



**LAS
DIFERENTES
CARAS
DE LA
VIOLENCIA
EN LA
SALUD**

LAS DIFERENTES CARAS DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD

AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente

Dr. PEDERSOLI CASTELLANI, LUIS MARTÍN

Vicepresidente

Dr. VARALLO, JORGE CRUZ

Secretario General

Dr. FERNÁNDEZ CASTILLO, JUAN

Prosecretario

Dr. FLAHERTY, PATRICIO

Tesorero

Dr. BENÍTEZ, PABLO

Protesorero

Dr. BARRALES, JULIÁN

Vocales Titulares

Dr. FERNÁNDEZ, JUAN BAUTISTA

Dr. QUINTANS, GASTÓN

Dra. ARIAS, LAURA

Dr. MASSÓN, NICOLÁS

Dr. PÉREZ, RICARDO HUGO

Vocales Suplentes

Dra. PIRIS, CAROLINA

Dr. MAGRI, SEBASTIAN

Dr. BORDÓN CUETO RÚA, RAFAEL

Dr. ROGGIERO, RODRIGO

Revisores de Cuentas Titulares

Dr. SARMIENTO, CARLOS

Dr. MAIZ, MARCELO

Dr. MACIEL PABLO

Revisor de Cuentas Suplente

Dra. BRIVIDORO, LUCIANA

INSTITUTO DE POLÍTICAS SOCIALES PARA ARGENTINA (IPSOAR)

AUTORIDADES

Presidente

IGNACIO F. LARA

Vicepresidente

CAROLINA GONZÁLEZ

Secretario

PATRICIO ALARCÓN

Tesorero

GUSTAVO A. STELLA

Vocales Titulares

LEONARDO D. LOMBARDI

MARÍA GABRIELA LARA

Revisores de Cuentas Titulares

RODRIGO POSSE KORTSARZ

BLAS TOLEDO

ANDRÉS DE CHARRAS

Revisor de Cuentas Suplente

LEONEL DE CHARRAS

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue desarrollada por equipos interdisciplinarios. A continuación se detallan los créditos de la misma:

Coordinación General de la Investigación

ALARCÓN, PATRICIO
GONZÁLEZ, CAROLINA
LARA, IGNACIO FERNANDO

Asesoramiento Metodológico

TOLEDO, BLAS

Marco Teórico

ARTURI, YANINA

Módulo Análisis Comunicacional

FERNÁNDEZ, MARIANO

Módulos Cualitativo y Cuantitativo

BATIZ, MAGALÍ
GONZÁLEZ, ANDREA
GUZMÁN, EDUARDO
MUÑOZ, LAURA

Diseño y Edición

LARA, LAURA

Prólogo

La violencia se ha transformado en un fenómeno social extendido de gran interés para las Ciencias Sociales, en cuanto problemática social transversal y constante de la realidad social. Sin embargo, pareciera ser que pocas veces se tiene claridad acerca del concepto, haciéndose fundamental preguntarse acerca de su significación y sus alcances. En este sentido, la violencia en los ámbitos de la salud también es una constante, a la vez que no se realizan estudios en profundidad intentando contar con información fidedigna y de primera mano.

La violencia, como fenómeno en los ámbitos de la salud, parece haberse instalado en nuestra cotidianeidad y haber tomado especial relevancia en nuestros días. Su constante escalada y repercusión en los medios de comunicación masiva hacen suponer que es un fenómeno moderno. Sin embargo, es imposible concebir nuestra propia historia, individual y colectiva, ausente de violencias diversas, implícitas y explícitas, de mayor relevancia o naturalizadas en nuestra cotidianeidad. La salud no es una excepción.

Podríamos especular que lo que hoy en día entendemos por violencia es lo mismo que se ha entendido por ella a lo largo de nuestra historia, pero parece claro que su significado actual no se ciñe estrictamente a las definiciones heredadas de años pasados. Muchas de las prácticas que hoy se consideran violentas han sido consideradas naturales en otras épocas de la humanidad. Sólo por dar algunos ejemplos, podríamos referirnos a la violencia de género, a la violencia intrafamiliar, o bien, a la violencia estatal en sus sentido más amplio.

Existe tal preocupación e importancia en nuestros días por el fenómeno de la violencia en general, que es posible pensar incluso que se constituye desde algún momento del siglo XX como una nueva disciplina académica, obteniendo realidad social desde diversas facetas, alimentándose de diferentes perspectivas teórico-metodológicas y situándose en un lugar transversal. Esta transversalidad que ostenta la violencia en tanto problemática, ha generado múltiples discursos en varias disciplinas, intentando desde diversos ámbitos conceptualizarla en su especificidad, refiriéndose a ellas desde el ámbito determinado donde ocurre el fenómeno. La literatura actual se refiere cada vez más a violencias específicas (escolar, intrafamiliar o de género, por citar sólo algunas). Sin embargo,

a pesar de que en otros lugares del mundo los estudios sobre la violencia en la salud son prolíficos y en aumento, en nuestro país no encontramos tal nicho académico, ni un interés que exceda lo pensable y noticioso.

Esta práctica y abordaje sobre el problema, que es común en la actualidad, tiene repercusión en la forma de significar y abordar el fenómeno, generando la impresión de que se puede entender e intervenir las manifestaciones señaladas de forma aislada, invisibilizando de esta manera, las dinámicas sociales e históricas en que se (re)producen los fenómenos de violencia.

Desde la Agronomía Médica Platense estamos convencidos que es necesario un análisis que nos permita el reconocimiento de la complejidad del fenómeno de la violencia en los ámbitos de la salud. Esto debido a que existen diferentes perspectivas que intentan abordar y aproximarse al fenómeno.

Si bien el fenómeno que pone en el centro de la escena al binomio "violencia-salud" es complejo, se nos hace imprescindible, como un punto de partida, proponer provisoriamente una conceptualización de violencia para poder interpretar nuestra realidad y las situaciones que a diario nos toca atravesar, así como también poder colaborar a diseñar políticas públicas para mitigar y solucionar esta problemática.

En principio, todos entendemos por violencia todas aquellas relaciones que significan un perjuicio -ya sea físico, psicológico o de exclusión- para alguno de los implicados, pudiendo ser debida a causas sedimentadas en la estructura social, estructura laboral o en la misma cultura. Las instituciones médicas y los equipos de salud no están exentos del fenómeno de la violencia. En los últimos años, y de manera creciente, han proliferado los hechos violentos dentro de los espacios de la salud, y los mismos no se circunscriben únicamente a las urgencias médicas y a las guardias, ni tampoco a la agresión de pacientes hacia los médicos. La violencia se manifiesta de diferentes modos, y en diversas instancias -explícitas e implícitas- las situaciones de violencia repercuten sobre los profesionales, los equipos técnicos y administrativos, los pacientes, y se materializan no sólo en acciones de violencia física, sino también a partir de la falta de insumo, malas condiciones edilicias, falta de sueño, estrés, exceso de horas de trabajo, falta de personal, y diversas variables que complejizan el escenario.

Es por esta trama amplia y enmarañada, que pone en jaque al sistema de salud en su conjunto, que desde la Agronomía Médica

Platense hemos considerado fundamental abordar la problemática, ponerle el cuerpo, y realizar una investigación que permita conocer de manera directa los modos y circunstancias en que la violencia se manifiesta en los ámbitos de la salud. Cabe destacar que esta decisión se funda en la profunda convicción que esta Institución posee de incidir en las políticas públicas sobre salud, erigiéndose en un espacio de construcción política que tenga en el centro de sus acciones a los médicos, a los pacientes, pero por sobre todas las cosas, que se comprometa con la realidad y colabore desde sus posibilidades a un futuro mejor.

Dr. Luis Martín Pedersoli Castellani
Presidente
Agremiación Médica Platense

Prólogo

A finales de 2016 la conducción de la Agronomía Médica Platense (AMP) nos propuso el desafío de desarrollar y coordinar una investigación que centrara la atención en el problema de la violencia en los ámbitos de la salud. Conscientes del mismo, y teniendo muy presente la ausencia de trabajos específicos sobre la temática en la ciudad de La Plata, consideramos que era una muy promisoriosa posibilidad de ejecutar y plasmar el trabajo conjunto que pueden llevar adelante entidades intermedias en pos de analizar la realidad, las políticas públicas y realizar aportes para su perfeccionamiento y superación.

El Instituto de Políticas Sociales para Argentina (IPSOAR) está conformado por personas provenientes del ámbito universitario, profesionales y trabajadores/as del sector público y privado. Desde su inicio tuvo como principal objetivo enfocar sus conocimientos y capacidad de trabajo en proyectos que unan a diferentes actores de la comunidad, con el fin de favorecer la defensa de derechos humanos, la igualdad y la inclusión social. Llevamos adelante distintas estrategias de intervención a través de las cuales se pretende incidir en la realidad social, para fortalecer el trabajo de las instituciones de la sociedad civil y los organismos que tienen a su cargo la gestión de políticas públicas, con el propósito de potenciar aquellas buenas prácticas que permiten avanzar hacia mayores niveles de acceso y goce de derechos.

Por estos motivos aceptamos el desafío propuesto por la AMP, con la convicción de que la producción de insumos permitirá diagnosticar y evaluar estrategias de intervención, tanto estatales como no gubernamentales. A su vez, buscamos generar aportes para que las buenas prácticas detectadas puedan efectivamente alcanzar sus propósitos, colaborando con el fortalecimiento del sistema democrático y, como consecuencia, contribuyendo al mejoramiento de las condiciones de vida de la sociedad. Particularmente, en este trabajo nos enfocamos en la salud, comprendida como un derecho de las personas y como una obligación para los Estados; y por otra parte a la violencia, entendida desde su polisemia y multidimensionalidad, como una problemática que atraviesa a todos y en todos lados.

Desde IPSOAR nos propusimos desarrollar la investigación *“Las Diferentes Caras de la Violencia en la Salud”* mediante un abordaje

de la violencia en los ámbitos de la salud con una visión multidisciplinaria, incluyendo tanto las ciencias sociales como las ciencias médicas. En este sentido, se presenta una propuesta que contempla estudios y análisis cualitativos y cuantitativos sobre el estado de situación de este tema desde el ámbito normativo, sociológico, politológico, comunicacional y –necesariamente– desde la actividad misma de los y las trabajadores/as del sector de la salud.

Esta investigación tiene como finalidad generar conocimiento referido a la problemática de la violencia en los ámbitos de la salud, contribuyendo a elaborar los diagnósticos y la información necesaria para la toma de decisiones públicas. Debemos destacar que para llevar adelante esta empresa, contamos con profesionales de diversas disciplinas como son el Derecho, las Ciencias Políticas, las Ciencias Económicas, la Sociología, la Filosofía, la Comunicación Social, el Diseño y Comunicación Audiovisual. Estas distintas trayectorias confluyeron en la articulación de experiencias, que redundan en un proyecto colectivo destinado a dotar de ulteriores insumos a la AMP en su interacción con los profesionales de la salud y con los tomadores de decisiones, en modo de poder incidir en el diseño, implementación y monitoreo de políticas públicas tendientes a abordar esta problemática.

Desde IPSOAR agradecemos la oportunidad de haber trabajado de manera conjunta con la Agronomía Médica Platense en un tema tan sensible y de tanta relevancia para la comunidad en general, y en especial para quienes día a día trabajan en los ámbitos de la salud, esperando contribuir con nuestro aporte a un mejor abordaje de las violencias, en todas sus formas y expresiones.

Equipo
Instituto de Políticas Sociales para Argentina
IPSOAR

Índice

I. Introducción

II. Marco conceptual sobre violencia hospitalaria

- A. La violencia: una mirada desde las ciencias sociales
- B. Acerca de la violencia en el ámbito de la salud
- C. A modo de reflexión

III. Tratamiento mediático de casos de violencia en los ámbitos del sistema de salud: estrategias de tematización y posiciones de observación

- A. El uso de los medios
- B. Identificación y registro de las fuentes
- C. Tematización
- D. Consideraciones finales

IV. Percepciones y valoraciones de los modos que asume la violencia en los ámbitos hospitalarios de parte de quienes allí trabajan

- A. Antecedentes y Metodología
 - 1. Antecedentes nacionales
 - 2. Apartado metodológico
 - Perspectiva y técnica de recolección de datos*
 - Universo, muestra y unidad de análisis*
- B. Algunas consideraciones conceptuales
- C. Resultados de la investigación
 - 1. Violencia externa: una aproximación descriptiva
 - Sobre víctimas y victimarios. Un análisis relacional*
 - Lugares, horarios, escenarios de la violencia*
 - Disparadores de violencia. Motivos y tipos de manifestaciones*
 - 2. Violencia interna: una radiografía de las violencias estructurales dentro del sistema de salud
 - 3. Consecuencias de la exposición a la violencia
 - Naturalización de la violencia*

Consecuencias de la exposición a la violencia para la vida personal y /o laboral de los/as trabajadores/as

4. Estrategias para prevenir y enfrentar la violencia en los hospitales
Estrategias institucionales: denuncias, protocolos, capacitaciones y seguridad
Sobre la formación universitaria
Estrategias informales: estrategias individuales, contención, apoyo, solidaridad entre compañeros/as
5. Lo público y lo privado: escenarios diversos, violencias diversas, continuidades y rupturas
6. Propuestas para enfrentar la problemática

V. Estudio cuantitativo de la violencia en ámbitos hospitalarios de la plata desde la perspectiva de sus trabajadores/as

- A. Consideraciones conceptuales
 1. Violencia en el ámbito de la salud
- B. Metodología
 1. Muestra
 2. Trabajo de campo
- C. Resultados
 1. Descripción de la muestra y perfil de los/as encuestados/as
 2. Violencia
Violencia externa
Violencia interna
Consecuencias de la violencia en la salud de los/as trabajadores
Representaciones en torno a la violencia
 3. Análisis de la violencia para el universo de los/as médicos/as
 4. Comentarios y sugerencias

VI. Consideraciones Finales

VII. Anexos

VIII. Bibliografía

I. Introducción

En los últimos años hemos asistido en Argentina, así como en toda la región, a un incremento de la violencia interpersonal en los diferentes ámbitos en que se desarrollan estas relaciones. Además de ello, se advierte un incremento y una transformación de las manifestaciones de estas violencias interpersonales que irrumpen en ámbitos que antes parecían inmunes a ese tipo de episodios. Así, la violencia en el ámbito laboral no aparece como algo nuevo ni tampoco estrictamente localizable en un determinado espacio geográfico o algún sector ocupacional específico. Sin embargo, los hospitales -entre otras instituciones- son ahora escenario de dichas manifestaciones violentas que van desde amenazas, violencia verbal, hasta física, poniendo en riesgo la salud y la integridad de las personas que allí trabajan, en detrimento de la atención de la salud de toda la comunidad. Estos fenómenos de violencia, que ponen en juego uno de los pilares fundamentales de los servicios que una sociedad necesita para su desarrollo -como es el sector de la salud-, es inextricable de aquello que sucede en el contexto en el cual operan los distintos profesionales y trabajadores del mismo.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2016), en términos generales, la violencia -sea esta autoinfligida, interpersonal o colectiva- produce más de 1,3 millones de muertes en todo el mundo (lo cual representa el 2,5 de la mortalidad mundial), afectando especialmente a la población que se encuentra en la franja etaria entre los 15 y 44 años. Como señala PalucciMarziale, la violencia se erige como un "problema social y de salud pública que amenaza el desarrollo de los pueblos, afecta la calidad de vida y desgasta el tejido social" (2004, p. 151).

Como podremos desentrañar a lo largo de las secciones que forman parte de este trabajo de investigación, distintas organizaciones internacionales y regionales, así como también diversas organizaciones de la sociedad civil, vienen documentando el fenómeno de la violencia en el ámbito de la salud desde hace años. A este respecto, vale la pena mencionar el programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud presentado en 2002 por la Organización Internacional del Trabajo, la Organización Mundial de la Salud, el Consejo Internacional de Enfermeras y la Internacional de Servi-

cios Públicos (OIT, 2002), que apunta a hacer frente a las situaciones de violencia que padecen quienes trabajan en este sector.

De dicho informe se desprende que el sector de la salud es especialmente propicio para que se materialicen situaciones de violencia laboral, dado que es allí donde se producen el 25% de las mismas. A su vez, continúa el informe, la violencia que ocurre en el sector de la salud sería una expansión de las múltiples violencias -como la doméstica o la callejera- que se reproducen en este tipo de ámbitos. Así, los estudios a los que se hace mención darían cuenta de la universalidad de la violencia laboral en el ámbito de la salud, en el cual más de la mitad de quienes allí trabajan manifiestan haber padecido un hecho de violencia (OIT, 2002).

Considerando lo anterior, es posible abordar la violencia en los hospitales desde diversas aristas: el modo en el cual se encuentra enmarcado el trabajo y la organización de los hospitales (que incluye el accionar de los/as médicos/as, enfermeros/as y el universo de trabajadores/as que están presentes en estas instituciones), el contexto social más general en el cual se inserta la problemática de la violencia en estos sectores específicos y los aspectos más vinculados a la situación individual de las personas que acuden a los centros de salud. Vale la pena mencionar que, hasta el momento, el mayor énfasis sobre la problemática de la violencia en el ámbito de la salud pareciera enfocarse mayormente sobre esta última dimensión, perdiendo de vista la complejidad que implica la consideración de las otras dos.

Retomando las palabras de Palucci Marziale, la violencia en los ámbitos de la salud exceden el hecho en sí de la agresión hacia quienes se desempeñan laboralmente en éstos -algo que ya de por sí exige un análisis y una respuesta para solucionarlo-, sino que "coloca en peligro la calidad de la asistencia prestada, la productividad y el desarrollo; [... a la vez que] sus consecuencias repercuten considerablemente en la eficacia de los sistemas de salud sobre todo en países en desarrollo" (PalucciMarziale, 2004, p. 151).

Sin embargo, el tratamiento de la violencia en el ámbito de la salud, en cuanto problema público, se posiciona como un espacio cuya definición y abordaje es aún terreno de visiones e intereses encontrados, y es así que cobra sentido, por un lado, abordar las miradas de los distintos sectores sobre el mismo, así como también analizar el rol del mismo Estado, el cual tiene la misión -como con el universo de problemas públicos- de tomar posición y proponer estrategias de intervención y abordaje.

Como gran parte de los problemas a los que debe atenderse desde el Estado, la violencia -tanto en términos generales como las que se experimenta en los hospitales- es un fenómeno multicausal y está enraizado históricamente con otros procesos concomitantes. Resulta fundamental, de este modo, que las acciones dispuestas por el Estado cumplan con los requisitos de coordinación e integralidad señalados por Acuña (2010), en modo de aumentar la eficiencia en el uso de los recursos invertidos en programas y políticas públicas. A su vez, siguiendo con este razonamiento, se requiere un accionar coherente y sistémico que evite el cortoplacismo.

Los medios de comunicación han brindado cada vez mayor espacio a las noticias vinculadas al tema, visibilizando la problemática, e instalándolo en la agenda pública, aunque sin profundizar en sus motivos y características específicas. La escasez de investigaciones y/o estudios científicos sobre la violencia en los hospitales en Argentina fundamenta la necesidad de estudiar el fenómeno con dicha perspectiva para arribar a resultados que permitan ofrecer respuestas efectivas en las áreas correspondientes.

El municipio de La Plata no escapa a las cuestiones anteriormente descritas. Por ser la capital de la Provincia de Buenos Aires, es sede de 15 hospitales públicos provinciales además de contar con una gran cantidad de clínicas de gestión privada. Este trabajo pretende aportar al conocimiento general de la temática desde el caso particular de los/as trabajadores/as de la salud de la ciudad de La Plata.

Por todo lo antes mencionado, desde la Agronomía Médica Platense e IPSOAR nos hemos planteado el abordaje de la violencia en dichos ámbitos desde una visión multidisciplinaria, incluyendo tanto las ciencias sociales como las ciencias médicas. En este sentido, se presenta una propuesta que contempla estudios y análisis sobre el estado de situación de este tema desde distintos enfoques, intentando identificar asimismo propuestas de intervención específicas.

Esta investigación tiene como finalidad generar conocimiento referido a la problemática de la violencia en los ámbitos de la salud, contribuyendo a elaborar los diagnósticos y la información necesaria para la toma de decisiones públicas. A su vez, se apunta a dotar de ulteriores insumos a la Agronomía Médica Platense en su interacción con los/as profesionales de la salud y con los/as tomadores de decisiones, en modo de poder incidir en el diseño, implementación y monitoreo de políticas públicas tendientes a abordar esta problemática.

Es así que el trabajo se divide en cinco secciones. En la primera, se

expondrá un marco teórico-conceptual sobre la violencia hospitalaria, en modo de ir delineando un esquema interpretativo desde el cual abordar la violencia, tanto en un sentido amplio como aquella que acontece en los distintos ámbitos de la salud.

En segundo lugar, se analizará la cobertura mediática sobre los casos de violencia en ámbitos de la salud, en modo de poner de manifiesto la función institucional de los medios –entendidos no sólo como intermediarios sino como un actor más que interacciona con otros actores (instituciones estatales, dirigentes, organismos privados) con una función definida de producir atención pública. A su vez, en este mismo apartado, se buscará identificar las fuentes –explícitas o implícitas– que permitan trazar un recorrido de la información, desde el acontecimiento de referencia hasta su publicación. Por último, se apuntará a poner en evidencia las regularidades en los modos de informar (o tematización) sobre casos de violencia en ámbitos de la salud, ya que solo de esa manera se puede confirmar la existencia de ciertos consensos de concepción sobre los hechos informados.

Por otra parte, el proyecto incluye estudios sociológicos, cuantitativos y cualitativos, que buscarán dar cuenta de las representaciones que tienen los/as trabajadores de la salud sobre las situaciones de violencia en donde trabajan, las modalidades que asume la misma y los efectos sobre sus vidas. De este modo, su busca: indagar acerca de las representaciones, opiniones, percepciones que tienen los/as trabajadores de la salud acerca de la violencia en los ámbitos hospitalarios donde trabajan; determinar los efectos que este fenómeno tiene sobre sus actividades laborales y en sus vidas en general e identificar las estrategias que despliegan para enfrentar estas situaciones.

Por último, en las consideraciones se delinearán algunos de los emergentes del trabajo de investigación, así como se pondrá en evidencia la orientación prescripta para el abordaje de la temática bajo análisis.

II. Marco conceptual sobre violencia hospitalaria

En la actualidad, determinados organismos internacionales, tales como la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (en adelante, OIT), reconocen la violencia como un obstáculo para las naciones en la tarea de garantizar la calidad de los servicios públicos en la atención a la salud. En virtud de ello, la conceptualización, medición y análisis de las conductas violentas en estos ámbitos, así como la comprensión de sus motivaciones y factores asociados, fueron establecidos como desafíos prioritarios destinados a orientar las acciones de atención y prevención de dicha problemática (Scialpi, 2002).

Asimismo, los hechos de violencia han cobrado especial relevancia, no sólo por sus consecuencias, subjetivas y objetivas, sino porque sus causas y métodos de resolución constituyen materia de debate actual, siendo utilizados -en reiteradas oportunidades- como argumentos para promover políticas de mano dura y tolerancia cero, las cuales generan paradójicamente un incremento de espacios propicios para la manifestación de la violencia (Karol, 2014). En la Argentina de los últimos años, se han propuesto y llevado a la práctica medidas que apuntaron a la implementación de penas más duras y al otorgamiento de mayor poder a las fuerzas policiales, anunciadas bajo los llamados contextos de "emergencia", sin haber llegado a mejoras concretas en materia de seguridad ciudadana o disminución de la violencia (CELS, 2014).

El presente apartado tiene como objetivo realizar un recorrido teórico desde distintas perspectivas y corrientes, con el fin de elaborar, en primer lugar, un marco interpretativo que permita analizar la temática de la violencia en diferentes contextos, y en segundo lugar, abordar la particularidad que representa este fenómeno en los espacios propios de los establecimientos de salud.

A. La violencia: una mirada desde las ciencias sociales

Para entender el concepto de violencia a partir de los estudios realizados desde las ciencias sociales, es fundamental distinguir dos niveles de análisis: en primer lugar, aquel que refiere a la explicación causal del fenómeno y, en segundo lugar, a la comprensión del mismo. En la sociología, específicamente, las teorías que ponen el acento en la explicación causal de los fenómenos sociales tienden, en mayor o menor medida, a poner un énfasis en la implicancia de las condiciones "estructurales", mientras que las teorías que ponen el foco a la participación del sujeto otorgan un cierto privilegio a la comprensión de la acción (Botello, 2003). No obstante, en tiempos recientes, estas discusiones teóricas o paradigmas tradicionales resultan parciales si se los considera de manera aislada, y han sido utilizados por diversos autores de forma complementaria para el abordaje de la violencia, la cual según Botello (2003) se manifiesta "por la confluencia de distintos factores sociales, culturales e individuales" (2003, p. 119).

A partir de estas explicaciones, Bourdieu (1990) afirma que la forma que tienen los sujetos de apropiarse y entender la realidad, y que además les permite poder interactuar en el conjunto social, está compuesta de dos elementos: el primero, que tiene que ver con las condiciones sociales del individuo; y el segundo, que consiste en las interacciones sociales históricamente constituidas. Mientras el primero hace referencia a las condiciones objetivas, el segundo refiere a las condiciones subjetivas. Ambos elementos intervienen en la construcción del imaginario social que poseen los sujetos, proporcionándole sentido tanto a la estructura, por ejemplo, una clase social a la que pertenece, como al individuo que forma parte de ella, crea una determinada valoración y establece su acción. De esta manera, "las expresiones de violencia están ancladas en las condiciones objetivas en las que se encuentran sumidos los grupos sociales pero, al mismo tiempo, en las 'decisiones' estratégicas de los sujetos anclados en dichas condiciones objetivas" (Bourdieu 1990, en Botello 2003, p. 126).

De estas corrientes teóricas, propias de la sociología, es posible desprender que todo estudio que procure indagar sobre los usos y el significado que adquiere la violencia deberá elaborar un modelo de interpretación que permita articular

/... en primer lugar las condiciones estructurales -sociales e institucionales- que han permitido un caldo de cultivo favorable a la distancia social y, por ende, a la violencia, poniendo atención a la evaluación que hacen de ella los distintos actores para, finalmente comprender la constitución de una serie de valores y símbolos fuertemente arraigados al fenómeno de la violencia (Bourdieu 1990, en Botello 2003, p. 141).

Esto, finalmente, daría lugar a la complementariedad entre el análisis explicativo de la violencia, y aquel que surge del sentido que le otorgan a ella los individuos, grupos e instituciones sociales.

Para explorar sobre la forma y el sentido que adquiere la problemática de la violencia en las sociedades contemporáneas es necesario recuperar -entre otras dimensiones- el lugar que ocupan las ciudades, en tanto son entendidas como constitutivas de dicho fenómeno social. Al mismo tiempo, incluir al análisis el papel de los escenarios urbanos contribuye a no perder de vista las formas de fragmentación y segregación del espacio, producidas por los procesos de distribución, organización jerárquica y desigual del territorio. Esta división socio-espacial refuerza la exclusión social y económica, dando lugar a la conformación de estereotipos y prejuicios, como así también al debilitamiento de los lazos que contienen las relaciones interpersonales y la naturalización de prácticas violentas (Svampa, 2005). En palabras de Schatcher (2014):

La base está en la forma de apropiación y producción del espacio del capitalismo tardío, que genera una urbanización cada vez más caótica y agresiva, una disociación entre los flujos globalizados y el asentamiento en los lugares, una urbanización sin ciudad, cuya consecuencia es el crecimiento exponencial de la conflictividad y las contradicciones que se potencian ante la densidad de la urbe y la creciente degradación y hostilidad de la vida cotidiana.

Siguiendo a este autor, estos espacios urbanos son concebidos “no sólo como escenarios en los que transcurre una parte sustancial de estas relaciones sino como dispositivos productores de violencia” (Schachter, 2014).

De este modo, la violencia interpersonal aparece de manera simultánea a otra violencia de carácter más social, o también llamada por diversos autores (García, Mendoza, Robayo y Durán, 2015) violencia

estructural. Este tipo de violencia se origina como consecuencia de las desigualdades en la estructura social, y emerge en tanto funciona como un impedimento para la satisfacción de las necesidades de sectores que se encuentran excluidos del acceso a los derechos básicos. Los efectos de esta violencia son derivaciones directas de las políticas económicas de corte neoliberal, que producen y reproducen el deterioro de las condiciones de vida de la población. Todo esto, sumado a la percepción de riesgo e inestabilidad, abona la tendencia a la multiplicación de estallidos emocionales -individuales y colectivos- (Schachter, 2014) que afectan de manera negativa los marcos tradicionales de integración social (Svampa, 2000). Según Marcuse (1971):

En las sociedades tecnológicas capitalistas la contradicción básica, el conflicto entre la vasta riqueza social en aumento y las amplias capacidades también en aumento, de dominio de la naturaleza, por una parte, y por otra el uso represivo que se hace de la riqueza y del dominio, engendra una profunda agresividad no sólo a nivel social sino también individual.

La problemática de la violencia no resulta algo desconocido en la historia Argentina¹, lo que resulta novedoso es su frecuencia, su mediatización, la multiplicación de imágenes e incluso el acostumbramiento entre los que la practican y/o la padecen. Esta nuevo formato que asume la violencia ha ido extendiéndose -en los últimos años- a gran parte de la población (Farías, 2010), afectando principalmente a los barrios más vulnerables, en donde, según el análisis territorial elaborado por Auyero y Berti (2014), cobra un carácter omnipresente y se advierte en la cotidianeidad de sus habitantes.

Así, la violencia no sólo asume diferentes formas que han permeado la vida cotidiana, sino que además suele utilizarse con objetivos diversos. Según estos autores, las violencias se van acumulando y tienden a encadenarse, lo cual sucede porque no se constituyen como hechos aislados ni repentinos, sino como actos que se encuentran vinculados entre sí y que conectan las diferentes esferas de la vida, la calle con el hogar, el espacio público con el privado. La "cadena" que mencionan Auyero y Berti (2014) "hace referencia a la manera en que distintos tipos de violencia, usualmente pensados como fenómenos apartados y analíticamente distintos (por el lugar

¹ En nuestro país ha estado latente en las movilizaciones sindicales y estudiantiles del país, el terrorismo de Estado de la última dictadura cívico-militar, la Guerra de Malvinas, los estallidos sociales y saqueos, la violencia policial, los delitos violentos.

donde ocurren, los actores a los que ponen a los que ponen en contacto, etc.) se vinculan y responden unos a otros”.

Por su parte, 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, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (2002, p.5). A su vez, la definición de Vázquez Acuña (2007) agrega otros elementos de interés, tales como que la violencia incluye casos de acción u omisión, y contempla violencia directa o indirecta, física, psicológica-psíquica, latente o manifiesta.

Esta mirada integral, permite no sólo reconocer la violencia en su sentido explícito, sino identificar sus aspectos invisibilizados, recuperando las características estructurales en las cuáles se inserta (Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires, 2015). En este sentido, resulta interesante aclarar que, al hablar de factores estructurales, no sólo se hace referencia a las condiciones sociales, económicas y políticas del mundo que nos rodea, sino también a las dinámicas de funcionamiento de las organizaciones e instituciones que se rigen en función de ello y tienen lugar en dicho contexto. Aquí mismo es cuando cobra relevancia señalar que los tipos de violencia recientemente mencionados pueden adquirir, además, distintas modalidades, esto es, las formas en que se manifiestan en los diferentes ámbitos. En ésta línea, y atendiendo al interés principal de esta investigación, el clima laboral es considerado un factor clave en el análisis de la temática planteada. Siguiendo a Horikian (2014), los episodios de violencia en el ámbito laboral se han ido incrementando en los últimos años, aunque se advierten diferencias de acuerdo a su dimensión, su grado y las diversas formas de manifestarse.

La definición que hace referencia a la violencia en el lugar de trabajo, según la OMS (2002), se corresponde con: “todos aquellos incidentes en los cuales las personas son objeto de maltrato en circunstancias relacionadas con su actividad laboral, con la implicación de la amenaza explícita o implícita de su seguridad, bienestar o salud”. Por su parte, para la OIT (2003) la violencia laboral es “toda acción, incidente o comportamiento, mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma”.

Para ahondar en el debate sobre la violencia en el lugar de trabajo, es importante no perder de vista que ésta puede ser interna, esto es, la que tiene lugar entre los propios trabajadores, o externa, la que tiene lugar entre los trabajadores y los destinatarios de su servicio.

En el siguiente apartado, se profundizará acerca de los rasgos y las características que asume este tipo de violencia en las instituciones abocadas al cuidado de la salud.

