicas. Yo soy un técnico y esto es una decisión política y no tengo nada que decir. A mí el político me marca unas líneas de actuación y yo las tengo que seguir, según lo que me marque, y yo como técnico lo hago; si a mí me da un plan de lista de espera, yo lo hago; si me dicen un plan de embellecimiento de los centros de salud, también lo sigo. Es una decisión política y no tengo nada que decir porque ni estoy cualificado para opinar, ni tengo la competencia, ni debo decir nada, porque yo soy aquí Administración.

la violencia en el sector sanitario

Respuesta a Alejandro

Como antes le dije a Carmen, puedo marcarme una floritura y decir que somos maravillosos y que lo hacemos todo muy bien. Esa no es la realidad y no estoy acostumbrado ni a mentir ni a engañar; prefiero decir la realidad que vivo con las implicaciones que tiene, y otra cosa es cómo cada uno lo interprete. El acuerdo marco en negociación colectiva, marcaba un calendario y algunas cosas se han cumplido y otras no, y evidentemente una vez que el calendario no se ha cumplido es cierto, que el acuerdo es hasta el 2007 y aún queda un año y pico; por lo tanto ahí sí que me puedo comprometer a garantizar que todo lo que dice el acuerdo-marco se va a hacer y se va a cumplir, porque entre otras cosas y aquí tenéis a vuestros superiores, en el sindicato, hasta ahora lo que se firma se cumple, desde la Consejería por lo menos se cumple. Te podría decir que tenemos muchos trabajadores y estamos trabajando en todo, pero no es verdad, hay cosas, como el tema de salud laboral, al que le dedico muy poco tiempo, porque es verdad; que no tengo tiempo. Necesitaría días de 35 ó 36 horas y no los tengo por desgracia. Y no es una excusa sino contrastar la realidad; y me podéis criticar, por supuesto, pero las circunstancias a veces hacen que dediques determinado tiempo a determinadas cosas, porque sobrevienen historias, problemas, reuniones, y el hecho de que me pase media vida en el Ministerio de Sanidad, es mi problema.

Respuesta a Rosa

El hacer cultura de empresa por parte de la gerencia es importante, te doy la razón; también en el sentido contrario, los trabajadores no tenemos cultura de empresa, y vemos a la empresa Instituto Madrileño de Salud, antes IMSALUD, como "qué faena, me tengo que ir a trabajar..." El hacer empresa y cultura de empresa es algo bidireccional, tiene que venir de arriba abajo, pero también de abajo a arriba, como una anécdota que le pasó al presidente John Kennedy, cuando fue a Cabo Cañaveral y le preguntó a la señora de la limpieza que qué tal por allí y le dijo, " pues bien, enviando botes a la luna..." Esto es cultura de empresa, se

la violencia en el sector sanitario

creía lo que estaba haciendo, el problema es que nosotros no sabemos lo que estamos haciendo, y iojo! hablo en todos los niveles. Esa es mi opinión personal.

Respuesta al Sector Privado

Y en cuanto al sector privado, no. Está claro que no, porque si lees el inicio de la orden indica... "en los centros e instituciones sanitarias públicas".

¿¿¿...???

Los datos de los que se ha hablado, los balances y demás, ¿se pueden sacar de algún sitio?, ¿lo vais a publicar en algún medio?



166

Antonia Bernat

El desarrollo de los procedimientos se terminará transmitiendo a todas las áreas, aunque como ya está diciendo Rosa, estamos llegando a nuestro límite, porque con eso de que estamos puestas las 3 ó 4 áreas, pues claro, normalmente se hace allí el trabajo y luego se pasa el resto; de todas formas, la presentación se queda aquí, pero si queréis mi correo luego os lo paso, ¿vale?

Representante del Sector Privado

Como para nosotros hay 0, mejor nos vamos todos. Yo creo que esto no es lo correcto y esto es violencia, bueno más que nada discriminación, porque no vamos a conseguir nada.

la violencia en el sector sanitario

CARMEN

Intentaré pasar la información a todos los que la queráis. Es verdad, la forma de gestionar el servicio público y el privado es diferente, pero se puede trabajar y adaptar dentro de la parte del área privada.

Carmen Marcheño

Un momentito, como empresa privada tenéis un empresario y tiene las mismas obligaciones legales que cualquier otro empresario. Me da igual que sea del sector público de sanidad o de metal; tiene que hacer una evaluación de riesgos psico-social, tiene que hacer un plan de prevención, todo lo que hemos estado viendo hasta ahora, la empresa X, al que pertenezcáis, tiene la obligación legal de hacerlo. En cuanto a la Orden, eso es distinto, no depende del sindicato, no ha participado, y ahí no podemos entrar, hemos entrado en lo que podemos, en denunciar. El empresario tiene que llevar a cabo la ley de Prevención de Riesgos y tiene que evaluar los riesgos psico-sociales, y cómo no, tiene que evaluar la violencia.

El hecho puede ser que la gestión que se hace desde la empresa privada de esto, sea mucho peor que en la pública.

Representante sector privado

Tanto como eso no creo.

Bueno, en algunos campos puede ser. El tema es que tenemos herramientas tanto sindicales como legislativas.

Representante sector privado

Pero vosotros tenéis otros cuerpos para ayudaros.

la violencia en el sector sanitario

Ya, pero tenemos que dinamizarnos también, y vosotros tenéis el apoyo de la Unión, de la Federación y de los técnicos de ambas.

Representante sector privado

Lo principal y lo que se suele dar más es el tema del acoso.

Te puedo decir que desde la Unión se están llevando 120 casos.

Representante sector privado

Pero es que muchas veces hemos ido al empresario por el tema del acoso y lo ha dado de tal manera la vuelta, distorsionando de un modo claro la realidad...

168

¿¿¿...???

El tema de tratar fundamentalmente la Orden es porque en la mesa había un ponente miembro de la Administración y se ha centrado más en ese asunto.

CARMEN MANCHEÑO

Para centrar el tema, tanto Manuel Luna como Jorge han hecho su intervención donde entraba todo el mundo.

En cuanto a la violencia no hay ningún factor que cambie, la única diferencia está en la orden.

la violencia en el sector sanitario

BÁRBARA

Por intervenir en esto, querría decir que la Administración es el modelo a seguir y tenemos que seguir trabajando para llevar a cabo un buen plan o una negociación en salud laboral.

Entonces quisiera preguntarle a Jorge, ya que he hablado de varios departamentos y estudios dentro de CCOO, y de otros organismos. Me gustaría que me comentaras más el tema.

JORGE

Es un informe que se conoce hace ya algún tiempo, que se le pide a la OIT de Di Martino, de Violencia en los Centros de Trabajo, y se pide la creación de Comités. Yo lo que no veo en esta Orden, o no veo de una acción antiviolencia el que las comisiones sean llevadas desde la punta de la pirámide; es absolutamente imposible, sobre todo en el tema de la violencia, no ya la interior, que la dejaríamos al margen, sino, simplemente la exterior.

El núcleo del tema está ligado al propio compromiso laboral del sujeto, a la propia personalidad. Esta Orden olvida cualquier apoyo de condición social entre trabajadores, para beneficio de los propios trabajadores y que ayudaría también al propio paciente. Una cosa sería el grupo de respuesta que debe ser lo más bajo posible, que no sería un grupo antiviolencia, y que es justo el que defiende ese grupo de trabajadores organizados en el nivel más bajo posible. En mi opinión, en una institución cerrada debería ser la Jefatura de servicios, en paridad todos; eso implica una cultura de empresa, no en el sentido que se ha comentado después de mi intervención, implica unos objetivos no ya ligados al propio trabajo sino ligado al propio trabajador.

Respecto al Comité Antiviolencia, podría ser un organismo que de alguna manera pudiera fijar mejor la respuesta de los trabajadores, respondiendo contra la violencia; ése el que puede proporcionar ya

la violencia en el sector sanitario

explotaciones estadísticas, la adecuación normativa, la mejora, la coordinación entre las distintas unidades con responsabilidad, que pueden ser desde los servicios de prevención, hasta los de gestión, de recursos humanos, etc.. Pero en principio, para mí, el núcleo no es ese Comité Antiviolenencia entendido como un grupo que genere una acción antiviolenencia, sino los grupos de trabajo organizados contra la violencia en su propio trabajo, es decir, como parte de su labor diaria.

¿¿¿...???

Entonces sería más un grupo para analizar la violencia, para ver dónde están las causas de la violencia y poderlas atajar.

JORGE

170

Como grupo de antiviolenencia yo entendería, por ejemplo: en un hospital, se necesita un grupo de inteligencia que genere ideas y que recoja datos; pero la respuesta de violencia tal y como se plantea en esta Orden, debe ser lo más baja posible, pues entonces, por ejemplo, su grupo de trabajadores respondería en el quehacer diario contra la violencia. Lo que no se puede dejar es que la violencia la sufra un trabajador, eso es absolutamente imposible; si la sufre un trabajador de un servicio, la ha de sufrir el servicio entero, responde el servicio entero. Otra cosa es montar un grupo de trabajo, que podría ser a un nivel más alto, como viene aquí en la Orden, que analiza ya y reparte recursos, o coordina una actividad, pero es que mi punto de vista, claro, yo estoy un poco liado, porque veo aquí una confusión, primero entre el concepto de agresividad, que supongo que esta tarde se podrá hablar de ello y me parece muy interesante, y el concepto de violencia, son dos conceptos absolutamente distintos y es que aquí en la Orden esta ni siquiera trata el de violencia.

la violencia en el sector sanitario

¿¿¿...???

Entonces, para terminar, estoy viviendo que sería importante e interesante que desde el Instituto se trabajase esta propuesta.

JORGE

Bien, sí, en la medida que me corresponde transmitiré esa idea.

PEDRO

Más que una pregunta me gustaría hacer una reflexión en alto sobre el tema de la violencia. No he oído la correspondencia entre la violencia de la Sanidad con la violencia en general, yo creo que algo tendrá que ver, cuando estamos asistiendo al incremento de la violencia, de las agresiones a la mujer, e incluso, lo más llamativo, que son el número de muertes. En España estamos asistiendo a un incremento importante de la violencia, mientras que algunos países de la UE llevan mucho camino adelantado. Creo que algo tiene que ver la violencia en nuestro sector con la violencia en general de la sociedad.

Después, algo que es una preocupación creciente, para tenerlo en cuenta, el tema de la violencia en el trabajo. Hace 5 años el Instituto saca una nota técnica sobre la violencia, y entonces la violencia en los riesgos psico-sociales no lo sacaron; cuando salga, lo hará posiblemente tarde. Es verdad que en la encuesta nacional del Ministerio de Trabajo a través del Instituto, que la hace cada 3 ó 4 años, en la última en el apartado de los riesgos psico-sociales, especifica por primera vez un capítulo dedicado a las conductas violentas en el trabajo, y veo que se anticipa, posiblemente más adelante lo hagan mejor, pero ya sacan un recuadro de violencia física dentro del trabajo, y habla de violencia en el centro de trabajo entre los trabajadores y violencia del trabajador con el usuario. La encuesta nacional no es sólo de nuestro sector sino de todos los sectores. Y luego va concretando más lo que son discriminacio-

la violencia en el sector sanitario

nes, causas de la violencia, por razón de edad, raza, sexo, minusvalía... Creo que hay otro dato que se empieza a tomar en cuenta dentro de la violencia en el trabajo, y lo habéis dado en la documentación; la OIT hace años está preocupada por esto, y hay un trabajo específico sobre el tema de la violencia en el sector sanitario. Es un estudio que hizo la Organización Internacional del Trabajo con la Organización Mundial de la Salud, con la Internacional de Servicios Públicos, a la que pertenecemos con la Federación de Sanidad nosotros también en Europa y luego también el Consejo Internacional de Enfermería. Como consecuencia de ese estudio elaboraron un tríptico, en 2002, sobre directrices para el sector sanitario en la violencia en el trabajo. Lo que quiero decir es que es un tema que empieza a preocuparnos, es un riesgo creciente; en el sector sanitario nos toca, como se dice, "bailar con la más fea", en el sentido de que las causas de la violencia, por ejemplo hay gente que dentro del trabajo van a robar, pues a un banco, a un taxista...; pero es que en el sector sanitario se ve la violencia como un factor social, por el tema de la enfermedad, a parte de que, como se ha dicho aquí, la nuestra al ser más altruista por la prestación de servicio que se hace, también es causa de violencia. Pues, por eso, me parece importante e indico lo del estudio ese, porque no se habían aplicado políticas preventivas y es dentro tanto de países europeos como no europeos, en el sector sanitario. En Europa en el 2002 no se habían aplicado políticas preventivas en este sentido, después se supone una deficiente comunicación. Con lo cual esto lleva a un sentimiento de frustración e insatisfacción de la gente. Por eso era mi obligación comentar la realidad del crecimiento de los riesgos; incluso, yo que estoy en CCOO, en el área de asesoramiento, pues precisamente, se registran consultan, pues en cuatro años llevamos como 72 consultas, que es obra del trabajo de los asesores de intervención en todo el territorio, pero con estas consultas el porcentaje de la violencia es del 0,5 por ciento. Es decir, mínimo, es curioso que sea en los últimos años cuando ha empezado a crecer el tema de la violencia física o agresión. Y es curioso en el sector sanitario, y por eso estamos hablando de manera interna en CCOO, los nuevos delegados de prevención van al asesor, van a llevarle una consulta, un problema. Y quizás eso viene a coincidir con los datos que daba Manolo esta mañana, proporcionalmente, entonces igual es un poco ratificar estos datos, pero también es verdad

la violencia en el sector sanitario

que de las consultas las dedicadas a la violencia, de la que he traído los datos, el 24 por ciento son de la federación de sanidad, tanto de la pública como de la privada, pero el 34 por ciento son de FSAP, de la federación de administraciones públicas. Es curioso, porque esta incorpora muchos sectores fronterizos con sanidad, centros de menores, hospitales militares, residencias tercera edad... muchos que son sectores que atendemos nosotros, pero es el sector sanidad el más importante.

