

ARTÍCULO ORIGINAL

VIOLENCIA HACIA LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA EN MÉXICO

VIOLENCE AGAINST MEDICAL PROFESSIONALS IN MEXICO

Francisco Arredondo (1), Santiago Gascón (2), Manuel Pando (3), Alfredo Pérez-Padilla (4), María Joao Vinha (5), Joao Pereira (6) (1) Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Querétaro-México; (2) Departamento de Psicología, Universidad de Zaragoza-España; (3) Instituto de Salud Laboral, Universidad de Guadalajara-México; (4) Unidad de Investigación, Docencia y Apoyo Clínico de Salud en el Trabajo, HGR 46 IMSS, Delegación Jalisco-México; (5) Departamento de Psicología de la Salud Ocupacional, Instituto Superior de Maia - Portugal; (6) Departamento de Psicología de la Salud Ocupacional, Instituto Superior de Maia-Portugal. Autor de Correspondencia: sgascos@unizar.es

RESUMEN

Introducción: En los últimos años los casos de agresión por parte de los pacientes respecto a los trabajadores de la salud parece que se han vuelto más frecuentes. En América Latina, no existen estudios científicos parecen haber llevado a cabo hasta ahora sobre esta cuestión.

Método: se analizaron los cuestionarios, sobre la agresión el lugar de trabajo, aplicados a una muestra de 282 médicos de un hospital de la Seguridad Social en México.

Resultados: Se encontró que 5,3% de los médicos había sido víctima de una agresión física 2 mientras que el 60% había estado expuesto a un comportamiento amenazante, intimidación o insultos, y el 38,6% había sido objeto de insultos por lo menos una vez. En general, la incidencia fue más alta en el servicio de urgencias y los riesgos de sufrirla fue mayor que en los otros servicios: la violencia física OR= 2,97 (IC 95%, 0.89-9.67), la amenaza OR= 2,39 (IC95%, 1.19-4.81) y los insultos OR= 2,47 (IC95%, 1,30 - 4,69).

Palabras Clave:

agresividad, violencia, trabajadores de la salud, México.

ABSTRACT

Introduction: In recent years instances of aggression by patients towards health workers appear to have become more frequent. In Latin America, no scientific studies appear to have been performed so far on this question.

Method: we analyzed questionnaires on workplace aggression from a sample of 282 doctors at an Insurance Hospital in Mexico.

Results: We found 5.3% of doctors had been a victim of physical aggression, while 60% had been exposed to threatening behavior, intimidation or insults, and 38.6% had been subjected to insults on at least one time. In general the incidence was higher in Accident and Emergency Service: physical violence OR = 2.97; IC 95% (0.89 - 9.67), threat OR = 2.39; IC95% (1.19 - 4.81), and insults OR = 2.47; IC95% (1.30 - 4.69).

Keywords:

aggression, violence, health care workers, Mexico.

INTRODUCCIÓN:

El incremento del uso de la violencia hacia los profesionales sanitarios es reflejo de lo que sucede en ámbitos como familia, educación, o trabajo(1), y resulta sorprendente que tal aumento se produzca en países que han alcanzado un alto nivel de acceso a recursos y servicios sanitarios y en los que se cuenta con vías civilizadas para la reclamación(2).

Las agresiones en el medio sanitario se han convertido en una cuestión preocupante para

los gobiernos. En Reino Unido, el National Health Service puso en marcha una campaña de "Tolerancia cero a la violencia" sector. Un estudio realizado en Canadá puso de manifiesto que el trabajo como médico o enfermera es una profesión de alto riesgo, incluso comparada con las fuerzas de seguridad(4). En Estados Unidos, más de la mitad de las demandas presentadas por agresiones en el lugar de trabajo corresponden a personal sanitario, con dieciséis veces más riesgo que cualquier otro trabajador social(5,6).

Aunque el fenómeno de la violencia en sanidad ha sido objeto de investigación(7-9), se reconoce el desconocimiento de su verdadero alcance, ya que los datos con que se contaba procedían de los hechos denunciados. Teniendo en cuenta que estos profesionales sólo denuncian los casos más graves, las cifras no reflejan su auténtica incidencia y dimensión(4).

En España, un trabajo en hospitales de diferente tamaño con médicos, directivos, enfermeros, etc., mostró que el 11% habían sido víctimas de agresiones físicas y un 5% las había sufrido en más de una ocasión, mientras que un 64% habían sido objeto de comportamiento amenazante, coacciones o insultos. Estas cifras fueron superiores en grandes hospitales, especialmente en servicios de Urgencias y Psiquiatría (38% y 26,9% para agresiones físicas respectivamente) (10).