B. Acerca de la violencia en el ámbito de la salud

Dentro de las instituciones que son atravesadas en la actualidad por el fenómeno de la violencia, distintos autores retomados en esta investigación y organismos internacionales (como OMS y OIT) identifican al sector de salud como uno de los más afectados. En esta línea, el presente apartado pretende aportar una reflexión sobre la violencia hospitalaria y su relación con los distintos actores involucrados en esta problemática.

No obstante, antes de introducirnos en el tema de la violencia en el ámbito de la salud, será necesario tener en cuenta ciertas particularidades de dicho sector en nuestro país. El sistema de salud argentino se encuentra dividido en tres subsectores: en primer lugar el estatal, cuya financiación fundamental proviene de recursos del presupuesto de la Nación, Provincias y/o Municipios; en segundo lugar, el de obras sociales, que se financia con el aporte de los trabajadores y empleadores; y en tercer lugar, el subsector privado, con financiamiento directo de los usuarios.

Es importante detenerse aquí para contextualizar y expresar algunas consideraciones en relación al primero. A partir de las transformaciones provocadas en la década del '90, que impactaron en el "tamaño del Estado", se produjo lo que Oszlak llama "la desaparición de la presencia del Estado nacional en el ámbito sub-nacional" (2001, p. 3). Según este autor, una de sus consecuencias inmediatas tuvo que ver con que los gobiernos provinciales debieron hacerse cargo de nuevas responsabilidades y de la administración de un aparato institucional más extendido, sin haber adquirido las capacidades de gestión requeridas, lo cual se tradujo en altos grados de ineficiencia en el cumplimiento de los programas de gobierno. En palabras de Oszlak "la minimización del Estado es, en parte, la continuación del Estado por otros medios" (2001, p. 14), lo cual fue visible en la descentralización de funciones en el nivel sub-nacional, ya que el personal de determinadas agencias estatales -entre otras el personal de la salud- comenzó a depender de gobiernos provinciales pero

continuó desarrollando su actividad en los mismos establecimientos y con rutinas similares a las anteriores del traspaso jurisdiccional.

Esta fragmentación, que no sólo tuvo lugar en la estructura administrativa del sistema, sino además en diversificación de disciplinas producto de las múltiples especialidades de la medicina, estuvo acompañada por la tendencia a introducir la competencia mercantil en todos los sectores, incorporando como premisa el principio de auto-provisión individual y financiación de la demanda, produciendo la estratificación de los usuarios según la capacidad adquisitiva (Bursztyrn, 2010).

De este modo, resulta imprescindible reflexionar sobre este contexto social, económico y político, para intentar comprender las dinámicas que ha adquirido el servicio de salud, y las implicancias que esto posee sobre los actores comprendidos. En relación a estos sujetos, este trabajo hace referencia, por un lado, al personal de la salud, entendiendo a "todo/a aquel/la que trabaja en un servicio, se trate de los/as profesionales (médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, obstétricas/os, etc.) o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo o de maestranza"². Por otro lado, a toda persona que espere ser atendida directa o indirectamente, en calidad de paciente y/o familiar del mismo, por un profesional de la salud.

Como ya se ha mencionado, los servicios de atención de la salud y el vínculo que se establece entre estos actores sociales, han representado un foco de estudio en la temática de la violencia. Las diferentes investigaciones que han estudiado los ambientes sanitarios, señalan que éstos conservan ciertas especificidades que los distinguen de otros ámbitos institucionales: constituyen espacios donde son atendidas personas en situaciones usualmente críticas, motivo por el cual la actividad que el personal de la salud efectúa se encuentra cruzada por cuestiones que implican una determinada carga emocional (la vida, la muerte, el dolor y la angustia de la enfermedad, entre otras). Estas emociones no sólo se hallan presentes en los pacientes, sino que en el caso de los médicos se traducen en estrés y tensión, derivado -en reiteradas ocasiones- de las presiones y exigencias ejercidas sobre y desde su profesión (OIT, 2003).

Sin embargo, todo estudio que pretenda entender el problema de la violencia hospitalaria no puede agotarse en el análisis de los factores individuales que hacen hincapié de manera exclusiva en las interacciones humanas. Por el contrario, se deben incorporar necesariamente preguntas sobre las condiciones estructurales que en cierto modo *impulsan* a los escenarios de violencia.

² De acuerdo a lo establecido en el decreto reglamentario de la Ley 26.485.

En el caso de los profesionales de la salud, son diversos los factores que afectan su labor cotidiana, entre ellos se destacan: la escasa infraestructura, la falta de insumos, y la sobrecarga laboral como contracara del bajo nivel de sus ingresos. Esta realidad es configurativa de las problemáticas que surgen al momento de contener y brindar un espacio que garantice a los habitantes un total acceso a la salud.

Aquí es donde emerge uno de los principales inconvenientes que Auyero (2009) advierte como propio de los establecimientos de salud y que perjudica a quienes tienen la intención de ser atendidos: "la manipulación del tiempo", entendida como una "dimensión simbólica donde se produce una negociación de poderes, derechos y vulnerabilidades". Según un relevamiento realizado por el Barómetro de la Deuda Social Argentina en 2013, el 45% del promedio del país afirmó haber esperado más de una hora para recibir atención médica³.

Si bien esto no se trata de una cuestión exclusiva de los sectores más bajos⁴, las personas de menores recursos son quienes se encuentran más damnificadas por la dinámica y la infraestructura de los hospitales y los centros de salud públicos. Además de verse afectados por la falta de tiempo para establecer una relación personalizada con el profesional de la salud, la población más vulnerable se tropieza con limitaciones tales como la falta de libertad al momento de la elección del profesional, y verdaderas dificultades al momento de acceder a ciertos medicamentos y/o tratamientos que no poseen cobertura.

Pese a esta situación, al indagar nuevamente sobre los escenarios de trabajo actuales de los profesionales de la salud, es necesario no perder de vista que los manejos de los tiempos en los que se ve sumergida la esfera de la medicina en general no se halla determinada por acciones y/o actitudes individuales, sino que encuentra parte de su explicación en las lógicas de funcionamiento propias de la estructura del sistema de salud actual, y que, por tanto, atenta contra los derechos de todos los actores involucrados, tanto internos como externos.

C. A modo de reflexión

A partir del desarrollo teórico y conceptual expuesto, en primera instancia, es dable concluir que, lejos de representar una violencia unidireccional -en donde persiste claramente la figura de una víctima

³ Se identificaron diferencias entre el Gran Buenos Aires (53%) y la Ciudad de Buenos Aires (26%).

⁴ Según Auyero "la espera del paciente" se halla presente en todos los subsectores: prepagas, obras sociales y sector público.

y un victimario-, aquí se produce y reproduce violencia en múltiples direcciones. Por un lado, hacia adentro, dirigida a los trabajadores del sector de la salud, producto de las condiciones laborales y las formas de organización de un sistema deficiente; y por otro lado, violencia hacia afuera, la cual se traduce en aquella desplegada sobre las personas que intentan acceder al servicio de salud (Scialpi, 2002).

En esta línea, cobra importancia insistir en que la violencia que centra el eje de análisis en esta investigación no se agota en los hechos violentos propiamente dichos, sino que involucran a una serie de dimensiones que atraviesan constantemente la vida cotidiana. En este sentido, no se percibe a la violencia únicamente como directa, aquella que se pone de manifiesto con la fuerza física o simbólica, sino también la violencia indirecta, es decir, la que crea las condiciones y/o moviliza otras formas de violencia reflejadas en, por ejemplo, la falta de acceso a la salud, la ausencia de equipamientos en los hospitales, la escasez de médicos o enfermeros, los bajos salarios de que reciben los profesionales de la salud, entre otras/os.

Así, las manifestaciones de violencia en el ámbito de la salud, no representan un problema aislado, sino más bien un problema estructural que tiene sus raíces en factores sociales, económicos, organizacionales y culturales, y que actúan como generadores de expresiones de violencia que irrumpen, en este caso, en la cotidianidad de las instituciones abocadas al cuidado de la salud (Chapell y Di Martino, 1998).

Este escenario complejo que se encuentra atravesando el campo de la salud, como resultado de la alta concentración de capital económico, los problemas de financiamiento, la corrupción macro y micro, la persistencia de estructuras administrativas arcaicas en el Estado y la falta de regulación sobre el sector, entre otras (Spinelli, 2010), reafirma la necesidad de explorar las distintas dimensiones del fenómeno con el fin de facilitar la proyección de estrategias en los diversos espacios de intervención. A su vez, apartándose del discurso que pone el foco en la víctima y da lugar a la implementación de políticas punitivas en torno a la seguridad, habilita la posibilidad de repensar líneas de acción en pos de garantizar un ámbito adecuado (tanto para los pacientes como profesionales) para el desarrollo de las actividades laborales y de atención a la salud.

III. Tratamiento mediático de casos de violencia en los ámbitos del sistema de salud: estrategias de tematización y posiciones de observación

En este apartado se realizará un estudio de la cobertura mediática de casos de violencia en ámbitos de la salud pública y privada en el espacio geográfico de La Plata y Gran La Plata. La información que se analizará a continuación surge del relevamiento de las noticias publicadas en portales web (tanto en su versión escrita como audiovisual) de medios locales (diarios El Día y Hoy, revista La Pulseada) y de alcance nacional (diarios Clarín, La Nación, Página/12, Diario Popular y Crónica; y portales de los canales de cable TN, C5N y de aire América y Telefé) en el período que se extiende entre el 1° de enero de 2016 y el 1° de mayo de 2017. En total se relevaron 55 enlaces a notas e informes de medios gráficos y televisivos.

Considerando el caudal de discursos que diariamente circulan en el sistema de medios, este número es insignificante por lo cual un estudio cuantitativo sería inconducente. En cambio, el análisis cualitativo-discursivo de estos artículos muestra la recurrencia de un modo de abordar la noticia, de relevar las voces de los protagonistas que exhibe ciertas invariantes significativas en los discursos periodísticos sobre la problemática.

Como caracterización general de la cobertura mediática puede afirmarse, en primer lugar, que esta es incidental: todas las noticias analizadas tienen su origen en un caso puntual que actualiza y confirma la persistencia y/o profundización de un fenómeno estructural. Asimismo, nunca se posiciona como tema de agenda, dado que las noticias no ocupan los espacios de jerarquía noticiosa, como la tapa o informes especiales. También se registraron notas cuyo origen es la presentación de informes por parte de organizaciones gremiales/profesionales.

Esta sección está estructurada en tres partes. En la primera, se analiza el uso que los actores implicados (profesionales de la salud y organizaciones gremiales) hacen de los medios. En la segunda, se analizan las fuentes principales en los discursos periodísticos sobre casos de vio-

lencia hospitalaria y las explicaciones causales que se van desplegando en ese discurso. Finalmente, en la tercera parte, se reconstruye la tematización predominante de estos casos en los artículos analizados.

A. El uso de los medios

Los medios cumplen una función institucional en la sociedad. No son meros intermediarios sino actores⁵ que interactúan con otros actores (instituciones estatales, dirigentes y organismos privados, por citar sólo algunos) con una función bien definida de producir atención pública.

Al respecto, corresponde plantear una serie de interrogantes sobre la utilidad, necesidad y pertinencia del estudio de discursos mediáticos para comprender fenómenos sociales. Ninguna de esas tres cualidades (la necesidad, la utilidad y la pertinencia) pueden darse por sentadas. Es decir, el estudio de los medios no siempre arroja luz sobre los fenómenos sociales. Podría hacerlo, eventualmente, pero sólo a partir del planteo de las preguntas adecuadas sobre lo que se pretende conocer. Por ejemplo, el interés sobre el discurso de los medios suele estar fundado en la sospecha de su influencia sobre los comportamientos sociales. Esa influencia -que, como lo han mostrado numerosos estudios, suele orientar también el uso que tanto políticos como periodistas hacen de los medios, convencidos de esa influencia- adopta varias formas: capacidad de modificar conductas y de incentivar decisiones; poder de asentar estereotipos y consolidar el sentido común; influencia en la determinación de los temas que se discuten diariamente y del modo en que se los discute (capacidad de establecer agenda).

En el caso de noticias sobre hechos de violencia en establecimientos de salud pública o privada, lo que se confirma es que los medios son un recurso para la producción de atención pública: se recurre a ellos para hacer visible un problema que de otra manera quedaría circunscripto a unas pocas personas.

En el caso de las noticias aquí analizadas, ese recurso es utilizado por los estamentos asalariados de los hospitales (profesionales médicos o de enfermería), asociaciones gremiales y/o profesionales, que se asumen como víctimas de un estado de situación sobre el que no pueden incidir, pues escapa a su campo de decisiones. De he-

⁵ "Entendiendo por actor político a todo actor colectivo o individual capaz de afectar al proceso de toma de decisiones en el sistema político, afirmo que el periódico independiente de información general es un verdadero actor político de naturaleza colectiva, cuyo ámbito de actuación es el de la *influencia*, no el de la conquista del poder institucional o la permanencia en él" (Borrat, 1989, p. 10).

cho, la mayoría de las veces el recurso a los medios funciona como complemento de otro tipo de acciones no mediatizadas, como por ejemplo: asambleas, suspensión de labores y paro de actividades, entre otro tipo de medidas de fuerza.

Se confirma entonces la creencia en la potencial capacidad de influjo de la atención pública producida por los medios, pero en este caso como herramienta en mano de actores perjudicados. Por lo tanto, la publicitación de estos casos tiene un destinatario doble: la opinión pública y los responsables políticos de la administración del sistema de salud. Sobre la primera, se espera persuadir sobre la trascendencia de una problemática que, de una u otra manera, afecta la vida comunitaria (y que, por lo tanto, no es un problema de interés particular sino de toda la sociedad). Por su parte, sobre el estamento político-estatal-institucional, se pretende ejercer presión para forzar decisiones necesarias por parte de actores que, aunque responsables (en tanto directivos, funcionarios o dirigentes), en ningún caso están expuestos a las consecuencias de sus decisiones o de su negligencia, porque tampoco están expuestos en las situaciones en las que se producen los casos de violencia.

Notable, al respecto, resulta la ausencia absoluta de discursos de los responsables políticos (funcionarios gubernamentales y directivos de los centros de salud) en las noticias analizadas, lo que revela que, en estos casos, los medios eligen exhibir la situación desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Como contraparte, en ningún caso es posible acceder a la voz de los actores sindicados como responsables inmediatos de los actos de violencia. Esto señala un límite en la comprensión del fenómeno a partir del análisis de los discursos mediáticos: finalmente, las razones por las que algunas personas resuelven su malestar a través de actos violentos frente una situación particular queda invisibilizada, o sólo es explicada por sus víctimas -los médicos, los enfermeros o representantes de las organizaciones gremiales.

Por ejemplo, en un informe televisivo emitido por *Telefé* (septiembre de 2016) a propósito de un caso de violencia en un hospital de San Miguel de Tucumán se reproduce (mediante citas indirectas o citas directas) lo que opinan los entrevistados. Entre ellos, una médica explica las causas de la violencia en el ejemplo que dan los políticos: la corrupción. Habla de violencia social y emula el razonamiento que, para ella, guía el accionar de los pacientes: "Entonces dicen: si ellos pueden hacer lo que quieran, entonces yo también puedo hacer lo que quiera".

B. Identificación y registro de las fuentes

El análisis de las fuentes -sean explícitas o implícitas- permite reconstruir el recorrido de la información, desde el acontecimiento de referencia hasta su publicación. Si bien es imposible saber cuántas de las denuncias sobre casos de violencia en ámbitos hospitalarios son luego publicadas por los diferentes medios, en los casos aquí analizados las noticias se originan en tres tipos diferentes de situaciones:

- Un hecho puntual de violencia en el ámbito de un hospital.
- Un informe presentado por alguna organización del sector salud.
- Una denuncia pública sobre la situación general que atraviesa el sector.

Esto explica, en parte, la identidad de las principales fuentes utilizadas:

- Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires (AMM).
- Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.
- Coordinador médico de Terapia Intensiva del Sanatorio Otamendi.
- Jorge Gilardi, Presidente de la Asociación de Médicos Municipales (AMM).
- ONG Defendamos Buenos Aires.
- Jorge Mazzone, presidente del Colegio Médico del Distrito I La Plata.
- La Agronomía Médica Platense (APM).
- Federación Médica de la provincia de Buenos Aires (Femeba).
- Jorge Varallo, vicepresidente de la Agronomía Médica Platense.

También las notas registran testimonios anónimos de personal médico y de enfermería que decide no exponer su identidad por temor a represalias de las autoridades hospitalarias.

Las fuentes principales son importantes, además, porque es a partir de su discurso que aparecen explicaciones sobre la problemática. Cuando es publicada una información tipificada como *violencia hospitalaria*, casi sin excepción se trata de un hecho provocado por un paciente (victimario) contra un profesional (víctima). Sin embargo, en el propio discurso de los afectados aparecen explicaciones causales de ese accionar violento por considerar que también el paciente (victimario circunstancial) es una víctima (estructural) de un estado de situación muy problemático:

“Las causas van desde la demora en la atención, la escasez de recursos humanos y las roturas de equipos para los estudios hasta la falta de una cultura del buen trato y el estrés crónico al que está expuesta gran parte del personal” (La Nación, 22/06/2016).

“Según la AMM, este tipo de episodios se repiten desde abril de 2011, cuando el Gobierno nacional decidió retirar los 1.200 agentes de la Policía Federal que cumplían adicionales en 114 edificios públicos de la Ciudad, entre ellos los hospitales” (Infobae, 22/07/2016).

“Una de las explicaciones que brindan los profesionales a esta situación es que los hospitales públicos están deteriorados, sin insumos, con sueldos malos y falta de personal (...) La crisis social ha hecho mella en el sistema de salud estatal, ya que la gran cantidad de personas que han caído en la pobreza optan por el hospital público como única forma de atención primaria” (Diario Hoy, 31/10/2016).

“Frente a la violencia imperante, una de las explicaciones que dan los profesionales es que de los 79 hospitales públicos que existen en la Provincia para atender a 8 millones de personas, 53 están muy deteriorados y algunos al borde de la demolición. La carencia de insumos, los sueldos bajos y falta de personal, generan demoras en la atención” (TN, 8 de noviembre de 2016).

“Para Fernando Corsiglia, presidente de la Cicop Provincia, es un problema de multicausalidad. A la violencia social que se palpa día tras día hay que sumarle otros factores propios de los centros de salud. La angustia del que llega al hospital y no tiene la respuesta esperada por falta de insumos, personal y equipamiento; el personal policial que debe ser asignado en sectores clave: guardias, en las afueras de los hospitales; los cuidadores internos que terminan haciendo tareas que no les corresponden y se distrae el recurso humano; y un dispositivo de atención que está lejos de ser el mejor” (Diario El Día, 22 de enero de 2017).

“Un mal endémico en los 80 hospitales: la falta de médicos y de insumos. A esos déficits, en muchos lugares se suman las precarias condiciones de infraestructura, que terminan de conformar un combo que atenta contra la mala atención a los pacientes” (Diario Popular, 30 de marzo de 2017).

Más allá de la importancia que debe asignársele a estas explicaciones -que exhiben algo así como un consenso, basado en diagnósticos no simplistas, sobre las razones de esta situación problemática generalizada- también cabe señalar que en las noticias aparece una tensión entre los profesionales más expuestos a agresiones (enfermeros y/o emergentólogos) y los responsables institucionales y políticos.

C. Tematización

La tematización es la interpretación de una situación en base a un esquema pre-elaborado que asigna roles a los actores y ofrece rótulos para asignar sentido a los acontecimientos. Como es común en el periodismo, se recurre a dos figuras típicas: “ola” y “epidemia”. Es decir, el “diagnóstico” -muchas veces, como se aprecia en las declaraciones citadas más arriba, difundido por los propios médicos o por representantes de las organizaciones gremiales y profesionales-, avalado por el discurso del periodismo, es que los hechos informados no son episódicos o incidentales sino que se trata de un fenómeno incontenible y regular (“ola”), además de extendido, tanto en relación a la geografía como a los tipos de establecimientos, públicos o privados (“epidemia”).

Ninguno de los dos términos es caprichoso e incluso fue la propia ex Ministra de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Zulma Ortíz⁶, quien caracterizó de esa manera la situación. “La ministra Ortiz dijo que ‘hoy podemos considerar a la violencia en los hospitales como una epidemia y claramente la complejidad y virulencia que está adquiriendo en los últimos tiempos requiere de un esfuerzo que excede a la cartera sanitaria’” (Diario El día, 31/03/2016).

De todas maneras, es importante señalar que en las noticias analizadas hay un predominio de pruebas testimoniales en detrimento de informes estadísticos sobre la situación. Como excepciones, se

⁶ En el marco de la presentación de un plan de seguridad en los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires, lanzado en marzo de 2016.

pueden destacar el informe de la ONG Defendamos Buenos Aires, publicado por la agencia de noticias Télam (19/07/2016) y el presentado por la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (Femeba), reproducido por el diario Perfil en diciembre de 2016⁷. No afirmamos que otros informes no hayan sido realizados sino que, al menos en la muestra analizada, no son reproducidos por los medios. Como contraparte, aparecen estadísticas ad-hoc (sin referencia a fuentes autorizadas) pero a pesar de eso verosímiles, como la publicada por el diario Hoy (16/10/2016), según la cual: “3 son los médicos agredidos por día en el Gran la Plata, 6 de cada diez trabajadores de la Salud sufrieron agresiones en el último lustro, 3.500 son los profesionales que fueron agredidos físicamente en la pasada década”.

D. Consideraciones finales

Solo se produce *información* cuando hay ruptura: con lo ya conocido, con lo esperable, con lo deseado, con lo normal, entendido como supuesto consuetudinario y como valor estadístico.

En el caso de los medios de comunicación, y especialmente del periodismo, el valor informativo está regulado por el mismo principio. El periodismo procesa los datos que de una u otra manera le llegan a partir de una serie de criterios bastante regulados: novedad, trascendencia, cercanía, excepcionalidad, conveniencia (intereses de la empresa y de los actores con los que interactúa) pero también, y de modo menos visible, en contraste con imaginarios establecidos y dominantes sobre cómo deben ser las cosas.

Desde este punto de vista, si la información publicada por los medios de comunicación es indicador de algo, podríamos afirmar que existe un consenso público en la condena de los hechos de violencia que se registran en los ámbitos hospitalarios, públicos y privados. Ese consenso, sin embargo, no parece tener correlato ni oficiar de malla de contención frente a la persistencia del fenómeno.

La cobertura mediática de los casos de violencia en ámbitos hospitalarios es reactiva: no surge de un interés de las instituciones de me-

⁷ Un estudio de la Federación Médica de la provincia de Buenos Aires (Femeba) determinó que seis de cada diez médicos de los hospitales públicos bonaerenses sufrieron algún episodio de violencia, mientras que el 51% se siente inseguro en su lugar de trabajo. Y pese a que la mayoría lo denunció, sólo el 11% logró continuar con una acción judicial.

dios sino de la iniciativa de las organizaciones y los trabajadores de la salud pública. Las noticias o bien son motivadas por episodios puntuales (eventos de violencia que denunciados por los profesionales del sector) o por acciones deliberadas, generalmente de las organizaciones del sector, para darle visibilidad a un fenómeno que todos los actores involucrados describen como arraigado y estructural.

Quizás por ese mismo hecho, el encuadre general de las noticias no es impuesto por el discurso de los medios sino que se condice con lo que los propios protagonistas plantean: son los profesionales médicos, los enfermeros y, sobre todo, los dirigentes de las organizaciones gremiales y sindicales del sector, los que generan las caracterizaciones que, luego, los diferentes medios retoman y hacen propias.

Cabe destacar que el análisis de las notas expone un desfase muy evidente entre los diagnósticos sobre el problema y las soluciones propuestas. Los discursos de los profesionales y las organizaciones del sector, citados por los medios, describen una situación estructural, que tanto se manifiesta en la falta de insumos, de manutención de las instalaciones, de desidia de algunas autoridades, de desorganización, como en las condiciones laborales en las que desarrollan su labor los médicos, los enfermeros y también los residentes, pero en principio las soluciones que son propuestas apuntan a endurecer las penas de aquellos que cometen agresiones al personal de los hospitales.

Finalmente, cabe señalar que, al menos en la cobertura periodística, hay dos voces ausentes: la de los responsables políticos de las instituciones y del Estado, y la de los pacientes que cometen las agresiones. Por un lado, entonces, la lectura de las noticias no permite conocer qué piensan los funcionarios y menos aún tener elementos que permitan comprender qué tipo de racionalidad moviliza a los que llevan adelante los hechos de violencia.

IV. Percepciones y valoraciones de los modos que asume la violencia en los ámbitos hospitalarios de parte de quienes allí trabajan

A. Antecedentes y Metodología

1. Antecedentes Nacionales

Dentro de los estudios recogidos, vinculados con la temática en cuestión, es posible priorizar aquellos en base a criterios de similitud de objetivos y por brindar aportes sustanciales para el puntapié inicial de nuestra investigación. En este sentido, es posible destacar:

1. A nivel regional, la encuesta realizada por Intramed y el Servicio de Epidemiología del Hospital Italiano de Buenos Aires en el año 2005, en donde el 75% de las personas encuestadas fueron argentinas y que ratifica que los/las médicos/as latinoamericanos/as también se encuentran expuestos/as a la violencia. Según este estudio (Vítolo, 2011), el 45,4% de quienes fueron encuestados reportó haber sufrido algún tipo de agresión, el 52,4% manifestó haber sufrido agresiones verbales provenientes de pacientes (23%) o familiares (29,4%) y el 2,2% reportó haber padecido alguna vez agresión física proveniente de pacientes (1,3%) o familiares (0,9%).
2. Según una encuesta emprendida por la Sociedad Argentina de Pediatría y Unicef (2012), el 47% de los/as pediatras del país se siente inseguro/a en el lugar de trabajo.
3. De acuerdo al estudio realizado a trabajadores/as de la salud en la ciudad de Córdoba, en el 2010, el 62% manifestó presenciar situaciones de violencia en la institución. Las formas que aparecen con más frecuencia son los gritos, con un 65,1% y los insultos, con el 55,1%. En cuanto a los *agentes agresores externos* reconocidos por los/as trabajadores/as encuestados/as, en un 50,7% son familiares y/o acompañantes de los/as pacientes. En cuanto a los *agresores internos*:

/... los trabajadores con mayor jerarquía son reconocidos como los agentes que generan situaciones de violencia en un 54,8%. Entre las principales circunstancias que propician situaciones de violencia, se encuentra la falta de respuesta inmediata por parte de la institución, la carga de trabajo, la falta de turnos y las demoras en la atención (Farías, 2010).

Según el mismo estudio, frente a las agresiones recibidas, las respuestas más habituales de parte de los/as trabajadores/as fueron: defenderse verbalmente y hasta físicamente. Dentro de las consecuencias que la exposición a la violencia tiene en los/as encuestados/as se destacan el estar a la defensiva y sentir agotamiento.

Por último, se destaca que los/as enfermeros/as constituyen el grupo reconocido por las personas encuestadas como el más vulnerable a sufrir violencia en los servicios de salud. Este resultado es contextualizado por comunicados de prensa del Consejo Internacional de Enfermería, en los que se declara que cerca de 25% de los accidentes violentos en el trabajo ocurren en el sector salud y que más de 50% de quienes trabajan en el área ya experimentó incidentes de dicha naturaleza (Farías, 2010).

2. Apartado metodológico

Perspectiva y técnica de recolección de datos

Para alcanzar registros que dieran cuenta acabada de la percepción que los actores experimentan acerca de la violencia, se aplicaron técnicas cualitativas de investigación. A partir de la lectura de los estudios mencionados anteriormente, se procedió en una primera instancia, por un lado, a determinar las dimensiones que iban a ser relevadas en este trabajo, mientras que por el otro se pautaron las características que debían ser contempladas en la muestra para que su alcance fuese lo más abarcador posible.

En segunda instancia, se realizó un trabajo de exploración del campo a partir del método de observación participante en instituciones de salud de la ciudad de La Plata. En esta etapa, y con la información acerca de la realidad cotidiana en clínicas y hospitales suministrada por el uso de esta herramienta complementado con dimensiones sugeridas por informantes clave, se confeccionó una guía de entrevista para ser aplicada a médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales y personal administrativo de hospitales y clínicas de La Plata, entre los meses de abril y junio de 2017.

La elección de realizar entrevistas en profundidad (individuales y grupales), se basó en la necesidad de indagar en la perspectiva de los trabajadores/as involucrados/as en el día a día de la problemática, cuestión de vital importancia para los objetivos de este trabajo. Adicionalmente, esta técnica posibilita la sensibilización y la emergencia de nuevas variables relacionadas.

Universo, muestra y unidad de análisis

Si bien este no es un estudio representativo en términos probabilísticos, a la hora de seleccionar las personas a entrevistar se buscó tener representadas tres dimensiones muestrales básicas: las franjas etarias, el sexo y las diferentes categorías laborales. También se pretendió que el estudio refleje tanto a los hospitales de gestión pública como a los de gestión privada, para poder evaluar posibles similitudes y diferencias en cómo se manifiestan los problemas relacionados a la violencia en ambos tipos de instituciones. Dentro de este recorte se priorizó el trabajo sobre las guardias ya que, según la revisión bibliográfica y los informantes clave, eran las áreas más sensibles al tipo de episodios a investigar.

Finalmente, para la elección de hospitales y clínicas -lugar de trabajo de las personas entrevistadas-, se tuvieron en cuenta ciertas características de las mismas que se evaluaron como relevantes para el problema de investigación. En el caso del sector público, los hospitales seleccionados, además de encontrarse geográficamente ubicados de modo que están representados el casco y la periferia de la ciudad, se caracterizan por tener un alto nivel de complejidad en determinadas especialidades y por ser referencia provincial.

Los hospitales elegidos fueron: el Hospital Interzonal General de Agudos General José de San Martín, hospital de referencia provincial para la patología aguda y crónica de alta complejidad, en adultos y con desarrollo en emergencias y trauma; el Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor María Ludovica, referente por excelencia de la red pediátrica del sistema sanitario de la provincia de Buenos Aires, donde se asiste a niños y niñas de 0 a 14 años; y el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn, hospital monovalente referente de la red de atención en salud mental de la provincia.

En cuanto a la selección de clínicas y sanatorios de gestión privada, se priorizó el tamaño y la complejidad del establecimiento a la vez que su trayectoria e inserción en la ciudad. Fueron elegidos: el Sanatorio IPENSA, el Hospital Español y el Hospital Italiano.

B. Algunas consideraciones conceptuales

La problemática de la violencia ha ido extendiéndose -en los últimos años- a gran parte de la población. Diversos autores identifican al sector de salud como uno de los más afectados, señalando que es “una paradoja que en estas instituciones que fueron creadas, entre otros, con el objeto de ‘cuidar la salud’ de los individuos y las poblaciones (...) que la violencia atente contra la salud de las personas que trabajan en ellas” (Farías, 2010).

Retomando las definiciones de la violencia de la OMS (2002) y de Vázquez Acuña (2007), así como la de violencia laboral de la OIT (1998, mencionadas en el apartado referido al marco teórico), es posible incorporar análisis como el de Chappell y Di Martino (2006) que definen la violencia en los ámbitos de la salud como “cualquier incidente en el cual un trabajador es abusado, amenazado o atacado por un miembro del público (paciente, cliente y/o compañero de trabajo)”. Asimismo, como ya mencionado, se considera que no sólo la violencia física provoca grandes impactos en la salud del/a trabajador/a, sino aquella que se inflige a través de un comportamiento repetitivo que gradualmente daña la integridad psicológica del afectado, pudiendo llegar a tener repercusiones de mayor cuantía que la violencia física.

Respecto a la diferenciación realizada, a los fines de este apartado cualitativo, entre violencia física y verbal/psicológica, se retoma la definición de OIT y OMS (2002) que indican que “violencia física hace referencia al uso de fuerza física contra otra persona o grupo de personas, que resulta en un daño. Puede incluir golpes, patadas, bofetadas, puñaladas, disparos, empujones, etc.”. Por su parte, la violencia verbal es conceptualizada por estos organismos como un

/... comportamiento que humilla, degrada o indica de otro modo una falta de respeto a la dignidad y valor de una persona, incluye amenaza de violencia física contra otra persona o grupo, que puede resultar en daño psicológico, mental, espiritual, moral o de su desarrollo social.