Bueno, lo que yo echo en falta es que en el sector de sanidad no haya evaluaciones de riesgos. Se tiene que evaluar el área donde se produce la violencia, como puede ser psiquiatría, los conductores de ambulancias, u otros...

¿¿¿...???

Bueno, yo decir que me han gustado mucho todas las intervenciones, que se nos ha quedado clara la realidad que tenemos, y el señor que se ha marchado ya no digamos... vaya soluciones te va a dar. Pero a lo último que ha dicho Jorge de los equipos ni estoy en contra ni estoy de acuerdo, porque si nos damos cuenta en el centro de trabajo, lo que sobran son grupos, organizaciones, burocracia... Yo cuando le estaba oyendo, me imaginaba ya las patrullas de los vecinos...

JORGE

Perdón, entonces me he explicado mal.

ANTONIA BERNAT

Las comunicaciones tienen un problema de tiempo, que si nos liamos con los prolegómenos... pero está claro que todos participamos en que, efectivamente, el lugar de trabajo es uno más de los diferentes

la violencia en el sector sanitario

escenarios sociales en los que se expresa la violencia.

Quería comentar a la compañera de la Princesa, que no se si me he expresado mal, y es que todos estos procedimientos no los hemos hecho solo en el servicio de prevención. Creo que he dicho que lo estamos haciendo en grupos de trabajo en los que, fundamentalmente, están los delegados de prevención y nosotros, la dirección aparece por allí de vez en cuando. Que muchas veces no es tanto que seamos pocos como el priorizar y mirar hacia delante, pero efectivamente, tú has tocado un punto que a mí me duele mucho. Faltan psicólogos, yo realmente, mi plaza es de psicólogo clínico; como además me gusta más la asistencia, estoy en el servicio de prevención y doy también asesoramiento, tratamiento psicológico, por supuesto solo a problemas relacionados con trabajo, porque a más ya no llegamos. Pero es claro que es una figura que dentro de la ley de Prevención de Riesgos Laborales no está contemplada como otras tantas cosas.

Gracias Antonia. Creo que la mañana ha estado intensa, y que por la tarde sigamos con el mismo tono.

la violencia en el sector sanitario

SEMINARIO TARDE

Relación de los profesionales sanitarios y los pacientes

Carmen Yela Yela. Psicóloga Social. Secretaría Salud Laboral de la Federación de Sanidad de CC.OO. de Madrid.

Es importante reflexionar sobre esta relación para comprender algunas violencias.

Según la enciclopedia Larousse, paciente es aquel que tiene la capacidad de padecer o soportar molestias sin rebelarse, facultad de saber esperar, de saberse contener, enfermo que está sometido a tratamiento médico. La Ley 41/2002, que regula la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones de información y documentación, define al paciente como la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometido a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud, mientras que el usuario es la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, y prevención de la enfermedad. El Larousse dice: persona que tiene derecho a usar una cosa ajena con ciertas limitaciones. "Usar el sistema, ¿los profesionales?"

Cliente: persona o colectividad que recibe de otra, contra pago, mercancías o servicios. Sería la situación en la sanidad privada.

Enfermo es el que padece una enfermedad. Alteración orgánica o funcional que afecta la salud de una persona. El médico es el que tiene la capacidad legal de declarar oficialmente enfermo a un paciente, es un agente de control social.

Una vez que la persona da el paso de acudir al sistema sanitario se convierte en "paciente" y asume la obligación de cooperar con el profesional sanitario en una tarea común.

Podemos estar enfermos sin llegar a ser pacientes, se puede ser paciente sin estar enfermo, podemos estar enfermos pero no ser reconocidos como tales y, en consecuencia, no ser aceptados como pacientes.

La relación que se establece entre el profesional sanitario y el paciente es de ayuda o asistencia, implica la interacción entre la

la violencia en el sector sanitario

persona que ayuda y la persona que necesita y recibe la ayuda.

Fundamentalmente es una relación asimétrica entre dos personas, las dos posiciones no están al mismo nivel; el que ayuda posee la capacidad de influencia social, tiene el saber, y el poder.

Es una relación de espera y de esperanza; el paciente espera del profesional sanitario el reconocimiento de su enfermedad y de él mismo como persona, espera que le ayuden, tiene la esperanza de recuperar la salud; el que asiste espera que el asistido sea sincero, cumpla las recomendaciones, etc.

La palabra es el principal intermediario de la relación, es importante también la comunicación no verbal.

Se entiende que la persona enferma no es competente para ayudarse a sí misma, "no sabe"; el rol de enfermo conlleva una fuerte implicación emocional, no puede juzgar objetivamente su situación, está abocado a transformarse en paciente.

El profesional tiene un papel activo y el paciente pasivo; en la enfermedad crónica se da más una relación de participación mutua; la tarea del profesional en este caso, sería de ayudar al paciente a ayudarse a sí mismo.

En esta relación, cada uno pone su esquema referencial: creencias, actitudes, valores, experiencias, clase social... que pueden ser muy diferentes y que influirán en el desarrollo de la interacción; tendrán que buscar metas y criterios comunes para el programa de tratamiento.

La enfermedad produce estrés en la persona y a su vez el estrés puede ser causa de enfermedad.

La enfermedad es un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico, psicológico y social de una persona y puede llegar a conducir hasta la muerte. Supone siempre una situación de crisis; se la percibe como una amenaza, un daño, pérdida o desafío y con la sensación de no disponer de los recursos adecuados para su afrontamiento, por lo que deberá confiar el control de los acontecimientos a otras personas, el médico, personal sanitario y no sanitario, a los que tendrá que mostrar obediencia y disponibilidad total.

la violencia en el sector sanitario

El enfermo va sufrir ansiedad, depresión, culpa, desesperación, vergüenza, ira, incertidumbre...; necesita reorganizar su vida y adaptarse a la nueva realidad.

Las reacciones del paciente frente a la enfermedad suelen ser: 1) huida o negación, 2) agresión o rechazo activo y 3) racionalización. Puede desarrollar una actitud disfuncional, convirtiéndose en un enfermo desconfiado, agresivo, manipulador...

Para los profesionales, un buen paciente es obediente, agradecido, confiado, colaborador y que tenga un padecimiento interesante.

La enfermedad, también, tiene efectos estresantes en los familiares del enfermo.

La definición personal de una enfermedad y el significado que conlleva, se ve influida por las creencias personales del enfermo, por la comunicación con los profesionales sanitarios y con el contexto familiar y social. Los profesionales tienen que dar la oportunidad al paciente para que verbalice emociones o creencias relativas a su enfermedad.

En general la medicina actual está mal equipada para ayudar en los problemas de afrontamiento de la enfermedad y con el papel de apoyo familiar.

Los enfermos, pacientes, usuarios del sistema sanitario esperan de sus profesionales una alta capacitación científico-técnica, también una atención biopsicosocial e integral a lo largo de todo el proceso.

Los profesionales sanitarios reciben la delegación social de ocuparse de la enfermedad, el dolor y la muerte, de promover la salud individual y colectiva; van a ser depositarios de valores diversos: sociales, filosóficos, ideológicos... la sociedad medicaliza problemas sociales y busca soluciones sanitarias.

Los profesionales presentan altas tasas de problemas de salud.

Los cuidados de salud proporcionan a los profesionales muchas satisfacciones, también tensiones emocionales y laborales, que les pueden producir fatiga crónica y estrés. Para disminuir o controlar la ansiedad pueden recurrir a conductas de riesgo: alcohol, tabaco, fármacos, descontrol con la comida...

la violencia en el sector sanitario

Vamos a ver algunos estresores:

La cantidad y calidad de las relaciones con los pacientes. Cuanto más tiempo se les dedica mayor es el riesgo de agotamiento emocional; si no hay un buen drenaje, los pacientes, como decíamos, están estresados, ansiosos... no se va a tratar la pena y el sufrimiento que acompaña a la enfermedad. La demanda es infinita, el profesional tiene que saber poner límites y no caer en la omnipotencia.

La empatía e identificación con el paciente es esencial, la confianza implícita que se da, la contención que se ofrece con el cuidado, la intimidad, aspecto fundamental de la confianza; el paciente va a hablar de su vida privada, tiene que permitir procedimientos que le pueden resultar vergonzosos, invasores de su intimidad. La atención frecuente, el cuidado diario pueden crear un fuerte lazo de unión; otras veces, sentimientos contrarios e incluso repulsión por el deterioro físico o mental del paciente. Hay veces que es difícil mantener la empatía.

Somos conscientes que a veces provocamos dolor y sufrimiento con nuestras prácticas.

La naturaleza de la enfermedad, algunas enfermedades muy estresantes para los profesionales, por miedo al contagio, tratamientos peligrosos, problemas de salud mental, toxicomanías, incurables...

Nos enfrentamos a situaciones muy fuertes, complejas reacciones por parte de los familiares, amigos... del paciente, causados por el estrés de la enfermedad; éstos pueden suponer una ayuda inestimable, también una carga extra, sus problemas son similares a los de los pacientes.

El vínculo establecido va a estar influenciado por experiencias anteriores, puede revivir inconscientemente las dificultades pasadas y ocasionar problemas a los cuidadores actuales.

También el personal sanitario aporta a esta relación un cúmulo importante de experiencias personales y con otros pacientes que, inconscientemente, influyen en su manera de acercarse a los pacientes, pudiendo tener dificultades particulares con ciertos pacientes o verse más implicados emocionalmente con unos que con otros.

la violencia en el sector sanitario

En esta relación la buena comunicación tiene en sí misma un valor terapéutico.

Suele haber diferencias importantes entre lo que el paciente quiere saber y la información que está dispuesto a dar el profesional.

Es difícil dar malas noticias. La falta de información genera incertidumbre y ésta, ansiedad, miedo, depresión.

Entre los factores que influyen en la comunicación están:

El contexto. En una consulta es difícil establecer una comunicación eficaz, hay poco tiempo, el profesional tiene que conseguir el máximo de información en el menor tiempo posible, en una situación de presión laboral. El paciente tiene que contar problemas íntimos a una persona generalmente extraña en poco tiempo.

La estructura del Sistema Sanitario. Hay diferencias entre el público y el privado. En la red privada hay presiones económicas para complacer al paciente, satisfacer sus demandas y mantenerlo en la red todo el tiempo que sea posible.

En la red pública se evalúa la actuación del profesional según el número de actos médicos o sanitarios. El resultado es: consultas muy cortas, derivaciones a otros especialistas y realización de muchas pruebas diagnósticas. En este sector los niveles de eficacia bio-técnica van a ser muy altos y los niveles de eficacia en la comunicación y de satisfacción del paciente, bajos.

La conducta del profesional sanitario Si utiliza el discurso técnico médico puede crear confusión, ideas falsas, construye una barrera en la comunicación. El profesional piensa a veces que el paciente no va a comprender la información médica y le trata como a un niño, manteniendo su posición de poder en la relación.

El paciente está más satisfecho con los profesionales que le permiten hablar, le escuchan, demuestran interés y dan seguridad; los factores emocionales hacen que puedan tener dificultad para recibir y emitir información.

La conducta del paciente. Puede no ser capaz de expresar lo que le pasa, puede estar agresivo, intolerante...

la violencia en el sector sanitario

También influyen características sociodemográficas: edad, sexo, clase, ideología...

El desarrollo de la tecnología ha producido un distanciamiento en la relación profesional sanitario-paciente (habrá que estudiar sus consecuencias) y pérdida del sentido psicosocial de la relación.

El profesional va a tener sentimientos de frustración y fracaso, por la diferencia entre las expectativas de éxito y el éxito conseguido, son el resultado de fracasos repetidos unidos a expectativas poco realistas. Expectativas que son centrales en las profesiones sanitarias "curar al paciente", "devolverle la salud", están relacionadas con conflictos de rol, en la medida en que están presentes estas expectativas y demandas imposibles emitidas sobre el profesional, por parte suya y por parte de los pacientes.

Otra fuente de estrés es la imposibilidad del profesional para controlar su propio trabajo (planificación) y los resultados del mismo (por desconocimiento).

El agotamiento emocional es más alto en el personal que tiene menos capacidad de decisión y que está más sometido a problemas burocráticos.

Es frecuente en las profesiones sanitarias la ambigüedad de rol, la falta de información relevante sobre las tareas que se espera que realicen y la falta de información acerca de cómo los otros evalúan a las personas.

Existe solapamiento de funciones y órdenes contradictorias al estar sometidos a diferentes líneas de autoridad.

La organización del trabajo es una causa muy importante en la generación del estrés. La falta de participación en la toma de decisiones acerca del trabajo, horarios, turnos...

Los profesionales suelen reaccionar culpabilizándose a sí mismos o culpabilizando al paciente. Así, la pérdida de un paciente va a ser achacada a incapacidad profesional, está producida por la presión emocional y la tendencia a subestimar las diferentes influencias del medio.

la violencia en el sector sanitario

Las direcciones suelen atribuir la responsabilidad causal de los problemas a los trabajadores, más que como fallo institucional.

Los profesionales van a negar o evitar revelar pensamientos o sentimientos personales y a comportarse como si tuvieran el control de la situación, manteniendo una fachada de conducta profesional.

El personal experimenta la misma gama de emociones que los pacientes; los sentimientos se reprimen, se descargan muy raramente y los sentimientos no expresados pueden conducir a una especie de absceso emocional que nos erosiona y puede estallar en discordia familiar o laboral.