Hasta fechas recientes, la evidencia procedía de estudios realizados en instituciones de psiquiatría(11), habían sido pocos los estudios que han tenido en cuenta a distintos tipos de (3) como respuesta al incremento de agresiones en este 4 centros y sus diferentes áreas(2,9). Por otro lado, gran parte de las investigaciones se habían centrado principalmente en la profesión de enfermería(12-14), existiendo consenso de que este sector era el más vulnerable. Sin embargo, otros trabajos han evidenciado que no son el único objetivo de las agresiones(10,15). Al estar esta profesión constituida mayoritariamente por mujeres, se ha dado por supuesto que el personal femenino era el más afectado(16,17), aunque pudiera ser debido a un sesgo en las muestras utilizadas.

Por otro lado, en muchos de los estudios se observa una falta de delimitación conceptual de los distintos tipos de violencia, llegando a confundirse la agresión física con el comportamiento amenazante y a éste con la agresión verbal(6). Tal circunstancia dificulta la comparación de resultados entre estudios.

El National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) define la violencia en el trabajo como los actos violentos (agresiones físicas, comportamientos amenazantes e insultos) dirigidos hacia la persona que desempeña su actividad laboral o como causa de su puesto de trabajo(18).

La División de Seguridad y Salud Ocupacional de California (Cal/OSHA) clasifica a la violencia en el trabajo en tres tipos. El tipo I corresponde a atacantes que no tienen relación con el trabajo, el tipo II corresponde a clientes o usuarios y el tipo III incluye empleados, supervisores u otras personas que tengan relación laboral con el empleado(19).

NIOSH detectó que los principales factores que aumentan el riesgo de sufrir un ataque en el trabajo son: contacto con el público, prestación de servicios o transporte, trabajar con personas inestables o imprevisibles en entornos de salud, servicios sociales o administración de justicia, trabajar solo o a altas horas de la noche, etc. (18).

Con el presente estudio se ha pretendido lograr un conocimiento de la frecuencia de 5 agresiones tipo II en la profesión médica de México, distinguiendo entre episodios de agresión física, comportamiento amenazante y agresión verbal, tratando de identificar las variables implicadas y su distribución por servicios, edades y sexos.

MÉTODO:

Se trató de un estudio retrospectivo mediante autoinforme, tendente a investigar las experiencias de agresión en los doce meses precedentes.

- Participantes: la muestra estuvo compuesta por el 64% de los médicos especialistas y residentes que laboraron en el mismo puesto durante el año 2010 en un hospital de segundo nivel perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Guadalajara en el Estado de Jalisco, México (n=282).

Un 56,4% y eran hombres y un 43,6% mujeres, el 51% se encontraba en una franja de edad de los 31 a los 50 años (M=39, DE de + 9.5). La recolección, captura y análisis de la información se realizó en enero de 2011 utilizando una base de datos en software estadístico Epi-Info Versión 3.3.2 (2005).

.- Instrumentos: Los participantes respondieron a un cuadernillo con los siguientes cuestionarios:

- Ficha de datos demográficos: con información sobre datos del trabajador (personal, familiar y laboral).

- Cuestionario sobre agresiones (Gascón, 2009)(2.10). En el que se describen los diferentes tipos de las mismas, atendiendo a las que la OSHA (California) clasifica en su Tipo II. En cada ítem se define el tipo de agresión por el que se está preguntando, siguiendo las definiciones que proponen Winstanley y Whintington(16) como agresión física, amenaza verbal o comportamiento amenazante y abuso verbal (Tablas I y II).

Tabla I. Delimitación conceptual del tipo de violencia que se investiga (DOSH, 2004)

Tipo de violencia	Definición
Tipo I	Sin relación con el trabajo. Delincuencia
Tipo II	Ejercida por clientes, usuarios, pacientes, alumnos
Tipo III	Ejercida por miembros de la plantilla: jefes, compañeros, subordinados
Tipo IV	Violencia doméstica, o problemas personales sin relación con el trabajo.