C. Resultados de la investigación

El análisis que se desarrolla en las siguientes páginas se realizó en base a la bibliografía consultada y, fundamentalmente, a la información surgida de las observaciones en hospitales y clínicas y a la realización de entrevistas en profundidad a médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales y personal administrativo de estas instituciones. Entre los resultados obtenidos, es posible destacar la elevada frecuencia con que estos/as son agredidos/as (fundamentalmente de manera verbal), el cansancio y el estrés que sufren, lo poco acompañados/as que se sienten institucionalmente y la naturalización del problema de la violencia.

Una primera gran conceptualización, que surge de la investigación, plantea la existencia de dos grupos de violencias. El primero que, a partir del lenguaje utilizado por quienes fueron entrevistados/as, podríamos denominar *violencia externa* y es la que se dirige de pacientes y/o familiares hacia los/as trabajadores/as. Esta violencia asume fundamentalmente tres formas -verbal, física y atentado contra las instalaciones-, y, como se verá a continuación, en diversas ocasiones es generada por cuestiones de orden institucional y/o estructural. Sobre este tipo de violencia se centra la primera parte de este capítulo.

El segundo grupo se compone de lo que las personas entrevistadas llaman *violencia interna*. Esta categoría engloba una serie de problemáticas, que podrían resumirse en dos subcategorías: la violencia que se ejerce desde la institución y la que se presenta entre trabajadores/as. En la segunda parte de esta sección se profundizará sobre estos aspectos.

En la tercera parte de este capítulo, se agrupan una serie de categorías que podrían ser comprendidas como resultantes de esas violencias, como pueden ser: las consecuencias en las vidas privadas de los/as trabajadores/as, la naturalización de la violencia, los mecanismos de respuesta institucional e informal ante las agresiones y las estrategias que desarrollan para prevenir y/o evitar situaciones de violencia, y las propuestas para enfrentar la problemática que surgen de los/as mismos/as trabajadores/as entrevistados/as. Por último, se realiza un breve análisis sobre la comparación entre los establecimientos públicos y privados, tomando como referencia el tiempo de espera.

Cabe aclarar que estas categorizaciones no suponen límites precisos y estancos de la problemática y, como se verá en muchos casos,

la interrelación entre las categorías es muy frecuente, de modo que no es posible pensar el problema segmentado como podría sugerir una lectura por apartados.

1. Violencia externa: una aproximación descriptiva

Sobre víctimas y victimarios. Un análisis relacional

"Me acuerdo que había una mamá que era bastante especial, que era violenta con todo el mundo, imagino que también por el cansancio de la situación. Y recuerdo que había que hacerle un análisis de sangre al nene que había estado mal y la mamá se negaba a que lo pinchen. Yo era chica, estaría en segundo de pediatría, y cuando fui a explicarle por qué era importante eso, por qué era clave para el nene eso, la mina casi me caga a trompadas" P. (31 años, médica).

En este apartado se resumen los hallazgos del trabajo de campo en relación a este primer grupo de violencias, caracterizadas como *violencia externa*. En primer término, la mayoría de las personas entrevistadas manifiestan haber sufrido situaciones de violencia en sus trabajos. En relación a estos episodios, una primera característica que emerge de los testimonios recogidos es en relación a quiénes son los que agreden. Como se grafica con el recuerdo de P., con esa madre que casi la golpea, los/as entrevistados/as refieren no haber sufrido violencia en general por parte de pacientes, sino por parte de familiares y/o acompañantes de los mismos, en consonancia con la bibliografía consultada. Agrega M., a este respecto, recordando un episodio de violencia extrema:

"Recuerdo un viernes, éramos dos mujeres de guardia, la jefa de guardia y yo como residente, y ellos que eran cuatro personas muy grandes, intentando ingresar a la guardia y exigiendo llevarse a su familiar. Les dijimos que al otro día podían evaluar con el jefe de guardia siguiente si los dejaba visitarlo aunque sea. Y a la mañana siguiente ingresaron cuando yo me estaba yendo de la guardia, entraron por la fuerza a la sala con ar-

mas, nos apuntaron y se llevaron al paciente. Ese día me habían ido a buscar a mí, y por el espejo retrovisor veía cómo cargaban las armas en el baúl de un auto” M. (35 años, médica).

Resulta difícil, al menos dentro de los alcances de este trabajo, encontrar otras características para precisar el perfil de quienes mayormente generan situaciones de violencia en los hospitales. Si bien se indagó sobre edades, género y clases sociales de quienes agreden, no se encontraron elementos que permitieran ser concluyentes a ninguno de estos aspectos. Lo que en principio sí se pudo constatar es que no hay un *perfil de agresor* para caracterizar, sino que son ciertas situaciones estructurales en conjunto con situaciones coyunturales, las que llevan a que algunos sectores estén más expuestos a la violencia, tanto en la posición de víctima como de victimario/a.

La situación narrada por M. pone de relieve otras dos facetas del fenómeno estudiado: la cuestión de género y el sector de guardia como el lugar de mayor ocurrencia de las agresiones. Sobre lo primero se hará referencia más adelante. Respecto a los lugares de trabajo dentro de los hospitales, la investigación de campo permitió constatar algo que aparece con frecuencia en la bibliografía, tanto en investigaciones nacionales como de otros países acerca de la problemática: los episodios de violencia (*externa*) se presentan más frecuentemente en las guardias. Esto, producto fundamentalmente de las situaciones límites en las que llegan los pacientes a una guardia, es decir, la especificidad de la tarea. Así lo entiende E.:

“En realidad la guardia suele ser un lugar al que llegan todos con estrés, con dolor. Ahí florece más rápido lo que puede ser la violencia frente al retraso de la atención o cualquier otro disparador” E. (35 años, enfermero).

En el siguiente relato de R., por ejemplo, se puede dimensionar la criticidad de algunas situaciones con que tienen que enfrentarse trabajadores/as en las áreas de emergencia:

“Hay situaciones de conflictividad que son difíciles de parar. A veces te pasa que recibís dos heridos de bala y vienen los dos a la vez y son los dos que se tiraron entre ellos. Y acá afuera se juntaron los familiares de los dos y se están por matar” R. (40 años, médico).

La segunda cuestión que se desprendía de lo narrado por M. más arriba era la relación de género como un factor importante a tener en cuenta al momento de pensar la violencia en los ámbitos hospi-

talarios. Si bien en esta primera aproximación no se pudo relacionar el sexo-género de quienes agreden con la mayor disposición a la agresividad -ya que en los relatos aparecen tanto varones como mujeres provocando situaciones de violencia-, sí se pudo dar cuenta de la diferencia en cuanto al sexo/género de las víctimas y cómo las mujeres están más expuestas a recibir agresiones en los hospitales y fundamentalmente en las guardias, tanto públicas como privadas. A continuación dos citas, grafican la desprotección mayor que enfrentan las trabajadoras:

"Y sobre todo más común, no cuando están los varones de guardia sino cuando están las mujeres de guardia. Las apuran más. Es más común. Se le trata de meter al consultorio" N. (37 años, médico).

"Están más vulnerables las mujeres, sí. Como que tienen más exposición. Ya, al ser varón, es como que tienen un cierto cuidado. Pero cuando ven que son mujeres, se ponen más agresivos. Medio que encuentran un punto débil ahí" O. (40 años, enfermero).

Respecto al perfil ocupacional de las personas más frecuentemente agredidas en los hospitales, se observa cierta disparidad en los relatos según el agrupamiento de pertenencia. Los/as enfermeros/as se perciben a sí mismos/as como el grupo más vulnerables, ya que son quienes mayor cantidad de tiempo pasan con pacientes y familiares. El personal administrativo y de secretaría se lleva también su parte, por ser quienes reciben a los/as pacientes y por tener a cargo el hacerlos/as esperar, situación que se agrava en las guardias. Los/as médicos/as se sienten más vulnerables por ser responsables, en última instancia, de la recuperación de los/as pacientes y fundamentalmente de dar los partes a sus familiares.

Más allá de la disparidad, en el imaginario social que vemos reflejado en las entrevistas, se evidencia que el/la médico/a -aunque una parte considerable de estos/as hablen de la pérdida de un status- aún conserva un lugar social privilegiado, sobre todo en relación a quienes se desempeñan en la enfermería y en la administración. Así lo refleja J. en la siguiente cita:

"El personal administrativo es el que recibe muchísimo más la violencia que el médico, porque muchas veces son muy violentos con el personal administrativo y con los médicos no. ¿Pero por qué? Porque tienen ese concepto con la imagen del médico, son agresivos con el

personal administrativo, con los enfermeros, ¿sí? Tienen esa subestimación al personal no médico, y cuando viene el médico, 'ay doc', cambian el tono" J. (45 años, médico).

Las entrevistas arrojaron que no sólo influye el lugar social privilegiado otorgado simbólicamente al/a la médico/a en relación a las otras categorías de trabajadores/as de la salud, sino -y mismo dentro de esta dimensión- la esperanza de que son los/as médicos/as quienes van a *salvar y/o a curar* a la persona afectada, que tiene en sus manos ese poder, que les otorga, cierta protección frente a las agresiones. Lo pone de manifiesto, B., enfermera de una clínica privada con muchos años de experiencia:

"Lo ven al médico y se les pasó todo. Y eso que esperaron por ahí cuatro horas, pero lo ven al doctor y se les pasó" B. (55, años, enfermera).

Hay una cuestión que se observa bien diferenciada, respecto a las situaciones de violencia que enfrentan los/as trabajadores/as, según el tipo de institución, y tiene que ver con la clase social de quienes concurren a los hospitales públicos y las clínicas privadas. Algunos de los relatos de las personas entrevistadas, que trabajan en hospitales públicos fundamentalmente, indican que la clase social de las personas que concurren a estas instituciones es un factor que lleva a que se agudice la violencia, tanto por los escasos recursos comunicativos que se les atribuyen en términos de *falta de educación*; como también por la falta de acceso a la salud que tienen desde siempre, lo que hace que su estado de salud general sea -la mayoría de las veces- muy grave. Si bien esta es una mirada que puede ser discutible, pero sobre todo ampliable -algo por fuera de los alcances de este estudio-, es importante tomarla en cuenta ya que forma parte de un imaginario presente en la situación de atención de la demanda de salud. En la siguiente apreciación de R. se puede vislumbrar un poco de lo que se encuentra presente en este imaginario:

"Son gente que, por ahí, sus problemas los arreglan a los cuchillazos, a los botellazos, a los tiros. Inclusive hasta a veces la persona que viene, llega herida de una situación de robo. Gente culturalmente que uno podría decir que está marginada o algo por el estilo, eso es lo habitual" R. (40 años, médico).

J. agrega, desde una visión que se podría caracterizar como más epidemiológica, en la que se puede apreciar la cuestión de la vulnera-

bilidad social de la mayoría de los pacientes que llegan al hospital público:

"Yo sigo insistiendo con las clases bajas porque ellos tienen poca información, llegan siempre tarde a la consulta, no tienen el concepto de la prevención, no tienen el concepto del examen periódico de salud. Entonces, cuando llegan, llegan siempre en situaciones límite" J. (45 años, médico).

Respecto al otro extremo de la pirámide social también se puede ver, en los testimonios de las personas entrevistadas que trabajan en clínicas privadas, la violencia expresada de otro modo. Quienes pagan una obra social y se atienden en estos sanatorios asumen un lugar de poder que redundo en violencia hacia los/as trabajadores/as. Al referirse a los perfiles de quienes agreden en la clínica que trabaja, I. pone de relieve la diferenciación mencionada en este punto sobre los usuarios de instituciones privadas:

"En general, el agresor físico más que verbal, digo yo te lo separo porque es re clara la separación. El físico generalmente es el hombre joven, de treinta y pico, cuarenta y pico. Generalmente es un tipo que o tiene un poder adquisitivo bajo o medio bajo, muchos tienen que ver con las fuerzas de seguridad. Y después está el otro, el de clase alta muy alta, de una obra social muy cara, traje, el abogado, el tipo que es conflictivo per se y que cree que tiene derecho a pasarte por arriba. Esos son los dos perfiles más importantes que veo. Y muchas veces son peores los tipos de clase alta con ínfulas de patrón de estancia que la gente de menores recursos. Con esta situación de 'yo pago' ¿no? Yo pago y quiero atenderme, diagnosticame, dame estudios. Es terrible" I. (38 años, médico).

Lugares, horarios, escenarios de la violencia

Respecto al área en el que se localizan las agresiones, se puede agregar que un factor influyente en la mayor o menor exposición a episodios de violencia está directamente relacionado a la accesibilidad o inaccesibilidad del lugar donde la persona desarrolla su tarea (oficina, sala, consultorio, etc): cuanto más abiertos a la comunidad, mayor exposición, lo que sucede más frecuentemente en los hospi-

tales públicos. Ya que en los privados, las/os secretarias/os atienden detrás de un vidrio y tienen la puerta de su oficina con llave.

“En áreas cerradas, como lo que es terapia, unidad coronaria y cirugía, se trabaja de otra manera, porque el familiar ahí no está para nada, entonces se trabaja con más tranquilidad que en los lugares en el cual el familiar está continuamente al lado del paciente” B. (55 años, enfermera).

Otra de las dimensiones sobre la que se indagó fueron los horarios en que se producen más frecuentemente los episodios que podemos caracterizar de violentos. Fundamentalmente hay dos tipos de momentos que se destacan y con características bien diferenciadas. Por un lado, es común que los episodios de violencia se produzcan cuando hay gran cantidad de gente para ser atendida. Como sugiere H.:

“En general no hay relación con el momento del día, tiene más relación con los momentos en que la guardia está saturada” H. (42 años, médico).

Por otra parte, la noche aparece como otro momento en el que se concentran las agresiones, con especificidades propias entre las que se destacan la presencia de alcohol u otras sustancias psicoactivas en los/as pacientes y sus familiares y/o acompañantes que los/as coloca en un estado más propenso a la agresividad y la desprotección, que se vincula a que los hospitales se encuentran casi desiertos en esas horas, entre otras.

Durante la observación participante, se pudo apreciar que a determinados horarios algunas guardias, sobre todo en hospitales públicos, se encuentran virtualmente cerrada para los ingresos *de a pie*, recibiendo sólo lo que entra por ambulancia. Sobre la noche, comenta E.:

“De noche queda mucho menos personal, mucha menos gente, entonces por ahí hace que se envalentonen más al ver poca gente alrededor, que están uno a uno, o que son tres o cuatro familiares, con el enfermero y un médico, o sea que son un grupo contra uno o dos y que por ahí uno de esos es mujer. Mientras que de día, al ver más cantidad de gente, más cantidad de testigos, porque hay más pacientes de día, por ahí también se aplacan un poco más” E. (35 años, enfermero).

La relación entre los episodios de violencia y los *estados alterados* por la presencia de sustancias psicoactivas, una relación íntimamente vinculada a horas de la noche/madrugada, queda graficada

en el siguiente relato de N. sobre algo que resulta normal en la guardia del hospital público en el que trabaja:

“Cuando hacés guardia es más normal el nivel de violencia. Tal vez atendés a alguien a las 3 de la mañana que salió y viene pasado de copas o drogado con cualquier cosa y vienen con ánimos más tumultuosos. Y tal vez son cosas que no son de guardia y se quieren atender igual y terminan mal” N. (37 años, médico).

Disparadores de violencia. Motivos y tipos de manifestaciones

A modo de cierre de este apartado, podrían remarcarse ciertas cuestiones que se encuentran presentes en todos los aspectos analizados hasta ahora y que pueden funcionar como una suerte de resumen y agregar una última que es particular de uno de los hospitales pero que merece atención.

En primer lugar, y en consonancia con antecedentes de investigaciones realizadas en otras ciudades del país (Farías, 2010), entre las distintas formas de violencia que se suceden en el ámbito de salud, las agresiones verbales incluidas las amenazas son las más recurrentes y por tal motivo, las prácticas de violencia más naturalizadas por los/as trabajadores/as.

“Esto de un familiar, de un paciente, que te diga ‘los voy a denunciar a todos’ es cotidiano, porque cuando vos no podés dar una respuesta de algo, enseguida se agarran de eso. ‘Los voy a denunciar a todos, van a terminar todos presos’ como una mala praxis digamos ¿no? Pero sí, quizás lo naturalicé y entonces es como que no lo tengo casi en cuenta” M. (35 años, médica).

Junto con las demoras en la atención, y dentro del abanico de situaciones límite que pueden vivirse respecto a la salud en una institución hospitalaria, hay un momento que se presenta de manera recurrente en los relatos como altamente crítico en relación a la violencia que pueden provocar: el momento de informar a los familiares sobre el estado de salud de un paciente y particularmente cuando hay que informar de una *mala noticia*:

“Ha entrado gente que se ha muerto en el momento que entró. No es que se murió tres días después de que le dimos atención: entró muerta o inestable y se murió, tenía el 99% de chances de morirse y se murió. Entonces los médicos que salen a hablar con los familiares terminan golpeados. No sólo eso, sino que rompen todos los vidrios del hospital” Q. (37 años, médico).

Cuando se indagó sobre la demora en la atención, no solo salieron causas relacionadas a la falta de personal o recursos, sino que también se nombraron elementos que tienen que ver con el funcionamiento y cierto desorden en la organización interna de los hospitales. Guardias segmentadas, falta de diálogo entre los distintos sectores, falta de información al paciente, escasa señalética, entre otras causas, fueron señaladas como desencadenantes de situaciones violentas.

“Acá en el hospital no hay cartelería, así que eso sí genera muchos conflictos en el momento de la atención porque un paciente que cuando vos lo llamás, estuvo dos horas esperando en una guardia de clínica, le explicás que el problema es ginecológico y lo derivás a otra guardia para que espere dos, tres horas, me parece que por más buena voluntad que tenga el paciente, me parece que eso genera violencia. Y eso es falta de información” J. (45 años, médico).

Otro factor de orden estructural que arroja la investigación como motivo de conflicto en los hospitales y detonante de situaciones de violencia, y también atada a la cuestión de las demoras en la atención, es la deficiencia del sistema de atención primario en absorber la demanda. Los hospitales públicos terminan funcionando como el extremo del embudo, donde desemboca toda la demanda que no tiene cauce en los centros de salud, unidades sanitarias y caps, entre otros.

“Hay una serie de patologías que acá al hospital no tendrían que llegar, las tendrían que ver las unidades sanitarias. Muchas veces los pacientes van a las unidades sanitarias, a las salitas, a los caps y no son atendidos, o no hay médicos, o no consiguieron turno. Y entonces, claro, recae todo sobre el hospital” F. (50 años, administrativa).

Una situación particular ocurre en el Hospital Interzonal de Agudos

y Crónicas “Dr. Alejandro Korn”, localizado en Melchor Romero. Según los testimonios recogidos, en el sector de la guardia del neuropsiquiátrico son muy frecuentes los inconvenientes con personal policial que traslada a los/as pacientes hasta allí, y por ende su ingreso se da muchas veces en situaciones con un alto nivel de violencia, tanto para el/ la trabajador/a de la guardia como también para el/la paciente trasladado/a:

“Las situaciones más desagradables las viví con personal policial. Que vienen con unos modos no muy buenos, te tiran la puerta abajo digamos. Te exigen que evalúes al paciente que traen inmediatamente cuando la guardia capaz que está llena. Sino lo que hacen es dejarte el paciente ahí sin saber si vos lo vas a internar o no”.

“Cuando vemos las luces de la policía nos escondemos”.

2. Violencia interna: una radiografía de las violencias estructurales dentro del sistema de salud

“Si a mí me preguntás por la violencia en mi ámbito de trabajo no pienso en la gente, no pienso en el paciente como alguien violento. Si me preguntás a mí, pienso en el Estado y en los colegas” P. (31, años médica).

Dentro de la categoría amplia que se ha definido a partir del lenguaje utilizado por las personas entrevistadas, en violencia interna se encuentran dos grandes grupos de problemas: lo que se puede categorizar como *violencia institucional* y lo que se puede llamar *violencia entre colegas* a partir del vocabulario nativo.

Dentro de la denominada violencia institucional se encuentran varias dimensiones plausibles de análisis: la falta de insumos y de profesionales, las guardias de veinticuatro horas, la precarización laboral de las residencias; los bajos salarios; el deterioro edilicio; los déficit en la organización institucional (señalética, fragmentación de guardias y escasa delimitación de competencias, por citar sólo algunas), sobre todo en lo que respecta al ámbito público.

“Me parece que es mucho más violento cómo el Estado trata al médico, cómo los otros médicos lo tratan. Hay una cosa de verticalismo que no les importa. Tenés que

pagar el derecho de piso, te tenés que formar a costa de sufrir. Laburar un montón de tiempo por dos pesos, sin un montón de cosas, sin que nadie te tenga en cuenta, tener que dormir en una cama con pulgas, eso es violento. Te dan de comer mierda y la tenés que pagar de tu bolsillo: eso es violencia. Me parece que es algo histórico y creo que las generaciones más jóvenes intentan cambiar eso” P. (31 años, médica).

La falta de profesionales en los hospitales de gestión pública aparece, desde la perspectiva de los/as trabajadores/as, como la variable más relevante de violencia institucional, dado que genera fundamentalmente una sobrecarga de trabajo que se traduce en mayores esperas para los/as pacientes y una mala calidad de la atención.

“Obviamente, los hospitales se están quedando sin gente. De hecho, ahora se jubilan un número e ingresa un número absolutamente menor. Sí. Eso es violencia” C. (58 años, médico).

La falta de profesionales es un problema que también provoca malestar entre los/as compañeros/as colegas, algo que es vivenciado como violencia por los/as mismos/as.

“No me den más pacientes, porque tengo mil turnos por día, más lo que vienen sin turno. Y entonces yo también me peleo con él y después me peleo con el otro porque el otro falta y yo me tengo que hacer cargo de los pacientes cuando él falta y el otro dice que falta porque le pagan dos mangos, que tiene que irse temprano porque tiene que llegar a su otro trabajo. Eso genera muchísimo malestar” M. (35 años, médica).

Un problema asociado fundamentalmente a los hospitales públicos es la escasez de los insumos elementales para poder brindar una atención digna. Cotidianamente, los/as trabajadores/as de estas instituciones deben realizar sus tareas con la incertidumbre de no saber si van a contar con antibióticos necesarios para determinados tratamientos, elementos básicos como gasas, hilos de sutura, jeringas, catéteres, hasta artículos para su propia seguridad como barbijos, guantes, entre otras carencias, con lo que el riesgo de su labor aumenta.

“Una a veces como que entiende la situación por la que está pasando el familiar, que está un poco desbordado y capaz que no te habla de la mejor forma. A veces exigen cosas que uno no puede cumplir o te responsabilizan

de ciertas cosas como falta de insumos, de medicación que bueno, también es violento para el paciente ¿no? Es violento también por parte del Estado, ¿no?” M. (35 años, médica).

Según refieren los/as trabajadores/as, son situaciones que provocan mucho malestar. El estrés de tener que trabajar con lo mínimo indispensable (o aún menos), el temor a que estas condiciones provoquen errores, las internas entre trabajadores/as porque supuestamente algunos/as se guardan cosas para poder usarlas cuando las necesiten, hasta denuncias de manejos delictivos por parte de algún servicio, aparecen entre las consecuencias del problema de la falta de insumos a los que se hicieron referencia durante las entrevistas para este estudio. Además de esta violencia sufrida, el claro deterioro en la atención que produce también puede funcionar como disparador del enojo de pacientes y familiares, como anteriormente menciona M. Quirófanos cerrados, instalaciones eléctricas precarias (como se desprende de lo que menciona V. a continuación), paredes que se caen, falta de pintura, dormitorios con humedad y sucios, baños en estado desastrosos, son algunos de los tantos problemas relacionados a las malas condiciones edilicias que tienen que enfrentar quienes trabajan en los hospitales públicos.

“Me acuerdo, hace un tiempo, los ascensores no andaban bien y un residente compañero mío una vez se electrocutó. Lo encontraron desmayado del lado de adentro. Zafó de casualidad. Le tuvieron que hacer un electro, pero por suerte no tenía nada” V. (32 años, médica).

Respecto a lo edilicio, una dimensión que aparece muy frecuentemente en los relatos como un problema de seguridad es la insuficiente *protección* en el espacio de trabajo, tanto en términos de presencia policial como de necesidad de dispositivos que distancien los pacientes de los/as trabajadores.

“Pero después hay un montón de situaciones de violencia cotidiana que sufrís como profesional: tener un baño que es un desastre o que la guardia no tenga llave para que vos puedas dormir con la puerta cerrada. Porque la guardia es una puerta que viene cualquiera y te golpea o puede entrar. Así que bueno, como que también hay otros tipos de violencia que capaz que uno no describiría, ¿no? Pero son éstas, las propias de la institución” M. (35 años, médica).

En el testimonio de P. a continuación, queda claramente expresada esta situación de desprotección de servicios, como la guardia frente a otros sectores -como el de unidad coronaria o terapia intensiva-, en los que por la criticidad de quienes están internados/as en esas áreas, el acceso está fuertemente limitado, haciendo más seguro el ambiente en el que los/as trabajadores/as deben desempeñar su tarea.

"Han reforzado las zonas de vigilancia, sobre todo a la noche, pusieron una garita nueva en otro sector del hospital, para controlar un poco el flujo de gente porque se mete cualquiera en cualquier lado. Acá (terapia intensiva) no porque está todo cerrado con llave, no entra nadie. Pero en el resto del hospital no, entra cualquiera a cualquier lado" P. (31 años, médica).

A los motivos anteriormente analizados, que provocan estrés y malestar en quienes trabajan en estos ámbitos, debe agregarse la preocupación por las formas precarias de contratación y la necesidad de contar con varios empleos para poder completar sus salarios. Como se aprecia en el testimonio de S., quien forma parte de la gestión de una clínica privada de la ciudad, el cansancio provocado por el pluriempleo afecta de forma significativa a los/as trabajadores/as. Sin pretender ser concluyentes a este respecto, a lo largo de las entrevistas realizadas para este estudio, pudo aproximarse a la extensión de esta realidad: una gran mayoría de quienes participaron en este estudio trabajan en más de una institución, a la vez que atienden en un consultorio privado.

"Muchos de los médicos nuestros se sientan conmigo acá y me dicen 'no puedo más'. Y bueno los cambiás de día, bajás las horas de trabajo. Pero también es difícil porque el médico tiene que hacer horas y el pluriempleo es una realidad, el médico tiene que ir de un trabajo a otro y ¿qué le decís? ¿Que no vaya más? No puede, tiene que trabajar y tiene que juntar el mango para poder bancar a su familia. Es un trabajador en definitiva" I. (38 años, médico).

Un caso particular de precarización laboral sobre los/as médicos/as fundamentalmente, con mucha incidencia en los espacios analizados, es el que padecen los/as residentes. La residencia es un sistema de formación para profesionales del área de la salud. Durante la etapa de observación participante, uno de los aspectos más salientes que pudo apreciarse fue cómo en las guardias de los hospitales públicos eran los/as residentes quienes realizaban la mayor parte

del trabajo. Además de tener que llevar sobre sus hombros esa carga, tienen que enfrentar muchas veces los prejuicios de quienes los/as ven demasiado jóvenes para ser médicos.

"Son pacientes no mutualizados, no tienen cobertura. Y los hacés esperar cuatro, cinco horas. E ingresa un residente agotado, con mala cara, que le dice '¿qué te pasa? ¿Qué querés?' Cuando en realidad lo correcto es que venga el médico de planta, ¿sí? Porque el sistema lo que hace es agotar a alguien que, en realidad, se está formando. Explotan a alguien que se está formando. Es un sistema perverso" J. (45 años, médico).

"Lo toman como una beca de formación y es una forma de trabajo en negro. Cuando yo empecé, en primer año, no existía el franco post guardia, así que si me tocaba guardia yo entraba un día a las 8 de la mañana y salía al otro a las 5 de la tarde. Y al otro día volvía a trabajar como si nada. No es justo ni para el médico ni para el paciente. El agotamiento puede hacer que cometes errores. Nadie tiene que ser atendido por alguien que está tan cansado ni alguien tiene que someterse a jornadas tan extensas de trabajo" P. (31 años, médica).

A los problemas que genera la cuestión del pluriempleo desarrollada anteriormente, se le agrega una realidad muy arraigada en la cultura profesional de nuestro país: las guardias de veinticuatro horas. Si bien hay entidades médicas que procuran limitarlas, todavía no se han podido suprimir. El estrés y el cansancio provocado por jornadas tan extensas se hace aún más complicado debido a que muy frecuentemente, y debido a los bajos salarios, se realiza más de una guardia de este tipo por semana.

"Nuestra actividad, como médicos, es una actividad bastante estresante por la carga horaria. Los que estamos de guardia, que estamos veinticuatro horas sin ver a la familia, que no dormimos en nuestra casa, eso de por sí genera un estrés. Y además tenés que lidiar, a veces, con situaciones de violencia donde sabés que puede correr riesgo tu integridad física o la de un compañero" R. (40 años, médico).

"No conozco un país donde existan guardias de veinticuatro horas, no existe. No existe ningún trabajo donde la persona tenga que estar veinticuatro horas y menos

en condiciones de lucidez, con poco margen de error: estamos hablando de vidas humanas. Entonces esto es político, que existan este tipo de guardias en el año 2017 me parece que es algo que no entra en el análisis. Si vos me preguntas a mí, el límite son ocho horas para lograr calidad de atención. Lo dice el Ministerio de Trabajo, pero no se implementa en la salud” J. (45 años, médico).

La inevitable disminución en la calidad de atención que conlleva el desgaste producido, implica no sólo un aumento en la posibilidad de cometer errores en el diagnóstico y en la medicación indicada, sino que también repercute en la seguridad de los/as propios/as trabajadores/as, ya que aumenta el riesgo a sufrir accidentes laborales -como podría ser pincharse con agujas contaminadas- y la falta de sueño aumenta la probabilidad de sufrir otro tipo de accidentes, entre ellos de tránsito o caseros.

Tanto la falta de los insumos apropiados, el deterioro edilicio, la falta de profesionales, la precarización laboral y las guardias veinticuatro horas, son distintos aspectos de lo que llamamos violencia institucional, es decir, problemas estructurales que generan un estado de precariedad en las condiciones de trabajo y un cansancio en los/as trabajadores/as que se experimentan como violencia y/o pueden desembocar fácilmente en episodios de violencia explícitos.

3. Consecuencias de la exposición a la violencia

Naturalización de la violencia

“Lamentablemente esto se naturaliza y se cuenta como una anécdota: ‘uh vino el padre de qué se yo y estaba re caliente y le quiso pegar al enfermero’ ponele...”

M. (35 años, médica).

La entrevista, como técnica cualitativa de investigación, funciona como espacio de emergencia de sentidos y de sensibilización que puede revelar sentidos ocultos y significar prácticas que están invisibilizadas, naturalizadas y que redundan en malestar.

En casi todos los relatos de las personas entrevistadas, notamos

una *naturalización de la violencia* que tiene varias dimensiones: una que puede pensarse como *dimensión psicológica* -mecanismo que busca generar una barrera defensiva frente a la constante exposición a situaciones de violencia en el trabajo; y otra más de orden social, que expresa un reflejo de una naturalización, una tolerancia que existe a nivel social en su conjunto, y que sostiene (y a la vez reproduce) la violencia interpersonal existente en nuestras sociedades. Esta naturalización, tanto en su dimensión psicológica como sociológica, puede leerse también a la luz del concepto de *umbrales*. Los umbrales de tolerancia a la violencia pueden variar de acuerdo a las épocas históricas y simbólicamente echan luz (y/o oscurecen alternativamente), ciertos aspectos de la violencia, ciertas manifestaciones, naturalizando algunas prácticas y visibilizando otras acaso más convenientes en términos políticos. En palabra de Femenías, esta idea de umbral “remite precisamente a eso; se trata de *cuantum* de discriminación o violencia simbólica (o estructural), que una sociedad o individuo toleran como ‘normal’” (2011, p. 31).

En el transcurso del trabajo de campo se pudo visualizar cómo el desarrollo de la entrevista, la formulación de una pregunta externalizada en relación a la vivencia cotidiana en el ámbito del trabajo, produjo en algunos/as de nuestros/as entrevistados/as una significación de ciertas situaciones que hasta ese momento no habían sido significadas como tales, como situaciones violentas o contextos violentos de trabajo.

“Te acostumbrás. Es que, a veces, uno habla de situaciones de violencia, de si lo agredieron a uno, pero ya te digo: acá ha pasado más de una vez que han roto un vidrio, o que, por ejemplo, un paciente en el consultorio ha sacado un arma. Cosas que a veces uno se pone a pensar que no llegaron a situación mayor por una cuestión fortuita” R. (40 años, médico).