Otra forma de responder es culpar al paciente y hacerle responsable de los problemas, del estrés ocupacional. Esto se debe a que se trata a los pacientes en su individualidad. Me atrevería a decir como órganos.

La culpabilización de uno mismo puede conducir al síndrome de Burnout, con sentimiento de inadecuación personal y profesional, que generan el desarrollo de frialdad emocional y distanciamiento de los pacientes, teniendo una percepción negativa, incompleta y despersonalizada de ellos, y tratándolos de forma cínica y despersonalizada como etiquetas referidas a los síntomas.

En esta situación son habituales por parte de los pacientes las críticas, quejas... y demostración de su ira, miedo, frustración...

Así, el cuidado se torna apatía; la implicación, distanciamiento; el entusiasmo, desilusión y cinismo.

Los profesionales tendrán que buscar la distancia óptima, aquella que no sea demasiado próxima para que la ansiedad no nos desborde, ni demasiado lejana, de modo que el rechazo no produzca culpa.

Los trabajadores sanitarios tienen que enfrentarse a sus propias limitaciones como sanadores. Tolerar la culpa que nace de la ocurrencia de tragedias inevitables sobre las que no tenemos control es una de las tareas adultas más difíciles, también, con la realidad de que ellos o sus seres queridos pueden desarrollar de forma semejante enfermedades que acaben en la muerte.

Durante el proceso de morir hay una tendencia natural al retrai-

la violencia en el sector sanitario

miento, es una respuesta adaptativa y de protección, empezar a invertir en otros que serán el futuro. El personal sanitario no puede retraerse para protegerse del impacto de la confrontación continua con el dolor y la pérdida.

Las características de cada muerte individual aumentan o disminuyen el estrés: el sufrimiento prolongado, el dolor intratable,... aumentan el estrés de quienes la contemplan impotentes, y si el profesional ha sufrido pérdidas personales recientes, van a ser experimentadas otra vez, aumentando la sensibilidad a la muerte.

El miedo a la muerte es omnipresente, podrá ser negado, no hablado, el profesional sanitario tiene que enfrentarse a su propia mortalidad constantemente.

El personal sanitario recibe una formación científico-técnica del cuidado de la salud pero hay un déficit del manejo psicosocial de los pacientes.

El personal sanitario desea dar al paciente cuidados de alta calidad, pero ante la falta de recursos (personal, tiempo) lo primero que se sacrifica son los aspectos psicológicos del cuidado.

Es importante el escenario donde realizamos nuestro trabajo, el contexto sirve para amortiguar o intensificar el estrés. Los servicios saturados de pacientes, sin intimidad, sobrecargan los esfuerzos del personal.

La pertenencia a un equipo amortigua el estrés en la medida en que es compartido y dispersado. Una buena organización del equipo es fundamental, la comunicación entre sus miembros, el manejo de los conflictos, compartir las cargas de trabajo y emocionales. Poder expresar la frustración, culpa, malestar... pero actualmente es más frecuente la existencia de equipos multidisciplinarios, en los que intervienen distintos profesionales, pero no interaccionan entre ellos, solo se transmiten información. Debemos trabajar por la organización de equipos interdisciplinarios, donde los diferentes profesionales con conocimientos y experiencias diferentes interaccionan y constituyen una fuente de apoyo ante las dificultades;, son los que mejor pueden comprender y compartir nuestra situación, ayudando al profesional a mantener la sensibilidad y la destreza profesional y a no verse sobrecargados por el dolor, la empatía y

la violencia en el sector sanitario

la fatiga del cuidado y la cura. Desgraciadamente, hoy impera en nuestras relaciones laborales el individualismo, la rivalidad, la incomunicación, la insolidaridad

El profesional representa y pertenece a la institución sanitaria, es su cara visible, recibiendo las violencias externas e internas de su funcionamiento.

Los factores que inciden sobre el funcionamiento de los equipos de salud son diversos: la estructura política vigente, la estructura y organización de la sociedad, las políticas de salud, las diferencias de posición de los grupos ocupacionales, el prestigio de las profesiones, formación, creencias...

El equipo de salud reproduce en su seno el tipo de relación que se da con respecto al paciente, donde esta más sometido, la relación entre los integrantes del equipo son autoritarias y donde hay menos sometimiento se democratizan las relaciones.

Los conflictos entre categorías profesionales reproducen los conflictos que impone la sociedad global. Es la organización social la que condiciona el concepto de salud y enfermedad en cada sociedad y es ella también la que determina el rol del médico, del paciente y la relación entre ellos.

En cuanto al enfermo, soledad, su historia se pierde en la anamnesis, su individualidad está despersonalizada; durante la enfermedad se le enseña a vivir como "caso" y alienarse como "cosa".

La relación del profesional sanitario con el paciente ¿es una relación en crisis?.

Últimamente hemos asistido a un cambio importante de óptica, en el que el paciente ha pasado a ser un consumidor de servicios sanitarios y la relación profesional sanitario-paciente, una relación entre proveedores de servicios y consumidores.

¿Quién dirige el cambio? La participación de los ciudadanos y de los profesionales en las políticas de salud son inexistentes.

Los trabajadores sanitarios tendremos que ver el lugar que ocupamos y el que queremos ocupar.

la violencia en el sector sanitario

LA VIOLENCIA HACIA LOS SANITARIOS. UNA PATOLOGÍA SOCIAL CRECIENTE

**Javier González Médel. Médico de Atención Primaria
Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de
Madrid (ADSPM)**

Introducción

La violencia en los barrios es un fenómeno creciente que se manifiesta especialmente en las zonas socialmente más desfavorecidas. Este hecho es un síntoma más del deterioro de la convivencia y la cohesión social a la que de una manera acelerada estamos asistiendo en nuestro país y que alcanza en muchas ocasiones a los servicios públicos más vulnerables (colegios, centros sanitarios, servicios sociales...).

La etiología

Las causas de la violencia en los centros sanitarios, especialmente en los públicos, son múltiples pero desde una perspectiva social y asistencial podríamos agruparlas en los siguientes apartados.

1. Contexto social progresivamente desestructurado con nivel cultural decreciente y déficit de valores (mercantilismo, ausencia del concepto de bien público...)
2. Ideología social dominante que fomenta el individualismo y la competencia, incluso legitima la violencia como instrumento útil para resolver conflictos.
3. Falta de defensa, cuando no desprestigio de lo público y de sus trabajadores por parte de las administraciones.
4. Clientelismo político que impide a las administraciones sanitarias de turno poner límites a los comportamientos inadecuados de los usuarios por miedo a perder tirón electoral.

la violencia en el sector sanitario

Factores agravantes y predisponentes

1. Déficit de recursos asistenciales, personales y materiales:

- masificación de consultas y urgencias
- déficit grave de camas hospitalarias que impide un correcto drenaje de los flujos desde urgencias y eventualmente ingresos pertinentes
- hábitats hospitalarios inadecuados (camas múltiples, falta de intimidad y de regulación de visitas...)
- listas de espera diagnósticas, quirúrgicas, sociosanitarias
- transporte sanitario deficiente.

2. Organización inadecuada de los dispositivos asistenciales:

- burocratización de consultas
- descoordinación de niveles asistenciales
- circuitos asistenciales complejos con repetición de pruebas innecesarias
- ausencia de políticas informativas que sitúen las expectativas de los ciudadanos en niveles de realidad en cuanto a la respuesta posible de los servicios sanitarios y que les recuerden sus derechos pero también sus obligaciones como usuarios del sistema.
- ausencia de políticas activas de educación para la salud y de prevención y promoción
- ausencia de participación comunitaria
- ausencia de legislación con carácter punitivo y preventivo o de aplicación efectiva de la misma
- ausencia de inversiones económicas, sociosanitarias y educativas en cantidades adecuadas y dirigidas a las poblaciones más vulnerables.

la violencia en el sector sanitario

Manifestaciones clínicas

1. Utilización de los profesionales como primera línea de defensa y tampón que absorbe la violencia contra las instituciones.
2. Síndrome del quemado y sensación de abandono por parte de la institución, de características epidémicas entre los profesionales con relación directa con los ciudadanos, en especial en las áreas de urgencias, atención urgente extrahospitalaria y consultas de atención primaria o domiciliaria.
3. Lesiones físicas y psíquicas potencialmente graves y eventualmente letales en algunos casos.
4. Sensación de impunidad entre los agresores y efecto "llamada" para individuos proclives a comportamientos similares.
5. Amedrantamiento del resto de los pacientes, con tendencia a dejar de utilizar áreas asistenciales potencialmente conflictivas y desprestigio de los servicios públicos. Eventualmente, daños físicos o psíquicos graves sobre otros pacientes.
6. Descomposición y deterioro del grupo asistencial sometido reiteradamente a situaciones de violencia.
7. Daños y deterioro del patrimonio público.
8. Tendencia de las administraciones a minimizar, cuando no a silenciar el problema.

Tratamiento

Reconocer la magnitud y prevalencia del problema

Elaborar registros públicos y accesibles sobre el mismo.

Utilizar la legislación existente para sancionar de manera inmediata las conductas agresivas

Elaborar legislación que obligue a las administraciones a personarse como parte en los casos de agresión a trabajadores sanitarios y permita a estos sustraerse de la denuncia personalizada y ejercer

la violencia en el sector sanitario

su derecho a la defensa de manera anónima.

Garantizar la asistencia de las fuerzas de orden público de manera preventiva y/o represiva cuando sea necesario.

Elaborar una campaña permanente de difusión y apoyo a los servicios públicos y a sus profesionales.

Posibilitar sistemas de rotación y traslado de los trabajadores en ámbitos donde la violencia es frecuente.

Invertir en la cantidad y manera adecuadas en recursos sanitarios y sociosanitarios.

Introducir a nivel educativo valores que primen el bien social.

Potenciar, desde las administraciones públicas, la participación comunitaria y la implicación en el problema de la población y organizaciones sociales, a través de los consejos de salud u órganos similares.



Resumen y conclusiones

La violencia en los barrios es un fenómeno creciente que se manifiesta especialmente en las zonas socialmente más desfavorecidas. Este hecho es un síntoma más del deterioro en la convivencia y en la cohesión social que de una manera acelerada estamos asistiendo en nuestro país y que alcanza en muchas ocasiones a los servicios públicos más vulnerables (colegios, centros sanitarios, servicios sociales...). Por las características de su trabajo, el colectivo sanitario es particularmente sensible a la violencia en su medio laboral.

Como consecuencia, por una parte se dificulta o incluso se impide la realización de su actividad terapéutica y asistencial y, por otra, genera enorme frustración y desgaste entre los profesionales y los propios pacientes.

La sociedad en su conjunto, y las administraciones públicas en particular, tiene el deber y la responsabilidad de generar los meca-

la violencia en el sector sanitario

nismos necesarios para acabar con esta nueva epidemia que amenaza con destruir los servicios públicos asistenciales.



la violencia en el sector sanitario

VIOLENCIAS: PROFESIONALES ENTRE FUEGOS

Yolanda Espina Jiménez. Psicóloga Clínica. Hospital de Día del Instituto Psiquiátrico José Germain.

... El prójimo no es tu hermano, ni tu amante. El prójimo es un competidor, un enemigo, un obstáculo a saltar o una cosa para usar. El sistema que no da de comer, tampoco da de amar...

Eduardo Galeano

En todos los pueblos y en los distintos periodos históricos ha habido violencia; su intensidad, formas y dinámicas han sido variables. Por tanto, no hay sociedad con violencia cero, sí hay niveles de violencia bajos frente a niveles de violencia altos.

La violencia es un concepto polisémico que tiene una pluralidad de significados. La OMS en 1997 declaró la violencia como un problema de salud pública, estimando que los actos violentos contribuyen en un 15 por ciento a la carga mundial de enfermedad.

La OMS declaró también a las conductas violentas como un problema de salud pública e insistió a los distintos gobiernos a establecer políticas y planes de prevención y control, haciendo hincapié en los grupos más vulnerables.

Todos los organismos internacionales de salud subrayan la necesidad de profundizar en la compleja trama de factores políticos, socioeconómicos, psicosociales y culturales.

Sartre decía que la "violencia hace cultura", entendía que la violencia es una construcción social e histórica; su definición depende del momento histórico y social que estamos viviendo. Su vigencia permite una visión del mundo que legitima el uso de la fuerza, la desconfianza y el egocentrismo. Junto con una serie de actitudes como la envidia, celos, odios y resentimiento se transforma en violencia funcional del sistema.

la violencia en el sector sanitario

El concepto de violencia en singular, intenta reducir las violencias a violencia, tiende a su simplificación y se asocia a grupos marginales entre los que se encuentran los enfermos mentales. Lo mismo ocurre cuando se habla de violencia como un producto de comportamientos instintivos, de falta de control de impulsos, lo pasional.

Es tan complejo el problema que hay numerosas dimensiones ignoradas. Estamos acostumbrados a vivir como si la violencia no existiera, como si fuera un problema ajeno de poca importancia. Ante estas actitudes la violencia ha ido penetrando en la vida individual y social.

Si consideramos la violencia como un vínculo, como una forma de relación social por la cual una de las partes realiza su poder sobre el otro. Toda situación que haga natural la desigualdad y la jerarquía es una situación de violencia permanente que transforma a los sujetos en objetos. El hecho violento opera sobre el vínculo como forma de relación social, sometimiento de una de las dos partes. Vínculo que adquiere características particulares, que implica la existencia de un arriba y un abajo. Y por tanto, la presencia de un desequilibrio de poder. El vínculo así establecido, jerárquico y desigual, reduce a una de las partes a la condición de objeto, lo anula como sujeto de derecho y de deseo. Es una relación de fuerza que acalla la palabra y el discurso, productiva de enfermedad que daña el funcionamiento orgánico y psicoemocional.