Tabla II. Delimitación conceptual de las conductas violentas investigadas (OIT, OMS, 2002), (Winstanley y Whittington, 2004)

Agresiones	Definición
Agresión física	Comportamiento intencionado con empleo de fuerza física, que produce daños físicos, sexuales, o psicológicos: patadas, bofetadas, puñaladas, tirones, empujones, mordiscos y pellizcos.
Amenaza verbal, comportamiento amenazante	Promesa de recurso a la fuerza física o al poder, que produce miedo al daño físico, sexual, psicológico u otras consecuencias negativas.
Insultos o injurias	Comportamiento verbal que humilla, degrada o muestra falta de respeto a la dignidad y valor de la persona.

En el caso de haberse producido agresiones, ofrece información descriptiva de las características sobre las mismas y sobre el agresor. El instrumento también ofrece información sobre denuncias y reclamaciones. Los primeros 5 ítems se responden mediante una escala tipo Likert que va de 0 a 4 (donde 0 = nunca, 1 = nunca, pero he sido testigo, 2 = en una ocasión, 3 = en dos a cuatro ocasiones, 4 = en 5 o más ocasiones). Este listado muestra dos dimensiones: Una relativa a las agresiones (físicas y verbales) y otra relativa a situaciones que pueden generar un alto nivel de preocupación y estrés en el profesional, y que son las denuncias y reclamaciones de las que se ha sido objeto. Dos ítems adicionales permiten obtener información sobre si el profesional se siente respaldado por la administración sanitaria ante agresiones y/o denuncias y sobre la formación recibida acerca de estrategias de evitación o manejo de situaciones conflictivas con los pacientes en su relación clínico-asistencial.

Finalmente, y aunque no fue utilizado en este estudio, consta de un listado de síntomas psicológicos cuyas respuestas pueden agruparse de cara a observar si la víctima pudiera sufrir depresión, ansiedad, Trastorno de Estrés Postraumático, etc. El instrumento posee una buena consistencia interna con valores α de 0,81 a 0,84.

- Procedimiento: Se buscó individualmente a cada uno de los médicos del hospital y se les invitó a participar en la investigación, se explicó en qué consistía el estudio y se les dio información acerca de nociones sobre violencia y agresiones en el trabajo. A los médicos que aceptaron participar se les hizo entrega del cuestionario, siendo contestados cada uno de manera anónima.

RESULTADOS:

Quince profesionales (5.3%) refirieron haber sufrido al menos un episodio de agresión física.

El 3.2% de los médicos habían sido agredidos físicamente en una sola ocasión y el 2.1% en más ocasiones. La mayoría de las agresiones físicas ocasionaron heridas leves que no generaron días de incapacidad a los médicos, sin embargo en uno de estos casos una doctora refirió presentar un aborto relacionado con sufrir una de estas agresiones físicas y ameritó una baja laboral temporal. Sesenta médicos (21.3%) refirieron haber sido amenazados al menos en una ocasión durante el año 2010. Un 12.8% lo fueron en una sola ocasión y un 8.5% en más ocasiones. El 38.6% de los médicos habían recibido insultos en el último año, un 14.6% en una ocasión y un 24% en más.

Casi la mitad de los médicos, 140 habían sufrido reclamaciones asociadas o no a las agresiones y el 6.7%(19) refirió haber sido denunciado durante el año 2010. Casi la totalidad, el 98.6%, no había recibido capacitación para

saber actuar ante agresiones y otras situaciones conflictivas y únicamente 60 (21.3%) se sentían apoyados por el departamento administrativo o gerencial del hospital en caso de sufrir agresiones o denuncias.

Durante el año 2010 se presentaron en total 24 episodios de agresiones físicas que, como se ha indicado, en el caso de los médicos afectaron al 5.3% de su plantilla; la distribución de estos episodios por áreas hospitalarias puede observarse en la Tabla III. Durante el mismo período se cometieron en total 109 episodios de amenazas que afectaron al 21.3% de los médicos (Tabla III). Se cometieron en total 278 episodios de insultos o injurias que afectaron al 38.6% de los médicos (Tabla III).