Consecuencias de la exposición a la violencia para la vida personal y/o laboral de los/as trabajadores/as

Las situaciones de violencia experimentadas por las personas que trabajan en los ámbitos de la salud, ocasionalmente por su magnitud pero fundamentalmente por su continuidad, tienen consecuencias en sus vidas personales. Por un lado, silenciosamente, el desgaste coti-

diano va horadando su salud mental. El impacto psíquico y emocional que conllevan estas situaciones no puede ser menospreciado. Son muchos los casos que mencionan la necesidad de contar con ayuda profesional, ya sea psicológica o psiquiátrica mayormente, resultado del malestar provocado por su trabajo. En sus relatos suele apreciarse una coincidencia en cuanto a que esa búsqueda de ayuda se produce luego de mucho tiempo, cuando el agotamiento es casi total.

“No, es que yo caí ahora del daño que estaba sufriendo. Empecé a hacer terapia. Vas a terapia y decís: ‘Che, duermo mal y bueno consultá con un psiquiatra’. ¿Y qué pensás? Te va a dar un ansiolítico, te va a dar algo para dormir, algo que digas: ‘Oh qué fuerte’. Y ahí caés en cuenta ahí lo mal que estabas” S. (52 años, médica).

“La realidad es que hay efectos psicológicos muy importantes. Conozco amigos, gente, que termina teniendo adicciones, adicciones a ansiolíticos, al alcohol, a situaciones fuertes para tolerar el ‘burnout’ y el sobretrabajo. Por suerte nosotros en el hospital no hemos tenido, o no me lo han comunicado a mí” I. (38 años, médico).

Este tipo de situaciones, como las que explicitan estos testimonios, son frecuentemente mencionadas por las personas entrevistadas sin distinguir profesión, edad o sexo, aunque quienes buscan ayuda profesional suelen ser quienes llevan más años trabajando en el ámbito de la salud. Las manifestaciones que a lo largo de las entrevistas surgen con mayor frecuencia son: los trastornos del sueño, el temor a salir a la calle, el llanto y el deseo de quedarse en sus casas. Por ejemplo, como cuenta B., enfermera de una clínica privada:

“Y yo, por ejemplo, me aislé muchísimo. Trato de no salir casi, en el sentido de que llego a mi casa, me descargo, trato de no hablar, de quedarme horas sin palabras, como meditando todo lo vivido durante una tarde, de una tarde trágica, vamos a decirlo, de entrada y salida de gente violenta, de gente mal hablada. Entonces yo si tengo un franco, muchas veces no salgo, me quedo en mi casa, no se me da por salir a la calle, eso lo único trágico de todos estos años, yo no era así. Muchas veces lloro muchísimo en mi casa porque hay momentos muy crudos acá” B. (55 años, enfermera).

Además de las violencias más fácilmente identificables, como las agresiones físicas o las verbales, a la base de este desgaste se encuentran los problemas vinculados a lo que más arriba se define

como *violencia interna* y que degradan no sólo al/a la trabajador/a individualmente, sino que también precarizan sus relaciones interpersonales, enrareciendo el clima laboral. Además son cuestiones que terminan deteriorando la atención que se brinda, principalmente en los hospitales públicos, ya que el desgaste producido se traduce en carpetas médicas, trabajadores/as que se retiran antes, ausentismo y migración hacia el sector privado, generando una sobrecarga aún mayor en quienes quedan trabajando. Así se conforma una dinámica perversa, un círculo vicioso en el que las situaciones aquí descritas se retroalimentan siendo a la vez causa de futuros malestares.

“Carpetas, la gente se pide un montón en el hospital. Está tan desbordado que tenés muchos compañeros que se piden carpetas y otros que por ejemplo van siempre a trabajar y son compañeros re comprometidos y demás. A veces sentís que dejando esa tarea parece que se cae el mundo. Es así, sentís eso también, es como una sobrecarga en el trabajador que eso también genera. Digamos es súper violento, te genera malestar” L. (27 años, trabajadora social).

Para culminar con este apartado, quedan por abordar las consecuencias que tienen en los/as trabajadores/as las situaciones que implican agresiones físicas hacia ellos/as. La mayoría de quienes fueron entrevistados/as mencionan no haber sufrido manifestaciones de violencia física o al menos han sido leves o no han dejado secuelas. Sí, en cambio, la mayoría están familiarizados con casos en los que colegas han sido víctimas de este tipo de situaciones y cuyos resultados han sido particularmente graves. Se trata, en general, de episodios límite en los cuales las consecuencias son más inmediatas: lesiones de distinta gravedad, imposibilidad de volver a trabajar por períodos indeterminados de tiempo, cambios de turnos y renunciadas. Un ejemplo que resulta muy ilustrativo a este respecto es lo que cuenta Q. sobre de una compañera en una clínica privada:

“Hubo una médica de guardia que una noche tuvo una situación de gravedad con un enfermo y un familiar la agarró del cuello, un varón la agarró del cuello. Y en ese momento la chica no pudo volver a hacer guardias durante un tiempo, no me acuerdo cuánto. De hecho terminó renunciando y terminó trabajando en otra institución” Q. (37 años, médico).

4. Estrategias para prevenir y enfrentar la violencia en los hospitales

Estrategias institucionales: denuncias, protocolos, capacitaciones y seguridad

Entre las dimensiones abarcadas por este trabajo, se buscó conocer la forma en que tanto los/las trabajadores/as como las instituciones se organizan para enfrentar y prevenir episodios de violencia. La mayoría de las personas entrevistadas afirman no haber recibido acompañamiento de directivos y/o institucional respecto a las situaciones de violencia sufridas. Tanto en las instituciones de gestión pública como las de gestión privada, los/as entrevistados/as afirman no contar con protocolos, en tanto guías de acciones a realizar en este tipo de situaciones, ni capacitaciones, ni tampoco acompañamiento en términos de denuncias.

“En este episodio de violencia de las armas puntual, ni siquiera se hizo una denuncia. El día lunes le informé a mi jefe de residentes lo que había pasado en ese momento y él fue a hablar con el jefe de servicio de la guardia y dijo ‘bueno, si quiere que vaya a hacer una denuncia ella’. Pero no hubo un acompañamiento desde el hospital. Podría haber hecho la denuncia, no la hice. Capaz que si tenía más acompañamiento la hacía. Esto generó cierto conflicto porque después la mitad de la residencia decía que había que hacer la denuncia, la mitad no. Entonces después nos estábamos peleando entre nosotros a ver qué hacer. La falta de protección desde más arriba, desde quien uno cree que debería brindarle cierta respuesta ante estas situaciones, sí genera un malestar” M. (35 años, médica).

A la falta de acompañamiento en términos más formales (protocolos, acompañamiento judicial, etc.) se suma la ausencia de contención psicológica, y que incluiría dispositivos institucionales, la necesidad de contar con equipos especializados en la problemática para poder trabajar estas situaciones de violencia cotidianas y también el estrés que supone trabajar en un hospital por las características intrínsecas de la tarea. En ciertos casos se menciona también la necesidad de contar con psicólogos/as para que acompañen en el

momento del comunicado de *malas noticias* a los familiares e intervengan de ser necesario.

"Hace como diez años que no tenemos ningún apoyo. Nunca se nos ha dado apoyo psicológico a nosotros desde lo institucional, ni del ministerio, ni del hospital, nada, ningún tipo de apoyo y vos convivís con los muertos" S. (52 años, médica).

La cuestión de la *seguridad*, ya sea en términos de presencia de personal policial o de seguridad privada, es una referencia recurrente cuando se indaga acerca de las respuestas institucionales frente a los episodios de violencia. En este aspecto, aunque en muchas entrevistas se reclama la necesidad de contar con personal policial y/o de seguridad privada se resalta también la impotencia de los agentes de seguridad, en ocasiones, frente a estos episodios:

"Cuando yo empecé, siempre en la guardia había un policía. Después durante un tiempo dejó de haber policías, no había nadie, que fue el tiempo que empezó a haber la seguridad privada. Pero la seguridad privada no tiene poder de policía, son gente común que lo que hacen es por ahí ordenar un poco. Pero si alguien se pone violento y empieza a los golpes, o alguien saca un arma, no tienen ni siquiera arma para defenderse, o sea, no cumplen un papel de seguridad. El único que puede cumplir ese rol es un policía. Y eso durante muchos años no hubo acá, no hubo policía en la guardia" R. (40 años, médico).

Más allá de que la mayoría de las personas entrevistadas hablan de no contar con dispositivos de intervención específicos, en algunos hospitales (en general privados) se han creado dispositivos especiales en los últimos años debido al incremento de los episodios de violencia. Los/las trabajadores/as entrevistados/as no tienen conocimiento o tienen una noción vaga e imprecisa en relación a si están en funcionamiento o de qué manera intervienen. Como podemos ver en el relato de I., médico de una clínica privada en relación a la creación de un Comité:

"Nosotros tenemos un Comité de tratamiento de lo que son la queja y los reclamos, la buena noticia y la mala noticia. A partir de la queja se llama al paciente, se le pide explicaciones de la situación, se llama al médico y si hay que pedir disculpas y explicarle al paciente, se hace obviamente, pero también con el médico nosotros"

tratamos de tener una contención y de explicarle cómo es la situación. Tratar de contener y si hay que hacer algún tipo de denuncia o algo también se hace y si pasa a mayores, se hace todo lo que se tenga que hacer” I. (38 años, médico).

Los/las trabajadores/as entrevistados/as se muestran, en general, bastante descontentos/as con el acompañamiento institucional en la materia. Como por ejemplo se visibiliza en el siguiente relato:

“Tengo una compañera que en la guardia tuvo una situación de violencia en la que le fracturaron dos costillas de una patada. Estaba tirada en el piso y la patearon. Estuvo casi seis meses de carpeta, no solo por la lesión física sino también por la psicológica, tenía miedo de volver a la guardia. En ese caso la dirección se portó muy mal porque no le dio ningún tipo trascendencia y es como que le echó la culpa al médico de lo que había pasado” H. (42 años, médico).

Para culminar con este apartado, es posible mencionar que recientemente, una mesa compuesta por el Ministerio de Salud de la Provincia, la Agrupación Médica Platense y los gremios, trabajó un protocolo de actuación para casos de violencia externa. Este protocolo deberá ser evaluado en el futuro para saber si, entre otras, ofrece respuestas a las cuestiones mencionadas en este punto.

Sobre la formación universitaria

Una dimensión sobre la que resultó importante indagar en relación a las estrategias de prevención y contención frente a la violencia fue la de la formación universitaria y la formación en general de todas las categorías ocupacionales que trabajan en la salud. En este sentido se buscó dar cuenta de si la formación universitaria y/o terciaria, tanto en la medicina como en la enfermería, brindaba herramientas para enfrentar y/o prevenir este tipo de episodios. En este punto, la gran mayoría de los/as entrevistados/as expresaron no haber recibido ningún tipo de herramienta teórico-práctica en la formación de grado que le permitiera enfrentar estas situaciones.

“Yo eso lo sufrí, porque eso no es una forma de enseñar nada. Menos una ciencia que para mí es una ciencia social. Y no está planteada así para nada en la Facultad. Está planteada desde el ideologismo puro.

Fragmentada, compartimentada en órganos y así es como se estudia. Hay dos o tres materias que le dicen ciencias sociales que son un mamarracho. Después salís de ahí, sin ninguna herramienta de vida ni de nada y te meten en un residencia a laburar mil horas por día a exponerte a situaciones para las que no estás preparada” P. (31 años, médica).

Estrategias informales: estrategias individuales, contención, apoyo, solidaridad entre compañeros/as

Contrariamente a la falta de apoyo institucional, las personas entrevistadas, sin excepción, hablan del apoyo entre compañeros/as como la estrategia de contención más frecuente frente a estos episodios, como podemos ver en el relato de una enfermera a continuación:

“Cuando una compañera es agredida, todos los enfermeros vamos a ver qué sucedió, qué pasó. Entonces ahí uno agarra a la compañera, la empieza a calmar a contenerla, y por ahí otro compañero va a informar lo que pasó con la supervisora o por ahí la supervisora misma va enseguida a ver lo que sucedió” G. (33 años, enfermera).

Según muchos de los testimonios, la forma de evitar una situación desagradable con un/a paciente o sus familiares pasa por una estrategia individual, que en general tiene que ver con la experiencia en este tipo de episodios, como explicita R. a continuación:

“Con la experiencia uno sabe qué cosas pueden generar alguna cuestión de conflictividad. Entonces uno trata de ser lo más cauteloso, medido, para no herir susceptibilidades y no generar situaciones de violencia. No hay una bajada de línea de cómo uno tiene que actuar. Yo creo que hay muchas cosas que las vas adquiriendo con la experiencia, digamos, de cómo uno se interrelaciona con la gente. Si percibís que la situación familiar que hay afuera está media espesa, cuando uno sabe que va a dar un informe que obviamente no es bueno, siempre buscas algún tipo de resguardo antes de salir a hablar, que haya algún policía, que haya

alguien. Por ahí sí recibís algún insulto o alguna cosa por el estilo. Pero no llega a la violencia física en esos casos” R. (40 años, médico).

5. Lo público y lo privado: escenarios diversos, violencias diversas, continuidades y rupturas

En el desarrollo de la investigación, que se extendió tanto sobre el ámbito público estatal como por el ámbito privado, se pudieron constatar algunas continuidades y algunas divergencias entre estos dos espacios de atención de la salud respecto a la problemática de la violencia.

Las lógicas mercantiles sobre las que se estructura el ámbito de gestión privada de la salud con toda la red de cobertura social que la sostiene, según los/as trabajadores/as de las clínicas y sanatorios privados, habilitan reclamos por parte de los/as concurrentes a la asistencia, fundamentalmente en las guardias amparados/as -desde su perspectiva- en que *pagan por eso*. Según la perspectiva de quienes allí trabajan, la posesión de una obra social es la plataforma sobre la que se levantan los/as usuarios/as para hacer reclamos por demoras de atención fundamentalmente y desde la que se sienten habilitados/as para provocar situaciones conflictivas, que mayormente redundan en violencia hacia los/as trabajadores/as, como podemos ver en estos relatos como el que sigue:

“Una persona que tiene una obra social, una prepaga que es bien cara, que paga mucho, se cree con ciertos derechos a agredir al profesional de la salud. Esas personas que tienen obra social, y tienen obra social de las más caras de Argentina, sienten que tienen como un derecho a violentar al médico y a violentar al personal de salud, como que es un empleado de ellos” I. (médico 39 años).

“Y acá viene la gente con la teoría de que ellos pagan una obra social y creen que por pagar una obra social se los tiene que atender de otra forma. Yo creo que somos todos iguales y que una obra social no te cambia a la persona, eso es lo que veo. Dicen: ‘en un público no pago nada, espero lo que tengo que esperar porque es gratis, pero yo acá te pago” Y. (27 años, administrativa).

A su vez, podemos constatar cómo, en los ámbitos de gestión privada, generalmente las direcciones priorizan los llamados *clientes* sobre los trabajadores/as, posicionando a los/as mismos/as en un desamparo institucional frente a la violencia. Así lo marca una trabajadora de una clínica privada:

“Acá la razón la tiene el cliente, en el privado” B. (55 años, enfermera).

Los/as *pacientes del Estado* se posicionan desde un lugar diferente, aunque insertos/as en un mismo sistema que los/as estructura para sentirse merecedores/as de mejor atención si pagan, y peor atención si no tienen o no pueden pagar una obra social.

Desde este lugar de la concurrencia a un hospital público, entre otras cosas por no contar con la cobertura social de las mutuales, lo que aparece según los/as trabajadores es la resignación frente a las demoras en la atención que tiene que ver con un modelo inculcado de *ciudadanía diferenciada para los/as pobres*, en donde la espera frente a la *ayuda* o el *beneficio* es una condición casi necesaria y hasta obligatoria para recibirlo. Cuánto más paciencia tenés y más tiempo sos capaz de esperar, mejor ciudadano/a. Se produce así, según Auyero (2013), una “normalización de la espera”:

La espera parece ser ‘parte del orden de las cosas’ para los pobres, es algo normal, anticipado e inevitable. Están dispuestos a reconocer y someterse a la obligación de esperar, precisamente porque eso es a lo que se ven siempre expuestos... es el producto de una estrategia de dominación exitosa (Auyero, 2013, p. 31).

“Los pacientes son el 99% excelentes en el hospital. Digo excelente porque podrían quejarse mucho más por las cosas, por la atención que tienen o mismo por los paros, les dicen: ‘Hoy no se atiende porque hay paro’ y la gente se da vuelta y se va. Es un nivel de acostumbramiento tanto a la violencia como a la desigualdad en la atención que la gente que no se puede atender en privado piensa que se la tiene que bancar” N. (37 años, médico).

Como indica Auyero, la espera produce incertidumbre y arbitrariedad, lo que recrea la subordinación de los pobres al Estado: “los pobres obedecen porque no tienen alternativa; pero tal como veremos cuando analicemos de cerca diversas escenas de espera, obedecen en silencio aunque no quieran porque también saben que no tiene

sentido protestar en público” (Auyero, 2013, p. 24).

Esta perspectiva, que identifica en la espera un acto de dominación política hacia los pobres, y más allá de que la misma tiene diversos motivos sobre los que anteriormente se pudo indagar (falta de profesionales o déficit en la absorción de la demanda por el sector primario, por citar sólo algunos), ilumina analíticamente acerca de por qué las demoras en la atención son el motivo más frecuente del desencadenamiento de violencia.

La intolerancia frente a la espera, en los ámbitos de gestión privada, también es una marca de una posición de clase que es simbólicamente adquirida en el pago de una obra social de determinadas características:

“Y después bueno, los hechos verbales de todos los días, los insultos por la espera, los insultos porque les pedís un estudio y hay que esperar un rato para tener la radiografía. Ahora la realidad es que, a pesar de la historia clínica electrónica, a pesar de la cantidad de médicos, la gente no quiere esperar nada” l. (38 años, médico).

6. Propuestas para enfrentar la problemática

Teniendo en cuenta las percepciones de los/las trabajadores/as sobre la violencia, sus distintas formas y causas, se intentó profundizar el análisis en aquellos aportes que apuntaban a delinear propuestas para enfrentar esta problemática. Cada una de las posibles soluciones esbozadas, se relaciona directamente con las causas de la violencia que cada una de las personas entrevistadas pudo identificar. Es por esto que existen ciertas diferencias entre las propuestas pensadas para los hospitales públicos y los sanatorios privados. Sin embargo, se pudo observar que, a nivel general, surgió la necesidad de tomar medidas que apunten a reducir el estrés de los/las trabajadores/as y las jornadas laborales, entendiendo que como trabajadores/as estarán mejor preparados/as para enfrentar posibles situaciones de violencia si el ámbito laboral es más ameno y la carga horaria no excede las ocho horas. También se ve como necesaria la existencia de espacios de discusión y contención entre el personal, lugares donde se puedan plantear problemas cotidianos, inquietudes y problematizar el tema de la violencia, tanto interna como externa.

La comunicación de las *malas noticias*, fue identificado como un factor potencial de violencia, principalmente en los hospitales públicos, tanto en sectores de guardia como de internaciones. Las personas entrevistadas entienden que los/las encargados/as de dar estos informes, por más que sean quienes hayan llevado adelante el tratamiento del/ de la paciente, no tienen muchas veces las herramientas necesarias para afrontar de la mejor manera ese difícil momento. Proponen, entonces, la incorporación de otros profesionales, como psicólogos/as y trabajadores/as sociales que funcionen como equipo de apoyo, ayudando a los/as médicos/as a transmitir los partes de una manera que permita generar empatía con la familia del paciente.

Otro factor generador de situaciones de violencia analizado fue el tiempo de espera, tanto en establecimientos públicos como privados. En los primeros, los/las entrevistados/as establecen como prioridad mejorar la información que se le brinda al paciente, mejorar la señalética y los circuitos internos de atención, ya que a la espera en la atención por falta de personal, se le agrega el tiempo que los/as pacientes pierden cuando se dirigen a sectores incorrectos. En este sentido, y al igual que en los privados, entienden que el *triage* puede servir como una herramienta fundamental en la organización y gestión del hospital.

Frente al tiempo de espera, se menciona también que, tanto en los hospitales públicos como privados, las guardias están saturadas de patologías que debieran tratarse en el primer nivel de atención, y que si mejorara el funcionamiento de este nivel, la situación de espera también lo haría.

Con respecto a la presencia policial como solución a las situaciones de violencia, existen opiniones encontradas: quienes piensan que la sola presencia del personal policial en sectores de guardia haría más fácil la comunicación de los partes médicos complicados, y quienes piensan que no sería una solución adecuada debido al carácter más estructural de la violencia, que solo generaría más violencia.

“La violencia es estructural, no creo que la violencia se solucione poniendo policía. No es esa la solución. Mientras siga habiendo gente marginal, yo creo que la gente es violenta porque el Estado es violento con ella. Puedo atender con un policía al lado ¿pero eso qué soluciona.? Las políticas públicas tienen que ver con otra cosa, con que la gente tenga trabajo, con que la gente vaya a la escuela, con que tenga para comer, con que coma bien. Ahí no va a haber violencia” P. (31 años, médica).

V. Estudio cuantitativo de la violencia en ámbitos hospitalarios de la plata desde la perspectiva de sus trabajadores/as

En el apartado anterior se realizó una aproximación cualitativa al problema de la violencia hacia los/as trabajadores/as en ámbitos hospitalarios desde la perspectiva de las personas que allí trabajan, con entrevistas en profundidad y observaciones participantes en los lugares de trabajo, con la finalidad de obtener variables y dimensiones que permitieran, entre otras cosas, diseñar un instrumento -encuesta- con un alcance más amplio y una medición más precisa acerca de las dimensiones que asume la violencia en estos establecimientos.

Como mencionado en la primer sección de este estudio, la problemática de lo que se llama violencia interpersonal es un fenómeno cuya incidencia en la vida social se ha visto incrementada en las últimas décadas, expresándose de modo complejo en el ámbito de la salud, que opera muchas veces como escenario de canalización de diversas demandas vinculadas a lo social. En este contexto, la preocupación creciente de las organizaciones profesionales y/o sindicales acerca de la integridad de los/as trabajadores/as de la salud derivó en la necesidad de contar con datos certeros sobre la incidencia de los episodios de violencia en los establecimientos hospitalarios de la ciudad de La Plata.

Es por ello que este capítulo del estudio apuntará a medir las manifestaciones que asume la violencia en los establecimientos hospitalarios de la ciudad de La Plata en el año 2017 a partir de una descripción y caracterización de las mismas.

A. Consideraciones conceptuales

Con el objetivo de realizar un análisis integral de la violencia, un primer paso necesario consiste en la definición de las diversas formas que ésta adopta, con el fin de facilitar su medición científica.

Una primera exploración cualitativa en los hospitales derivó en dos grandes dimensiones conceptuales desde las cuales interpretar la

problemática. Una dimensión de violencia *externa*, asociada a episodios que se generan en la relación con pacientes y/o acompañantes de pacientes y el personal de salud; y una dimensión de violencia *interna*, que se refiere a los episodios que se producen entre compañeros/as de trabajo y/o con superiores jerárquicos. Esta dimensión interna también hace referencia a lo que se denomina *violencia institucional*, y que hace a las condiciones estructurales de trabajo, infraestructura, situación contractual, recursos, etc. Cabe destacar que ambas dimensiones están vinculadas entre sí y muchas veces se retroalimentan, y dentro de cada una de ellas (a su vez) se puede diferenciar entre lo que en este estudio se expresa como *violencia física* -que hace referencia a episodios de golpes, empujones, herida con arma, etc.- y *violencia psicológica* -que da cuenta de una violencia ejercida de forma verbal: gritos, insultos, trato discriminatorio y amenazas, por citar sólo algunas.

Una particularidad que caracteriza al fenómeno de la violencia que subyace en sus manifestaciones, es la naturalización de las mismas, el modo en que las personas se habitúan a tolerar la violencia en sus lugares de trabajo sin ser conscientes. Como se pudo constatar en el análisis cualitativo, los estudios científicos acerca de la violencia deben revelar ciertas prácticas cotidianas como violentas, lo que implica un doble ejercicio que no sólo da cuenta de la información disponible sino que también resulta en el esclarecimiento de ciertos malestares naturalizados por los/as trabajadores/as. De aquí que resultó fundamental dimensionar las distintas formas que puede asumir la violencia de modo concreto para posibilitar su medición y visibilización.

1. Violencia en el ámbito de la salud

Retomando la definición de violencia laboral de la OIT presentada en el marco teórico, la agresión, amenaza, humillación o lesión que se pueda sufrir como consecuencia directa de la actividad profesional implica un vínculo claro con el ejercicio de ésta última y se supone que ocurre posteriormente, dentro de un plazo de tiempo razonable. La violencia en el lugar de trabajo puede ser interna, esto es, la que tiene lugar entre los/as trabajadores/as, o externa, la que tiene lugar entre estos/as y toda otra persona presente en el lugar de trabajo (Fariás, 2010)

Distintos estudios sobre violencia laboral coinciden en que, si bien no existen ocupaciones que estén inmunes a estas situaciones, ésta es mayor en el sector de la salud (hospitales, centros de salud y

clínicas). Lo anterior se debe a dos características particulares del sector: por un lado, por ser un trabajo predominantemente femenino, lo cual refleja de modo más crudo las violencias generales que impactan sobre la inserción de las mujeres en el mercado laboral; y por el otro, tiene una fuerte incidencia el trabajo con personas en estados críticos. Esto contiene ciertos riesgos específicos de la tarea en relación al trabajo con la enfermedad que provoca una situación de estrés en los/as trabajadores/as, lo cual propicia también situaciones de violencia. Sumado a esto, una parte considerable de los/as trabajadores/as en el sector de la salud evidencian factores tales como la precariedad de sus condiciones de trabajo y la forma en la que está organizado el mismo, como propiciadores de la violencia tanto de origen externo como interno.

B. Metodología

Con el objetivo de medir los episodios de violencia que manifiestan haber sufrido los/as trabajadores/as de los hospitales, así como también sus representaciones y/o percepciones, se implementó un diseño metodológico cuantitativo a través de una encuesta cerrada, autoadministrada y anónima que estos/as completaron.

En relación al instrumento, se desarrollaron preguntas que, a fines expositivos, se pueden agrupar en tres bloques: el primero, que se podría definir como el perfil del/de la encuestado/a en relación a su trabajo, edad, género y profesión. Un segundo bloque en el que se abordan los episodios de violencia ocurridos en el último año en los establecimientos hospitalarios, incluyendo tanto la violencia física como la psicológica, sea externa o interna; y por último, un grupo de preguntas vinculadas a las percepciones y representaciones del/de la encuestado/a en relación a la violencia

1. Muestra

El universo de estudio está conformado por los/as trabajadores/as de la salud de hospitales y sanatorios de la ciudad de La Plata. Se consideraron particularmente aquellos/as que tienen contacto con el público debido a que uno de los ejes principales de esta investigación es estudiar la violencia externa. Se seleccionaron siete hospitales públicos y cinco sanatorios privados en función de su complejidad, envergadura, distribución geográfica y trayectoria en la ciudad de La Plata. Casi la totalidad de las instituciones de salud más im-

portantes de la ciudad formaron parte del estudio, solo uno de los hospitales públicos y dos clínicas privadas quedaron excluidos.

Se diseñó una muestra no probabilística por cuotas, en la cual la distribución de los casos a relevar se definió de manera de tener representación de los diferentes tipos de trabajo. El trabajo de campo⁸ se llevó a cabo entre los meses de octubre y diciembre de 2017. El objetivo general se planteó medir las manifestaciones que asume la violencia en los establecimientos hospitalarios de la ciudad de La Plata en el año 2017 a partir de una descripción y caracterización de las mismas.

La encuesta se implementó en cinco clínicas privadas: Hospital Italiano, IPENSA, Sanatorio Argentino, Instituto del Diagnóstico, Instituto Médico Platense. Y en siete Hospitales públicos: Hospital Interzonal General de Agudos "General José de San Martín", Hospital Interzonal General de Agudos Prof. Dr. Rodolfo Rossi, Hospital Zonal de Agudos "Dr. Ricardo Gutiérrez", Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos "San Juan de Dios", Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica", Hospital "Alejandro Korn" en Melchor Romero y Hospital Subzonal Especializado "Elina de la Serna".

2. Trabajo de campo

El trabajo de campo constó de tres etapas. En la primera se gestionaron, a través de la Agronomía Médica Platense, las autorizaciones para la realización de la encuesta en cada una de las instituciones seleccionadas. En segundo lugar, se establecieron contactos en cada institución con el objetivo de conocer las particularidades de cada hospital para planificar la estrategia de distribución y recolección de las encuestas. Por último, se procedió a la distribución y recolección de los formularios.

La estrategia adoptada para la realización del trabajo de campo se fundamenta en la dificultad que representa, para los/as investigadores/as externos/as a las instituciones, acceder a ciertos sectores de las mismas. Dicha estrategia también presentó dificultades dado que, en cada etapa, los plazos quedaron supeditados al escaso tiempo disponible del personal de salud. Otra dificultad tuvo que ver con la alta rotación del personal en los servicios y fundamentalmente en las guardias: gran parte de las personas encuestadas no concurren al mismo lugar de trabajo todos los días y, en consecuencia, las en-

⁸ Debido a la complejidad del acceso a diversos sectores de las instituciones participantes de la investigación, el proceso de encuestado se realizó a través de contactos provistos por la Agronomía Médica Platense.

cuestas debían estar disponibles -como mínimo- por espacio de una semana, lo que demoró el proceso de recolección.

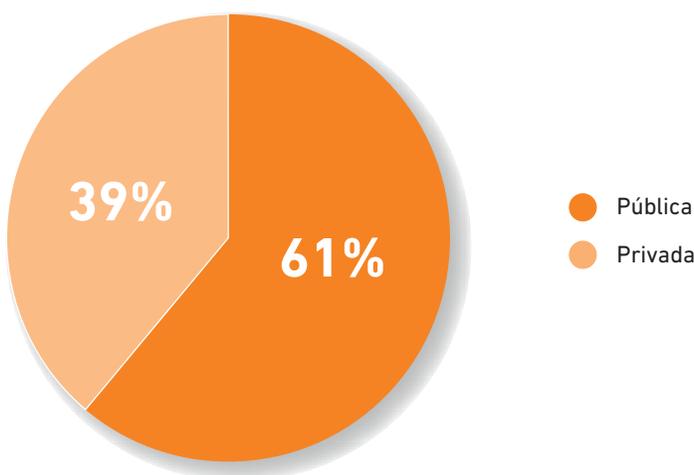
Finalizado el trabajo de campo, el número de encuestas alcanzado garantizó la representatividad de las variables fundamentales con que se procedió al procesamiento y análisis de la información.

C. Resultados

1. Descripción de la muestra y perfil de los/as encuestados/as

La "Encuesta a trabajadores de la salud" (ver Anexos) se llevó adelante en doce instituciones, de las cuales siete fueron hospitales públicos y cinco clínicas y sanatorios privados. El total de encuestas realizadas fue de 733. El Gráfico 1 muestra la distribución de los/as trabajadores/as según el tipo de institución en la que trabajan. De allí se desprende que el 61,1% de quienes respondieron la encuesta trabaja en instituciones públicas y un 38,9% presta servicios en instituciones privadas (ver Tabla 1 en Anexos).

Gráfico 1. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as según tipo de institución. En porcentaje.



En la Tabla 2 se observa que, entre quienes trabajan en el ámbito de la salud, predominan las mujeres, siendo estas el 69,8% de los casos, frente al 29,8% de género masculino. Este dato concuerda con otros estudios realizados, en los que se comprueba una mayoría de mujeres entre los/as trabajadores/as de la salud.

Tabla 2. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as por género

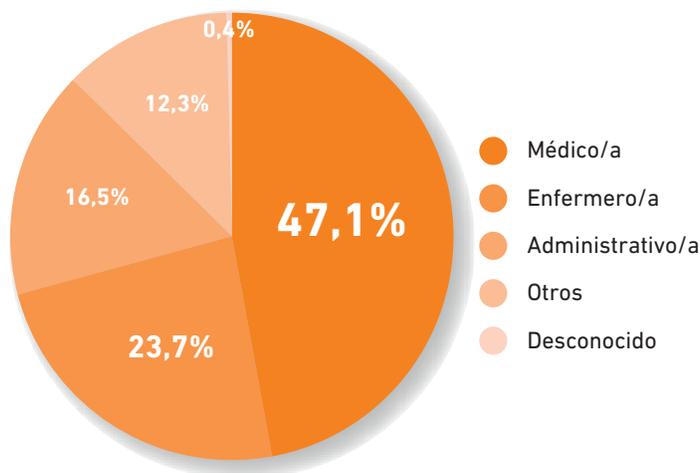
Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	507	69,2
Masculino	214	29,2
Trans	3	0,4
Desconocido	9	1,2
Total	733	100

El promedio de edad es de 37 años. En la Tabla 3 se puede apreciar una distribución de la edad en rangos etarios. Poco más del 70% de los/as encuestados/as se concentra entre 25 y 44 años de edad (44,7% entre 25 y 34 años y 27,7% entre 35 y 44 años), siendo las personas menores de 25 años un 5,1% y los/as mayores de 45 años un 22,5%.