Las formas violentas no visibles son aquellas relaciones frecuentes y cotidianas que han sido normalizadas. Es en estas relaciones donde se produce la violencia invisible, no hablada, pero consentida por el temor del subordinado que la padece y negada por la complicidad domesticada de la mayoría, que lo victimiza cada vez que se atreve a decir o pedir algo.

La normalización de la violencia nos impide verla y crea obstáculos para pensar en ella, la negamos, nos acostumbramos, la banalizamos y perdemos la capacidad de asombro y reacción. Estos procesos de negación no solo son individuales, sino sociales e institucionales.

A modo de ejemplo, los medios de comunicación reducen la violencia a buenos y malos. En general nos situamos en el bando de los bue-

la violencia en el sector sanitario

nos viendo con distancia y desprecio a los violentos. Esta posición nos aleja de la realidad y convierte a la violencia en espectáculo.

Los trabajadores en el campo de la salud aplicamos a la violencia la lógica bionatural de enfermedad y la afrontamos con prácticas convencionales, asumiendo la violencia como enfermedad, al agresor como el agente etiológico y a la víctima como el paciente, procediendo a identificar factores de riesgo y puntos de intervención. No existen vacunas, ni medicamentos antiviolencia, la sometemos a la lógica médica, a sus prácticas y a sus instituciones.

Esta realidad poliédrica necesita abordajes interdisciplinarios desde, la economía, política, sociología, derecho, ética, antropología, psicología, epidemiología social, etc.

La violencia atraviesa todos los niveles sociales. En el lugar de trabajo hicimos un sondeo con los trabajadores de cómo cada uno vive la violencia: "Quería hablar con el jefe y me dijo que no podía, estaba muy ocupado". "Me aguanto porque él tiene el poder". "Me callo, por si me niega el traslado a otro centro". "Me molesta que me ignoren". "Que me tomen por tonta". "Que manipulen la información o que no llegue la información".

En las actividades del hospital de día trabajamos con los pacientes el mismo tema; decían entre otras frases "El que tiene poder manipula". "Me han impuesto cosas a la fuerza". "No me han dejado pensar ni tener opinión". "Yo cuando puedo hago lo mismo que me han hecho a mí". "Utilizan el miedo y el castigo, me he quedado como un bloque de hielo": "No me escuchan". "Produce rabia y violencia". "No me creen, no me escuchan". "Me han maltratado desde siempre y toda mi familia ha sido cómplice". "Pensaba que lo que estaba viviendo era normal".

En la clínica nos encontramos con violencias de género, maltrato infantil y desempleo.

Violencia de género. Conjunto de conductas aprendidas en una cultura asociadas con el hecho de ser hombre o mujer. Entran en juego los ideales culturales de masculinidad y feminidad, el sexo biológico se verá afectado por el aprendizaje social. En estrecha relación con el concepto de género, en las relaciones de pareja se empezó a observar la presencia de micromachismos que son atentados con-

la violencia en el sector sanitario

tra la integración de la mujer que ejercen un efecto devastador, provocando un progresivo debilitamiento y deterioro de sus defensas psicológicas. La normalización de estas prácticas enmascara un vínculo violento, cotidiano de relaciones de poder machistas y descalificadoras para la mujer.

La violencia del maltrato infantil se enmarca en la violencia familiar donde las relaciones son de verticalidad, disciplina, obediencia, castigo. Definen modos de relación violentos; en el caso de los niños, el maltrato se inscribe como forma de sanción disciplinaria, correctiva y necesaria.

La infancia queda marcada por la violencia familiar que es tragedia siempre presente. Se produce un padecimiento psíquico donde está presente la crueldad. La crueldad ha habitado particularidades específicas en la conformación de los psiquismos.

Abordamos tratamientos con pacientes que son sobrevivientes de prácticas crueles por algún progenitor o ambos, algún hermano mayor, tío, abuelo. Castigos físicos, aislamiento, humillaciones, maltratos que arrasaron con las posibilidades de instalar confianza para crecer. El niño registra la malignidad de quien le castiga, de quien esperaba amor y cuidado, pudo eliminarlo, siendo impune para hacerlo.

La muerte propia o de otro miembro familiar es posible, en cualquier momento y por cualquier motivo. La infancia transita por el terror. Situaciones de mayor complejidad se presentan cuando, un progenitor ha ejercido prácticas que la persona considera de cuidados. Esto genera mucha confusión, donde las expresiones de afecto son prácticas de apoderamiento.

Cuando son adultos presentan diversas formas de desafectarse del horror, de negar la veracidad de algo que ha sido afirmado antes, de negar la significación cruel de los actos.

En la terapia las narraciones transcurren como si contaran una película donde el que escucha se horroriza. No ha podido tramitarse psíquicamente de otro modo. Han desalojado toda una vida, solo así han sobrevivido. En sus relaciones, no miden lo que hay que callar o decir sin molestar, golpean con sus palabras. No registran que dañan, no saben cuidar, ni cuidarse. Utilizan expresiones en desmesura con carácter denigratorio para él mismo y para los demás;

la violencia en el sector sanitario

ahí es donde lo conexionamos con sus propias ferocidades. Conectan con afectaciones disociadas; darse cuenta de su propia violencia produce tristeza, abatimiento, confusión, fragilidad, angustia, depresión, ideas de suicidio. Sueñan con escenas terroríficas, aparecen sentimientos de culpa y vergüenza.

Violencia del desempleo, sentimientos de vulnerabilidad ante la pérdida de un derecho.

Eduardo Galeano lo describe así: "La pérdida de trabajo es la pérdida de pertenencias, vínculos, espacios, ritmos organizadores de vida, de compañeros, de amigos; es alguno o todos de los siguientes padecimientos: incertidumbre, desamparo, desesperanza, frustración y angustia; sentimiento de abandono y vacío, apatía, aislamiento, desarraigo, desvalimiento, indefensión, trauma, no proyecto, no reconocimiento, anulación, sumisión, tristeza".

A los servicios de salud mental llegan pacientes con diversos diagnósticos, nadie refiere que viene por ninguna de estas violencias. Algunas irán apareciendo en el transcurso de las terapias. Son pacientes con dificultades para establecer y sostener vínculos sociales, con dificultades de poner palabras a situaciones conflictivas y procesarlas. Se producen pasajes al acto, en forma de agresión o hecho violento.

El hospital de día está organizado como una comunidad terapéutica que trabaja con técnicas de intervención donde lo primordial es la expresión de conflictos a través de diferentes modalidades y espacios. Este dispositivo institucional propone respuestas distintas, la escucha como intervención fundamental. En la medida en que desde el equipo se admite cierta flexibilidad ante expresiones actuadas, se espera la acción correctora de los distintos encuadres terapéuticos. El equipo debe de ser capaz de contener la aparición de actuaciones agresivas y situarles en un espacio de tratamiento. A la vez debe proteger al grupo realizando un encuadre terapéutico colectivo. Es necesario trabajar con encuadres claros y rigurosos.

Deberíamos revisar nuestras prácticas profesionales, interrogarnos sobre los padecimientos ligados a nuevas formas de subjetividad: pobreza, aislamiento, violencia, ilegalidad, códigos culturales que conforman malestares específicos donde la dimensión social es

la violencia en el sector sanitario

ineludible. Las categorías tradicionales quedan desbordadas no dando cuenta de las realidades complejas que requieren nuevos abordajes.

Por otra parte nosotros, como profesionales violentados por falta de tiempo, respondemos con actos sin reflexión. No hacemos intervenciones que propicien la elaboración del conflicto.

El trabajo en el campo de la salud mental es muy complejo, el equipo interdisciplinario es un elemento básico. Hay que reconocer que no hay institución que pueda dar cuenta de esta complejidad, es necesario el enfoque interinstitucional e intersectorial para poder dar respuestas a nivel macrosocial.

la violencia en el sector sanitario

ALGUNOS ASPECTOS EMERGENTES DE LA VIOLENCIA EN EL ÁMBITO LABORAL

**Adrián Buzzaqui Echevarrieta. Psicoanalista,
Sociólogo. Profesor en la Universidad de Alicante.**

- Como se ha dicho, desde diversas aproximaciones, “el término violencia, en su sentido más elemental, refiere al daño ejercido sobre las personas por parte de otros seres humanos”.

Frente a una gran pregunta, excesiva, por las “**causas de la violencia**”, nos encontramos frente a diversos y variados intentos de respuesta; se trataría entonces de confrontarlas, tenerlas en cuenta, quizá, ¿elegir? Se constata la proliferación de las violencias en cualquier sociedad; algunas de las perspectivas más tenidas en cuenta en el pensamiento afirman que se trata de algo constituyente del humano, y un extenso etcétera. Sin embargo, eso no gusta, a nadie. Y de aquí resulta una cuestión importante, que habla de la dificultad para pensar sobre la violencia, para arribar a conclusiones, a partir de premisas bien constituidas. Dificultad para pensar sobre eso tan oscuro, tan amenazador que llevamos con nosotros.

La filosofía, las ciencias sociales y un largo etcétera se han ocupado y se ocupan de dilucidar sobre la violencia (en sus diversas manifestaciones) y las posibilidades de detenerla. Durante el siglo XX se ha asistido a la **proliferación de la violencia** como nunca antes. Sin embargo, la magnitud del problema no puede ser obstáculo para reflexionar sobre ello e intentar buscar procedimientos, contextos, situaciones que si no la evitan, puedan minimizar sus efectos.

Entiendo que ése es el objetivo de este encuentro, y de todas las acciones que se puedan derivar de ello.

He afirmado antes que lo que se puede denominar las causas de la violencia es algo excesivo. Se trataría entonces de dilucidar sus **efectos**, captar sus **determinantes**, sus **emergencias**. Para ello, tomemos algunos ejemplos: no parece lo mismo golpear con la mano derecha que con la izquierda, o con la mano abierta (una bofetada, un cachete) que con el puño cerrado, etc. Tampoco parece lo mismo

la violencia en el sector sanitario

que un adulto golpee a un niño o que se peguen entre niños. No es lo mismo pegar desde una posición de poder o fuera de ella, no es lo mismo que la violencia entre iguales, etc. Es decir, se trataría de clasificar, de diferenciar, de circunscribir esa violencia. En un sentido similar, no se trataría tanto de plantear la cuestión sobre La Violencia, sino más bien sobre *las violencias*.

La determinación a que aludimos, 'las violencias' implica tener en cuenta algunos aspectos esenciales de las mismas: en primer lugar, la relación estructural –al menos para los abordajes que creemos más consistentes– entre la violencia y el poder (en el sentido de que todo poder, en definitiva se apoya sobre la violencia, aun cuando no necesite ejercerla). Y derivado de ello, surge la relación de la violencia con la ley: la autoridad, lo jurídico, lo justo y lo injusto, y también una de las aproximaciones más complejas a la misma noción de violencia: la violencia denominada legítima y la ilegítima. Todas estas dimensiones donde se encuentra la violencia y que la determinan, más allá de que han constituido la materia de diversas reflexiones, constituyen los elementos básicos de cualquier consideración sobre un acto violento. También esto incluye a los comportamientos violentos que estamos considerando hoy aquí, las violencias emergentes en algunos ámbitos laborales, específicamente los sanitarios.

¿A qué tipo de violencias nos referimos?

a) La violencia de la que se habla hoy aquí tiene una característica distintiva, y es que *no se trata de una violencia anónima*, al menos en los casos de lo que se llama violencia ciudadana, es decir, diversos actos de violencia ejercidos contra un trabajador del sector sanitario por alguien que no pertenece al mismo (pacientes, familiares, público, etc.). A esto puede agregarse un elemento a tener en cuenta: se trataría de la violencia *hacia un sujeto sin rostro propio*, a un profesional (así, genérico...), no a este hombre o mujer concretos. Es posible que esta sea una característica importante, fundamental, en cuanto a la clasificación de esta violencia emergente en el sector sanitario.

la violencia en el sector sanitario

b) La otra línea de estas violencias emergentes se refiere a la que sucede 'entre' sujetos pertenecientes al sector sanitario. Se trata del *acoso moral* o *mobbing*, fenómeno que cobra mayor importancia, tanto en cuanto a su incremento cuantitativo (denuncias ante juzgados, tratamientos especializados, etc.) como a la constitución de una opinión pública de rechazo creciente.

Hoy nos ocupamos aquí de la violencia ejercida contra los trabajadores del sector sanitario por parte de sujetos externos al mismo, es decir por sujetos que son englobados en diversas categorías: pacientes, usuarios, familiares de los mismos. Esta misma amplitud para definirlos remite a la dificultad de precisar qué hay en juego, si una relación de ayuda (tratamiento, cura, etc.) o una relación de prestación de servicios (cliente, consumidor, etc.). Y posiblemente esta cuestión, que deriva de cambios en la organización social, no es ajena a la producción de violencia, de algunos actos violentos, contra los trabajadores del sector. Nos referiremos a este aspecto más adelante

- Las tradiciones críticas y progresistas han optado por tener en cuenta al débil en la relación de poder: al trabajador frente al patrón, al ciudadano frente al Estado, etc.