Tabla III. Riesgo de sufrir agresiones según el área médica

Categoría médica	Nº de Médicos	Tipo Agresión	Nº de Agresiones	OR IC 95%****
Físicas (15)				
Anestesiología	31		2	1.36
Cirugía*	55		1	1.03
Ginecología	32		0	0.00 (0.00 - 2.62)
Medicina Interna**	52		6	3.20 (0.96 - 10.48)
Pediatría	31		0	0.00 (0.00 - 2.72)
Urgencias	55		6	2.97 (0.89 - 9.67)
Vacos***	26		0	0.00 (0.00 - 3.34)
Amenazas (60)				
Anestesiología	31		2	0.23 (0.04 - 1.03)
Cirugía*	55		12	1.04 (0.46 - 2.34)
Ginecología	32		5	0.66 (0.21 - 1.90)
Medicina Interna**	52		14	1.47 (0.69 - 3.10)
Pediatría	31		4	0.52 (0.15 - 1.64)
Urgencias	55		19	2.39 (1.19 - 4.81)
Vacos***	26		4	0.65 (0.18 - 2.10)
Insultos (109)				
Anestesiología	31		5	0.27 (0.09 - 0.78)
Cirugía*	55		29	2.05 (1.08 - 3.88)
Ginecología	32		13	1.10 (0.49 - 2.46)
Medicina Interna**	52		20	0.99 (0.51 - 1.92)
Pediatría	31		6	0.34 (0.12 - 0.92)
Urgencias	55		31	2.47 (1.30 - 4.69)
Vacos***	26		5	0.35 (0.11 - 1.02)

*Incluye subespecialidades quirúrgicas y traumatología-ortopedia

**Incluye subespecialidades relacionadas a la medicina interna

***Incluye a Salud en el trabajo, Medicina Física y Radiología e imagen.

****OR calculada comparando la categoría médica sufrida contra el resto de categorías médicas.

El riesgo de sufrir agresiones tipo II en al menos una ocasión, según el área médica puede observarse en la Tabla III. Únicamente el área de urgencias se asoció con un riesgo mayor de sufrir los tres tipos de agresiones.

Los datos obtenidos en México son coincidentes con los hallados en una muestra de 1,826 profesionales sanitarios en España, aunque este último estudio fue realizado en diversos hospitales y con el total de profesionales sanitarios (tablas IV y V).

Tabla IV. Porcentaje de agresiones por áreas en España, n= 1,826 (García, 2009)

Agresión	Quirúrgicas	Centrales	Médicas	Urgencias	Psiquiatría	Otros	χ ²	significación
Física	12,4%	6,3%	11,3%	38,0%	26,9%	30,0%	60,027	p<0,001
Insulto	45,4%	43,0%	59,1%	72,1%	59,1%	25,0%	35,895	p<0,001
Amenaza	41,3%	41,8%	52,6%	70,5%	51,6%	29,4%	34,014	p<0,001

Tabla V. Porcentaje de agresiones por puesto en España, n= 1,826 (García, 2009)

Agresión	Admón.	Celador	Directiva	Enfermera	Médico	Otros	χ ²	significación
Física	7,5%	18,2%	10,0%	17,0%	19,4%	11,1%	8,295	p=0,141
Insulto	55,0%	50,0%	40,0%	54,6%	61,6%	39,3%	11,614	p=0,040
Amenaza	42,5%	39,1%	65,0%	49,9%	60,7%	35,7%	22,678	p<0,001

Discusión

Los resultados encontrados en la presente investigación acerca de la violencia que afecta a los médicos de este hospital son preocupantes e indican que las agresiones no físicas (amenazas e insultos) son más comunes que las físicas e indican que el área hospitalaria donde los médicos son más vulnerables a la violencia es la de Urgencias. Estos hallazgos son consistentes con los hallados en diversas investigaciones realizadas a nivel internacional.

Celis estudió los homicidios ocurridos durante la actividad laboral de los trabajadores en el estado de Jalisco registrados durante los años de 1989 a 1991(20), encontrando que: a) según la ocupación, la mayor mortalidad se presentó en el personal de protección y vigilancia; b) el riesgo de muerte por homicidio en el trabajo en hombres fue 9 veces superior que en mujeres; c) los homicidios en el trabajo registrados mediante certificados de defunción podrían llegar a tener un subregistro superior al 10%. Los datos obtenidos por esta investigación mostraban que la ocupación con mayor frecuencia de víctimas fue la policiaca y, aunque en el estudio no se especificó la incidencia en la profesión médica, cabe señalar que en investigaciones internacionales se ha detectado que los profesionales sanitarios tienen un riesgo de sufrir violencia comparable con el que enfrentan las fuerzas de la ley (de hecho se ha calculado que este riesgo es 16 veces mayor que el de otros trabajadores sociales) y que la prevalencia en estos profesionales se está incrementando(10,18).

A pesar de que las mujeres (incluyendo profesionales sanitarias) presenten menor riesgo aparente de homicidio en el trabajo no significa que las mujeres estén exentas de sufrir tales eventos. El asesinato de una doctora por un usuario del servicio de salud en Jalisco en 2008, desgraciadamente no puede ser tomado como un hecho aislado ni anecdótico (21).