Tabla 3. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as por rango etario

Rango etario	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 25 años	37	5,0
25 a 34 años	329	44,9
35 a 44 años	202	27,6
45 años o más	165	22,5
Total	733	100

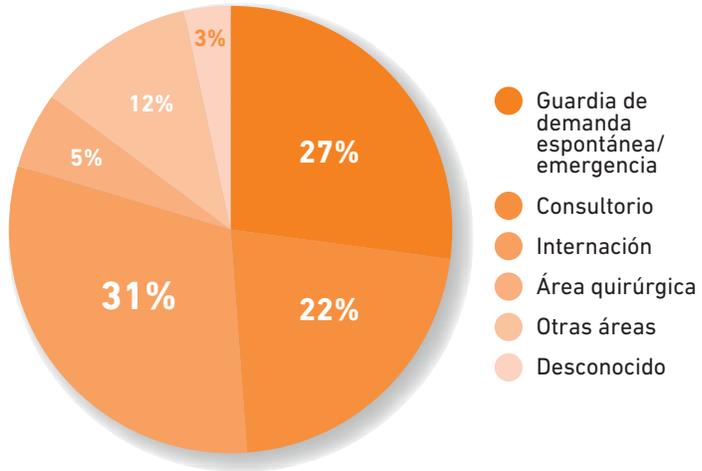
Gráfico 2. Porcentaje de trabajadores/as encuestados/as por profesión/ocupación



En cuanto a ocupación o profesión de quienes respondieron la encuesta, como puede observarse en el Gráfico 2, se destaca que la categoría con mayor representación son los/as médicos/as, representando el 47% de la muestra -de los cuales el 43,9% son residentes. En segundo lugar, aparecen los/as enfermeros/as, con 23,8%, los/as administrativos/as con un 16,5%, mientras que el 12,3% pertenece a otras ocupaciones/profesiones. Estudios realizados en Argentina sobre la conformación de los equipos de salud también muestran una relación en la que los/as médicos/as duplican a los/as enfermeros/as (ver Tabla 4 en Anexos).

En el Gráfico 3 se desglosa cómo se reparten los/as encuestados/as en cuanto al sector en el que trabajan. Cabe aclarar que muchas de las personas consultadas trabajan en más de un sector, pero el cuestionario hacía foco en el sector en el que se encontraban en el momento de responder a la encuesta. De esta manera, se obtuvo que un 29% trabaja en áreas de internación, un 27,2% en guardias de demanda espontánea o emergencias, un 21,4% en consultorios y un 5,7% en áreas quirúrgicas. Un 11,5% de los casos trabaja en otros sectores como diferentes áreas administrativas, rayos, laboratorio o área de diagnóstico por imágenes, entre otros (ver Tabla 5 en Anexos).

Gráfico 3. Porcentaje de trabajadores/as encuestados/as por sector de trabajo.



En la Tabla 6 se observa la antigüedad de los/as trabajadores/as de las clínicas y hospitales, cuyo promedio es cercano a los 8 años. Casi la mitad de ellos/as, un 49%, tiene menos de 5 años de antigüedad, mientras que un 29,6% tiene una antigüedad de 5 a 14 años. Entre 15 y 24 años se encuentra el 9,4% de los/as encuestados/as y con 25 años o más de antigüedad un 7,4%.

Tabla 6. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as por antigüedad.

Antigüedad	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 5 años	359	49,0
5 a 14 años	217	29,6
15 a 24 años	69	9,4
25 años o más	54	7,4
Desconocido	34	4,6
Total	733	100

2. Violencia

En este apartado se presentan los resultados en relación al núcleo problemático de este estudio: la caracterización de la violencia en los hospitales. En un primer momento se buscó caracterizar la *violencia externa*, los episodios de violencia física y psicológica de los que fueron víctimas los/as trabajadores/as durante el último año con personas externas a la institución, pacientes y/o acompañantes de los/as mismos/as. También se presentan los datos que se obtuvieron en relación a las percepciones y representaciones que tienen las personas encuestadas acerca de la violencia y las posibles repercusiones de la misma en su actividad cotidiana; así como también una comparación estadística del fenómeno en el ámbito público y en el privado.

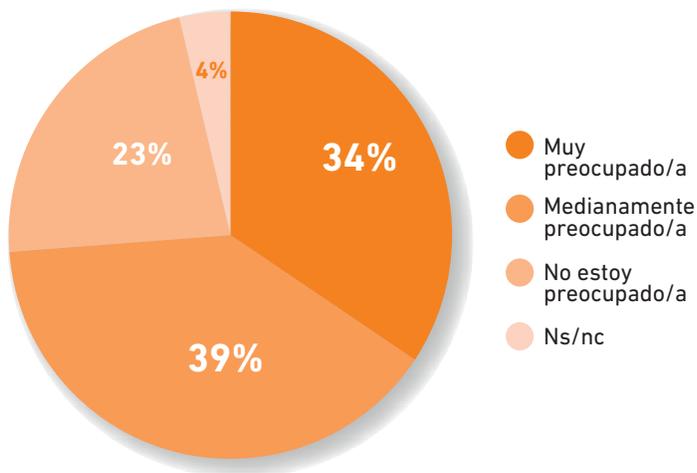
En un segundo momento se presentan los resultados que se obtuvieron acerca de la *violencia interna*, es decir, las violencias que sufrieron en el último año los/as trabajadores/as por parte de personas de la institución, compañeros/as, colegas y/o superiores.

Por último, dentro de este apartado también se considera lo que llamamos *violencia institucional*: los problemas estructurales que aquejan a trabajadores/as dentro de los hospitales y los que afectan a pacientes y/o acompañantes.

Violencia externa

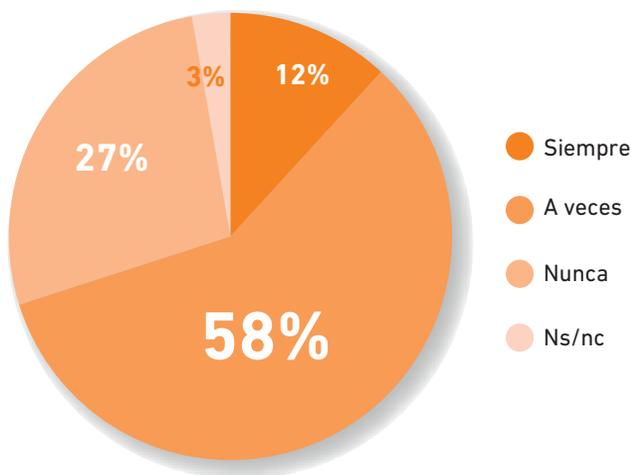
Consultados/as acerca de si se encuentran preocupados/as por la violencia en sus lugares de trabajo, como se observa en el Gráfico 4, la categoría "medianamente preocupado/a" fue la que se presentó con más frecuencia, con un 39%. Si se suman con quienes se encuentran muy preocupados/as, el 34,4%, cerca del 75% de los/as trabajadores de la salud de hospitales y clínicas de la ciudad de La Plata manifiestan cierto grado de preocupación en relación a la violencia en el ámbito de trabajo. Solo el 22,5% expresa no sentir preocupación al respecto (ver Tabla 7 en Anexos).

Gráfico 4. ¿Se encuentra preocupado/a por la violencia en su lugar de trabajo?



El 70% de los/as trabajadores/as se sienten algún tipo de inseguridad en su lugar de trabajo (Ver Gráfico 5): mientras el 12% tiene esta sensación siempre, el 58% la percibe a veces. Por el contrario, el 27% respondió que no se siente inseguro/a.

Gráfico 5. ¿Se siente inseguro/a en su lugar de trabajo?



Un 34,4% respondió positivamente al ser consultado/a sobre si han tenido que hacer alguna modificación respecto a sus hábitos cotidianos para evitar situaciones de violencia en su lugar de trabajo

(ver Tabla 9). Según reveló el análisis cualitativo, para ejemplificar algunos de los hábitos que los/as trabajadores/as se vieron impulsados/as a modificar por el miedo a vivir episodios de violencia se encuentran: cambiar el lugar de estacionamiento del auto, cambiar el lugar de salida del trabajo para no cruzarse con pacientes, los horarios de entrada y salida del trabajo, por citar sólo algunos.

Cambio de hábitos	Frecuencia	Porcentaje
Sí	253	34,5
No	443	60,4
Ns/Nc	37	5,0
Total	733	100

Tabla 9. ¿Ha modificado alguno de sus hábitos cotidianos para evitar situaciones de violencia en su lugar de trabajo?

Observando estas variables en la comparación entre tipo de efector, se puede apreciar que la sensación de inseguridad se manifiesta más profundamente en el sector público. Cuando se indagó acerca de las percepciones con respecto a la violencia e inseguridad en el lugar de trabajo, el 87,3% de las personas entrevistadas del sector público aseguró encontrarse preocupado/a por la violencia, el 82,4% afirmó sentirse inseguro/a y el 40,4% dijo haber modificado sus hábitos cotidianos para evitar situaciones de violencia. Estos porcentajes en instituciones privadas fueron también de una magnitud considerable, pero menores. El 52,6% dijo estar preocupado/a por la violencia, el 50,9% estar inseguro/a y el 25,3% aseguró haber cambiado hábitos cotidianos.

Gráfico 6. Percepciones de trabajadores/as según tipo de institución.

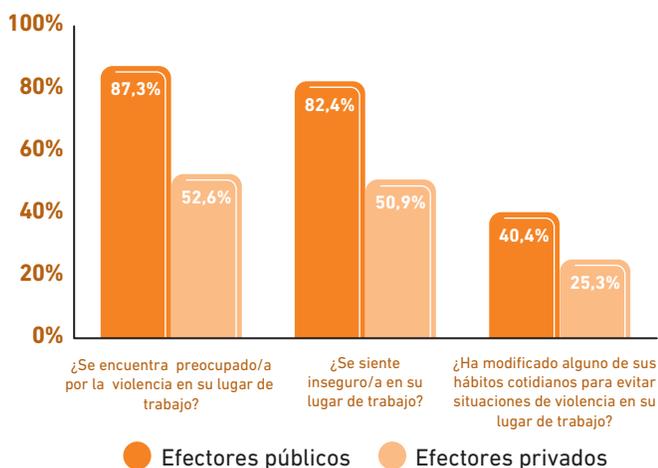


Tabla 10. ¿Sufrió algún tipo de violencia externa en el último año?

¿Sufrió violencia externa en último año?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	445	60,7
No	255	34,8
Ns/Nc	33	4,5
Total	733	100

Sobre la ocurrencia de situaciones de violencia externa en el último año en su lugar de trabajo, un 60,7% contestó haber sido víctima de al menos una vez (ver Tabla 10). Este dato es muy similar al obtenido por otro estudio realizado en hospitales públicos y privados a 321 trabajadores/as de la salud en la ciudad de Córdoba, en el año 2008, donde se constata que el 62% de estos/as manifestó presenciar situaciones de violencia en las instituciones estudiadas (Fariás, 2010)

En torno a los tipos de violencia, el porcentaje de quienes dicen haber sufrido violencia física está muy por debajo de quienes dicen haber sufrido episodios de violencia psicológica. Esta última se presenta en más de la mitad de los/as encuestados/as (57,4%). En cuanto a la violencia física -en la que incluimos golpes, empujones, heridas con arma, etc.- la frecuencia de quienes respondieron haberla sufrido es del 14,1%. Los episodios de violencia psicológica (insultos, gritos, trato discriminatorio, etc.) son más de 4 veces más frecuentes entre los trabajadores/as de la salud de la ciudad de La Plata (ver Tabla 12).

Tabla 11. ¿Sufrió violencia física en el último año?

¿Sufrió violencia física en último año?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	103	14,1
No	619	84,4
Ns/Nc	11	1,5
Total	733	100

Tabla 12. ¿Sufrió violencia psicológica en el último año?

¿Sufrió violencia psicológica en último año?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	421	57,4
No	277	37,8
Ns/Nc	35	4,8
Total	733	100

Cuando se indaga acerca de las percepciones sobre la frecuencia de los episodios de violencia en los ámbitos de trabajo relevados, se ve que casi la mitad (47%) de las personas encuestadas considera a la violencia psicológica un fenómeno muy frecuente. Mientras que la violencia física es considerada poco frecuente por el 38% y muy frecuente por el 34,5% (ver Gráfico 7).

Gráfico 7. Percepciones sobre la frecuencia de los hechos de violencia externa.



• Violencia externa en lo público y en lo privado

Se observa una diferencia notable en el ámbito público y privado en relación a la violencia que denominamos externa. Principalmente se advierte que dentro de los hospitales públicos, un porcentaje elevado de trabajadores/as manifiesta haber sufrido violencia mientras que en el ámbito pri-

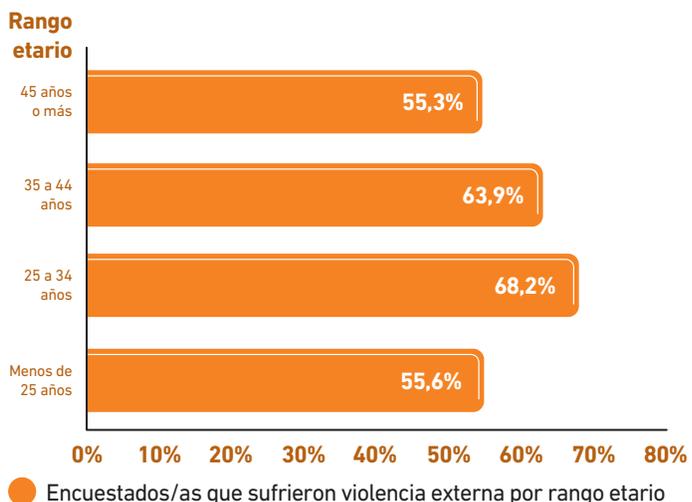
vado ese porcentaje disminuye considerablemente. Este fenómeno se ve expresado en todas las categorías profesionales que fueron encuestadas.

En el ámbito público, el 68,8% de los trabajadores/as sufrieron violencia externa. Del total de médicos/as de los hospitales públicos, el 67,6% manifiesta haber sufrido violencia. Del total de enfermeros/as, el 75,4% sufrió violencia alguna vez en el último año. En términos de género, el 68,3% fueron mujeres y el 30,1% varones.

En el ámbito privado, el 54,9% sufrió violencia externa, un porcentaje significativamente más bajo que en el ámbito público. Del total de médicos/as que trabajan en hospitales y clínicas privadas, el 65,2% manifiesta haber sufrido violencia. Del total de enfermeros/as, el 47,7% manifiesta haber sufrido violencia y del total de administrativos/as, el 26,9%.

Como muestra el Gráfico 8, en relación a las edades, se ve que aproximadamente la mitad (48,8%) de quienes sufrieron violencia de tipo externa se concentran en la franja de 25 a 34 años y el 27,9% entre los 35 y los 44 años, siendo menos significativo entre los/as trabajadores/as mayores a 45 años, donde se concentra casi el 19% de quienes expresan haber sufrido violencia por parte de pacientes y/o acompañantes en sus lugares de trabajo. A su vez, al interior de cada rango etario, se observa que los dos rangos comprendidos entre los 25 y los 44 años son los que presentan mayor frecuencia de situaciones de violencia, 68,2% entre los 25 y los 34 años y 63,9% entre los 35 y 44 años, en tanto que a los extremos los porcentajes son del orden del 55% (ver tabla 17 en Anexos).

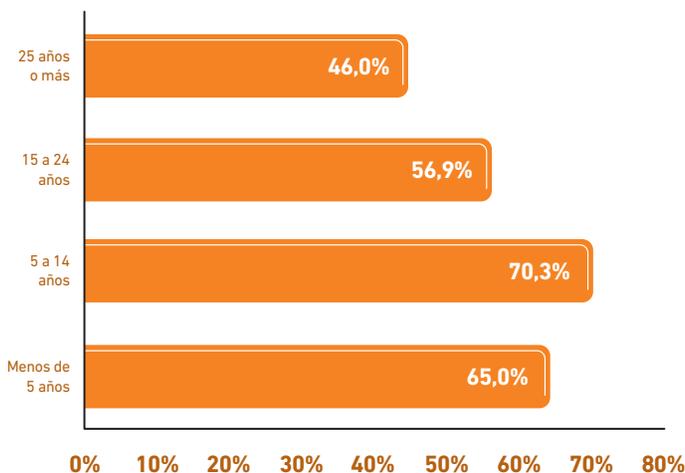
Gráfico 8. Porcentaje de encuestados/as que sufrieron violencia externa por rango etario.



Si se observan los porcentajes de quienes sufrieron violencia externa en relación a la antigüedad en el puesto de trabajo, se ve que dentro de los rangos de menor antigüedad este porcentaje es más alto, siendo menor entre quienes poseen más años de en el puesto de trabajo (ver Gráfico 9).

Gráfico 9: Porcentaje de encuestados/as que sufrieron violencia externa por rango de antigüedad.

Antigüedad



● Encuestados/as que sufrieron violencia externa según antigüedad

• **Violencia física**

Tabla 22. ¿Sufrió violencia física en el último año? Respuestas desagregadas.

¿Sufrió violencia física?	Frecuencia	Porcentaje
Sí, varias veces	35	4,8
Sí, una vez	68	9,3
No	619	84,4
Ns/Nc	11	1,5
Total	733	100

Como muestra la Tabla 22, el 84,4% de los/as trabajadores/as de hospitales públicos y privados manifiestan no haber sufrido violencia física, mientras que el 9,3% manifiesta haber sufrido violencia física en su lugar de trabajo una sola vez en el último año.

Tabla 23. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as que sufrieron violencia física en el último año, por profesión. Respuestas desagregadas

¿Sufrió usted violencia física en su lugar de trabajo en los últimos 12 meses?	Profesión					
	Médico/a	Enfermero/a	Psicólogo/a	Trabajador/a Social	Administrativo/a	Otros
Sí, varias veces	10	22	0	0	1	2
%	2,9	12,9	0,0	0,0	0,8	2,2
Sí, una vez	24	31	2	0	7	6
%	7,1	18,1	13,3	0,0	5,9	6,7
No	305	118	13	8	111	82
%	90,0	69,0	86,7	100,0	53,3	91,1
Total	339	171	15	8	119	90
%	100	100	100	100	100	100

Se observa que son los/as enfermeros/as quienes han sufrido en mayor medida los episodios de violencia física en sus lugares de trabajo en relación al universo de los/as médicos/as. Entre quienes manifiestan haber sufrido violencia física alguna vez, el 31% fueron enfermeros/as, menos de la mitad, el 9,8% médicos/as y el 6,7% personal administrativo (ver Tabla 23).

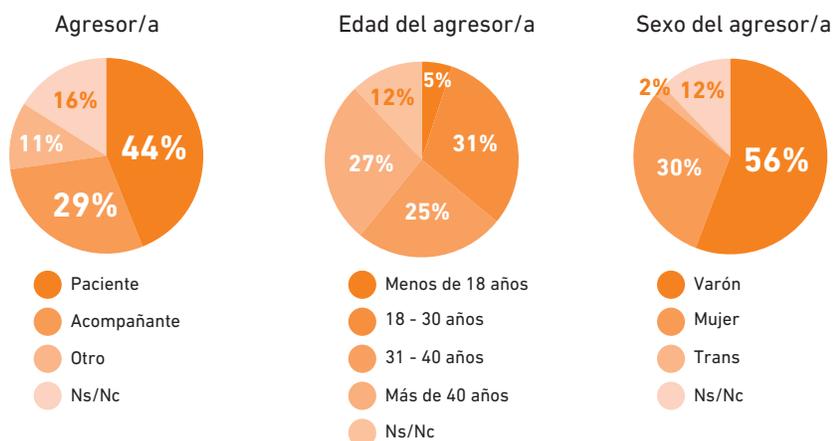
Los/as trabajadores/as de guardias son quienes mayormente manifiestan haber sufrido violencia física en sus lugares de trabajo, el 24% de médicos/as, enfermeros/as y administrativos/as trabajadores/as de guardias sufrió violencia física, el 8,9% más de una vez. Entre quienes trabajan en consultorio, el porcentaje disminuye, siendo el 8,2% quienes sufrieron violencia física y entre quienes trabajan en internación el 12,4% (ver Tabla 24).

Tabla 24. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as que sufrieron violencia física en el último año, por sector de trabajo. Respuestas desagregadas

¿Sufrió usted violencia física en su lugar de trabajo en los últimos 12 meses?	Sector en que trabaja				
	Guardia de demanda espontánea / emergencia	Consultorio	Internación	Área quirúrgica	Otra
Sí, varias veces	17	2	11	1	2
%	8,9	1,3	4,9	2,6	2,4
Sí, una vez	29	11	17	7	3
%	15,1	6,9	7,6	17,9	3,6
No	146	146	197	31	78
%	76,0	91,8	87,6	79,5	94,0
Total	192	159	225	39	83
%	100	100	100	100	100

• Caracterización de las situaciones de violencia física

En relación al perfil de quienes agredieron físicamente a los/as trabajadores en el último año, se observa que en el 43,7% de los casos fueron pacientes y en el 29,1% acompañantes de pacientes. El 56,3% fueron varones, el 30,1% mujeres y en el 1,9% trans, en la gran mayoría de casos se trataba de mayores de 18 años.



Gráficos 10, 11 y 12. Perfil de quien agrede

La mayoría de las agresiones físicas se produjeron en las guardias (41,7%), mientras que las áreas de internación también aparecen como un lugar crítico, con el 27,2% de las agresiones (ver Tabla 28).

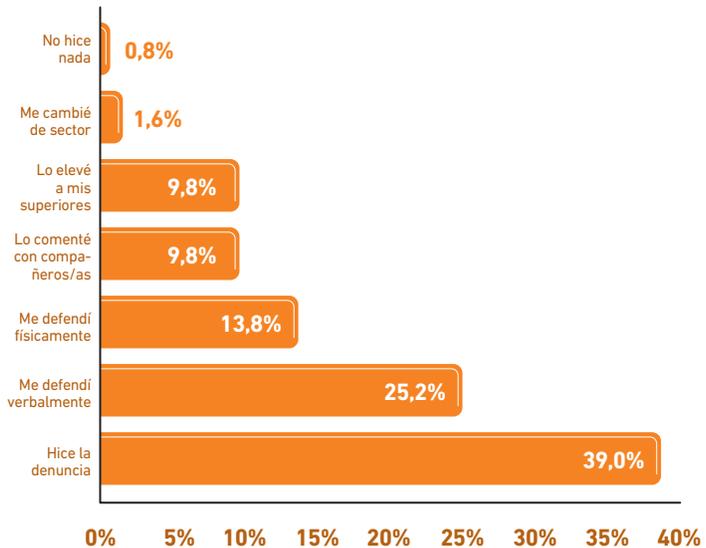
Tabla 28. Distribución de frecuencia del lugar de la agresión, en casos de violencia física en el último año a trabajadores/as encuestados/as.

Lugar donde ocurrió	Frecuencia	Porcentaje
Guardia	43	41,7
Internación	28	27,2
Otro	14	13,6
Consultorio	9	8,7
Ns/Nc	9	8,7
Total	103	100

Dentro del estudio se indagó acerca de la forma en que los/as trabajadores/as reaccionaron frente a los episodios de violencia. Casi el 40% de los/as agredidos/as, como muestra el Gráfico 13, hicieron la denuncia formalmente, el 25% se defendió verbalmente y el

13,8% se defendió físicamente. Solo el 1,6% manifiesta haber tenido que cambiar de sector de trabajo (ver Tabla 31 en Anexos)

Gráfico 13. Reacción de los/as encuestados/as que recibieron violencia física en el último año.



● ¿Cuál fue su reacción?

Acerca de las percepciones de los/as trabajadores sobre los motivos de las agresiones recibidas, las dos opciones más referenciadas fueron: el consumo de alcohol y/o drogas en el 28,2% de los casos y en el 26,2% por el tiempo de espera (ver Tabla 32).

Tabla 32. Distribución de frecuencia de las percepciones de trabajadores/as encuestados/as sobre las posibles causas de los hechos de violencia física sufridos en el último año.

Posibles causas	Frecuencia	Porcentaje
Consumo de alcohol y/o drogas	29	28,2
Tiempo de espera	27	26,2
Otro	24	23,3
Mala atención	5	4,9
Ns/Ns	18	17,5
Total	103	100

Con respecto a las percepciones sobre las causas que pudieron motivar estos actos de violencia, en los hospitales públicos sobresalen el consumo de drogas y alcohol por parte de los/as pacientes y acompañantes (37,1%) y el tiempo de espera (30%). En los efectores privados el tiempo de espera también es considerado la principal causa (29%) pero el consumo de sustancias asume un lugar menos ponderado, con el 16,1% de las respuestas (ver Tabla 71 en Anexos). Si bien en cuanto a hechos de violencia física sufridos por parte de los/as entrevistados/as en el último año, las diferencias entre instituciones públicas y privadas no son grandes, en los hospitales públicos las personas encuestadas consideran que este tipo de agresiones son muy frecuentes (49,5%), mientras que en los privados se cree que son poco frecuentes (37,5%) (ver Tabla 72 en Anexos).

• **Violencia psicológica**

Por lo que se pudo evidenciar a través de este estudio, la violencia psicológica se manifiesta con mayor frecuencia que la física en los ámbitos hospitalarios: más de la mitad de los/as trabajadores/as de los hospitales públicos y privados (57,4%) manifiestan haber sufrido al menos un episodio de violencia psicológica en su lugar de trabajo (ver Tabla 33). Como se observa en la Tabla 34, esta violencia se expresa mayoritariamente en forma de amenazas (37,3%), insultos (22,6%) y gritos (20%). Por su parte, solo el 14,1% manifiesta haber sufrido violencia física.

Estudios previos señalan una relación estadística similar acerca de la violencia psicológica. Según el estudio realizado a 321 trabajadores/as de los hospitales públicos y privados en la ciudad de Córdoba, las conductas violentas identificadas son mayoritariamente manifestaciones de violencia psicológica. Un 65,1% de quienes participaron en el estudio identificaron los gritos como lo más frecuente y un 55,1% los insultos como forma de violencia más presentes, mientras que la descalificación fue mencionada por el 54,2% de las personas encuestadas (Farías, 2010).

Tabla 33. ¿Sufrió violencia psicológica y/o verbal en el último año? Respuestas desagregadas.

¿Sufrió violencia psicológica y/o verbal?	Frecuencia	Porcentaje
Sí, varias veces	268	36,6
Sí, una vez	153	20,9
No	277	37,8
Ns/Nc	35	4,8
Total	733	100

Tabla 34. Distribución de frecuencia del tipo de violencia en casos de violencia psicológica en el último año a trabajadores/as encuestados/as.

Tipo de violencia psicológica	Frecuencia	Porcentaje
Amenaza verbal	157	37,3
Insulto	95	22,6
Gritos	84	20,0
Trato discriminatorio	35	8,3
Otro	14	3,3
Amenaza con arma	4	1,0
Ns/Nc	32	7,6
Total	421	100

Como se desprende de la Tabla 35, los/as médicos/as son quienes se encuentran más afectados/as por este tipo de violencia: el 67,1% (el 40,9% sufrió violencia psicológica más de una vez y el 26,2% una vez en el último año); mientras que los/as administrativos/as lo manifiestan el 56,6% de las veces (el 38,3% varias veces en el último año y el 18,3% una vez); y los/as enfermeros/as el 55,1%.

Tabla 35. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as que sufrieron violencia psicológica y/o verbal en el último año, por profesión. Respuestas desagregadas.

¿Sufrió usted algún tipo de violencia psicológica y/o verbal en su lugar de trabajo?	Profesión					
	Médico/a	Enfermero/a	Psicólogo/a	Trabajador/a Social	Administrativo/a	Otros
Sí, varias veces	139	64	2	2	44	17
%	40,9	40,5	13,3	25,0	38,3	27,9
Sí, una vez	89	23	4	1	21	14
%	26,2	14,6	26,7	12,5	18,3	23,0
No	112	71	9	5	50	30
%	32,9	44,9	60,0	62,5	43,5	49,2
Total	340	158	15	8	115	61
%	100	100	100	100	100	100

En relación a las áreas donde estos episodios aparecen, las más problemáticas son las guardias, con el 74,8% de los/as trabajadores/as que manifestaron haber sufrido violencia psicológica (ver Tabla 36).

Tabla 36. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as que sufrieron violencia psicológica y/o verbal en el último año, por sector de trabajo. Respuestas desagregadas.

¿Sufrió usted algún tipo de violencia psicológica y/o verbal en su lugar de trabajo?	Sector en que trabaja				
	Guardia de demanda espontánea /emergencia	Consultorio	Internación	Área quirúrgica	Otro
Sí, varias veces	107	56	66	12	17
%	55,2	36,4	31,0	30,0	22,4
Sí, una vez	38	32	56	14	13
%	19,6	20,8	26,3	35,0	17,1
No	49	66	91	14	46
%	25,3	42,9	42,7	35,0	60,5
Total	194	154	213	40	76
%	100	100	100	100	100

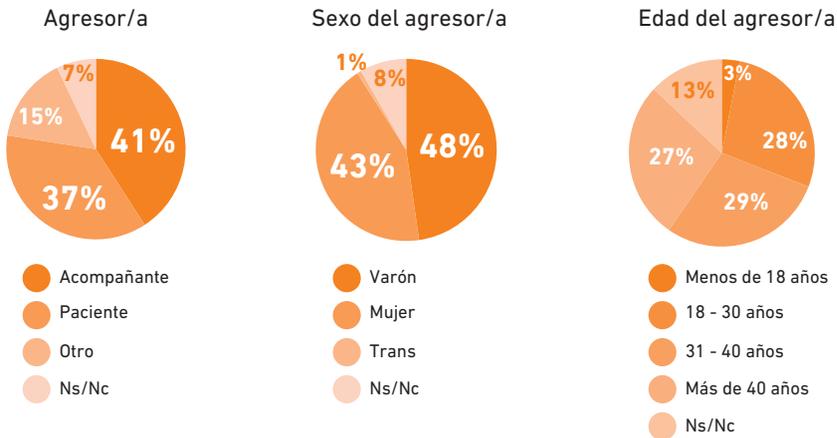
Caracterización de las situaciones de violencia psicológica

Como muestran los gráficos a continuación, en relación a la violencia psicológica/verbal recibida por los/as trabajadores/as, el 40,9% manifestó haberla padecido de parte de los/as acompañantes de los/as pacientes y el 36,6% por parte de los/as pacientes (ver Tabla 37 en Anexos).

En relación al sexo de quienes agreden, se presenta de forma pareja: en el 44,9% de los casos la agresión fue de parte de varones y en el 40,6% de parte de mujeres. En este punto se observa una diferencia importante en relación a la violencia física, ya que en el caso de la violencia física el 56,3% fueron varones (ver Tabla 38 en Anexos).

Respecto a la edad de los/as agresores/as, como se observa en los gráficos, los tres rangos de edad superiores (18 a 30 años, 31 a 40 años, más de 40 años) son prácticamente iguales, siendo el rango de menores edades (menos de 18 años) el de menor frecuencia (3,1%).

Gráficos 14, 15 y 16. Perfil del/a agresor/a en violencia psicológica y/o verbal.



Los episodios de violencia psicológica no se concentraron fundamentalmente en las guardias, aunque se presenta allí un alto porcentaje (36,6%). Estos episodios aparecen más repartidos que los episodios de violencia física. En áreas de internación sucedieron un 26,6% de los hechos y en consultorios, donde el porcentaje de episodios de violencia física no era significativo, casi el 20% de los casos (ver Tabla 40).

Tabla 40. Distribución de frecuencia del lugar de la agresión, en casos de violencia psicológica y/o verbal en el último año a trabajadores/as encuestados/as.