Desde esa perspectiva, se ha tratado también de "apoyar" al 'usuario' (paciente, enfermo, etc.) frente a la organización sanitaria, a la burocracia sanitaria, etc.; es decir, se trata de una posición favorable a defender, proteger, amparar al paciente frente a las posibles arbitrariedades del poder. Sin embargo, lo extraño de las situaciones y actos violentos a los que nos referimos ahora son diferentes: no se trata de un débil frente a un poderoso, sino de algo más ambiguo. No se trata de una situación de poder, de explotación, sino del enfrentamiento, podríamos decir, entre dos débiles: un trabajador (profesional) y un usuario (paciente), un ciudadano, uno de a pie... Vaya paradoja... Quizá haya que poner cuidado de no realizar un deslizamiento hacia un discurso corporativo, de defensa de los intereses propios (esto se puede observar en diversos estudios en que participan trabajadores).

la violencia en el sector sanitario

Parece un hecho que la situación colectiva ha cambiado (la organización social, el desarrollo económico, la propia subjetividad incluso, etc.). Pero las ideologías, las teorías, el pensamiento quizá no lo han hecho de la misma forma. Las representaciones sociales que se observan sobre el tema muestran la persistencia de ideas antiguas y consolidadas.

Sin embargo, hay líneas nuevas, tanto en cuanto a la conceptualización, valoración e indagación sobre las violencias, que conviene tener en cuenta. Algunos elementos a modo de ejemplo. La noción de víctima y victimario, que parece una idea clara al referirse a la violencia de género y otras similares, en el caso que estamos hoy hablando aquí, no parece tan evidente... Pegador, pegado, agresor, agredido, en esos casos parece más claro, al menos en un primer acercamiento.

Entonces, si la relación víctima-victimario no es pertinente, ¿de qué se trata, quién es quién en estas situaciones de violencias en el ámbito laboral? Surgen aquí varias líneas a tener en cuenta; mencionamos algunas a título de ejemplo (hay diversos abordajes sobre estos aspectos, si bien no hay acuerdos suficientes sobre los mismos):

a- Se trata de indagar sobre uno y otro, la víctima y el victimario. Se refiere a elementos empíricos, del suceder cotidiano y observable en acciones concretas violentas.

b- La consideración de ambos como víctimas. Aquí se piensa en que la violencia resultante es efecto del actual orden —o desorden— social... Una línea derivada de lo anterior es la que considera que 'hoy' es 'victimario' quien pudo ayer ser 'víctima'.

c- Una línea diferente afirmaría algo así como "pagan justos por pecadores". Estos argumentos se observan en algunos grupos de discusión realizados por algunos de nosotros, y aluden a cierta 'impersonalización' de la violencia. Mecanismos como 'chivo expiatorio' y otros similares constituyen algunos tipos de respuesta.

Una cuestión importante, relacionada con lo anterior: para una comprensión más ajustada de estas situaciones y actos agresivos y/o violentos no se trataría solamente de analizar la relación profesional-usuario, sino también de analizar las relaciones entre profesionales.

la violencia en el sector sanitario

En cuanto a la idea de *relación profesional sanitario-usuario*, en ocasiones se trata de un eufemismo, se utiliza para no utilizar la expresión antigua (para no decir *relación médico-paciente*). Lo que surge aquí es que en muchas ocasiones se deriva a un análisis burocratizante de esa relación, tan fundamental en un proceso de salud-enfermedad, despojada de aspectos fundamentales (como por ejemplo, la creencia —más o menos dependiente— de uno en el otro) y reducido a una relación de usuario, cliente, o consumidor.

En cuanto a las *relaciones entre profesionales*, es importante considerar su papel en cualquier análisis de las violencias en el ámbito laboral. Esa consideración permitirá comprender algo mejor qué sucede entre ese profesional que ha sido agredido, y ese paciente/usuario... Diversas aproximaciones a la cuestión de la violencia hablan de cierta 'transitividad' de la misma, en el sentido de que el acto violento en realidad responde a agresividades que tratan de otros personajes (por ejemplo, el usuario que golpea a un auxiliar pues no se atreve a atacar al médico, etc.)

De esta idea acerca de *relaciones entre profesionales* se puede pasar a otra noción, los equipos. Y, obviamente, a la cuestión del poder, a las específicas relaciones de poder entre grupos profesionales, entre dirigidos y dirigentes, etc. Parece (según se desprende de lo que dicen diversos estudiosos y algunos estudios también) que esa conflictividad entre profesionales, esa conflictiva dinámica se desplaza hacia fuera, al campo del usuario/paciente, quien puede tornarse en un 'espacio de lucha' entre los profesionales.

En los diversos discursos de los trabajadores (profesionales) se observa que culpabilizan a la dirección y a los gestores de las instituciones. Y también culpabilizan a los médicos (que son a quienes los pacientes agradecen, en primer lugar, su atención; dejando para otros profesionales —enfermería y auxiliares— sus quejas y protestas). Este aspecto es importante, especialmente si el objetivo es buscar procedimientos o mecanismos que puedan si no impedir, minimizar el impacto de esos comportamientos violentos.

Por último, una referencia a la figura entre realista y mítica del agente social de la cura por excelencia: *el médico*. Ese médico (entendido como lugar social, no como individuo aislado) despótico y omnipotente prácticamente hoy no existe. En todo caso, forma parte

la violencia en el sector sanitario

de una representación social que se mantiene. Y tampoco se da, o mejor dicho, está cambiando, el viejo lugar del paciente sumiso y temeroso. El usuario/paciente no sólo cree (y no se equivoca) que tiene más derechos –y eso es lo nuevo, a diferencia del anterior paciente sumiso– sino que fundamentalmente se trata de alguien que se siente desprotegido. Esta cuestión parece ser una clave en cuanto al tema que se habla hoy aquí. Muchos estudios y observaciones nos llevan en esa dirección: los discursos de los médicos, de enfermería, y también de los pacientes.

Retomemos la cuestión de las causas y los efectos de la violencia. Como hemos afirmado antes, el pensamiento filosófico, la teoría política y el derecho se han ocupado de tal cuestión. Obviamente, los ciudadanos, los trabajadores también tienen su perspectiva sobre ella. Diversos grupos e investigadores están indagando sobre estas violencias emergentes en la actualidad. Incluso en este mismo sindicato se está realizando un estudio sobre las mismas, con la intención de avanzar en la formulación de acciones conducentes a mitigar –resolver?– esas situaciones de violencia.

- A continuación intentaré puntualizar algunos aspectos que me parecen relevantes, a partir de la experiencia a que he aludido al inicio. Para ello, voy a organizar la exposición del tema en cinco apartados, con la intención de circunscribir la cuestión e intentar sugerir elementos para la reflexión: la demanda de salud, las relaciones interprofesionales y con los usuarios, la organización del trabajo, el por qué de la violencia y la perspectiva preventiva (o preventivista).

1) *El incesante crecimiento de la demanda de salud.*

En los últimos años se ha ido configurando una nueva problemática social, referida a las crecientes demandas sociales de atención y cura. Cada vez más, los usuarios demandan lo que las propias instituciones les proponen (mediante múltiples mensajes), y éstas no están en condiciones de ofrecer eso que ofrece. De esta forma, el usuario se transforma en un consumidor exigente, se siente engañado y desde ahí, el conflicto puede llegar a situaciones muy difí-

la violencia en el sector sanitario

ciles. La falta de participación de los usuarios, que los coloca como agentes pasivos, contribuye a que esta expectativa se consolide, con la consiguiente protesta al constatar que no se cumple.

Se trataría de un complejo cambio de posición del individuo que consulta y pide tratamiento por sus procesos de enfermedad, que se observa en el pasaje del antiguo 'paciente' al nuevo 'usuario' o consumidor, que tiene derechos pues 'paga'. Este aspecto, con sus inevitables contenidos de tipo autoritario, también constituye otro elemento que parece favorecer posibles comportamientos agresivos y/o violentos.

Vale la pena desarrollar algo más esta cuestión: la representación conflictiva que genera la propia institución sanitaria sobre lo que ofrece a los ciudadanos, que es irrealizable y no se puede cumplir. Una consecuencia de ello es la protesta ciudadana, que no se canaliza socialmente (para conseguir exigir o lograr esos supuestos bienestar ofrecidos), sino que se disipa en la búsqueda de 'chivos expiatorios'. Quienes son 'elegidos' para cumplir esa función, son obviamente los trabajadores de esa institución, y más concretamente, los trabajadores más expuestos serán los que ocupan los lugares sociales menos valorizados.

Especificaremos ahora algunos aspectos relacionados con el *gigantesco crecimiento de la demanda*. La dirigencia institucional fomenta un crecimiento de la demanda social (se 'ofrece' algo mucho más allá de lo que efectivamente se le puede 'dar') y a la vez bloquea, frena cualquier movimiento que permita que los trabajadores puedan controlar aspectos de su trabajo, mediante una rígida organización burocrática (que prioriza los medios frente a los fines: el cumplimiento burocrático de las normas al logro efectivo de los recursos).

Por último, puede considerarse un aspecto que no es para nada insignificante: la estrecha relación que comienza a observarse entre el crecimiento de la demanda, entre la demanda infinita, interminable, por una parte, y el déficit o ausencia de normas, de leyes efectivas, etc., por otra. Estos dos elementos, la demanda incesantemente creciente en salud y la burocratización de los servicios sanitarios constituyen un problema sumamente complejo, que parece estar a la base de la producción de episodios de agresividad y/o violencia, en la medida que uno parece incentivar al otro.

la violencia en el sector sanitario

2) *Las relaciones interpersonales en el trabajo sanitario: entre profesionales y con los usuarios.*

La relación médico-paciente (ahora denominada profesional sanitario-usuario, con un claro deslizamiento a otro marco ideológico) ha sido considerada desde diversos puntos de vista, si bien todos han insistido en la importancia de la misma en cualquier proceso sanitario. Indudablemente, esa relación ha ido variando, en consonancia con otros cambios, tanto en cuanto a los cometidos profesionales (tanto en la medicina como en otras profesiones) como en el propio espacio de trabajo. Hemos dicho anteriormente que no se da ya la antigua representación del lugar del médico como todopoderoso y omnisciente, sin embargo los efectos de poder asociados no han cesado totalmente, han disminuido pero continúan vigentes.

En el tema que nos interesa aquí, cabe destacar un aspecto importante: el paciente pasa a ser un 'cliente', un 'usuario' (imagen suavizada del 'cliente') y el médico pasa a estar 'acompañado' de un conjunto de personajes diversos, que se ocupan de otros aspectos de la asistencia. Abordaremos este tema en el próximo punto.

202

Ahora interesa destacar que si bien es cierto que la relación médico-paciente se constituye, entre otros elementos, como una relación de poder, esa perspectiva se nos revela insuficiente, especialmente cuando hay que dar cuenta de las 'disfunciones', de las violencias que suceden. Parece más pertinente hablar de dos relaciones de poder: las relaciones entre profesionales, y las relaciones entre profesional y paciente.

Dos poderes en juego, dos relaciones de poder. La relación laboral, donde el trabajador ocupa el polo dominado (tanto frente a la dirigencia institucional, como a la relación desigual entre los diversos profesionales) y la relación entre el profesional y el usuario, donde es el usuario quien ocupa el polo subalterno.

Es en ese contexto donde hay que colocar a ese 'usuario agresivo', que en ocasiones llega hasta el acto violento. Y ese acto, ese comportamiento violento, obviamente, se dirigirá hacia el polo dominado en la situación: en general se tratará del trabajador que ocupa lugares más bajos en la escala de poder y prestigio.

la violencia en el sector sanitario

Cabe una aclaración en cuanto a la relación de poder y la violencia. Hemos dicho que la relación profesional-usuario, se constituye como una relación de poder. Y el poder siempre está del lado del profesional. Excepto en ese momento de la agresión consumada, del acto violento, donde momentáneamente la relación de poder queda suspendida... Esto da cuenta de que el acto violento se basa en la protesta no escuchada o atendida, en la queja impotente, en la rabietta, etc.

Hay que mencionar una dimensión específica que atañe a las relaciones entre profesionales: se trata del trabajo en equipo, ideal laboral-profesional que, surgido en los años 80 en diversos contextos institucionales, se ha mantenido como posibilidad en muchos ambientes profesionales sanitarios. El "trabajo en equipo" constituye una posibilidad que podría atemperar, o incluso evitar los actos violentos de algunos usuarios; al menos ésa es la opinión —general, diríamos— de los trabajadores. Aquí se alude a una modalidad del 'equipo' no desde una versión técnica (de eficacia en el desempeño técnico) sino al carácter de 'acompañamiento' que conlleva: se considera que el trabajador no estaría tan 'solo' en las situaciones difíciles (que son por otra parte las propicias para los posibles actos agresivos o violentos).

Ahora bien, cabe una pregunta, en el contexto que nos encontramos: ¿cuándo se podría hacer ese 'trabajo en equipo' tan anhelado? ¿Y en qué condiciones? Habría, entre los trabajadores, una ideología propia de una comunidad pequeña, ahí sería posible el trabajo personal, colectivo y solidario. Y esto tanto entre los trabajadores como con los usuarios/pacientes —que en este caso no serían ya tan sólo 'consumidores', sino también partícipes—.

Esto parece una línea sugerente para indagar, y si bien constituye una crítica a cierta perspectiva de modernización (globalización), quizá pueda atemperar, disminuir estos efectos de *masificación* por una parte (en cuanto al trato a los pacientes) como de *aislamiento, burocratización y falta de satisfacción* (para los trabajadores), por otra. Un aspecto que, aunque es de otro orden, sin embargo tiene su importancia en cuanto a la dificultad de mantener un trabajo de equipo coherente y aceptable: la poca o nula colaboración entre profesionales, también aparece como un obstáculo.

la violencia en el sector sanitario

Una derivación de la temática anterior deriva de lo que se llama 'información a los pacientes' entendiéndolo por ello no sólo información en términos específicos, sino como elemento que ayuda a que la ansiedad propia de la situación de enfermedad se mantenga en niveles aceptables.