En relación al subregistro de homicidios ocurridos durante la actividad laboral, ya señalado, es importante recordar que las comunicaciones internacionales informan que los datos de denuncias oficiales sólo reflejan los casos más graves de agresión física, siendo la violencia en el medio sanitario mucho más cotidiana y compleja de lo que los datos muestran (22).

Se confirma que no podemos tener un conocimiento de esta realidad, basándonos únicamente en los datos procedentes de las denuncias. Como se ha comprobado en éste y en otros estudios, las agresiones hacia el personal sanitario son un fenómeno infradenunciado. Por distintas razones, los sanitarios denuncian únicamente aquellos incidentes graves en los que se ha requerido atención médica, mientras que las agresiones físicas de menor gravedad y las agresiones no físicas no llegan a los juzgados. Además de otras repercusiones, este hecho impide el conocimiento de la realidad de las agresiones contra los profesionales sanitarios.

Karen Worthington hace mención al alto coste que representan los episodios de violencia en el trabajo y advierte que en 1996 en Estados Unidos se realizó un informe de la oficina de justicia sobre episodios de violencia en el trabajo de 1992 a 1996 en donde se señaló que 160.000 trabajadores sanitarios, incluyendo a 70.000 enfermeras, fueron víctimas de agresiones trabajador lesionado (tratamiento médico y tiempo perdido) fue de 5,719 dólares, e incluso puede ser mayor ya que las lesiones graves e incapacitantes han requerido hasta 100.000 dólares (sin incluir daños a la propiedad o costos a largo plazo de traumas psicológicos).

Por todo lo anterior resulta indispensable conocer la magnitud real del fenómeno en nuestro país, donde hasta el momento es desconocida tanto a nivel estatal como a nivel federal.

Antes de elaborar cualquier plan de intervención y de prevención ante esta lacra, es necesario conocer en profundidad la magnitud actual de la realidad.

La justificación del presente estudio se sustentó en el conocimiento de que el problema es de índole mundial y afecta a miles de médicos en todas las latitudes, problemática de la que no escapa nuestro país, contando con múltiples comunicaciones internacionales que informan de promedios de hasta el 23% de víctimas de agresiones físicas y del 63% de violencia verbal.

Igualmente queda justificada la investigación y la intervención basándonos en la propia Legislación Mexicana que promueve la realización de acciones para controlar los riesgos presentes en un ambiente laboral (Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos (25) , especialmente en sus artículos 4 y 123; Convenio 155 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores (26), artículo 11; Ley Federal del Trabajo (27), artículo 3 y 473). Éstas y otras normas confirman la necesidad de otorgar una atención preferente a estos hechos por parte de la Administración y de la elaboración de protocolos de actuación jurídica, médica y psicológica ante las agresiones que incluyan el apoyo a la víctima y el indispensable asesoramiento médico-legal.

Aunque la mayoría de los estudios suelen citar la prevalencia para toda la plantilla de un centro o para todos los miembros de una profesión, el riesgo de sufrir incidentes violentos no parece ser uniforme para todos los profesionales sanitarios. Existen diferencias en virtud del puesto, de sus relaciones con los pacientes o en relación a su localización en el trabajo. Los promedios de un hospital, en realidad, tienden a enmascarar los altos niveles de agresiones que llegan a producirse en ciertos departamentos y hacia ciertos profesionales.

En el estudio realizado en diferentes centros españoles, la distribución de las agresiones parecía ir asociada con el tamaño y complejidad del centro, con ciertas áreas hospitalarias y, cada uno de los tipos de violencia con ciertas profesiones: mientras las agresiones físicas eran más comunes en médicos y enfermeros, y los insultos se distribuían aleatoriamente entre toda la plantilla, las amenazas mostraron un orden de frecuencia paralelo al orden jerárquico, como un comportamiento dirigido hacia quien ostenta el mando o autoridad, y por tanto, la responsabilidad en la toma de decisiones, como expresión de una violencia intencionada que podría ir dirigida a modificar el sentido de las mismas(10).