Lugar donde ocurrió	Frecuencia	Porcentaje
Guardia	154	36,6
Internación	112	26,6
Consultorio	82	19,5
Otro	43	10,2
Ns/Nc	30	7,1
Total	421	100

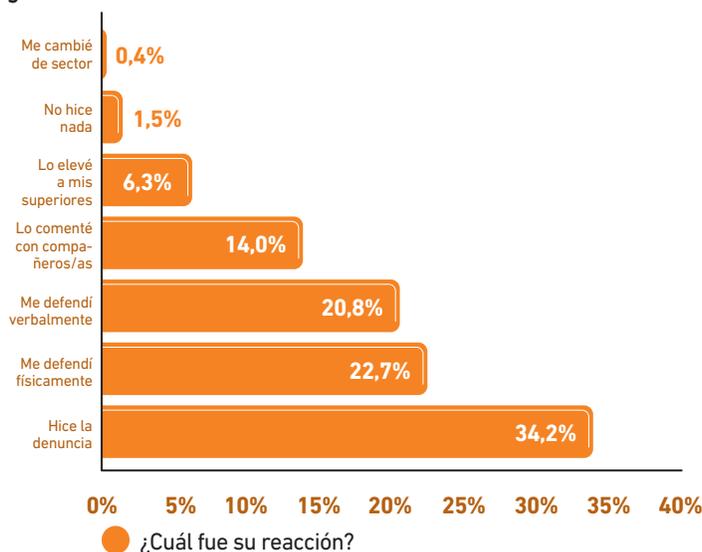
Al igual que lo que ocurre con la violencia física, los momentos del día en el que se concentran mayormente las situaciones de violencia psicológica, como muestra la Tabla 41, son la mañana y la tarde (31,6% y 31,4% respectivamente), decreciendo su presencia a lo largo de las jornadas (19,7% a la noche, 4,8% a la madrugada).

Tabla 41. Distribución de frecuencia del momento de la agresión, en casos de violencia psicológica y/o verbal en el último año a trabajadores/as encuestados/as.

Momento del día	Frecuencia	Porcentaje
Mañana	133	31,6
Tarde	132	31,4
Noche	83	19,7
Madrugada	20	4,8
Ns/Nc	53	12,6
Total	421	100

El Gráfico 17 muestra las reacciones de los/as trabajadores/as que sufrieron al menos un episodio de violencia psicológica o verbal en el último año. El 34,2% realizó la denuncia, el 22,7% se defendió físicamente y el 20,8% se defendió verbalmente.

Gráfico 17. ¿Cuál fue su reacción a los hechos de violencia psicológica vividos en el último año?



En relación a los motivos de la violencia psicológica, según las personas encuestadas se vincula principalmente al tiempo de espera para la atención (38,7%) y, en menor medida, al consumo de sustancias psicoactivas (10%) (ver Tabla 43). Se observa una diferencia significativa en relación a la violencia física ya que, en estos casos, el 28,2% de quienes participaron de la encuesta lo relaciona al consumo de drogas y/o alcohol.

Tabla 43. Distribución de frecuencia de las percepciones de trabajadores/as encuestados/as sobre las posibles causas de los hechos de violencia psicológica y/o verbal sufridos en el último año.

Posibles causas	Frecuencia	Porcentaje
Tiempo de espera	163	38,7
Otro	95	22,6
Consumo de alcohol y/o drogas	42	10,0
Mala atención	16	3,8
Ns/Nc	105	24,9
Total	421	100

Violencia Interna

Dentro de la categoría amplia violencia interna se encuentran dos grandes grupos de problemas: los que se pueden categorizar como violencia institucional y la violencia entre colegas. En relación a esta última, el 14,5% (Gráfico 18) manifiesta que es muy frecuente en sus lugares de trabajo, mientras que la gran mayoría lo consideró poco frecuente o nada frecuente. En lo que respecta a violencias jerárquicas, de superiores hacia empleados/as, el 15,6% consideró una práctica muy frecuente (ver Tablas 44 y 45 en Anexos).

De todos/as los/as trabajadores/as que formaron parte de la encuesta, el 23,3% manifestó haber sufrido violencia verbal y/o física por parte de compañeros/as y/o superiores en su ámbito de trabajo (ver Tabla 46)

Gráfico 18. Percepciones sobre frecuencia de violencia interna.



Tabla 46. ¿Ha sufrido violencia (verbal y/o física) por parte de compañeros/as y superiores en el último año?

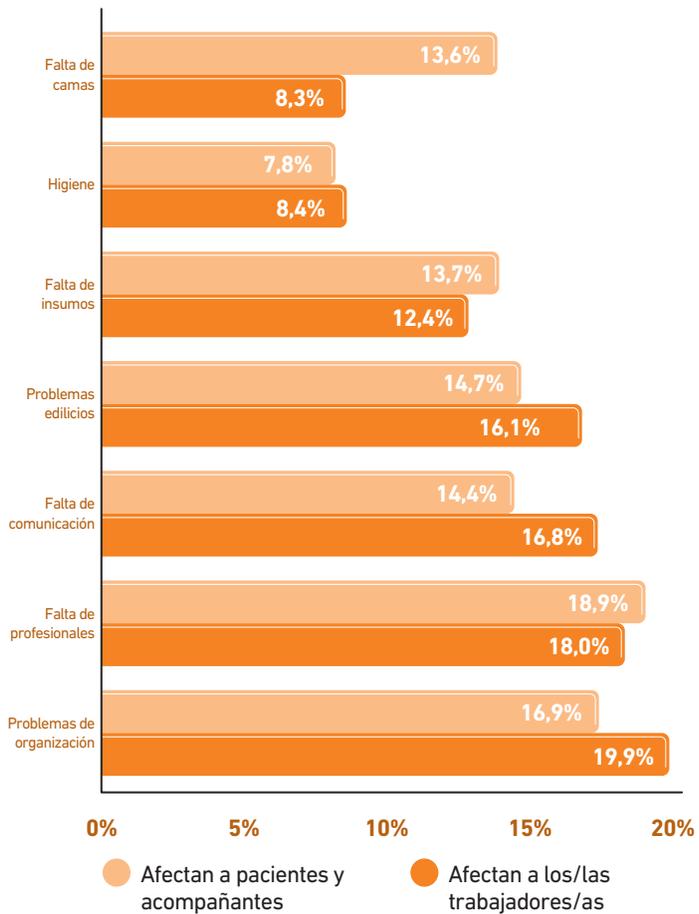
Violencia por parte de compañeros/as y/o superiores/as	Frecuencia	Porcentaje
Sí	171	23,3
No	478	65,2
Ns/Nc	84	11,5
Total	733	100

Dentro de la denominada violencia institucional se encuentran varias dimensiones plausibles de análisis: la falta de insumos y de profesionales, las guardias de veinticuatro horas, la precarización laboral de las residencias; los bajos salarios; el deterioro edilicio; los déficits en la organización institucional (señalética, fragmentación de guardias y escasa delimitación de competencias, entre otras). Todas estas cuestiones son de orden estructural, tienen que ver con el sistema de salud y afectan a los/as trabajadores/as y usuarios/as, sobre todo en lo que respecta al ámbito público.

Dentro del abanico de problemas institucionales que propician situaciones de violencia y/o que pueden leerse como violencias insti-

tucionales, el Gráfico 19 muestra que las más referenciadas por los/as trabajadores/as fueron: los problemas de organización y la falta de profesionales, con el 19,9% y el 18% respectivamente. La falta de comunicación y los problemas edilicios también obtuvieron un porcentaje elevado de respuestas con un 16,8% y un 16,1% respectivamente (ver Tabla 47). En relación a cuáles de estos problemas estructurales afectan de modo negativo a pacientes y/o acompañantes, se observa que el 18,9% indica la falta de profesionales y el 16,9% la falta de organización institucional como los problemas principales (ver Tabla 48 en Anexos).

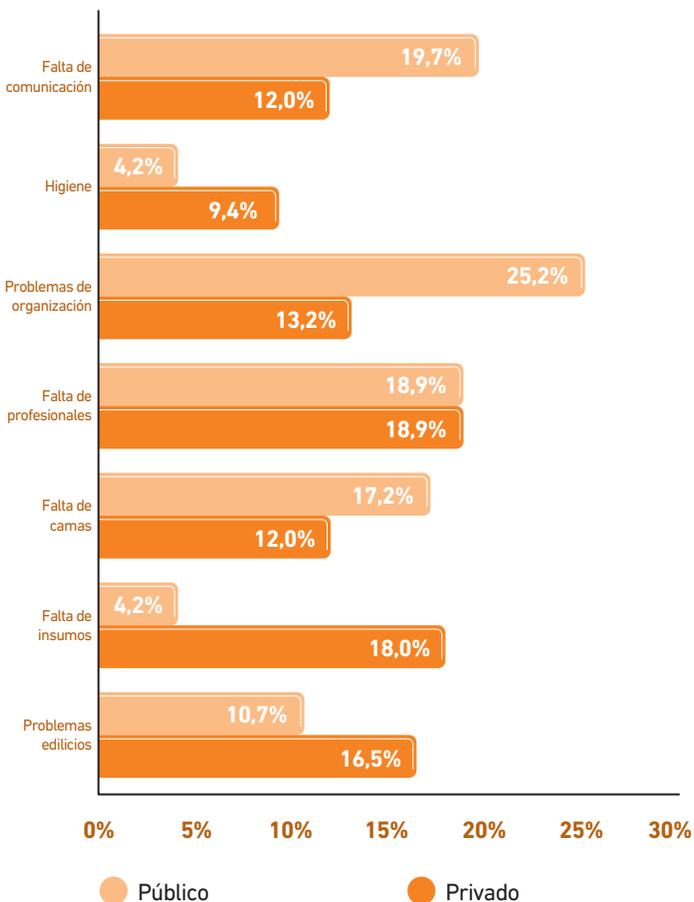
Gráfico 19. Percepciones sobre causas que afectan a trabajadores/as y pacientes y acompañantes



• Percepciones sobre condiciones que afectan a los/as pacientes y trabajadores/as

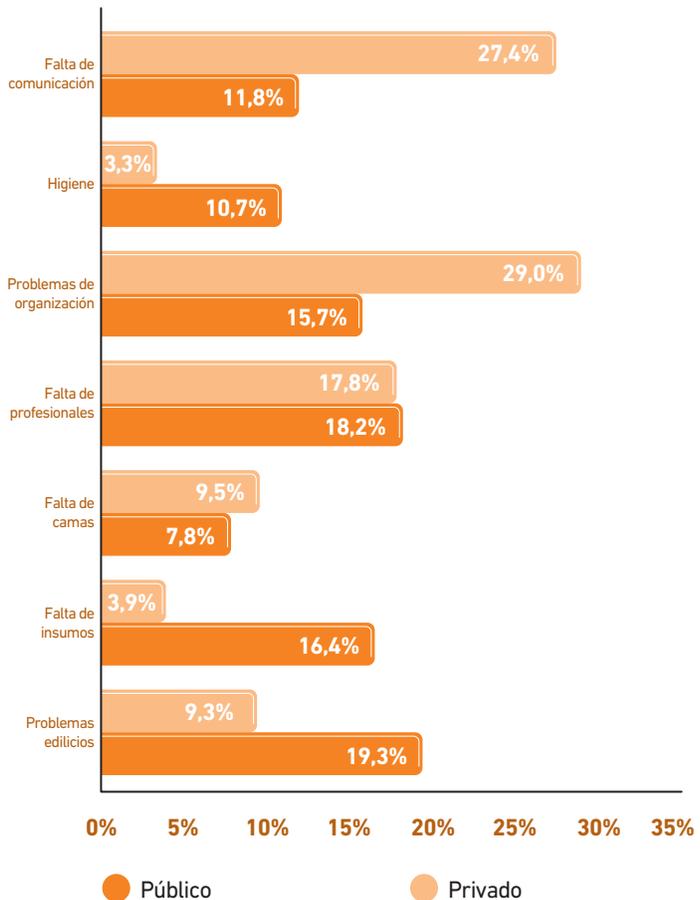
Al indagar sobre las condiciones estructurales de las instituciones que afectan a pacientes y/o acompañantes, en los hospitales públicos, la falta de profesionales (18,9%) y la falta de insumos (18%) son las primeras opciones en aparecer. Para las instituciones privadas, toman mayor relevancia los problemas de organización (25,2%) y la falta de comunicación (19,7%) (Gráfico 20).

Gráfico n° 20: Percepciones sobre condiciones estructurales que afectan a pacientes y/o acompañantes, por tipo de efector.



Como se observa en el Grafico 21, en cuanto a las condiciones estructurales que afectan más a los/as trabajadores/as, en hospitales públicos aparecen principalmente los problemas edilicios (19,3%) y la falta de profesionales (18,2%). En instituciones privadas nuevamente aparecen los problemas de organización (29%) y la falta de comunicación (27,4%).

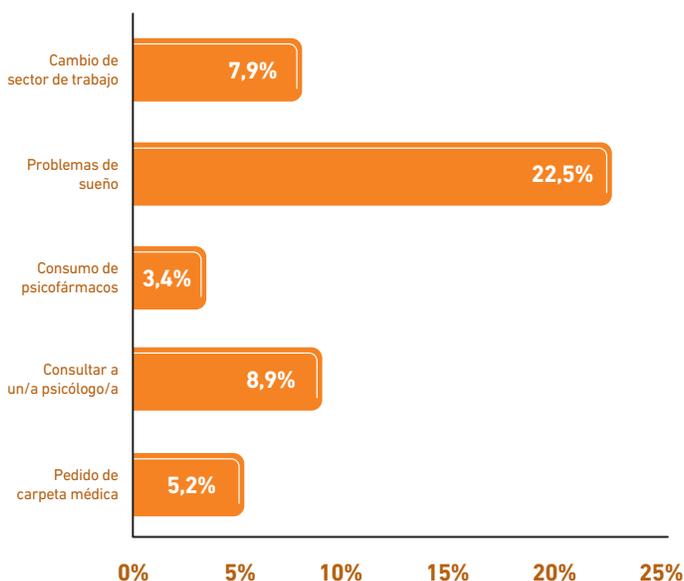
Gráfico 21. Percepciones sobre condiciones estructurales que afectan a trabajadores/as, por tipo de efector.



Consecuencias de la violencia en la salud de los/as trabajadores

El Gráfico 22 muestra algunas de las posibles consecuencias que la violencia ocasiona en la salud de los/as trabajadores/as. El 22,5% de las personas encuestadas padece problemas de sueño, el 8,9% ha tenido que consultar un/a psicólogo/a y un 7,9% ha debido cambiar su sector de trabajo (ver Tablas 49 a 53 en Anexos).

Gráfico 22: Consecuencias de los diferentes tipos de violencia sobre la salud de los/as trabajadores/as.



El 71,8% de los/as trabajadores/as encuestados/as manifiesta no conocer la existencia de protocolos o guías de carácter institucional para enfrentar situaciones de violencia, ya sean externas o internas, en sus lugares de trabajo. Solo el 9% recibió capacitaciones en relación a la violencia (ver Tablas 54 y 55 en Anexos).

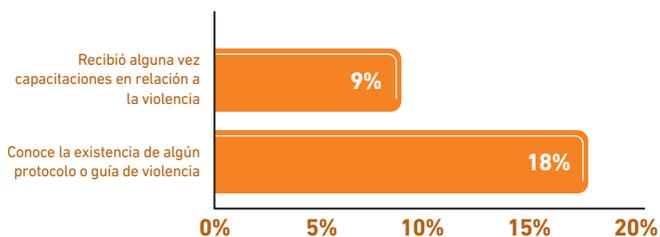


Gráfico 23: Conocimiento sobre herramientas institucionales.

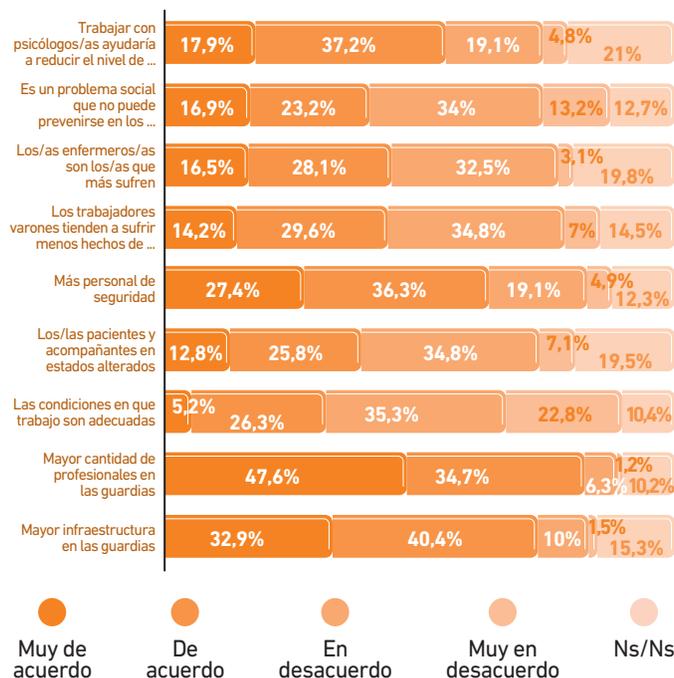
Representaciones en torno a la violencia

En el último apartado de la encuesta se buscó dar cuenta de opiniones o sentidos comunes vinculados a las causas, consecuencias y posibles soluciones a la problemática de la violencia que circulan entre los/as trabajadores/as de los hospitales. Las mismas arrojaron los siguientes resultados (ver Tablas 56 a 64 en Anexos):

- El 73,3% de las personas encuestadas opina que un mayor nivel de infraestructura en las guardias ayudaría a reducir el nivel de violencia en los hospitales.
- El 82,3% está de acuerdo con que una mayor cantidad de profesionales en las guardias ayudaría a reducir el nivel de violencia en los hospitales.
- Casi el 60% opina que las condiciones de trabajo no son adecuadas.
- En relación a la percepción sobre si los/as pacientes y/o acompañantes concurren a los servicios en estados alterados por el consumo de alcohol y/o drogas, las opiniones se encuentran más divididas, el 38,6% opina que sí, mientras que el 41,9% opina que no.
- El 63,7% considera que más personal de seguridad o policial ayudaría a reducir el nivel de violencia en los hospitales.
- En relación a si los trabajadores varones sufren menos hechos de violencia que las mujeres, las percepciones también aparecen más parejas, el 43,8% opina que sí y el 41,8% opina que no.
- El 44,6% opina que son los/as enfermeros/as quienes más violencia sufren y el 35,6% considera lo contrario.
- El 40% cree que el problema de la violencia es social y que no puede prevenirse en los hospitales, en tanto el 47,2% está en desacuerdo con eso.
- En relación a si trabajar con psicólogos/as ayudaría a reducir el nivel de violencia por parte de los/as acompañantes de los/as pacientes, el 55,1% respondió afirmativamente y el 23,9% negativamente.

Si se comparan las opiniones de los/as trabajadores/as del sector público y el sector privado, se observan diferencias significativas en algunos puntos fundamentales. En relación a la afirmación sobre si las condiciones de trabajo son adecuadas, en el sector público las respuestas afirmativas fueron del 15,5% y en el sector privado del 60,2%, lo que muestra un mayor descontento en los/as trabajadores/as del sector público en relación a las condiciones laborales.

Gráfico 24.



3. Análisis de la violencia para el universo de los/as Médicos/as

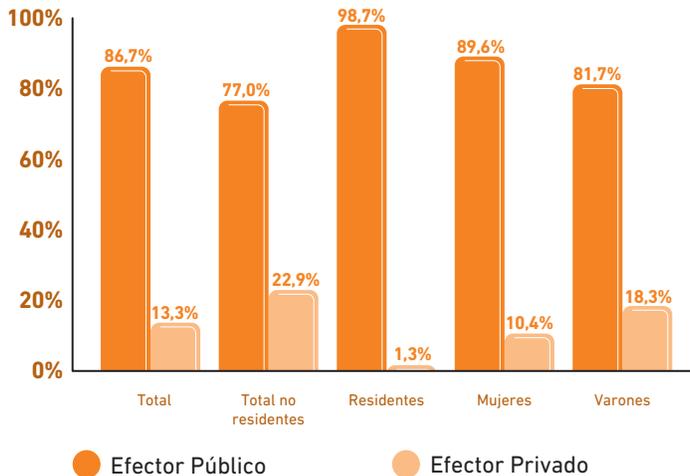
En este apartado se trabajan algunos de los puntos analizados anteriormente para el caso de los/as médicos/as.

Dentro la muestra se encuentran 345 médicos/as, lo que representa un 47,1% del total de las personas encuestadas. Un 61,7% son mujeres, mientras que un 38,3% son hombres. Un 86,7% trabaja en el sector público y el 13,3% lo hace en el sector privado. En cuanto al tipo de contratación, se puede observar una variedad de formas. Para el presente trabajo se dividirá entre los/as médicos/as residentes por un lado y se agruparán los restantes dentro de una categoría que se denominará "Médicos/as (no residentes)". Esta última categoría se subdividirá entre "Médicos/as (no residentes) del sector público" y "Médicos (no residentes) del sector privado". Estas divisiones y subdivisiones persiguen un doble objetivo: en primer lugar, permitir la comparación entre médicos/as que trabajan en

efectores públicos y privados (en estos últimos hay una presencia mucho menor de residentes) y en segundo lugar, cotejar similitudes y diferencias al interior del sector público entre médicos/as no residentes y médicos/as residentes (cuyos roles suelen estar claramente diferenciados).

En función del tipo de efector en el que trabajan, el Gráfico 25 muestra que la mayor parte de los/as trabajadores/as trabaja en el sector público: un 77,1% entre los/as médicos/as (no residentes), un 98,7% entre los residentes, un 89,6% entre las mujeres y un 81,7% entre los hombres.

Gráfico 25. Médicos/as según tipo de contratación y género por tipo de efector.



El promedio de edad de los/as médicos/as, como muestra la Tabla 76, es de 37,6 años. El promedio para quienes no son residentes es 43,9 años, siendo un poco mayores los/as que trabajan en efectores públicos (44,3 contra 42,4 años) y el de los/as residentes es 29,7 años. Las mujeres son un poco más jóvenes que los hombres (36,5 contra 39,5 años). En relación al promedio de antigüedad, para todos/as los/as médicos es de 7,8 años, subiendo a unos 12 años para los/as no residentes y bajando a 2,3 para los/as residentes. Los hombres tienen una media de 9 años de antigüedad contra 7 de las mujeres.

Tabla 76. Descripción de la muestra de médicos/as en base a rango etario y antigüedad.

Edad / Antigüedad	Médicos/as (todos/as)	Médicos/as (no residentes)	Médicos/as (no residentes) sector público	Médicos/as (no residentes) sector privado	Médicos/as residentes	Mujeres	Varones
Edad Promedio	38	44	44	42	30	36,5	40
De 25 a 34 años	52,2	19,8	15,5	34,1	93,4	57,3	42,7
De 35 a 44 años	23	35	38	27	6	21,8	24
45 años o más	25,2	44,8	46,6	38,6	0,7	20,9	32,8
Antigüedad Promedio	8	12	12	12	2	7,1	9
Menos de 5 años	53,6	25	23,6	29,5	90,7	59,7	43,5
5 a 14 años	26	40	41	36	7	22,7	31
15 a 24 años	11,3	20,3	21,6	15,9	-	8,1	16,8
25 años o más	7	13	12	16	-	6,6	8

El 59,6% de los/as médicos tiene más de un trabajo, como muestra la Tabla 77. Este valor sube hasta 88,5% entre quienes no son residentes del sector público y un 72,7% de los/as del sector privado. Entre los/as residentes, en cambio, cae hasta un 24,5%. La diferencia entre hombres (71%) y mujeres (50,7%) también es significativa.

Tabla 77. ¿Tiene otro trabajo? Por agrupamiento.

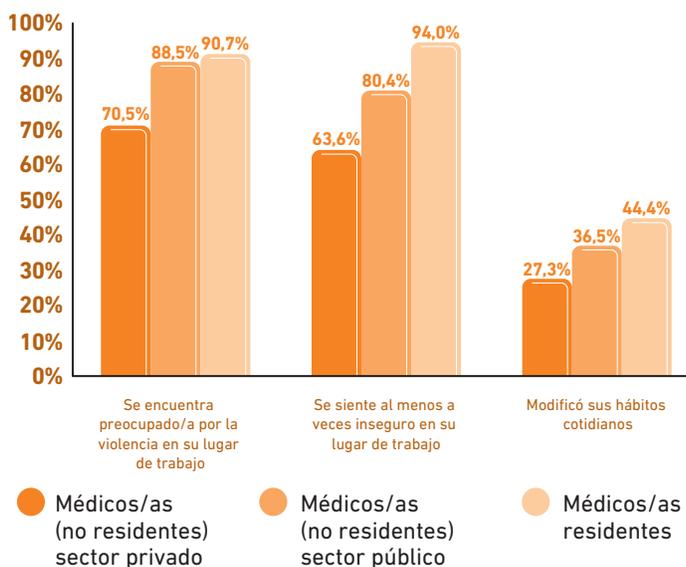
¿Tiene otro trabajo?	Médicos/as (todos/as)	Médicos/as (no residentes)	Médicos/as (no residentes) sector público	Médicos/as (no residentes) sector privado	Médicos/as residentes	Mujeres	Varones
Sí	59,6	84,9	88,5	72,7	24,5	50,7	71
No	39,4	12,5	8,8	25	74,2	46,4	28,2

En relación a la percepción de la violencia en el lugar de trabajo, el Gráfico 26 muestra que el 88,5% de los/as médicos/as (no residentes) de efectores del sector público y el 70,5% entre los del sector privado manifiestan algún grado de preocupación. Entre los/as residentes esta preocupación asciende al 90,7%.

En cuanto a la sensación de inseguridad en el lugar de trabajo, la diferencia entre lo que sienten los/as residentes y los/as médicos/as del sector público se vuelve más notoria, unos 14 puntos porcentuales (94% y 80,4% respectivamente). Cuando se consultó acerca de si habían modificado sus hábitos cotidianos por temor a tener que enfrentar situaciones de violencia, casi el 40% de todos/as los/as médicos reconoce haberlo hecho, siendo las diferencias entre los/as médicos/as de sector público y privado (34,7% y 27,3% respectivamente) y entre los/as médicos/as no residentes del sector público y los/as residentes/as (34,7% y 44,4% respectivamente) las más significativas. Cabe resaltar, en este bloque de preguntas, las diferencias que se encuentran en los porcentajes (mayores) de los/as médicos/as del sector privado res-

pecto a las respuestas de todos/as los/as trabajadores/as del sector: 70,5% a 50% en relación a la preocupación por las situaciones de violencia y 63,5% a 50% en lo que refiere a la sensación de inseguridad⁹.

Gráfico 26. Percepciones de Médicos/as según agrupamiento



En relación a las situaciones de violencia externa, la Tabla 78 muestra a los/as médicos/as residentes y a las médicas mujeres en general, como los dos grupos que más sufren dicho tipo de episodios. En el caso de los/as residentes, el 73,5% ha sido víctima de al menos una situación de violencia física y/o psicológica en el último año, 12 puntos porcentuales más que sus colegas no residentes del sector público (61,5%). Entre los/as médicos/as del sector privado se observa que el 63,6% de los/as mismos/as padeció alguna situación de violencia en el último año, casi 10 puntos más que lo que se observó anteriormente para todos/as los/as trabajadores/as del sector. En la comparación de género (para todo tipo de efector), se puede ver cómo las mujeres son más afectadas por los episodios de violencia, con un 73,9% contra un 56,5% de hombres que manifiestan haber sufrido algún tipo de violencia externa.

También en la Tabla 78 se puede apreciar cómo las situaciones de violencia física sufridas en el último año entre los médicos/as del sector público duplican a la de los/as del sector privado (10,1% y

⁹ Para comparación, ver tablas 65 y 66 en Anexos.

4,5% respectivamente). Lo mismo ocurre en relación al género, en este caso son los hombres quienes suelen ser más propensos a ser víctimas de este tipo de violencia (13,7% contra 7,6% de las mujeres). Respecto a los casos de violencia psicológica, nuevamente médicos/as residentes y médicas mujeres presentan los porcentajes más altos. En el caso de los/as residentes, el 72% enfrentó al menos una situación de violencia psicológica en el último año, 12 puntos más que los/as no residentes del sector público, mientras que las médicas fueron el 73% frente al 55% de los hombres.

Tabla 78. Distribución de frecuencias de violencia externa por tipo de médicos/as

Violencia Externa	Tipo de contratación / Tipo de efector			Género	
	Médicos/as (no residentes) sector privado	Médicos/as (no residentes) sector público	Médicos/as residentes	Mujeres	Varones
Sufrió alguna situación de violencia en el último año	63,6	61,5	73,5	73,9	56,5
Sufrió violencia física en el último año	4,5	10,1	9,9	7,6	13,7
Sufrió violencia psicológica en el último año	59,1	60,8	72,8	73	55
Frecuencia Violencia Física	27,3	43,9	49,7	45	42
Frecuencia Violencia Psicológica	43,2	62,2	69,5	68,2	55

En relación a la frecuencia en la que los/as médicos/as indican que los episodios de violencia física suceden en su lugar de trabajo, se puede observar una importante diferencia en lo que consideran los/as médicos/as de clínicas y sanatorios privados y sus pares de hospitales públicos. Dentro del primer grupo, este tipo de episodios ocurre de manera muy frecuente para un 27,3% de las personas encuestadas, en tanto que para el segundo grupo la misma categoría es seleccionada por el 43,9% de los casos. En lo que hace a la violencia psicológica, la diferencia entre ambos grupos es cercana al 20%, siendo muy frecuente para 62,2% de los/as médicos/as no residentes de los hospitales públicos. En tanto que también son más las mujeres que consideran muy frecuente este tipo de violencia (68,2% contra el 55% de los hombres).

La Tabla 79 hace referencia a la violencia interna, mostrando en primer lugar una diferencia de poco más de 5 puntos porcentuales entre los/as médicos/as de los sectores público y privado en relación a la pregunta de si han sufrido algún hecho de violencia (física o psicológica) por parte de colegas y/o superiores. El 18,2% de los/as trabajadores/as de clínicas y sanatorios del sector privado fueron víctimas un episodio de dichas características en el último año frente a un 23,6% de sus pares de hospitales públicos. Entre las mujeres, el 26,5% sufrió algún tipo de violencia interna frente a un 17,6% de los varones.

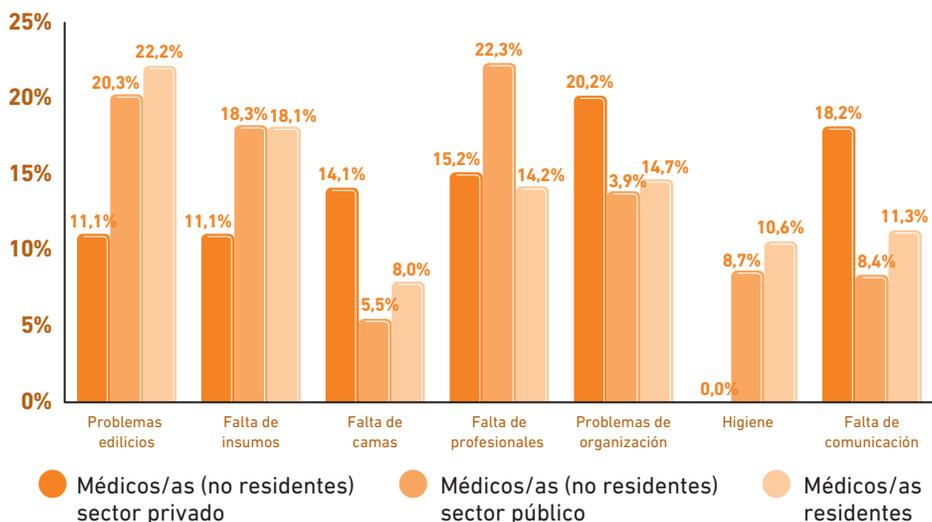
Tabla 79. Distribución de frecuencias de violencia interna por agrupamiento

Violencia Interna	Tipo de contratación / Tipo de efector			Género	
	Médicos/as (no residentes) sector privado	Médicos/as (no residentes) sector público	Médicos/as residentes	Mujeres	Varones
Sufrió violencia interna en el último año	18,2	23,6	23,8	26,5	17,6
Frecuencia Violencia Pares	11,4	15,5	15,2	16,1	13,7
Frecuencia Violencia Superiores	25	16,9	13,9	15,6	19,1

En lo que hace a la frecuencia de los hechos de violencia interna, llama la atención el salto que se ve entre los/as médicos/as del sector privado en relación a si esa violencia es ejercida por pares o por superiores: mientras que la violencia por parte de pares es considerada muy frecuente por el 11,4%, la violencia de los superiores es muy frecuente para el 25%, una diferencia que no tiene semejanza con lo que ocurre entre los/as médicos/as del sector público ni en ningún otro agrupamiento.