La información a los pacientes y a sus familiares parece fundamental en la medida que puede disminuir la *incertidumbre que genera la situación de enfermedad*. Si bien los ejemplos a que se recurre en este caso es el del paciente hospitalizado o el paciente con intervenciones quirúrgicas, esta situación de incertidumbre existe siempre que haya un proceso de enfermedad, la diferencia estará en el grado de incertidumbre, en la urgencia que provoque, en la angustia que despierte. En todo caso, parece ser algo consustancial a un estado de enfermedad.

La falta de información, en ciertas situaciones, propicia la agresividad y constituye un elemento que facilita el comportamiento violento. Los trabajadores hablan de 'dar información al paciente', y solicitan una 'información institucional', aludiendo a una información autorizada. Más en general, parecen referirse a cuestiones de comunicación con los pacientes, y consideran que la información tiene que ser creíble, auténtica, franca, y no para salir del paso y 'quedar bien' (ocultando las ausencias o tardanzas de los médicos, las incongruencias administrativas, etc.). Indudablemente se trataría de que los pacientes-usuarios perciban que esa información es auténtica. Ése parece ser el sentido de que la información sea institucional, en el sentido que no sea información que oculte situaciones sino que sea considerada como un instrumento del propio trabajo: que el paciente (y eventualmente, sus familiares) esté informado de la situación real del mismo.

3) Los procesos institucionales y la organización del trabajo

La burocratización

En relación con el tema que estamos tratando, aparece un elemento de forma unívoca, en diversos estudios y aproximaciones: el desinterés institucional por resolver estos conflictos que desembocan en agresividad y violencia. De una u otra forma, la organización sani-

la violencia en el sector sanitario

taria es vivida como sorda e ignorante respecto de las quejas y protestas de los pacientes. Entre otras razones, es posible destacar un elemento que parece significativo: la ausencia de una tradición (o cultura) de reclamaciones y la ineficacia de los procedimientos habilitados para ello (los servicios de atención al usuario y mecanismos similares) constituyen elementos que abonan un terreno conflictivo que culmina, en ocasiones, en un acto violento. Los reclamos concretos de los usuarios (y también de los trabajadores) son neutralizados mediante un tratamiento burocrático que torna esa queja en inútil.

Cada vez más surgen aproximaciones y estudios que enfatizan en esta relación entre las respuestas burocráticas y los comportamiento violentos, como respuestas a los mismos. A continuación mencionamos otros elementos pueden tenerse en cuenta en este tipo de organización burocrática del trabajo sanitario:

El abordaje burocrático de estos conflictos tiene como consecuencia (entre otras) que a pesar de diversos estudios, de muchos protocolos, no se logra frenar los episodios de violencia y de agresiones en la práctica cotidiana. En esas situaciones, los trabajadores –según manifiestan con claridad– se encuentran solos frente a la situación de amenaza y de posible violencia. Así, se hablará de una *situación de desprotección*.

Frente a esta compleja cuestión, la de encontrarse desprotegido, cabe una matización. La cuestión de la inseguridad, de la protección-desprotección, constitutiva de una situación generalizada de riesgo (la llamada 'sociedad del riesgo', por ejemplo), no se refiere a una situación propia o exclusivamente de orden psicológico. Al contrario, se trata de diversos efectos de la precaria situación en que se encuentra el mundo del trabajo. Frente al poder de una dirigencia institucional (insensible a las demandas de los trabajadores) y frente a la agresividad de los usuarios... vaya panorama....

Es indudable que este tipo de cuestiones a los que estamos aludiendo exceden el marco laboral, lo que no excluye que operan como condicionantes de muchas situaciones. Parece indiscutible que el conjunto de trabajadores no se sienten suficientemente apoyados por sus propios dirigentes, y en ocasiones tampoco por sus compañeros; esto excede el marco laboral y parece constituir una dimensión propia de

la violencia en el sector sanitario

la época, considerada como época de la globalización, neoliberalismo, individualismo.

Desvalorización del trabajador

Cabe realizar una pregunta, retórica (en el sentido que no exige una respuesta), pero que no por ello pierde significación: ¿por qué algunos trabajadores son agredidos, violentados? Destaca aquí un elemento que parece fundamental: el lugar del trabajador, el valor que socialmente se da al profesional está disminuido, tanto por parte del conjunto de los usuarios como por los propios dirigentes institucionales. La cuestión del poco valor de la actividad profesional, del trabajo bien hecho, rasgo definitorio de la sociedad actual, constatado en diversos contextos, se revela también en este caso.

Ahora bien, en este caso, el de la violencia, se trata especialmente (aunque no exclusivamente) de la *desvalorización del trabajo no médico*. Y no parece ser una característica personal o psicológica de algunos trabajadores, sino que responde a la propia división del trabajo. La única actividad valorada es el trabajo médico y todo lo que se acerque a ello, el resto de tareas son consideradas 'auxiliares' (el trabajo de auxiliares, de administrativos, por ejemplo) y por lo tanto con poco o ningún valor. No sucede lo mismo con el trabajo de enfermería, que ha comenzado a ser valorado de otra forma, a partir de diversos cambios operados en esa profesión.

Auge del individualismo y disminución o ausencia de solidaridad entre compañeros

Podemos mencionar ahora algo más en la línea del individualismo actual ya planteado anteriormente: *la falta de solidaridad entre compañeros*. La ausencia de acuerdo en la forma de relación con los usuarios se convierte en una fuente de quejas y eventualmente, en elementos favorecedores de los comportamientos violentos del usuario contra el trabajador.

Constituye ya un lugar común afirmar que actualmente hay menos solidaridad entre trabajadores, entre profesionales. Y eso parece

la violencia en el sector sanitario

deberse a muchas y diversas razones, entre ellas el temor a las represalias (por parte de la empresa, de los jefes), por la inseguridad en mantener el puesto de trabajo. Los compañeros no se apoyan entre ellos mismos.

Ya se trate de un aspecto ligado al individualismo imperante, a la posición de pasividad frente a la organización por parte de los trabajadores, o a la ausencia de una cultura solidaria, es claro que el trabajador no cuenta con demasiados apoyos en los diversos conflictos en que se ve inmerso.

¿Problema personal o problema organizacional?

Esta cuestión emerge en diversos estudios como un significativo problema: se oscila entre considerar que es el propio trabajador quien debe arreglárselas para no incentivar actitudes y comportamientos violentos, aprendiendo diversas técnicas comunicativas, a otra idea, muy diferente, de que son las propias condiciones del trabajo (como la masificación, etc.) las que favorecerían esos actos violentos. Parece claro que, más allá de alguna incidencia que pueda tener el hecho de que los trabajadores sean mejores 'comunicadores', el fondo del asunto del comportamiento violento se deriva de la masificación, de la impersonalización que se da en el desarrollo del trabajo, de la burocratización en la gestión de la enfermedad.

Masificación y burocracia

En diversos estudios se afirman diferencias en cuanto a la violencia si se trata de centros de grandes o pequeñas dimensiones, más allá de situaciones de otro orden (situaciones coyunturales) que puedan afectar a esos actos.

El anonimato (en mayor o menor medida) que se da en los grandes centros sanitarios, a diferencia del encuentro más personalizado con el paciente propio de los centros pequeños, parece constituir también un factor considerable en cuanto a la gestión de la queja del paciente, y desde ahí, a las posibilidades que una situación llegue a producir comportamientos agresivos y/o violentos.

la violencia en el sector sanitario

Carecemos de información acerca de si efectivamente los comportamientos violentos son más frecuentes en uno u otro tipo de centro, pero esa parece ser la representación que los trabajadores hacen del asunto. Cabe un argumento en contrario, que proviene del hecho de que la violencia no siempre proviene de situaciones que promueven el anonimato ('a nadie le interesa lo que le pase a uno, nadie le conoce') sino que por el contrario, es la excesiva proximidad la que también 'atrae', la que constituye un inductor del acto violento ('pueblo pequeño, infierno grande'). En todo caso, parece claro que las situaciones de agresividad e incluso los comportamientos violentos pueden ser experimentados de forma diferente si se cuenta con un contexto más comprensivo: esa violencia, presumiblemente sería menos 'amarga'...

Los fenómenos de 'masificación' (en el sentido de que el individuo deja de estar como un sujeto singular, y se confunde en el conjunto, con otros con los que a su vez no está en relación) parecen estar a la base de todo esto que estamos exponiendo. Dicho fenómeno, parece constituir una tendencia en un contexto social de consumo generalizado, realizado en grandes superficies (tanto da si se trata de un gran hospital como de un supermercado...), donde la relación entre los individuos es anónima...

En algunos grupos en que hemos participado aquí y en otros lugares, se esboza una posición frente a ese fenómenos de anonimato y masificación: los trabajadores consideran necesario cambiar la organización del trabajo, participar en ese cambio, y ser escuchados en sus propuestas (son ellos los que saben de los pacientes, los que conocen las condiciones reales de los mismos, etc.). Obviamente, la puesta en marcha de acciones destinadas a clarificar y establecer funciones claras, lograr la formación necesaria para los diversos desempeños, proteger a los trabajadores frente a las agresiones, etc., son aspectos que forman parte de ese cambio en la organización del trabajo.

4) ¿Por qué la violencia?

Al iniciar la exposición mencionamos la cuestión de la causalidad. Abundaremos algo más en ello: *¿Causas de los actos violentos ejer-*

la violencia en el sector sanitario

cidos, realizados, actuados por los usuarios? Parecen multiformes, diversas, extensas, y no hay forma conocida de resolverlo. Hemos mencionado ya una violencia motivada por la organización de los servicios sanitarios, por la organización del trabajo, y también una violencia motivada por las expectativas y demandas excesivas de algunos usuarios.

Existen diversos casos de una violencia imposible de detener, y se relacionan con las demandas que hacen ciertos pacientes y a las que no es posible atender. Existe, por el contrario todo un conjunto de situaciones que conllevan actos de violencia que sí se pueden contener, en la medida que exista una voluntad por parte de los dirigentes institucionales de hacerlo.

En diversos contextos se habla de violencia inevitable y violencia evitable (en epidemiología, por ejemplo, se habla de causas de muerte evitables y no evitables), en algunos grupos —de trabajadores— se menciona una violencia previsible y otra imprevisible. Y algo que merece opiniones unánimes es la violencia previsible aquella que hay que atajar, ponerle coto, analizarla hasta llegar a comprender sus resortes. Este tipo de *violencia, evitable, previsible, etc.*, para la que se pueden constatar factores institucionales que la faciliten o la dificulten, constituye una *violencia inaceptable* (dicho esto en términos éticos). Y esto tiene valor en la medida que la propia organización del trabajo, la organización de la atención sanitaria, el desempeño profesional, etc., son los elementos que hay que tener en cuenta para poder detenerla o disminuirla.

Todo lo anteriormente enunciado lo consideramos como un análisis realista, y relativamente consistente. Sin embargo, lo es sólo a medias. La violencia no parece ser algo exterior a aquellos que la padecen (o la ejercen). Su complejidad —algo a lo que hemos aludido ya— exige afinar el análisis. Intentaremos incluir algunos otros puntos a tener en cuenta.

Existe una determinada posición agresiva del profesional, o desde lo profesional, frente a los pacientes (derivada de la relación de poder). Pero esa situación, que es estructural (tal como está configurada la relación profesional-paciente —antes médico-paciente—) en ningún caso puede achacarse al profesional que es agredido. Es posible que se trate del caso típico del chivo expiatorio (pagan

la violencia en el sector sanitario

justos por pecadores), descrito por los análisis psicosociológicos. Desde otra perspectiva, se puede entender también como la protesta, la queja del ciudadano frente a la organización (institución), que lo coloca en una situación de casi absoluta indefensión e ignorancia. Frente a esa situación, el usuario puede colocarse en una situación de dependencia (confía, cree que el otro sabe, le curará, etc.) o por el contrario, puede colocarse en una posición desafiante, reivindicativa (compuesta por contenidos agresivos). El paso al acto violento es una posibilidad a tener en cuenta. Ahora bien, esta situación de desigualdad en el poder no es nueva, en realidad es constitutiva de la relación médico-paciente, y sin embargo es recién en los últimos años que se comienza a registrar tantos comportamientos violentos. Aquí la respuesta dista de ser simple, hay diversos elementos a tener en cuenta. En todo caso, puede apuntarse que esa relación (médico-paciente, y por extensión profesional sanitario-paciente) ha cambiado bastante, si bien no se comprende aún su alcance. Actualmente el paciente, antes un sujeto pasivo, temeroso y esperanzado en el saber del profesional, ha dado paso a un sujeto reivindicativo, que agrega a lo anterior (que sigue vigente) una idea de sus derechos, de la legitimidad de sus demandas, antes inexistente. En cierto sentido podemos pensar que se ha pasado no sólo del paciente al usuario (como dicen muchos trabajadores y también diversos estudios) sino que el paciente también deja lugar al ciudadano (al habitante de la ciudad, que es sujeto de derechos y no de 'gracias'). El pasaje sería aproximadamente así: paciente-pasivo, temeroso, luego paciente-usuario (consumidor -'espera todo', etc.-) y también paciente-ciudadano (sujeto de derechos, que intenta ejercitarlos).