Los datos obtenidos en nuestro estudio para cada tipo de agresión corroboraron los porcentajes informados en el estudio realizado en España inferiores, no fue así en las agresiones no físicas. Otro aspecto coincidente fue el de que el personal de los servicios de urgencias mostró un riesgo elevado de sufrir los tres tipos de agresiones: agresiones físicas (OR 4.7), amenazas (OR 3.7) e insultos (OR 3.3); mientras que en nuestro estudio el personal médico de urgencias mostró un comportamiento similar: agresiones físicas (OR 2.9), amenazas (OR 2.3) e insultos (OR 2.4).

Algunos estudios han considerado los departamentos de urgencias y emergencias como los focos de agresión (28). Pero otras evidencias han puesto de manifiesto que muchos incidentes violentos se producen fuera del área de emergencias (15,16).

Sin embargo debemos ser cautos y tener en cuenta que en el estudio realizado en España se contemplaron múltiples centros de salud y a la totalidad de profesiones que trabajan en ellos, mientras que nuestro estudio se centró únicamente en médicos de un hospital.

Observando datos de diferentes países, se comprueba que el número de incidentes violentos va paralelo, paradójicamente, a su nivel de desarrollo económico y sanitario, encontrándose las mayores tasas en cuanto a episodios de agresión en países como Estados Unidos o Reino Unido. A la vista de los resultados de nuestro estudio, resulta claro que el fenómeno está presente y, no pareciera descabellado augurar que pueda ir en aumento en México. (2, 10,22).

Si bien las agresiones físicas fueron de especial interés resulta el conocimiento de ciertas áreas y de ciertos profesionales que sufren agresiones de una forma repetida. Coincidimos con Whittington(15) en el hecho de que es realmente más frecuente que el individuo que respondió haber sido víctima de una agresión, lo había sido más de una vez en el año precedente, lo que deja clara la necesidad de recoger de forma independiente los casos de múltiple victimización. La importancia de estas variaciones queda en evidencia si tomamos los datos por áreas y por profesiones, en ese caso queda en evidencia que algunos miembros de la plantilla staff experimentaron episodios repetidos de violencia, mientras que otros no habían sufrido ninguna agresión.

Los datos encontrados ayudan a localizar el problema e identificar los riesgos, pero es necesaria mayor investigación sobre variables asociadas con la victimización como la etiología de la agresión o la vulnerabilidad.

Que la vulnerabilidad a la agresión repetida sea o no función de las características del propio individuo, de su puesto específico de trabajo, del ambiente u organización del mismo, de otras variables, o de la interacción de todas ellas, es algo que necesita ser objeto de mayor investigación. En todo caso, el hecho de que el profesional sanitario tenga que regresar al mismo departamento, quizás incluso con el mismo paciente, tras el episodio violento puede ser un factor que favorezca agresiones posteriores.

La gravedad y la frecuencia de este tipo de incidentes, hace necesario trabajar en su intervención y en su prevención. Se han descrito secuelas psicológicas adversas tras la exposición a la violencia en el lugar de trabajo. Entre ellas está el estrés post-traumático (29), insomnio, depresión (30), burnout (31) y deterioro en la relación asistencial (31). La vulnerabilidad percibida a futuros episodios violentos puede llevar a la víctima a buscar salida en una baja por enfermedad o en un cambio en su puesto de trabajo (31).

Consideramos que sería de gran utilidad la implantación de un sistema de documentación y registro de las agresiones en los centros sanitarios siguiendo un modelo único, con información exhaustiva del incidente, de modo que facilite el análisis comparativo no sólo en nuestro territorio, sino entre países.

También es importante conocer que Bird (1990), tras estudiar y analizar 1 753 498 accidentes informados por 297 empresas encontró que, en relación a la proporción de los accidentes laborales, por cada accidente fatal o grave con consecuencia de muerte o de incapacidad permanente, se producen 10 accidentes de intensidad leve con lesiones que requieren de primeros auxilios o incapacidad temporal y otros 30 cuyo efecto no se percibe directamente como una lesión o daño al trabajador, pero que generan daños a la propiedad o a la producción y, además, unas 600 situaciones peligrosas no deseadas "incidentes" o "cuasi-accidentes"(32). Por otra parte, en relación a las causas de los accidentes y para prevenirlos, se debe tener claro que el origen de los mismos no se debe únicamente

a la interacción de las causas inmediatas (actos inseguros, condiciones peligrosas, etc.), sino también a otras causas básicas (factores del trabajo, falta de control de los mandos gerenciales o administrativos de una empresa, etc.).