El Gráfico 27 ilustra una serie de cuestiones de lo que se ha denominado violencia institucional y que afectan a los/as médicos/as. Es interesante observar cómo estos problemas aquejan de manera diferenciada a los distintos agrupamientos. Si bien al interior del sector público se encuentran bastantes semejanzas, se puede ver, por ejemplo, que la falta de profesionales es considerada como la mayor dificultad para los/as no residentes, mientras que para los/as residentes aparece en cuarto lugar. En el sector privado las dificultades más importantes son los problemas de organización y la falta de comunicación, que en el sector público aparecen entre las menos importantes.

Gráfico 27. Percepciones sobre condiciones estructurales que afectan a médicos/as y/o acompañantes, según agrupamiento.



4. Comentarios y sugerencias

La encuesta finalizaba con un espacio para que los/as trabajadores/as pudieran expresar sus opiniones en relación a la violencia y pudiesen escribir alguna sugerencia al respecto de esta problemática. Los comentarios expresaron cierto consenso en relación a los factores estructurales que dentro del sistema de salud propician que se desencadenen episodios de violencia. Estos consensos giraron en torno a los siguientes ejes:

- La falta de profesionales y personal en general dentro de las instituciones, como desencadenante de esperas prolongadas y malestar generalizado en pacientes y/o acompañantes.
- La falta de organización dentro de los hospitales también es señalada, por quienes allí trabajan, como un factor desencadenante de violencias. La mala organización de la urgencia y la falta de triage son asimismo factores que se mencionaron como problemáticos.
- El estrés que presentan los trabajadores/as también es señalado como disparador de la violencia. Para amortiguar el impacto que el mismo les provoca, se sugiere la reducción horaria y la adición de un franco.
- En distintos comentarios los/as trabajadores/as remarcan la falta de atención de la problemática por parte de directivos y superiores y la necesidad de contar con capacitaciones y charlas informativas institucionales que permitan trabajar entre pares la problemática de la violencia y crear herramientas y recursos para combatirla.
- Las malas condiciones de trabajo fueron señaladas como una causa fundamental de la violencia en los hospitales. Malas condiciones relacionadas a la falta de higiene, a la precariedad en las condiciones edilicias y falta de insumos, por citar solo algunas.
- Otro factor mencionado por los trabajadores/as como generador de situaciones de cansancio y violencia son los bajos salario, dado que mejores salarios reducirían los tiempos de espera.
- La falta de accesibilidad también es remarcada como causante de violencias. Mejorar este aspecto, sumado al fortalecimiento de la atención primaria, ayudaría a que las guardias no se saturen de patologías menores que podrían ser absorbidas por ese nivel de atención.
- Según algunas personas encuestadas, trabajar con psicólogos/as ayudaría a reducir las situaciones de violencia.

VI. Consideraciones finales

Como se mencionara al principio de la investigación, se nos propuso el desafío de desarrollar y coordinar todo el trabajo centrando la atención en un tema complejo como es la violencia en el ámbito de la salud.

Partiendo de las consideraciones conceptuales sobre la violencia presentes en el marco teórico y a lo largo de todo el estudio, nos hemos enfocado en el ámbito de la salud, entendiendo a ésta como un derecho de las personas y como una obligación para los Estados. A su vez, asumimos la perspectiva de la violencia en este contexto como un tema que sin lugar a duda se ha constituido en un problema de salud pública y privada que, a su vez, se ha extendido en la sociedad en general.

Correlato de lo anterior es la reiterada aparición, en los medios de comunicación, de casos de violencia en ámbitos de la salud, lo que podría llevar a afirmar que existe un consenso público en la condena de este tipo de hechos que se registran en los ámbitos hospitalarios, públicos y privados. Sin embargo, ese consenso no parece tener correlato ni oficiar de malla de contención frente a la persistencia del fenómeno.

En este sentido, la cobertura mediática de los casos de violencia en ámbitos hospitalarios es reactiva: no surge de un interés de las instituciones de medios sino de la iniciativa de las organizaciones y los/as trabajadores/as de la salud, particularmente, de quienes se desempeñan en el ámbito público. Como fue puesto en evidencia, las noticias o bien son motivadas por episodios puntuales (eventos de violencia que son denunciados por los/as profesionales del sector) o por acciones deliberadas, generalmente de las organizaciones del sector, para darle visibilidad a un fenómeno que todos los actores involucrados describen como arraigado y estructural.

Quizás por ese mismo hecho, el encuadre general de las noticias no es impuesto por el discurso de los medios sino que se condice con lo planteado por quienes son sus protagonistas: son los/as médicos/as, los/as enfermeros/as y, sobre todo, los/as dirigentes de las organizaciones gremiales y sindicales del sector quienes generan las caracterizaciones que, luego, los diferentes medios retoman y hacen propias.

Por otra parte, la violencia, es un tema prioritario de investigación debido a las diversas consecuencias que tiene en los individuos, las familias y la comunidad en general. En este sentido, uno de los motivos por los

cuales apenas se ha considerado la violencia como una cuestión de salud pública es la falta de una definición clara y concisa del problema.

Es por ello que a través del análisis de corte cualitativo se propuso indagar acerca de las percepciones y representaciones sobre la violencia en los ámbitos hospitalarios de la ciudad de La Plata. De este modo, la intención de profundizar en el problema de la violencia partió de la necesidad de tener una mirada crítica sobre el sentido común que opera en las personas, fundamentalmente -por ejemplo- a través de los medios de comunicación. Se trató de un ejercicio de deconstrucción sobre enunciados que no dan cuenta de la dimensión real de la violencia, para construir un conocimiento útil en el diseño de políticas públicas para prevenir y enfrentar la violencia en los hospitales.

En esta primera aproximación, se buscó generar preguntas y construir variables de un problema que es multidimensional, atraviesa distintos aspectos de la vida de los sujetos y asume diversas manifestaciones.

Es de resaltar que la elección de una perspectiva cualitativa tuvo que ver con este objetivo ya que permite ahondar en las percepciones y análisis de los/as trabajadores/as involucrados/as. El poder hermenéutico de la aplicación de técnicas cualitativas de investigación sensibilizó a las personas entrevistadas en la problemática, condición necesaria para abrir un debate político en torno al tema.

Respecto a los resultados propios de dicha investigación, se observó que la violencia es un problema -como se dijo anteriormente- que afecta tanto al sector público como al privado, aunque cada uno de ellos presenta sus especificidades en relación a la demanda. Se observó también, que afecta a todas las categorías ocupacionales sin excepción de manera transversal.

En relación a la *violencia externa*, las manifestaciones más frecuentes se han visto vinculadas con una violencia de tipo verbal/psicológica, siendo la violencia física una expresión más acotada. Como quedó demostrado, son generalmente los/as familiares y/o acompañantes de pacientes quienes desencadenan estos episodios. Es posible sostener que se trata, además, de un fenómeno que ocurre de manera más frecuente en las guardias asociado tanto a la criticidad de la demanda de las mismas como a la accesibilidad que presentan.

Respecto a los factores desencadenantes de episodios de violencia, se ha encontrado, de manera preponderante, la demora en la atención, demora que es ocasionada por diversos factores estructurales como la falta de profesionales, el déficit en la absorción de la demanda de atención en el nivel primario, entre otros.

En relación a lo que se denominó, se encontraron diversos factores de orden institucional que son vivenciados como violencia por los/as trabajadores/as: las guardias de veinticuatro horas, los bajos salarios, las condiciones de precarización laboral de los/as residentes, las condiciones de trabajo en términos edilicios y la falta de insumos principalmente en el sector público.

La falta de respuesta institucional frente a lo anteriormente desarrollado fue un factor remarcado por la amplia mayoría de las personas entrevistadas, generando una sensación de desprotección frente a la violencia. Las estrategias puestas en práctica por los/as trabajadores/as frente a los episodios de violencia y al desamparo institucional, se concentran en el orden individual y de búsquedas de contención y apoyo entre compañeros/as.

Con respecto a las consecuencias de la exposición a la violencia en el trabajo, dos aspectos caben resaltar: sus efectos en las vidas personales de los/as trabajadores/as y la naturalización de la misma. Llama la atención el cansancio, el estrés y la presión que manifiestan los/as trabajadores/as, fundamentalmente por cuestiones vinculadas a las malas condiciones de trabajo.

Por otra parte, partiendo de entender que la problemática estudiada es compleja y las violencias, sus causas y sus consecuencias, se encuentran interconectadas, el abordaje de corte cuantitativo dejó determinados resultados que merecen ser destacados:

- El 70% de los/as trabajadores/as se sienten inseguros/as ocasionalmente en su lugar de trabajo.
- La sensación de inseguridad se manifiesta más profundamente en el sector público. El 87,3% de las personas entrevistadas de dicho sector aseguró encontrarse preocupado/a por la violencia, el 82,4% afirmó sentirse inseguro/a y el 40,4% dijo haber modificado sus hábitos cotidianos para evitar situaciones de violencia.
- El 60,7% de quienes fueron encuestados/as contestó haber sido víctima al menos de una situación de violencia externa en el último año. En el ámbito público, el 68,8% de los trabajadores/as sufrieron violencia externa, mientras que en el sector privado la cifra es del 54,9%.
- El porcentaje de quienes dicen haber sufrido violencia física está muy por debajo de quienes dicen haber sufrido episodios de violencia psicológica. Esta última se presenta en más de la mitad de las personas encuestadas (57,4%). En cuanto a la violencia física, quienes respondieron haberla padecido representan 14,1% de la muestra. Los epi-

sodios de violencia psicológica son más de 4 veces más frecuentes entre los trabajadores/as de la salud de la ciudad de La Plata.

- Se observa que son los/as enfermeros/as quienes han sufrido más los episodios de violencia física en sus lugares de trabajo en relación al universo de médicos/as.
- Los/as trabajadores/as de guardias son quienes mayormente manifiestan haber atravesado por situaciones de violencia física en sus lugares de trabajo, el 24% de trabajadores/as de guardias sufrió violencia física, el 8,9% más de una vez. Casi el 60% de las agresiones físicas fueron un golpe y/o empujón, mientras que el 7,8% manifestó haber sufrido ataques con armas.
- Casi el 40% de los/as agredidos/as hicieron la denuncia formalmente, mientras el 25% se defendió verbalmente y el 13,8% lo hizo físicamente. Solo el 1,6% manifiesta haber tenido que cambiar de sector de trabajo.
- Acerca de las percepciones de los/as trabajadores/as acerca de los motivos de las agresiones recibidas, las dos opciones más referenciadas fueron: el consumo de alcohol y/o drogas en el 28,2% de los casos y en el 26,2% el tiempo de espera.
- Los/as médicos/as manifiestan ser los/as más afectados/as por la violencia psicológica: el 67,1% sufrió violencia psicológica en el último año. El 40,9% de parte de los/as acompañantes de los/as pacientes y el 36,6% por parte de pacientes. A diferencia de la violencia física, los episodios de violencia psicológica no se concentraron fundamentalmente en las guardias, aunque ahí se presenta un alto porcentaje (36,6%). En áreas de internación sucedieron un 26,6% de los hechos y en consultorios, donde el porcentaje de episodios de violencia física no era significativo, casi el 20% de los casos.
- En relación a los motivos de la violencia psicológica, según los/as encuestados/as se vincula principalmente al tiempo de espera para la atención (38,7%) y en menor medida al consumo de sustancias psicoactivas (10%).
- De todos/as los/as trabajadores/as encuestados/as, el 23,3% manifestó haber sufrido violencia verbal y/o física por parte de compañeros/as y/o superiores en su ámbito de trabajo.
- El 71,8% de los/as trabajadores/as que participaron de la encuesta manifiesta no conocer la existencia de protocolos o guías de carácter institucional para enfrentar situaciones de violencia ya sean externas o internas en sus lugares de trabajo. Solo el 9% recibió capacitaciones en relación a la violencia.

Finalmente, las diversas secciones que componen esta investigación dan cuenta, por un lado, que la violencia es un problema polifacético, para el que no hay una solución sencilla, lineal o única. A su vez, pone en evidencia que la existencia de distintos factores que la promueven no basta por sí sola para desencadenar un conflicto, sino que hay una combinación de varios de ellos para crear las condiciones que desencadenan la misma.

Considerando lo anterior, esta naturaleza polifacética de la violencia exige el compromiso tanto de la dirigencia política como de la sociedad civil, involucrando a todos los niveles de la toma de decisiones: local, nacional y regional.

Como establecido por la OMS (2002), aun siendo en ocasiones difícil establecer una causalidad directa, algunos factores parecen claramente predictivos de las violencias. De este modo, identificarlos y medirlos puede servir para advertir oportunamente a las instancias decisorias de la necesidad de actuar. En este sentido, como fuese puesto de manifiesto en la introducción, mediante la difusión de los resultados de este estudio se apunta a contribuir a ese proceso de identificación y medición con la finalidad de incidir en la promoción de políticas públicas e iniciativas inclusivas, abiertas y participativas, definiendo las prioridades y apoyando la investigación de las causas, consecuencias, costos y la prevención de la violencia dentro y fuera de los ámbitos de la salud.

VII. Anexos

Tablas de información relevada en trabajo de campo. La Plata, 2017.

Tipo de Institución	Frecuencia	Porcentaje
Pública	448	61,1
Privada	285	38,9
Total	733	100

Tabla 1. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as según tipo de institución.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	507	69,2
Masculino	214	29,2
Trans	3	0,4
Desconocido	9	1,2
Total	733	100

Tabla 2. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as por género.

Rango etario	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 25 años	37	5,0
25 a 34 años	329	44,9
35 a 44 años	202	27,6
45 años o más	165	22,5
Total	733	100

Tabla 3. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as por rango etario.

Profesión / Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Médico/a	345	47,1
Enfermero/a	174	23,7
Administrativo/a	121	16,5
Otros	90	12,3
Desconocido	3	0,4
Total	733	100

Tabla 4. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as por profesión/ocupación.

Tabla 5. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as por sector de trabajo.

Sector en que trabaja	Frecuencia	Porcentaje
Guardia de demanda espontánea/emergencia	199	27,1
Consultorio	159	21,7
Internación	226	30,8
Área quirúrgica	40	5,5
Otras áreas	84	11,5
Desconocido	25	3,4
Total	733	100

Tabla 6. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as por antigüedad.

Antigüedad	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 5 años	359	49,0
5 a 14 años	217	29,6
15 a 24 años	69	9,4
25 años o más	54	7,4
Desconocido	34	4,6
Total	733	100

Tabla 7. ¿Se encuentra preocupado/a por la violencia en su lugar de trabajo?

Preocupación	Frecuencia	Porcentaje
Muy preocupado/a	252	34,4
Medianamente preocupado/a	289	39,4
No estoy preocupado/a	165	22,5
Ns/Nc	27	3,7
Total	733	100

Tabla 8. ¿Se siente inseguro/a en su lugar de trabajo?

Inseguridad	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	87	11,9
A veces	427	58,3
Nunca	199	27,2
Ns/Nc	20	2,8
Total	732	100

Cambio de hábitos	Frecuencia	Porcentaje
Sí	253	34,5
No	443	60,4
Ns/Nc	37	5,0
Total	733	100

Tabla 9. ¿Ha modificado alguno de sus hábitos cotidianos para evitar situaciones de violencia en su lugar de trabajo?

¿Sufrió violencia externa en último año?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	445	60,7
No	255	34,8
Ns/Nc	33	4,5
Total	733	100

Tabla 10. ¿Sufrió algún tipo de violencia externa en el último año?

¿Sufrió violencia física en último año?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	103	14,1
No	619	84,4
Ns/Nc	11	1,5
Total	733	100

Tabla 11. ¿Sufrió violencia física en el último año?

¿Sufrió violencia psicológica en último año?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	421	57,4
No	277	37,8
Ns/Nc	35	4,8
Total	733	100

Tabla 12. ¿Sufrió violencia psicológica en el último año?

¿Considera que la violencia física es frecuente en su trabajo?	Frecuencia	Porcentaje
Muy frecuente	253	34,5
Poco frecuente	279	38,1
Nada frecuente	91	12,4
Ns/Nc	110	15,0
Total	733	100

Tabla 13. ¿Considera que la violencia física es frecuente en su lugar de trabajo?

Tabla 14. ¿Considera que la violencia psicológica es frecuente en su lugar de trabajo?

¿Considera que la violencia psicológica es frecuente en su trabajo?	Frecuencia	Porcentaje
Muy frecuente	345	47,1
Poco frecuente	211	28,8
Nada frecuente	65	8,9
Ns/Nc	112	15,3
Total	733	100

Violencia Externa

Tabla 15. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as que sufrieron violencia externa en el último año, por tipo de institución.

Tipo de Institución	Frecuencia	Porcentaje
Pública	300	67,4
Privada	145	32,6
Total	445	100

Tabla 16. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as que sufrieron violencia externa en el último año, por género.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	315	70,8
Masculino	124	27,9
Ns/Nc	6	1,3
Total	445	100

Tabla 17. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as que sufrieron violencia externa en el último año, por rango etario.

Rango etario	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 25 años	20	4,5
25 a 34 años	217	48,8
35 a 44 años	124	27,9
45 años o más	84	18,9
Total	445	100

Antigüedad	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 5 años	225	50,6
5 a 14 años	147	33,0
15 a 24 años	37	8,3
25 años o más	23	5,2
Desconocido	13	2,9
Total	445	100

Tabla 18. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as que sufrieron violencia externa en el último año, por antigüedad.

Profesión/ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Médico/a	232	52,1
Enfermero/a	101	22,7
Administrativo/a	68	15,3
Otros	44	9,9
Total	445	100

Tabla 19. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as que sufrieron violencia externa en el último año, por profesión/ocupación.

Tipo de contratación	Frecuencia	Porcentaje
Planta Permanente	229	51,5
Planta Transitoria	28	6,3
Residente	119	26,7
Beca	13	2,9
Por prestación	13	2,9
Contrato por tiempo indeterminado	35	7,9
Otra	8	1,8
Total	445	100

Tabla 20. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as que sufrieron violencia externa en el último año, por tipo de contratación.

Tipo de contratación	Frecuencia	Porcentaje
Guardia de demanda espontánea/emergencia	152	34,2
Consultorio	88	19,8
Internación	132	29,7
Área quirúrgica	30	6,7
Otra	43	9,7
Total	445	100

Tabla 21. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as que sufrieron violencia externa en el último año, por sector de trabajo.

Violencia física

Tabla 22. ¿Sufrió violencia física en el último año? Respuestas desagregadas.

¿Sufrió violencia física?	Frecuencia	Porcentaje
Sí, varias veces	35	4,8
Sí, una vez	68	9,3
No	619	84,4
Ns/Nc	11	1,5
Total	733	100

Tabla 23. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as que sufrieron violencia física en el último año, por profesión. Respuestas desagregadas.

¿Sufrió usted violencia física en su lugar de trabajo en los últimos 12 meses?	Profesión					
	Médico/a	Enfermero/a	Psicólogo/a	Trabajador/a Social	Administrativo/a	Otros
Sí, varias veces	10	22	0	0	1	2
%	2,9	12,9	0,0	0,0	0,8	2,2
Sí, una vez	24	31	2	0	7	6
%	7,1	18,1	13,3	0,0	5,9	6,7
No	305	118	13	8	111	82
%	90,0	69,0	86,7	100,0	53,3	91,1
Total	339	171	15	8	119	90
%	100	100	100	100	100	100

Tabla 24. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as que sufrieron violencia física en el último año, por sector de trabajo. Respuestas desagregadas.

¿Sufrió usted violencia física en su lugar de trabajo en los últimos 12 meses?	Sector en que trabaja				
	Guardia de demanda espontánea /emergencia	Consultorio	Internación	Área quirúrgica	Otra
Sí, varias veces	17	2	11	1	2
%	8,9	1,3	4,9	2,6	2,4
Sí, una vez	29	11	17	7	3
%	15,1	6,9	7,6	17,9	3,6
No	146	146	197	31	78
%	76,0	91,8	87,6	79,5	94,0
Total	192	159	225	39	83
%	100	100	100	100	100

Tabla 25. Distribución de frecuencia del agresor/a, en casos de violencia física en el último año a trabajadores/as encuestados/as.

Agresor/a	Frecuencia	Porcentaje
Paciente	45	43,7
Acompañante	30	29,1
Otro	11	10,7
Ns/Nc	17	16,5
Total	103	100

Género agresor/a	Frecuencia	Porcentaje
Varón	58	56,3
Mujer	31	30,1
Trans	2	1,9
Ns/Nc	12	11,7
Total	103	100

Tabla 26. Distribución de frecuencia del género del agresor/a, en casos de violencia física en el último año a trabajadores/as encuestados/as.

Edad Agresor/a	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 18 años	5	4,9
18 a 30 años	32	31,1
31 a 40 años	26	25,2
Más de 40 años	28	27,2
Ns/Nc	12	11,7
Total	103	100

Tabla 27. Distribución de frecuencia de la edad del agresor/a, en casos de violencia física en el último año a trabajadores/as encuestados/as.

Lugar donde ocurrió	Frecuencia	Porcentaje
Guardia	43	41,7
Internación	28	27,2
Otro	14	13,6
Consultorio	9	8,7
Ns/Nc	9	8,7
Total	103	100

Tabla 28. Distribución de frecuencia del lugar de la agresión, en casos de violencia física en el último año a trabajadores/as encuestados/as.

Tipo de violencia física	Frecuencia	Porcentaje
Golpe o empujón	61	59,2
Otro	15	14,6
Ataque con arma	8	7,8
Ns/Nc	19	18,4
Total	103	100

Tabla 29. Distribución de frecuencia del tipo de violencia en casos de violencia física en el último año a trabajadores/as encuestados/as.

Tabla 30. Distribución de frecuencia del momento de la agresión, en casos de violencia física en el último año a trabajadores/as encuestados/as.

Momento de la Agresión	Frecuencia	Porcentaje
Mañana	34	33,0
Tarde	28	27,2
Noche	20	19,4
Madrugada	9	8,7
Ns/Nc	12	11,7
Total	103	100

Tabla 31. Distribución de frecuencia de la reacción de trabajadores encuestados/as frente a casos de violencia física en el último año.

¿Cuál fue su reacción?	Respuestas	
	Frecuencia	Porcentaje
Hice la denuncia	48	39,0
Me defendí verbalmente	31	25,2
Me defendí físicamente	17	13,8
Lo comenté con compañeros/as	12	9,8
Lo elevé a mis superiores	12	9,8
Me cambié de sector	2	1,6
No hice nada	1	0,8
Total	123	100

Tabla 32. Distribución de frecuencia de las percepciones de trabajadores/as encuestados/as sobre las posibles causas de los hechos de violencia física sufridos en el último año.

Posibles causas	Frecuencia	Porcentaje
Consumo de alcohol y/o drogas	29	28,2
Tiempo de espera	27	26,2
Otro	24	23,3
Mala atención	5	4,9
Ns/Ns	18	17,5
Total	103	100

Violencia psicológica

¿Sufrió violencia psicológica y/o verbal?	Frecuencia	Porcentaje
Sí, varias veces	268	36,6
Sí, una vez	153	20,9
No	277	37,8
Ns/Nc	35	4,8
Total	733	100

Tabla 33. ¿Sufrió violencia psicológica y/o verbal en el último año? Respuestas desagregadas.

Tipo de violencia psicológica	Frecuencia	Porcentaje
Amenaza verbal	157	37,3
Insulto	95	22,6
Gritos	84	20,0
Trato discriminatorio	35	8,3
Otro	14	3,3
Amenaza con arma	4	1,0
Ns/Nc	32	7,6
Total	421	100

Tabla 34. Distribución de frecuencia del tipo de violencia en casos de violencia psicológica en el último año a trabajadores/as encuestados/as.

Tabla 35. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as que sufrieron violencia psicológica y/o verbal en el último año, por profesión. Respuestas desagregadas.

¿Sufrió usted algún tipo de violencia psicológica y/o verbal en su lugar de trabajo?	Profesión					
	Médico/a	Enfermero/a	Psicólogo/a	Trabajador/a Social	Administrativo/a	Otros
Sí, varias veces	139	64	2	2	44	17
%	40,9	40,5	13,3	25,0	38,3	27,9
Sí, una vez	89	23	4	1	21	14
%	26,2	14,6	26,7	12,5	18,3	23,0
No	112	71	9	5	50	30
%	32,9	44,9	60,0	62,5	43,5	49,2
Total	340	158	15	8	115	61
%	100	100	100	100	100	100

Tabla 36. Distribución de frecuencia de trabajadores/as encuestados/as que sufrieron violencia psicológica y/o verbal en el último año, por sector de trabajo. Respuestas desagregadas.

¿Sufrió usted algún tipo de violencia psicológica y/o verbal en su lugar de trabajo?	Sector en que trabaja				
	Guardia de demanda espontánea /emergencia	Consultorio	Internación	Área quirúrgica	Otro
Sí, varias veces	107	56	66	12	17
%	55,2	36,4	31,0	30,0	22,4
Sí, una vez	38	32	56	14	13
%	19,6	20,8	26,3	35,0	17,1
No	49	66	91	14	46
%	25,3	42,9	42,7	35,0	60,5
Total	194	154	213	40	76
%	100	100	100	100	100

Tabla 37. Distribución de frecuencia del agresor/a, en casos de violencia psicológica y/o verbal en el último año a trabajadores/as encuestados/as.

Agresor/a	Frecuencia	Porcentaje
Acompañante	172	40,9
Paciente	154	36,6
Otro	65	15,4
Ns/Nc	30	7,1
Total	421	100

Tabla 38. Distribución de frecuencia del género del agresor/a, en casos de violencia psicológica y/o verbal en el último año a trabajadores/as encuestados/as.

Género del agresor/a	Frecuencia	Porcentaje
Varón	189	44,9
Mujer	171	40,6
Trans	3	0,7
Ns/Nc	58	7,8
Total	421	100

Tabla 39. Distribución de frecuencia de la edad del agresor/a, en casos de violencia psicológica y/o verbal en el último año a trabajadores/as encuestados/as.

Edad del agresor/a	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 18 años	13	3,1
18-30 años	117	27,8
31-40 años	121	28,7
Más de 40 años	115	27,3
Ns/Nc	55	13,1
Total	421	100

Lugar donde ocurrió	Frecuencia	Porcentaje
Guardia	154	36,6
Internación	112	26,6
Consultorio	82	19,5
Otro	43	10,2
Ns/Nc	30	7,1
Total	421	100

Tabla 40. Distribución de frecuencia del lugar de la agresión, en casos de violencia psicológica y/o verbal en el último año a trabajadores/as encuestados/as.

Momento del día	Frecuencia	Porcentaje
Mañana	133	31,6
Tarde	132	31,4
Noche	83	19,7
Madrugada	20	4,8
Ns/Nc	53	12,6
Total	421	100

Tabla 41. Distribución de frecuencia del momento de la agresión, en casos de violencia psicológica y/o verbal en el último año a trabajadores/as encuestados/as.

¿Cuál fue su reacción?	Respuestas	
	Frecuencia	Porcentaje
Hice la denuncia	178	34,2
Me defendí físicamente	118	22,7
Me defendí verbalmente	108	20,8
Lo comenté con compañeros/as	73	14,0
Lo elevé a mis superiores	33	6,3
No hice nada	8	1,5
Me cambié de sector	2	0,4
Total	520	100

Tabla 42. Distribución de frecuencia de la reacción de trabajadores encuestados/as frente a casos de violencia psicológica y/o verbal en el último año.

Posibles causas	Frecuencia	Porcentaje
Tiempo de espera	163	38,7
Otro	95	22,6
Consumo de alcohol y/o drogas	42	10,0
Mala atención	16	3,8
Ns/Nc	105	24,9
Total	421	100

Tabla 43. Distribución de frecuencia de las percepciones de trabajadores/as encuestados/as sobre las posibles causas de los hechos de violencia psicológica y/o verbal sufridos en el último año.

Violencia interna

Tabla 44. ¿Considera que la violencia entre compañeros/as es frecuente en su lugar de trabajo?

¿Considera que la violencia entre compañeros/as es frecuente en su trabajo?	Frecuencia	Porcentaje
Muy frecuente	106	14,5
Poco frecuente	309	42,2
Nada frecuente	238	32,5
Ns/Nc	80	10,9
Total	733	100

Tabla 45. ¿Considera que la violencia de los/as superiores hacia los/as empleados/as es frecuente en su lugar de trabajo?

¿Considera que la violencia de los /as superiores es frecuente en su trabajo?	Frecuencia	Porcentaje
Muy frecuente	114	15,6
Poco frecuente	260	35,5
Nada frecuente	264	36,0
Ns/Nc	95	13,0
Total	733	100

Tabla 46. ¿Ha sufrido violencia (verbal y/o física) por parte de compañeros/as y superiores en el último año?

Violencia por parte de compañeros/as y/o superiores/as	Frecuencia	Porcentaje
Sí	171	23,3
No	478	65,2
Ns/Nc	84	11,5
Total	733	100

Problemas que afectan a los/las trabajadores/as	Respuestas	
	Frecuencia	Porcentaje
Problemas de organización	324	19,9
Falta de profesionales	293	18,0
Falta de comunicación	273	16,8
Problemas edilicios	262	16,1
Falta de insumos	202	12,4
Higiene	136	8,4
Falta de camas	135	8,3
Total	1625	100

Tabla 47. Distribución de frecuencia de los factores institucionales que afectan a los/las trabajadores/as encuestados/s.

Problemas que afectan a pacientes y acompañantes	Respuestas	
	N	Porcentaje
Falta de profesionales	291	18,9
Problemas de organización	260	16,9
Problemas edilicios	226	14,7
Falta de comunicación	222	14,4
Falta de insumos	211	13,7
Falta de camas	210	13,6
Higiene	120	7,8
Total	1540	100

Tabla 48. Distribución de frecuencia de los factores institucionales que afectan a los/las pacientes y acompañantes.

Consecuencias sobre Trabajadores/as encuestados/as

Pedido de carpeta médica	Frecuencia	Porcentaje
Sí	38	5,2
No	505	68,9
Ns/Nc	190	25,9
Total	733	100

Tabla 49. Distribución de frecuencias del pedido de carpeta médica por parte de trabajadores/as encuestados/as.

Tabla 50. Distribución de frecuencias de la consulta psicológica por parte de trabajadores/as encuestados/as.

Consultar a un/a psicólogo/a	Frecuencia	Porcentaje
Sí	65	8,9
No	485	66,2
Ns/Nc	183	25,0
Total	733	100

Tabla 51. Distribución de frecuencias del consumo de psicofármacos por parte de trabajadores/as encuestados/as.

Consumo de psicofármacos	Frecuencia	Porcentaje
Sí	25	3,4
No	506	69,0
Ns/Nc	202	27,6
Total	733	100

Tabla 52. Distribución de frecuencias de problemas de sueño por parte de trabajadores/as encuestados/as.

Problemas de sueño	Frecuencia	Porcentaje
Sí	165	22,5
No	402	54,8
Ns/Nc	166	22,6
Total	733	100

Tabla 53. Distribución de frecuencias del cambio de sector de trabajo por parte de trabajadores/as encuestados/as.

Cambio de sector de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Sí	58	7,9
No	487	66,4
Ns/Nc	188	25,6
Total	733	100

Tabla 54. ¿Conoce la existencia de algún protocolo o guía de violencia?

¿Conoce la existencia de algún protocolo o guía de violencia?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	132	18,0
No	526	71,8
Ns/Nc	75	10,2
Total	733	100

¿Recibió alguna vez capacitaciones en relación a la violencia?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	66	9,0
No	613	83,6
Ns/Nc	54	7,4
Total	733	100

Tabla 55. ¿Recibió alguna vez capacitaciones en relación a la violencia?

Distribución de frecuencias de las afirmaciones

Mayor infraestructura en las guardias	Frecuencia	Porcentaje
Muy de acuerdo	241	32,9
De acuerdo	296	40,4
En desacuerdo	73	10,0
Muy en desacuerdo	11	1,5
Ns/Ns	112	15,3
Total	733	100

Tabla 56. Un mayor nivel de infraestructura en las guardias ayudaría a reducir el nivel de violencia en los hospitales.

Mayor cantidad de profesionales en las guardias	Frecuencia	Porcentaje
Muy de acuerdo	349	47,6
De acuerdo	254	34,7
En desacuerdo	46	6,3
Muy en desacuerdo	9	1,2
Ns/Ns	75	10,2
Total	733	100

Tabla 57. Una mayor cantidad de profesionales en las guardias ayudaría a reducir el nivel de violencia en los hospitales.

Las condiciones en que trabajo son adecuadas	Frecuencia	Porcentaje
Muy de acuerdo	38	5,2
De acuerdo	193	26,3
En desacuerdo	259	35,3
Muy en desacuerdo	167	22,8
Ns/Ns	76	10,4
Total	733	100

Tabla 58. Considero que las condiciones laborales en que trabajo son adecuadas.