Habíamos dicho que la pregunta se refería a por qué algunos agreden, con violencia. Por lo que hemos podido constatar en varios estudios en que hemos participado y también en otros abordajes (teóricos o empíricos) la cuestión es que no hay tanta respuesta como se esperaría. El trabajador, en definitiva, no lo sabe, no lo comprende... Hay algo en el comportamiento violento que resulta inexplicable para los trabajadores... (más allá de que el análisis de determinados factores condicionantes, favorecedores, contextos e incluso singularidades individuales se muestra fructífero). Resalta el hecho de que en toda reflexión colectiva donde se proponga el

la violencia en el sector sanitario

tema de la violencia, sus integrantes (ciudadanos no violentos, en principio) coinciden en algo: la complejidad del problema, y coinciden en algo en principio sorprendente: consideran que los individuos, los trabajadores, los jefes, sus relaciones, la organización misma, serían los causantes de la violencia (“todo el mundo tiene parte de culpa y parte de responsabilidad en la violencia”).

En esta línea, en que se postula que el conjunto de participantes de la empresa (cualquiera que ella sea) no es ajeno a la producción misma de la violencia, cabe mencionar aquí el acoso moral o mobbing, un tipo específico de comportamientos violentos que se muestra cada vez más como algo persistente y que no cesa, sino que incluso va en aumento. Las intervenciones frente a este tipo de violencia son múltiples, y no parece posible ordenarlas más allá de ciertos esquemas básicos. El abordaje principal realizado hasta ahora, se refiere a las intervenciones que toman en cuenta casi exclusivamente la situación acosador-acosado (clínicas y jurídicas, principalmente). También algunos enfoques apuntan al nivel de la organización del trabajo: ya sea como actitudes permisivas frente al acoso por parte de la dirigencia institucional o incluso como parte de estrategias empresariales dirigidas a reforzar el sometimiento de los propios trabajadores.

De acuerdo al análisis que vamos realizando hasta el momento, parece fundamental discriminar entre las situaciones de acoso moral y ciertas prácticas dirigentes que pueden denominarse como de presión empresarial (la línea de división vendría dada por diferenciar entre la intencionalidad destructiva, propia del acoso moral, como algo diferente del comportamiento autoritario, incluso despótico, que puede darse en la relación laboral, que no busca sin embargo la humillación, destrucción o degradación del trabajador). Esta discriminación es fundamental en relación con las posibles intervenciones que se puedan implementar: no es lo mismo si se trata de un problema entre dos (la dupla acosador-acosado), que si se trata de un conflicto entre unos pocos (el equipo de trabajo; acosador, acosado y el silencio -cómplice- del resto de trabajadores). Tampoco se trata de lo mismo si se trata de un conflicto entre muchos (en el sentido del conjunto de la empresa, de la organización) como si se trata de una cuestión entre todos (en el conjunto del tejido social), que involucra al conjunto de los actores sociales.

la violencia en el sector sanitario

Cualquiera de esas formas en que aparezca o se categorice este tipo específico de violencia, conlleva diferentes formas de abordaje, diferentes formas de acción (social, sindical, política, jurídica, clínica, etc.) frente a ella.

5) La perspectiva preventivista

Frente al acto violento existen diversos mecanismos de acción (desde alejamiento, contención, hasta legales). La 'perspectiva preventiva' consistiría en no favorecer la existencia de situaciones previas favorecedoras del acto violento; el conflicto comienza con pequeñas agresiones 'menores' que se van haciendo cada vez más frecuentes, cotidianas y aceptadas (por ejemplo, los insultos, ciertos desprecios), y que además, son siempre justificadas (ya sea por parte de los familiares del usuario violento, como por parte de otros profesionales -los médicos, por ejemplo-). Ese contexto agresivo constituye el foco a considerar desde un enfoque preventivista.

Habida cuenta de la complejidad de la cuestión de incluir estos actos de violencia sufridos por trabajadores como riesgos laborales o no, queremos puntualizar un aspecto: se refiere a la importancia de diferenciar entre el riesgo, como la posibilidad de sufrir un acto violento y la percepción subjetiva de peligro. La posibilidad de implementar políticas y mecanismos preventivos sólo tiene sentido en la medida que se pueda diferenciar 'factores de riesgo' del 'riesgo-peligro'.

La acción a considerar frente al riesgo de sufrir actos violentos, implica intervenir a nivel de la organización del trabajo, en diversos aspectos (legales, institucionales, profesionales, etc.)

Llegados a este punto, parece conveniente destacar el doble carácter de las situaciones de violencia efectivamente sucedidas: por una parte se generan, se producen en el contexto en que suceden, y por otra, parecen efecto de desplazamientos de otros ámbitos, fuera de lo sanitario propiamente.

No se puede descartar una situación global, generalizada, aunque sea de forma difusa, de violencia (o mejor dicho, de violencias), que se muestra en diversos ámbitos y contextos; al contrario, habría

la violencia en el sector sanitario

que tener en cuenta ese nivel de violencia creciente al que asistimos actualmente, y considerar estas violencias ejercidas, sufridas por los trabajadores sanitarios, tanto como efecto de una violencia que se extiende en el conjunto, como un factor más que ayuda a promover la violencia en otros ámbitos. En otros términos, parece conveniente considerar este tipo de violencias como efecto de una violencia que proviene del campo social, y también, a la vez, como una de las violencias del campo social que se difunde en otras instituciones sociales: *violencia en el ámbito sanitario*, efecto de complejas tensiones sociales, y *también causa* de otras violencias..

El abordaje preventivo parece constituir el eje de la posible intervención de los propios trabajadores frente a esta emergencia de violencias ejercidas contra ellos. Ahora bien, no se trata tanto de una declaración de principios, sino de la puesta en marcha de diversos mecanismos preventivos. Más bien, parece que habría que buscar cierta 'eficacia preventiva' más que una declaración de principios (como puede ser un mecanismo legal que no se articula en disposiciones y acciones concretas). Queda en pie una cuestión importante: la creación de nuevos mecanismos, disposiciones, organizaciones concretas de orden preventivo, muchas veces se traducen en nuevos 'controles' sobre los trabajadores más que en una mejora de su trabajo; este aspecto es algo a tener en cuenta. Alguien ha llamado a esto la 'dimensión funcional de la violencia', y no parece que haya que descartar este aspecto de la cuestión.

la violencia en el sector sanitario



violencias visibles e invisibles que someten a las personas en torno al acto sanitario

la violencia en el sector sanitario

CONCLUSIONES

Hasta hace poco, la violencia en el mundo laboral ha sido un tema olvidado, a pesar de la incidencia y la gravedad que tiene.

Los efectos de las violencias son muy graves para las personas: enfermedades físicas, psicológicas, pérdida de confianza y autoestima, miedo... En el caso del acoso moral o mobbing pueden llegar hasta el suicidio.

En el trabajo: perturbaciones de las relaciones interpersonales y con los usuarios, de la organización del trabajo, del entorno laboral que empeora la calidad asistencial, absentismo (nos habla de las condiciones de trabajo), mayores costos.

Para la comunidad, un gran sufrimiento, enfermedad, estrés, aislamiento, descenso de la calidad de los servicios de salud y grandes costos económicos.

Constatamos que:

- Debemos hablar de las "violencias" y no de la violencia en general que se producen en el sector de la salud.
- Son muchas las violencias invisibles, asumidas o normalizadas por los trabajadores sanitarios y en general por la sociedad.
- Las causas de las diferentes violencias son múltiples y difíciles de detectar.
- Algunas formas de violencia han existido siempre, otras son características del contexto histórico, económico y social actual: globalización, neoliberalismo, conservadurismo, crisis del estado del bienestar, crisis de valores...

Nos han enseñado que por la ley del mercado, lo que no tiene precio no tiene valor. La salud y el sistema sanitario no tienen precio pero sí un valor inconmensurable para el bienestar de la comunidad.

Quizás hoy en día estemos asistiendo a un cambio de la construcción social del fenómeno de la salud y la enfermedad y sus múltiples relaciones con la vida social.

la violencia en el sector sanitario

Según la OMS la naturaleza polifacética de la violencia exige el compromiso de los gobiernos y las partes interesadas en la toma de decisiones: local, nacional, e internacional para prevenirla.

En la Comunidad de Madrid estamos asistiendo a la crisis de un modelo y a la imposición de un nuevo modelo sanitario que considera la salud como una mercancía más, y su objetivo es privatizar la financiación, gestión y provisión de los servicios sanitarios, siguiendo las directrices del Banco Mundial, la Organización Mundial de Comercio y la Directiva Bolkenstein.

Este cambio se está realizando de espaldas a los ciudadanos: trabajadores y usuarios sin información ni participación.

Este tránsito se lleva realizando desde hace años traduciéndose en: presupuestos insuficientes en sanidad y servicios sociosanitarios, no adaptados a los cambios demográficos (aumento de personas mayores en el tramo de edad de 80 y más años, inmigración...) y a las necesidades de la población; mala gestión de la asistencia y de los recursos materiales y humanos: escasez de trabajadores que está repercutiendo de manera alarmante en su salud y en la calidad de la asistencia a los ciudadanos y en las relaciones con los usuarios y compañeros; externalización de servicios y tareas para conseguir trabajo más barato, externalizando riesgos también (Agencia Antidroga)

Hemos visto en los diferentes discursos de los grupos y en el seminario que la organización del trabajo está en el origen de diferentes violencias. Pues bien, durante mucho tiempo se viene aplicando una organización del trabajo rígida basada en la no participación, desvalorización y división de los trabajadores (sanitarios y no sanitarios, por estamentos), potenciando la rivalidad, el enfrentamiento, las discriminaciones... que han llevado a los profesionales a padecer estrés, burnout y especialmente grave el acoso laboral que va a repercutir en la asistencia y en la relación con los ciudadanos, quienes a su vez están descontentos con las grandes esperas para ser atendidos (en pruebas diagnósticas, quirúrgicas, urgencias, ambulancias...). La masificación, el mal trato... etc les genera estrés e insatisfacción pudiendo llegar a la violencia, convirtiéndose en un círculo "pescadilla que se muerde la cola" del que tenemos que salir.

la violencia en el sector sanitario

La violencia institucional alcanza tanto a los que brindan la atención sanitaria como a quien la recibe, no siendo reconocida como tal por los implicados y utilizándola como arma arrojadiza contra los que tienen enfrente (usuarios) o al lado (compañeros)

El nuevo modelo sanitario se centra en la curación individual y organicista, despreciando la parte psicosocial del enfermo; en el uso intensivo de la tecnología hospitalaria; en la figura del médico en detrimento del equipo; en la competencia como mecanismo de relación entre niveles asistenciales y en los incentivos económicos como motor de la eficacia y eficiencia del sistema, no valora la salud pública, la salud medioambiental ni la salud laboral.

Para Vicenç Navarro⁴¹, hay dos indicadores muy importantes para definir el grado de compromiso político de los gobernantes de un país con el sector sanitario público. Uno es el gasto sanitario público como porcentaje del PIB. En España el gasto sanitario no farmacéutico es el más bajo de la Unión Europea. Y el otro, el porcentaje de la población adulta empleada en los servicios sanitarios públicos; sólo el 2 por ciento en edad laboral trabaja en el sector sanitario público en España frente a un 5 por ciento en la UE.

También existe una precariedad alarmante en la estructura sociosanitaria⁴², basada principalmente en cuidadores informales. No hay una red sociosanitaria pública que atienda las necesidades de una población que ha aumentado su esperanza de vida y por tanto la demanda de asistencia; además las reformas de los servicios sanitarios, han desplazado los pacientes a los hogares con las altas tempranas y la ambulatorización de los procesos, la incorporación de la mujer a la vida laboral hace que no pueda seguir siendo la cuidadora familiar por excelencia, siendo insuficientes las políticas de conciliación de la vida laboral y familiar.

En las residencias de la tercera edad, las públicas son totalmente insuficientes, la mayoría son privadas o concertadas. En general tienen precios prohibitivos para la mayoría de la población y constituyen un presente y futuro negocio especulativo. Las condiciones laborales se caracterizan en este sector por salarios bajos, jornadas excesivas, riesgos laborales muy importantes: manipulación de cargas, posturas forzadas, factores de riesgo psicosocial, y escasez de plantillas que favorecen la dependencia de las personas mayores.

la violencia en el sector sanitario

En el sector de la salud mental la falta de recursos materiales, centros de salud mental, tratamiento domiciliario, ambulancias psiquiátricas y de recursos humanos hace que las listas de espera para tratar a estos pacientes aumenten el riesgo para los trabajadores y la población en general. Es urgente adaptar los recursos a las necesidades de la población, al mismo tiempo dando la formación adecuada a los trabajadores.

Pensamos que lo anterior repercute de manera importante en la satisfacción de los ciudadanos y en la generación de conductas violentas.

Ante las diferentes violencias nos surgen sentimientos que nos pueden paralizar como el miedo⁴³.

“Es el tiempo del miedo.

Los que trabajan tienen miedo de perder el trabajo.

Los que no trabajan tienen miedo de no encontrar nunca trabajo.

Quien no tiene miedo al hambre, tiene miedo a la comida.

La democracia tiene miedo de recordar y el lenguaje miedo de decir.

Miedo de la mujer a la violencia del hombre y miedo del hombre a la mujer sin miedo.

Miedo a los ladrones, miedo a la policía.

Miedo a la multitud, miedo a la soledad, miedo a lo que fue y a lo que puede ser, miedo de morir, miedo de vivir...

Vivimos en un mundo que prefiere la seguridad a la justicia y la libertad.

El miedo es la materia prima de las prósperas industrias de la sociedad privada y del control social. Una demanda firme sostiene el negocio. Quien más, quién menos nos vamos volviendo vigilantes del prójimo y prisioneros del miedo”.