De manera similar las agresiones que sufren los médicos en su medio laboral no son resultado únicamente de la interacción de actos inseguros (adoptar actitudes peligrosas, fallar al identificar a un paciente potencialmente violento, entre otros) y condiciones peligrosas que se presentan (tener contacto con el público y personas inestables en los entornos de los cuidados de salud, trabajar a altas horas de la noche o muy tempranas en la mañana, entre otras), sino que, junto a éstas, existen otras causas básicas (ausencia de equipo de protección colectiva, falta de personal de seguridad - física y psicológicamente apto para manejar una situación de violencia -, entre otras) y causas raíz (sobrecarga laboral, ausencia de programas de seguridad contra las agresiones, inexistencia de actividades dirigidas a la detección, evaluación y seguimiento de este tipo de hechos, etc.), que favorecen la presencia y persistencia de las agresiones hacia los médicos y son precisamente esas causas raíz y fallas de control de la dirección y gerencia de una organización las que deben ser identificadas para desarrollar intervenciones efectivas que permitan erradicar o controlar las agresiones.

Como confirmación, basta decir que en nuestra investigación se encontró que la principal causa o pretexto invocado de los pacientes para intentar justificar su conducta agresiva en contra de los médicos se debió a los largos tiempos de espera y el diferimiento prolongado de citas para acceder a una consulta, situación que evidentemente corresponde a una causa de tipo "raíz" y, por tanto, responsabilidad de la gerencia de la institución de salud.

Todo lo anterior es vital que sea entendido por los mandos directivos y administrativos de las instituciones de salud y que asuman la responsabilidad que les corresponde en la presencia y persistencia de este grave fenómeno, comprendiendo que precisamente se debe intervenir desde las causas raíz para controlar los daños potenciales a la salud de los trabajadores, dado que éstas son las que tienen mayor peso para la generación y persistencia de estos lamentables sucesos y sus consecuencias. Desafortunadamente pareciera ser que la gran mayoría de los responsables de las instituciones de salud no tienen en cuenta esta problemática y consideran que las agresiones y otros eventos trágicos se deben al azar o son culpa de los trabajadores implicados.

Finalmente, los datos de éste y otros estudios contrastan con el hecho de que un porcentaje mínimo de profesionales denuncien la agresión y que muy pocos de ellos se sientan apoyados por la dirección, o la administración, ante casos de agresiones y denuncias, observándose una correlación en sentido negativo: quienes han sufrido más agresiones se sienten menos apoyados ($r = -0,338$; $p < 0,001$), aspectos que invitan a realizar una profunda reflexión.

Reconocimientos

Un reconocimiento a todos aquellos trabajadores dedicados a la salud y especialmente a quienes han sido víctimas de agresiones durante su actividad asistencial o que incluso han llegado a fallecer como consecuencia de estos lamentables e imperdonables sucesos, como la Dra. Laura Angélica Ávila Aguilar; todos ellos nos inspiran día con día a intentar erradicar este riesgo ocupacional.

Referencias

1. Chappell D, Di Martino V. (2002) Violence at Work. 2nd edition, International Labour Office. Geneva.
2. Martínez-Jarreta B, Gascón S, Santed MA, Goicoechea J. (2007) Análisis medico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. *Med Clin (Barc)*; 128(8): 307-10
3. National Health Service (2002). Zero Tolerance Campaign. <http://www.nhs.uk/zerotolerance/intro.htm>.
4. Hesketh KL, Duncan SM, Estrabrooks CA (2003). Workplace violence in Alberta and British Columbia Hospitals. *Health Policy* 63:311-321.
5. Detis T, Duhart Ph D (2001) Violence in the workplace, 1993-99. Bureau of Justice Statistics. Special Report. 2001. U.S. Department of Justice.
6. Di Martino V. (2002) Workplace violence in the health sector - country case studies (Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, and an additional Australian study): synthesis report. Ginebra (SWZ): OIT/OMS/CIE/ISP.
7. Cantera ML, Cervantes G, Blanch JM. (2008) Violencia Ocupacional: El caso de los profesionales sanitarios. *Rev Papeles del Psicólogo*. 29(1):49-58.
8. Cervantes Ortega G. Violencia hacia el profesional de la salud: prevención, manejo y actuación post incidente. Creación de un registro de notificación por Internet en Cataluña. *MCSaludLaboralPublicaciones/McSaludLaboral/resources/9/violencia.pdf* [consultado 25/10/2010].
9. Wells J, Bowers L (2002) How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK. *J.Adv Nurs*. Aug; 39(3):230-40.
10. Gascón S, Martínez-Jarreta B, González Andrade JF, Santed MA, Casalod Y, (2009) Aggression towards Health Care Workers in Spain: A Multi-facility Study to Evaluate the Distribution of Growing Violence Among Professionals, Health Facilities and Departments. *Int J Occup Environ Health*. 15(1):29-35.
11. Whittington, R. y Wykes, T. (1994). Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. *British Journal of Clinical Psychology*;35, 11-20.
12. Atawneh, F.A., Zahid, M.A., Al-Sahalawi, K.S., Al-Farrah, M.H. (2003). Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects. *British Journal of Nursing*. Vol 12(2): 102-107
13. Bradley, V. (1992). Workplace abuse: unrecognized emergency department violence. *Journal of emergency nursing*, 18 (6).
14. Farrell, G.A. (1999). Aggression in clinical settings: Nurses' views - a follow-up study. *Journal of Advanced Nursing*. 29, 532-541.
15. Whittington R, Shuttleworth S, Hill L (1996) Violence to staff in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*;24: 326-333. 2008 ;(9):14-16. <http://www.mcmutual.com/contenidos/opencms/webpublica/Rueda>