Tabla 59. La violencia se debe a que los/as pacientes y/o acompañantes concurren en estados alterados (drogas, alcohol).

Los/las pacientes y acompañantes en estados alterados	Frecuencia	Porcentaje
Muy de acuerdo	94	12,8
De acuerdo	189	25,8
En desacuerdo	255	34,8
Muy en desacuerdo	52	7,1
Ns/Ns	143	19,5
Total	733	100

Tabla 60. Más personal de seguridad (o policial) ayudaría a reducir el nivel de violencia en los hospitales.

Más personal de seguridad	Frecuencia	Porcentaje
Muy de acuerdo	201	27,4
De acuerdo	266	36,3
En desacuerdo	140	19,1
Muy en desacuerdo	36	4,9
Ns/Ns	90	12,3
Total	733	100

Tabla 61. Considero que los trabajadores varones tienden a sufrir menos hechos laborales de violencia respecto a las mujeres.

Los trabajadores varones tienden a sufrir menos hechos de violencia que las mujeres	Frecuencia	Porcentaje
Muy de acuerdo	104	14,2
De acuerdo	217	29,6
En desacuerdo	255	34,8
Muy en desacuerdo	51	7,0
Ns/Ns	106	14,5
Total	733	100

Los/as enfermeros/as son los/as que más sufren	Frecuencia	Porcentaje
Muy de acuerdo	121	16,5
De acuerdo	206	28,1
En desacuerdo	238	32,5
Muy en desacuerdo	23	3,1
Ns/Ns	145	19,8
Total	733	100

Tabla 62. Los/as enfermeros/as son los/as trabajadores/as que más sufren hechos de violencia.

Es un problema social que no puede prevenirse en los hospitales	Frecuencia	Porcentaje
Muy de acuerdo	124	16,9
De acuerdo	170	23,2
En desacuerdo	249	34,0
Muy en desacuerdo	97	13,2
Ns/Ns	93	12,7
Total	733	100

Tabla 63. La violencia en los hospitales es un problema social que no puede prevenirse en los hospitales.

Trabajar con psicólogos/as ayudaría a reducir el nivel de violencia por parte de acompañantes	Frecuencia	Porcentaje
Muy de acuerdo	131	17,9
De acuerdo	273	37,2
En desacuerdo	140	19,1
Muy en desacuerdo	35	4,8
Ns/Ns	154	21,0
Total	733	100

Tabla 64. Trabajar con psicólogos/as ayudaría a reducir el nivel de violencia por parte de los/as acompañantes.

Sector público/sector privado

Tabla 65. ¿Se encuentra preocupado/a por la violencia en su lugar de trabajo? Por tipo de efector.

¿Se encuentra preocupado/a por la violencia en su lugar de trabajo?	Muy preocupado/a	Medianamente preocupado/a	No estoy preocupado/a	Ns/Nc	Total
Efectores públicos	197	194	50	7	448
% sobre públicos	44,0	43,3	11,2	1,6	100
Efectores privados	55	95	115	20	285
% sobre privados	19,3	33,3	40,4	7,0	100
Total	252	289	165	24	733
% sobre total	30,3	34,7	19,8	2,9	100

Tabla 66. ¿Se siente inseguro/a en su lugar de trabajo? Por tipo de efector.

¿Se siente inseguro/a en su lugar de trabajo?	Siempre	A veces	Nunca	Ns/Nc	Total
Efectores públicos	67	302	74	5	448
% sobre públicos	15,0	67,6	16,6	0,9	100
Efectores privados	20	125	125	15	285
% sobre privados	7,0	44,0	44,0	4,9	100
Total	87	427	199	18	733
% sobre total	11,9	58,4	27,2	2,5	100

Tabla 67. ¿Ha modificado alguno de sus hábitos cotidianos para evitar situaciones de violencia en su lugar de trabajo? Por tipo de efector.

¿Ha modificado alguno de sus hábitos cotidianos para evitar situaciones de violencia en su lugar de trabajo?	Sí	No	Ns/Nc	Total
Efectores públicos	181	250	17	448
% sobre públicos	40,8	56,3	2,9	100
Efectores privados	72	193	20	285
% sobre privados	25,4	68,2	6,4	100
Total	253	443	31	727
% sobre total	34,8	60,9	4,3	100

Tabla 68. ¿Sufrió algún tipo de violencia externa? Por tipo de efector.

¿Sufrió algún tipo de violencia externa?	No	Sí	Total
Efectores públicos	136	300	436
% sobre públicos	31,2	68,8	100
Efectores privados	119	145	264
% sobre privados	45,1	54,9	100
Total	255	445	700
% sobre total	36,4	63,6	100

Tabla 69. ¿Sufrió violencia física? Por tipo de efector.

¿Sufrió violencia física?	No	Sí	Total
Efectores públicos	69	370	439
% sobre públicos	15,7	84,3	100
Efectores privados	34	249	283
% sobre privados	12,0	88,0	100
Total	103	619	700
% sobre total	14,3	85,7	100

Tabla 70. Distribución de frecuencia del tipo de violencia en casos de violencia física en el último año a trabajadores/as encuestados/as. Por tipo de efector.

Tipo de Violencia Física	Ataque con arma	Golpe o empujón	Otro	Ns/Nc	Total
Efectores públicos	7	44	11	3	65
% sobre públicos	10,8	67,7	16,9	4,6	100
Efectores privados	1	18	6	6	31
% sobre privados	3,2	58,1	19,4	19,4	100
Total	8	62	17	9	96
% sobre total	8,3	64,6	17,7	9,4	100

Tabla 71. Distribución de frecuencia de las percepciones de trabajadores/as encuestados/as sobre las posibles causas de los hechos de violencia física sufridos en el último año. Por tipo de efector.

¿Qué cree que motivó los hechos?	Tiempo de espera	Mala atención	Consumo de alcohol y/o drogas	Otro	Ns/Nc	Total
Efectores públicos	21	3	26	14	6	70
% sobre públicos	30,0	4,3	37,1	20,0	8,6	100
Efectores privados	9	2	5	10	5	31
% sobre privados	29,0	6,5	16,1	32,3	16,1	100
Total	30	5	31	24	11	101
% sobre total	29,7	5,0	30,7	23,8	10,9	100

Tabla 72. ¿Considera que la violencia física es frecuente en su lugar de trabajo? Por tipo de efector.

¿Considera que este tipo de violencia es frecuente en su trabajo?	Muy frecuente	Poco frecuente	Nada frecuente	Ns/Nc	Total
Efectores públicos	208	178	29	5	420
% sobre públicos	49,5	42,4	6,9	1,2	100
Efectores privados	45	101	62	61	269
% sobre privados	16,7	37,5	23,0	22,7	100
Total	253	279	91	66	689
% sobre total	36,7	40,5	13,2	9,6	100

Tabla 73. ¿Sufrió violencia psicológica y/o verbal en el último año? Por tipo de efector.

¿Sufrió violencia psicológica y/o verbal?	No	Sí	Total
Efectores públicos	288	146	434
% sobre públicos	66,4	33,6	100
Efectores privados	133	131	264
% sobre privados	50,4	49,6	100
Total	421	277	698
% sobre total	60,3	39,7	100

Tabla 74. ¿Considera que la violencia psicológica y/o verbal es frecuente en su lugar de trabajo? Por tipo de efector.

¿Considera que este tipo de violencia es frecuente en su trabajo?	Muy frecuente	Poco frecuente	Nada frecuente	Ns/Nc	Total
Efectores públicos	263	117	24	13	417
% sobre públicos	63,1	28,1	5,8	3,1	100
Efectores privados	82	94	41	51	268
% sobre privados	30,6	35,1	15,3	19,0	100
Total	345	211	65	64	685
% sobre total	50,4	30,8	9,5	9,3	100

Tabla 75. ¿Ha sufrido violencia (verbal y/o física) por parte de compañeros/as y superiores en el último año? Por tipo de efector.

Violencia (verbal y/o física) por parte de compañeros y/o superiores	Sí	No	Ns/Nc	Total
Efectores públicos	110	293	22	425
% sobre públicos	25,9	68,9	5,2	100
Efectores privados	61	185	30	276
% sobre privados	22,1	67,0	10,9	100
Total	171	478	52	701
% sobre total	24,4	68,2	7,4	100

Médicos/as

Tabla 76. Descripción de la muestra de médicos/as en base a rango etario y antigüedad.

Edad / Antigüedad	Médicos/as (todos/as)	Médicos/as (no residentes)	Médicos/as (no residentes) sector público	Médicos/as (no residentes) sector privado	Médicos/as residentes	Mujeres	Varones
Edad Promedio	38	44	44	42	30	36,5	40
De 25 a 34 años	52,2	19,8	15,5	34,1	93,4	57,3	42,7
De 35 a 44 años	23	35	38	27	6	21,8	24
45 años o más	25,2	44,8	46,6	38,6	0,7	20,9	32,8
Antigüedad Promedio	8	12	12	12	2	7,1	9
Menos de 5 años	53,6	25	23,6	29,5	90,7	59,7	43,5
5 a 14 años	26	40	41	36	7	22,7	31
15 a 24 años	11,3	20,3	21,6	15,9	-	8,1	16,8
25 años o más	7	13	12	16	-	6,6	8

Tabla 77. ¿Tiene otro trabajo? Por tipo de médicos/as

¿Tiene otro trabajo?	Médicos/as (todos/as)	Médicos/as (no residentes)	Médicos/as (no residentes) sector público	Médicos/as (no residentes) sector privado	Médicos/as residentes	Mujeres	Varones
Sí	59,6	84,9	88,5	72,7	24,5	50,7	71
No	39,4	12,5	8,8	25	74,2	46,4	28,2

Tabla 78. Distribución de frecuencias de violencia externa por tipo de médicos/as

Violencia Externa	Tipo de contratación / Tipo de efector			Género	
	Médicos/as (no residentes) sector privado	Médicos/as (no residentes) sector público	Médicos/as residentes	Mujeres	Varones
Sufrió alguna situación de violencia en el último año	63,6	61,5	73,5	73,9	56,5
Sufrió violencia física en el último año	4,5	10,1	9,9	7,6	13,7
Sufrió violencia psicológica en el último año	59,1	60,8	72,8	73	55
Frecuencia Violencia Física	27,3	43,9	49,7	45	42
Frecuencia Violencia Psicológica	43,2	62,2	69,5	68,2	55

Tabla 79. Distribución de frecuencias de violencia interna por tipo de médicos/as.

Violencia Interna	Tipo de contratación / Tipo de efector			Género	
	Médicos/as (no residentes) sector privado	Médicos/as (no residentes) sector público	Médicos/as residentes	Mujeres	Varones
Sufrió violencia interna en el último año	18,2	23,6	23,8	26,5	17,6
Frecuencia Violencia Pares	11,4	15,5	15,2	16,1	13,7
Frecuencia Violencia Superiores	25	16,9	13,9	15,6	19,1

Código hospital (no completar):

Encuesta n° (no completar):

Esta encuesta es completamente anónima y los datos serán utilizados estrictamente en el marco del proyecto de investigación: “Estudio sobre violencia en establecimientos hospitalarios en La Plata desde la perspectiva de sus trabajadores/as”. Año 2017, que impulsa la Agronomía Médica Platense a través de IPSOAR. Este estudio busca medir las manifestaciones que asume la violencia en sus diferentes modalidades en los establecimientos hospitalarios de la ciudad de La Plata desde la perspectiva de sus trabajadores/as. Las preguntas que se le hacen a continuación serán en su mayoría referidas al lugar de trabajo en el que está siendo encuestado/a.

Muchas gracias por su colaboración

1. Edad en años cumplidos: _ _ _ _	2. Género: 1. Femenino <input type="checkbox"/> 2. Masculino <input type="checkbox"/> 3. Trans <input type="checkbox"/>
3. Profesión: 1. Médico/a <input type="checkbox"/> 2. Enfermero/a <input type="checkbox"/> 3. Psicólogo/a <input type="checkbox"/> 4. Trabajador/a social <input type="checkbox"/> 5. Administrativo/a <input type="checkbox"/> 98. Otros (Técnico/a, Radiólogo/a, etc) <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _ _ _ _ _	
4. Tipo de contratación: 1. Planta permanente <input type="checkbox"/> 2. Planta transitoria <input type="checkbox"/> 3. Residente <input type="checkbox"/> 4. Beca <input type="checkbox"/> 5. Por prestación <input type="checkbox"/> 6. Contrato por tiempo indeterminado <input type="checkbox"/> 98. Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _ _ _ _ _	
5. Sector en que trabaja: 1. Guardia de demanda espontánea/emergencia <input type="checkbox"/> 2. Consultorio <input type="checkbox"/> 3. Internación <input type="checkbox"/> 4. Área quirúrgica <input type="checkbox"/> 98. Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _ _ _ _ _	
5.1. Especialidad (ejemplo: Pediatría, Traumatología): _ _ _ _ _	
6. Antigüedad en su puesto laboral: _ _ _ _ años	7. Tiene otro trabajo: 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>

Las preguntas que siguen se relacionan a la violencia externa en su lugar de trabajo. Entendemos por violencia todo tipo de maltrato ya sea psicológico/verbal (amenazas, insultos, gritos, trato discriminatorio, etc.) o físico (golpes, empujones, etc.).

8. ¿Se encuentra preocupado/a por la violencia en su lugar de trabajo? 1. Muy preocupado/a <input type="checkbox"/> 2. Medianamente preocupado/a <input type="checkbox"/> 3. No estoy preocupado/a <input type="checkbox"/> 99. Ns/Nc <input type="checkbox"/>
9. ¿Se siente inseguro/a en su lugar de trabajo? 1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. A veces <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/> 99. Ns/Nc <input type="checkbox"/>
10. ¿Ha modificado alguno de sus hábitos cotidianos para evitar situaciones de violencia en su lugar de trabajo? (Cambios de recorrido, de lugares donde estacionar el auto, etc...) 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 99. Ns/Nc <input type="checkbox"/>
11. ¿Sufrió Ud. violencia física (golpes, empujones, etc) en su lugar de trabajo en los últimos 12 meses? 1. Sí, varias veces* <input type="checkbox"/> 2. Sí, una vez <input type="checkbox"/> 3. No (Pase a la pregunta 12) <input type="checkbox"/>

*(*Si sufrió más de una agresión física, a continuación, responda sobre el episodio que considere más grave):*

11.1. ¿Quién lo/a agredió? 1. Paciente <input type="checkbox"/> 2. Acompañante <input type="checkbox"/> 98. Otro, ¿Quién? _____ 99. Ns/Nc <input type="checkbox"/>	11.2. Sexo agresor/a 1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/> 3. Trans <input type="checkbox"/> 99. Ns/Nc <input type="checkbox"/>	11.3. Edad agresor/a 1. Menos de 18 años <input type="checkbox"/> 2. 18 - 30 años <input type="checkbox"/> 3. 31- 40 años <input type="checkbox"/> 4. Más de 40 años <input type="checkbox"/> 99. Ns/Nc <input type="checkbox"/>
11.4. Lugar donde ocurrió 1. Guardia <input type="checkbox"/> 2. Consultorio <input type="checkbox"/> 3. Internación <input type="checkbox"/> 98. Otro ¿Cuál? _____ 99. Ns/Nc <input type="checkbox"/>	11.5. Momento del día 1. Mañana <input type="checkbox"/> 2. Tarde <input type="checkbox"/> 3. Noche <input type="checkbox"/> 4. Madrugada <input type="checkbox"/> 99. Ns/Nc <input type="checkbox"/>	11.6. Tipo de violencia física 1. Ataque con arma <input type="checkbox"/> 2. Golpe o empujón <input type="checkbox"/> 98. Otro ¿Cuál? _____ 99. Ns/Nc <input type="checkbox"/>
11.7. ¿Cómo reaccionó frente a lo ocurrido? (Marque hasta 2 opciones) 1. No hice nada <input type="checkbox"/> 2. Lo comenté con compañeros/as <input type="checkbox"/> 3. Realicé la denuncia <input type="checkbox"/> 4. Lo elevé a mis superiores <input type="checkbox"/> 5. Me defendí verbalmente <input type="checkbox"/> 6. Me defendí físicamente <input type="checkbox"/> 7. Me cambié de sector <input type="checkbox"/> 98. Otra <input type="checkbox"/> ¿De qué manera? _____ 99. Ns/Nc <input type="checkbox"/>		
11.8. ¿Qué cree que motivó los hechos? (Indique la opción que considere más importante) 1. Tiempo de espera <input type="checkbox"/> 2. Mala atención <input type="checkbox"/> 3. Consumo de alcohol y/o drogas <input type="checkbox"/> 98. Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ 99. Ns/Nc <input type="checkbox"/>		
12. ¿Considera que este tipo de violencia es frecuente en su trabajo? 1. Muy frecuente <input type="checkbox"/> 2. Poco frecuente <input type="checkbox"/> 3. Nada frecuente <input type="checkbox"/> 99. Ns/Nc <input type="checkbox"/>		
13. ¿Sufrió Ud. algún tipo de violencia psicológica y/o verbal (amenazas, insultos, gritos, trato discriminatorio, etc.) en su lugar de trabajo en los últimos 12 meses? 1. Sí, varias veces* <input type="checkbox"/> 2. Sí, una vez <input type="checkbox"/> 3. No (Pase a la pregunta 14) <input type="checkbox"/>		
<i>(*Si sufrió más de una agresión psicológica y/o verbal, responda sobre el episodio que considere más grave)</i>		
13.1 ¿Quién lo/a agredió? 1. Paciente <input type="checkbox"/> 2. Acompañante <input type="checkbox"/> 98. Otro, ¿Quién? _____ 99. Ns/Nc <input type="checkbox"/>	13.2. Sexo agresor/a 1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/> 3. Trans <input type="checkbox"/> 99. Ns/Nc <input type="checkbox"/>	13.3. Edad agresor/a 1. Menos de 18 años <input type="checkbox"/> 2. 18 - 30 años <input type="checkbox"/> 3. 31- 40 años <input type="checkbox"/> 4. Más de 40 años <input type="checkbox"/> 99. Ns/Nc <input type="checkbox"/>
13.4. Lugar donde ocurrió 1. Guardia <input type="checkbox"/> 2. Consultorio <input type="checkbox"/> 3. Internación <input type="checkbox"/> 98. Otro ¿Cuál? _____ 99. Ns/Nc <input type="checkbox"/>	13.5. Momento del día 1. Mañana <input type="checkbox"/> 2. Tarde <input type="checkbox"/> 3. Noche <input type="checkbox"/> 4. Madrugada <input type="checkbox"/> 99. Ns/Nc <input type="checkbox"/>	13.6. Tipo de violencia psicológica 1. Amenaza verbal <input type="checkbox"/> 2. Amenaza con arma <input type="checkbox"/> 3. Trato discriminatorio <input type="checkbox"/> 4. Insulto <input type="checkbox"/> 5. Gritos <input type="checkbox"/> 98. Otro ¿Cuál? _____ 99. Ns/Nc <input type="checkbox"/>
13.7. ¿Cómo reaccionó frente a lo ocurrido? (Marque hasta 2 opciones) 1. No hice nada <input type="checkbox"/> 2. Lo comenté con compañeros/as <input type="checkbox"/> 3. Hice la denuncia <input type="checkbox"/> 4. Lo elevé a mis superiores <input type="checkbox"/> 5. Me defendí verbalmente <input type="checkbox"/> 6. Me defendí físicamente <input type="checkbox"/> 7. Me cambié de sector <input type="checkbox"/> 98. Otro ¿Cuál? _____ 99. Ns/Nc <input type="checkbox"/>		

13.8. ¿Qué cree que motivó los hechos? (Indique la opción que considere más importante)

1. Tiempo de espera 2. Mala atención 3. Consumo de alcohol y/o drogas

98. Otro ¿Cuál? - - - - - 99. Ns/Nc

14. ¿Considera que este tipo de violencia es frecuente en su trabajo?

1. Muy frecuente 2. Poco frecuente 3. Nada frecuente 99. Ns/Nc

15. ¿Ha sufrido Ud. violencia (verbal y/o física) por parte de compañeros y/o superiores en los últimos 12 meses?

1. Sí 2. No 99. Ns/Nc

16. ¿Considera que la violencia entre compañeros/as es frecuente en su trabajo?

1. Muy frecuente 2. Poco frecuente 3. Nada frecuente 99. Ns/Nc

17. ¿Considera que la violencia de los superiores hacia los/as empleados/as es frecuente en su trabajo?

1. Muy frecuente 2. Poco frecuente 3. Nada frecuente 99. Ns/Nc

18. De los problemas que le mencionamos abajo, ¿cuáles cree que afectan más a los/as trabajadores/as en su lugar de trabajo? (Marque hasta 3)

1. Problemas edilicios 2. Falta de insumos

3. Falta de camas 4. Falta de profesionales 5. Problemas de organización 6. Higiene

7. Falta de comunicación 98. Otro ¿Cuál? - - - - - 99. Ns/Nc

19. De los problemas que le mencionamos abajo, ¿cuáles cree que afectan más a los/as pacientes y/o acompañantes? (Marque hasta 3)

1. Problemas edilicios 2. Falta de insumos

3. Falta de camas 4. Falta de profesionales 5. Problemas de organización 6. Higiene

7. Falta de comunicación 98. Otro ¿Cuál? - - - - - 99. Ns/Nc

20. A continuación le enumeramos una serie de situaciones para saber si Ud. las ha padecido como consecuencia de situaciones de violencia vividas. (Marque con una cruz)

	1. Sí	2. No	99. Ns/Nc
20.1. Pedido de carpeta médica			
20.2. Consultar un/a psicólogo/a			
20.3. Consumo de psicofármacos			
20.4. Problemas de sueño			
20.5. Cambio de sector de trabajo			
20.6. Otra. ¿Cuál?			
- - - - -			

21. ¿Conoce la existencia de algún protocolo o guía de cómo actuar en el caso de presenciar o de ser víctima de un episodio de violencia en su lugar de trabajo?

1. Sí 2. No 99. Ns/Nc

22. Recibió alguna vez capacitaciones en relación a la violencia en su lugar de trabajo?

1. Sí 2. No 99. Ns/Nc

23. Lea las siguientes afirmaciones e indique su nivel de acuerdo

	1. Muy de acuerdo	2. De acuerdo	3. En desacuerdo	4. Muy en desacuerdo	99. Ns/Nc
23.1 Un mayor nivel de infraestructura en las guardias ayudaría a reducir el nivel de violencia en los hospitales					
23.2 Una mayor cantidad de profesionales en las guardias ayudaría a reducir el nivel de violencia en los hospitales					
23.3 Considero que las condiciones laborales en que trabajo son adecuadas.					
23.4. La violencia se debe a que los/as pacientes y/o acompañantes concurren en estados alterados (drogas, alcohol)					
23.5. Más personal de seguridad (o policial) ayudaría a reducir el nivel de violencia en los hospitales					
23.6 Considero que los trabajadores varones tienden a sufrir menos hechos de violencia respecto a las mujeres					
23.7. Los/as enfermeros/as son los/as trabajadores/as que más sufren hechos de violencia					
23.8. La violencia en los hospitales es un problema social que no puede prevenirse en los hospitales					
23.9. Trabajar con psicólogos/as ayudaría a reducir el nivel de violencia por parte de los/as acompañantes					

Comentarios/ Sugerencias

Muchas gracias

VIII. Bibliografía

Acuña, Carlos (2010), *Los desafíos de la coordinación y la integralidad de las políticas y gestión públicas en América Latina*. Proyecto de Modernización del Estado, Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación.

Auyero, Javier (2009), "Pacientes del Estado". Un reporte etnográfico sobre la espera de la gente pobre. "Patients of the State". An Ethnographic Account of Poor People's Waiting. Universidad de Texas en Austin.

Auyero, Javier (2013), *Pacientes del Estado*, EUDEBA, Buenos Aires.

Auyero, Javier y Berti, María Fernanda (2013), *La violencia en los márgenes*, Katz Editores, Buenos Aires.

Borrat, Héctor (1989), *El periódico, actor político*, Barcelona, Gustavo Gili S.A

Botello, Nelson (2003), "El espacio de la violencia: un modelo de interpretación social", en *Sociológica*, año 18, núm. 52, pp. 119-145.

Bourdieu, Pierre (1990). "Sociedad y Cultura". Conaculta, México. En Botello, Nelson (2003), "El espacio de la violencia: un modelo de interpretación social", en *Sociológica*, año 18, núm. 52, pp. 119-145.

Burgos, M. y Paravic, T (2003). "Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público". *Ciencia y Enfermería*, vol. IX, número 2, pp. 29-42.

Bursztyn, Ivani; Kushnir, Rosana; Giovanella, Lígia; Stolkiner, Alícia; Sterman-Heimann, Luiza; Riveros, María I.; Sollazzo, Ana (2010). "Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados". *Revista de Salud Pública*, vol. 12, núm. 1, abril, Universidad Nacional de Colombia Bogotá, Colombia.

Centro de Estudios Legales y Sociales (2014), "Informe: El fracaso de las políticas de mano dura", Buenos Aires.

Cezar, Eliene; Palucci Marziale; María H (2009), *Violencia en el trabajo en unidad de emergencia de hospital de Brasil*, *Nure Investigación*, nº 25.

Chapell y Di Martino (2006), *Violence at Work*, Third Edition, International Labour Organization, Geneva.

Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires (2015), *Violencia y homicidios dolosos en la provincia de Buenos Aires. Perfiles*

socioeconómicos, experiencias y representaciones de habitantes de barrios con un alto índice de homicidios. Buenos Aires, La Plata.

Fariás, María (2010). "Violencia Ocupacional hacia los Trabajadores de Salud de la Ciudad de Córdoba". Tesis para optar el grado de Maestro en Salud Pública. Córdoba. Universidad de Córdoba.

Femenías, María Luisa y Rossi Soza, Paula (2011), "Saberes situados/Teorías Trashumantes", Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación CINIG-IdIHCS-CONICET, Argentina.

Horikian, Andrea (2014), "Violencia laboral en los profesionales de la salud". Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Facultad de Medicina. Fundación Hector A. Barceló. Tesis en el marco de la Carrera de Posgrado de Especialización en Medicina Legal.

Luna-García JE, Urrego-Mendoza Z, Gutiérrez-Robayo M, Martínez-Durán A (2015), "Violencia en el trabajo del sector público de la salud: una visión desde las personas trabajadoras". Bogotá, Colombia. 2011-2012. Rev. Fac. Med.

Marcusse, Herbert (1971). "La agresividad en la sociedad industrial avanzada y otros ensayos". Madrid: Alianza. En Schachter, Silvio (2014). "Violencia urbana y urbanización de la violencia" en Wacquant, Loïc et al., *Tiempos Violentos. Barbarie y decadencia civilizatoria*, Herramienta, Argentina.

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

Organización Internacional del Trabajo (2003), "Relationship between work stress and workplace violence in the health sector". Documento de trabajo del Programa conjunto de la OIT/ICN/OMS/ISP sobre la violencia en los lugares de trabajo del sector de salud. Ginebra.

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

Organización Panamericana de la Salud (2016), *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014*, Washington, DC.

Oszlak, Oscar (2001), "El mito del estado mínimo: una década de reforma estatal en Argentina", I Congreso Nacional de Administración Pública, AAEAP. Rosario.

Palucci Marziale, María Helena (20014) "La violencia en el sector de la salud", *Revista Latino-am Enfermagem*, marzo-abril, 12(2), pp. 151.

Paravic, Kljin Tatiana; Valenzuela Suazo, Sandra y Burgos Moreno, Mónica (2004), "Violencia Percibida por trabajadores de atención primaria de la salud", *Ciencia y Enfermería*, vol. X, número 2, pp. 53-65.

Schachter, Silvio (2014), "Violencia urbana y urbanización de la violencia", en Wacquant, Loïc et al., *Tiempos Violentos. Barbarie y decadencia civilizatoria*, Herramienta, Argentina.

Scialpi, Diana (2002), La violencia laboral en la administración pública argentina, en *Revista Venezolana de Gerencia (RVG)* Año 7. n° 18, pp. 196-219.

Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y UNICEF (2012), "Encuesta sobre el ejercicio profesional", resultados disponibles en <https://www.slideshare.net/unicefargentina/ppt-unicef-sap-12607561>

Spinelli, Hugo (2010), Las dimensiones del campo de la salud en Argentina, *Salud Colectiva*, Universidad Nacional de Lanús, vol. 6, núm. 3, pp. 275-293.

Svampa, Maristela (2000) (comp.), *Desde Abajo. La transformación de las identidades sociales*, Biblos, Buenos Aires.

Svampa, Maristela (2005), *La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo*, Taurus, Buenos Aires.

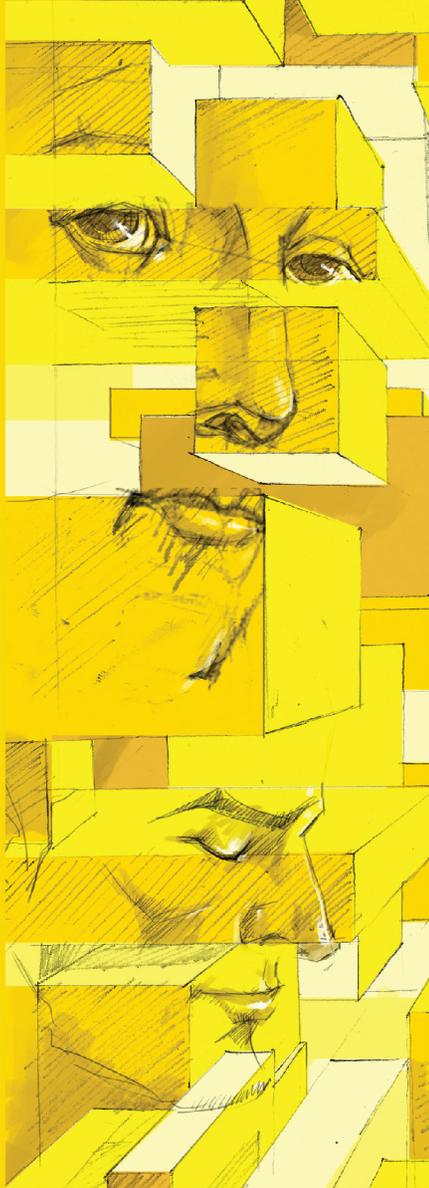
Vázquez Acuña, Martín E., (2007), "Violencia intramural: su impacto en los derechos humanos de las personas en situación de encierro", en Alejandro Isla (Comp.) *En los márgenes de la ley, inseguridad y violencia en el Cono Sur*, Paidós, Buenos Aires.

Vílchez Jesús, Isabel; Morcillo Mendoza, Dulcenombre y Lozano Martínez, Francisco Javier (2016), "Violencia en el personal sanitario de urgencias y emergencias pre-hospitalarias: riesgo para la salud psicológica de los profesionales" en Molero, M.del Mar, et.al., *Avances de Investigación en Salud a lo largo del Ciclo Vital*, ASUNIVER, España.

Vítolo, Fabián (2011), "Violencia contra profesionales de la Salud", Biblioteca Virtual Noble Compañía de Seguros, Argentina. Accesible en http://www.noble-arp.com/src/img_up/19042011.6.pdf.

Wacquant, Loïc; Cantor Vega, Renán y McLaren, Peter (2014), *Tiempos violentos. Barbarie y decadencia civilizatoria*, Herramienta, Buenos Aires.

Yassi, Annalee y Warshaw, Leon (1998), "Asistencia Sanitaria: Naturaleza y Problemas de Salud en el Trabajo", en *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*, 4ª ed., Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.



LAS DIFERENTES CARAS DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD

En los últimos años hemos asistido en Argentina, así como en toda la región, a un incremento de la violencia interpersonal en los diferentes ámbitos en que se desarrollan estas relaciones. Además de ello, se advierte un incremento y una transformación de las manifestaciones de estas violencias interpersonales que irrumpen en ámbitos que antes parecían inmunes a ese tipo de episodios. Así, la violencia en el ámbito laboral no aparece como algo nuevo ni tampoco estrictamente localizable en un determinado espacio geográfico o algún sector ocupacional específico. Sin embargo, los hospitales -entre otras instituciones- son ahora escenario de dichas manifestaciones violentas que van desde amenazas, violencia verbal, hasta física, poniendo en riesgo la salud y la integridad de las personas que trabajan en ese ámbito, en detrimento de la atención de la salud de toda la comunidad. Estos fenómenos de violencia, que ponen en juego uno de los pilares fundamentales de los servicios que una sociedad necesita para su desarrollo -como es el sector de la salud-, es inextricable de aquello que sucede en el contexto en el cual operan los distintos profesionales y trabajadores del mismo.