Además, la violencia puede generar más violencia, convirtiéndose en un círculo cerrado de odio, inseguridad y miedo. Tenemos que intentar abrirlo.

la violencia en el sector sanitario

Con este trabajo hemos intentado conocer y poner de manifiesto las diferentes violencias que recorren el acto sanitario, reflexionando sobre sus posibles causas a través del análisis del discurso de los delegados de prevención y de los representantes de los ciudadanos en los grupos, y hemos escuchado en el seminario a representantes de diferentes instituciones y a especialistas de distintas disciplinas, hemos consensado pautas de actuación preventivas en el trabajo cotidiano de los delegados de prevención en sus centros de trabajo.

Las propuestas de actuación son muchas, unas lejanas en las que nuestra capacidad de intervención es escasa y muy difícil y otras más sencillas y cercanas; unas, dentro del ámbito de la salud laboral y por tanto realizables por los DP y los trabajadores en general y otras, en las que tendremos que implicar a todos los compañeros del sindicato e incluso a la sociedad si queremos erradicar las violencias del sector sanitario.

“Mientras no dirijamos el viento, trataremos al menos de orientar las velas”

El tema es muy amplio y excede y desborda este trabajo, quedando abiertos muchos interrogantes y temas a investigar y estudiar.

Es imprescindible elevar la calidad de las relaciones humanas y profesionales, impulsando el trabajo en equipos multidisciplinarios que potencien la cooperación y la solidaridad en lugar de la rivalidad y el abuso de poder. Lograr la humanización del trabajo, que permita gozar con su desempeño.

Potenciar la recuperación del enfermo, paciente, usuario como persona, proporcionándole una atención integral.

La colaboración de todos como ciudadanos es imprescindible, tenemos que erradicar el miedo.

“Somos andando” (Paulo Freire)

Contra la desorganización intencionada de las instituciones con sus fines perversos se plantea como necesario la organización permanente de los trabajadores sin divisiones para servir de contrapeso necesario, practicar la solidaridad e identificar el origen de la violencia es condición necesaria para poder prevenirla y atajarla.

la violencia en el sector sanitario



violencias visibles e invisibles que someten a las personas en torno al acto sanitario

la violencia en el sector sanitario

NOTAS

1. Sádaba, J.; "Una crítica ética a toda violencia". *Revista del Conocimiento*. Enero 1985. p. 81-93.
2. Rivera Vélez, F.; "Violencia y seguridad ciudadana". *Rev. Iconos* nº 7, FLACSO-Ecuador.
3. Carrión, F.: "De la violencia urbana a la convivencia". *Rev. Debate* nº 34. Ecuador, 1995. p. 69.
4. Organización Mundial de la Salud, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra 2002.
5. OIT, *La violencia en el trabajo, un problema mundial*. Comunicado de prensa. OIT/98/30.
6. Fernández Dols, J. Mª y otros. "Violencia y agresión", en *Tratado de Psicología Social*. Vol. II. Madrid, 2004.
7. Quiles del Castillo, M. N. y otros. *Psicología Social: procesos interpersonales*. Madrid, 1998.
8. Sanmartín, J. *La violencia y sus claves*. Barcelona, 2001.
9. Rof Carballo, J. "Consideraciones generales sobre la violencia". *Rev. del Conocimiento*. Enero 1985. p.108-146.
10. Ortega y Gasset, J. *El tema de nuestro tiempo*. Madrid 1933.
11. Deville, G. Y Lafargue, P. *El capital* (Marx). Siglo XXI, 1981.
12. OIT,OMS,CIE,ISP: *Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*. Ginebra 2002.
13. OIT, OMS, CIE, ISP. *Ops. Cit.*
14. OIT. *La violencia en el trabajo: un problema mundial*. Ginebra-Washington. 1998.
15. Di Martino, V. *Relaciones entre el estrés laboral y la violencia en el trabajo en el sector salud*. OIT, OMS, CIE, ISP.
16. Darakjian Fajardo, W, *Salud mental y derechos humanos*. Buenos Aires, p. 274.

la violencia en el sector sanitario

17. Arregui López, M^a.R. *Crisis de la modernidad y culturas laborales*. Buenos Aires. 2004, p 290.
18. Pérez Bilbao, J. y colaboradores. *Violencia en el lugar de trabajo*. Nota Técnica de Prevención 489. 1998.
19. Mingote Adán, J.C. *El estrés del médico. Manual de autoayuda*. Madrid, 1999.
20. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. F-24, *La violencia en el trabajo*. 2002.
21. Ponencia presentada por Olga Sebastián García en la Jornada Técnica Los Riesgos Psicosociales y su prevención: Mobbing, Estrés y otros problemas. Madrid, 2002.
22. García AM, Gadea R. *Estimación de la mortalidad y morbilidad por enfermedades laborales en España*. Arch. PRL 2004, 7(1)
23. Moncada, S., Llorens, C. y Sánchez, E. *Factores Psicosociales: la importancia de la organización del trabajo para la salud de las personas*.
24. Jasón Deveraux, Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el trabajo. *Estrés de origen laboral y trastornos musculoesqueléticos: ¿Existe algún vínculo?*.
25. NTP 604; "El riesgo psicosocial". Modelo demanda-control-apoyo social. INSHT.
26. Archivos de Prevención de Riesgos Laborales 6 (3): 139-145. Gimeno D. *Relación entre los factores de riesgo psicosociales laborales y la ausencia por razones de salud*.
27. NTP 704: "Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout"". INSHT
28. Datos anteriores a la ampliación de la Unión Europea.
29. NTP 476: *El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing*. INSHT
30. Lorenz, K. *Consideraciones sobre las conductas animal y humana*. Manchen, 1965.

la violencia en el sector sanitario

31. Leymann, H. *Mobbing: La persecution au travail*. Seuil, 1996.
32. Scialpi, D. (2001) "La violencia en la gestión de personal de la Función Pública como condición necesaria para la corrupción en el Estado". *Revista Probidad*, nº 14. Argentina.
33. Hirigoyen, M. F. *El acoso moral en el trabajo*. París 2001.
34. Buzzaqui, A. y Uris, J. "El grupo de discusión. Una herramienta para la investigación en atención primaria". *Actualización*, volumen 4, nº 7. 1997
35. Ibáñez, J. *Más allá de la Sociología. El grupo de discusión: Técnica y crítica*. Madrid, 1979.
36. Jacques, E., *Los sistemas sociales como defensa contra las ansiedades persecutoria y depresiva*. Buenos Aires 1965.
37. Paredes, A. y Paravic, T. "Percepción de la violencia y factores asociados según usuarios de un consultorio y postas de salud". Concepción, Chile. *Ciencias de enfermería*. Junio 2006. Volumen 12 nº 1
38. Chapell, D. y Di Martino, V. (1998). *Violence at work*. Ginebra: International Labour Organization.
39. Burgos, M.; Paravic, T. (2003). *Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público*. Universidad Concepción Chile.
40. Barriga, S. (1988), *Salud y Comunidad*. Sevilla. Diputación.
41. Navarro, V.; *Bienestar insuficiente, democracia incompleta*. Barcelona, 2002.
42. González Medel, J.; "Los ciudadanos y el sistema sanitario". *Rev. Salud 2000*, nº103, Madrid, Septiembre 2005.
43. Galeano, E. *Patatas arriba. La escuela del mundo al revés*. Siglo XXI. España 1998.

la violencia en el sector sanitario



violencias visibles e invisibles que someten a las personas en torno al acto sanitario

la violencia en el sector sanitario

ANEXO

DIRECTRICES MARCO

“La Organización Internacional del Trabajo, la Organización Mundial de la Salud, el Consejo Internacional de Enfermeras y la Internacional de Servicios Públicos,20, conscientes de que la violencia laboral afecta a la dignidad de millones de personas en todo el mundo, que constituye una amenaza grave contra la eficiencia y el éxito de las organizaciones y causa perturbaciones inmediatas y a veces a largo plazo, de las relaciones entre personas, de la organización del trabajo y de todo el entorno laboral, entre los años 2000 y 2002 realizaron un trabajo conjunto sobre la VIOLENCIA LABORAL EN EL SECTOR DE LA SALUD, fruto del cual, elaboraron unas Directrices Marco cuya finalidad es “estimular y orientar iniciativas en los planos internacional, nacional y local.

Consideran, que la violencia laboral es demasiado elevada y que hay que actuar urgentemente, por lo que hacen una serie de recomendaciones a las administraciones, empleadores, trabajadores, órganos profesionales y a la comunidad en general para reducir y eliminar la violencia.



225

Administraciones

- Tienen que hacer de la reducción/supresión de la violencia en el trabajo en el sector de la salud una parte esencial de las políticas y planes nacionales, regionales y locales sobre salud y seguridad laboral, protección de los derechos humanos, sostenibilidad económica, desarrollo empresarial e igualdad de los géneros.
- Promover la participación de todas las partes a las que interesan esas políticas y planes.
- Revisar el derecho laboral y otra legislación, e introducir legislación especial cuando sea necesario.
- Conseguir el cumplimiento de esa legislación.
- Tratar de que en los acuerdos nacionales, regionales, sectoria-

la violencia en el sector sanitario

les, de trabajo y entre empresas se incluyan disposiciones encaminadas a reducir y suprimir la violencia laboral.

- Fomentar la aplicación de políticas y planes en el lugar de trabajo que vayan destinados a combatir la violencia laboral.
- Lanzar campañas de concienciación sobre los riesgos de la violencia laboral.
- Coordinar los esfuerzos de las distintas partes interesadas.

Empleadores

- Los empleadores y sus Organizaciones deben facilitar y promover lugares de trabajo libres de violencia.
- Reconocer su responsabilidad general de asegurar la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores y la supresión de todo riesgo previsible de violencia en el lugar de trabajo, según la legislación nacional y la práctica.
- Crear un clima de rechazo de la violencia en sus Organizaciones.
- Evaluar habitualmente la incidencia de la violencia laboral y los factores que favorecen la violencia en el trabajo o la generen.
- Elaborar políticas y planes para combatir la violencia y establecer los necesarios mecanismos de vigilancia y una serie de sanciones.
- Consultar con los representantes de los trabajadores acerca de la preparación de esas políticas y planes y sobre cómo aplicarlos.
- Introducir todas las medidas y procedimientos, preventivos y de protección que sean necesarios para reducir y suprimir los riesgos de la violencia laboral.
- Dar una adecuada información, instrucción y formación en lo referente a la violencia en el trabajo.
- Prestar asistencia de corto, medio y largo plazo, incluida la asistencia jurídica, a todos los afectados por la violencia en el trabajo, según sea necesario.

la violencia en el sector sanitario

- Dar una especial consideración a los riesgos concretos a que se enfrenta cada una de las categorías de trabajadores de atención de salud, y a los riesgos que presentan ciertos entornos de trabajo en ese sector.
- Fomentar activamente la conciencia de los riesgos y de las consecuencias destructoras de la violencia laboral.
- Facilitar sistemas adecuados de información.
- Establecer mecanismos de acopio de datos e información en el sector de la violencia laboral.

Trabajadores

- Seguir las políticas y procedimientos laborales.
- Cooperar con el empleador para reducir y suprimir los riesgos de violencia en el lugar de trabajo.
- Asistir a programas de formación y adiestramiento.
- Comunicar los incidentes, aun los de poca importancia.
- Contribuir activamente a fomentar la conciencia de los riesgos, consecuencias y sanciones relacionados con la violencia laboral.

Buscar orientación y consejo cuando se encuentren en situaciones que pueden conducir a la violencia laboral.

Órganos profesionales

- Los sindicatos, consejos y asociaciones profesionales deben participar, contribuir o lanzar iniciativas y mecanismos encaminados a reducir y eliminar los riesgos relacionados con la violencia laboral.

Esto incluiría:

- Promover la formación del personal de salud, en lo que se refiere a los riesgos de la violencia laboral y a los mecanismos para prevenirla, identificarla y solucionarla.
- Perfeccionar los procedimientos de acopio de datos y promover

la violencia en el sector sanitario

el acopio de esos datos.

- Incorporar en sus códigos deontológicos y de la práctica profesional cláusulas de prohibición total de cualquier incidente de violencia en el lugar de trabajo.

- Promover que se incorpore en los procedimientos de acreditación de las instituciones de atención de salud un requisito de medidas encaminadas a impedir la violencia en el lugar de trabajo.

- Procurar que se incluya disposiciones destinadas a reducir o suprimir la violencia laboral en los acuerdos de ámbito nacional, sectorial o de empresa.

- Fomentar la preparación de políticas y planes en el lugar de trabajo destinadas a combatir la violencia laboral.

- Contribuir activamente a fomentar la conciencia de los riesgos que comporta la violencia en el lugar de trabajo.

- Dar apoyo a las víctimas de la violencia laboral, inclusive apoyo jurídico si lo precisan".

- Los DP apoyamos las recomendaciones de las Directrices Marco y pondremos todo nuestro empeño en que se lleven a cabo por las partes implicadas.

El mayor porcentaje de siniestralidad en el sector sanitario es causado por la violencia, tanto física como psicológica hacia los trabajadores, sin olvidar la importancia de los distintos riesgos laborales motivados por manipulación de productos químicos, biológicos, radioactivos, etc, propios de esta actividad.

La violencia física hacia los profesionales del sector sanitario es un fenómeno que ha ido instalándose y aumentando de forma alarmante en los últimos años y por diversos motivos. La masificación de la sanidad, los tiempos de espera en los centros sanitarios, unidos a los niveles de preocupación y de ansiedad con que los ciudadanos acuden a estos centros, generan situaciones con episodios de violencia, en muchos casos con utilización de armas blancas e incluso de fuego. La violencia psicológica se presenta en forma de estrés, burnout o síndrome del quemado y el mobbing o acoso laboral.

Esta publicación pretende ser un instrumento que permita a los profesionales conocer las causas que generan esta violencia, poder detectarlas y prevenirlas, y sobre todo saber cómo actuar en cada caso.