MA.

16. Winstnaley S, Whittington R (2004) Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions. *Journal of Clinical Nursing*;13:3-10.

17. Anderson C, Parish M (2003) Report of workplace violence by hispanic nurses. *Journal of Transcultural Nursing*. Vol.(14), 237-243.

18. Harrison R. Violencia en el trabajo. In: Bowler RM, Cone JE. (2006). *Secretos de la medicina del trabajo*. Mac Graw Hill Interamericana; 2006. p. 353-357.

19. California Occupational Safety and Health Administration (Cal/OSHA, 1995). *Guidelines for Workplace Security*. San Francisco. State of California, Department of Industrial Relations, Division of Occupational Safety and Health.

20. Celis A, Armas J, Echeverría A, Muñoz de la Torre A. (1996). Homicidios durante el trabajo en Jalisco (1989-1991). *Rev Med IMSS*; 34(3): 221-228.

21. Ceja JR. Doctora muerta en su centro de salud. *El Occidental* (2008) Dic 28. [en línea] [http:// www.oem.com.mx/eloccidental/notas/n986178.htm](http://www.oem.com.mx/eloccidental/notas/n986178.htm) [consultado 10/12/2010].

22. Gascón S, Martínez-Jarreta B, López-Verdejo M.A, Diana I, López-Torres J, Castellano M. (2008) Respuestas desadaptativas al estrés derivadas de agresiones a profesionales sanitarios. *Rev. Sociedad Española de Medicina del Trabajo*; 3:103-105.

23. Worthington K, Franklin P. (2001) Workplace Violence: What to do if you're assaulted. *Am J Nurs*. Apr; 101(4):73.

24. El IMSS en cifras: Indicadores de Salud en el Trabajo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2004; 42 (1): 79-88.

25. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, página electrónica de la Cámara de Diputados, H. Congreso de la Unión, en [<http://www.diputados.gob.mx/>

[LeyesBiblio/pdf/1.pdf](#)] consultado el 07 de enero de 2012

26. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: OIT/CIE / OMS. Programa sobre la violencia laboral en el sector de la salud. <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/SEWViolenceguidelineSP.pdf> [consultado el 17/09/2010].

27. Ley Federal del Trabajo, página electrónica de la Cámara de Diputados, H. Congreso de la Unión, en [<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125.pdf>] consultado el 07 de Enero de 2012.

28. Cembrowicz SP, Shepherd JP (1992) Violence in the Accident and Emergency Department. *Med Sci Law*. Apr;32(2):118-22

29. Laposi, J.M., Alden, L.E., Fullerton, L.M. (2003). Work Stress and Posttraumatic Stress Disorder in ED Nurses/Personnel. *Journal of Emergency Nursing*; 29/1: 23-28.

30. Rippon, T. (2000). Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing*. 31, 452-460.

31. Gascon S, Leiter M, Santed M, Montero J, García-Campayo J. (2012). The role of aggression suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *Journal of Clinical Nursing* (aceptado para su publicación,

32. Bird F. Las causas y consecuencias de las pérdidas. En: Bird F, Germain G. (1990). *Liderazgo práctico en el control de pérdidas*. Instituto de Seguridad del Trabajo. Atlanta Highway Loganville, Georgia. p. 17-40.

Recibido: 24 de agosto de 2011

Aceptado: 30 de septiembre de 2011