



Violencia en unidades médicas en México en el período 2008-2018

Bautista-Santos Paul-Ramiro^a, Bautista-Reyes Ana-Lilia^a, Cruz-Ugalde Claudia-Itzel^b, Dávila-Gálvez Elvia^c, Estévez-Abascal Sergio-Bulmaro^d, Méndez-Durán Antonio^e

(a) Instituto Mexicano del Seguro Social. Médico especialista en Medicina de Urgencias. Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública. Ciudad de México, México

(b) Instituto Mexicano del Seguro Social. Médico especialista en Genética Médica. Médico en Ultrasonografía. Ciudad de México, México

(c) Instituto Mexicano del Seguro Social. Médico especialista en Medicina de Urgencias. Ciudad de México, México.

(d) Instituto Mexicano del Seguro Social. Médico especialista en Medicina de Urgencias. Doctor en Administración de Hospitales. Ciudad de México, México

(e) Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinador de programas médicos. Dirección de Prestaciones Médicas. Ciudad de México, México.

Recibido el: 27 de diciembre de 2019; aceptado el 26 de noviembre de 2020

PALABRAS CLAVE

Violencia.
Establecimientos de salud.
Vulnerabilidad.
Unidades de atención médica.
Personal sanitario.

Resumen:

Antecedentes: la violencia generada en México en la última década ha vulnerado la seguridad de pacientes y personal sanitario, afectando las actividades cotidianas de los establecimientos de salud. Los cuales, además de sus actividades ordinarias, deben brindar la atención médica a los pacientes afectados por este hecho, y garantizar su seguridad y de todos sus ocupantes.

Objetivo: identificar las causas de violencia que más vulneraron las unidades de atención médica en el país.

Metodología: estudio observacional y retrospectivo. Los datos se obtuvieron de los diarios impresos y digitales de mayor circulación en el país. Se incluyeron los que hicieron referencia a los actos de violencia que afectaron establecimientos de salud y que de forma directa o indirecta vulneraron la seguridad de pacientes, familiares y personal sanitario del 2008 al 2018.

Resultados: Se reportaron 93 actos violentos, el evento reportado más frecuentemente fue tirador activo (39%), seguido de robo a patrimonio institucional con lujo de violencia (21%), enfrentamientos entre grupos criminales en límites externos de las unidades (12%), amenaza de bomba (12%), concentración de personas condicionantes de violencia dentro de la unidad médica (10%) y amenazas al personal (6%).

Conclusiones: la violencia en unidades médicas ha incrementado de manera alarmante en los últimos años, lo cual vulnera la seguridad interior de las instalaciones de atención médica y pone de manifiesto la necesidad de estar preparados para enfrentar este tipo de eventos y mejorar la seguridad de los ocupantes.

© 2021 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Violence in health facilities in Mexico in the period 2008-2018

Abstract:

Background: the violence generated in Mexico in the last decade has violated the safety of patients and health personnel, affecting the daily activities of health facilities, which in addition to their ordinary activities must provide medical care to patients affected by this fact, and guarantee its safety and all its occupants.

Objective: identify the causes of violence that most violated the health care units in the country.

Methodology: observational and retrospective study, the data were obtained from the print and digital newspapers of greater circulation in the country. Those who referred to acts of violence that affected health facilities and that directly or indirectly violated the safety of patients, family members and health personnel were included; in the period from 2008 to 2018.

Results: 93 violent acts were reported, the most frequently reported event was active shooter (39%), followed by robbery of institutional assets with luxury of violence (21%), clashes between criminal groups in external limits of the units (12%), threat of bomb (12%), concentration of people conditioning violence within the medical unit (10%) and threats to personnel (6%).

Conclusions: violence in medical units has increased alarmingly in recent years, which violates the internal security of health care facilities and highlights the need to be prepared to face these types of events and improve the safety of occupants.

© 2021 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

KEYWORDS

Violence.
Health facilities.
Vulnerability.
Health care units.
Health personnel.

Introducción

La violencia humana representa un problema de salud pública grave a nivel mundial y se presenta de diferentes formas en los diferentes contextos (familiar, sociedad, laboral, conyugal). La frecuencia es diversa en cada serie, en cada país y en cada estrato social. La violencia ha incrementado de manera alarmante en los últimos años en México y ha vulnerado la seguridad al interior de las instalaciones de atención médica.

El crecimiento poblacional desorganizado no planificado y los factores sociales como la desigualdad, discriminación, falta de oportunidades para laborar, pobre nivel educacional, la pérdida de valores humanos, entre otros, son factores que contribuyen al incremento de la violencia^{1, 2}. Un estudio llevado a cabo por el Banco Interamericano de Desarrollo, demostró que los hogares latinoamericanos de ciudades con más de un millón de habitantes tienen 70% más probabilidad de sufrir violencia cuando se los compara con hogares situados en ciudades de 50.000 a 100.000 habitantes³. En México, el incremento de la violencia en los últimos años generada por organizaciones criminales y por la delincuencia común tiene

sus propias características, causas y circunstancias, mismas que, aparte de vulnerar la seguridad del personal sanitario, también han afectado a las actividades cotidianas de un establecimiento de salud, el cual debe brindar la atención médica a los pacientes afectados por este hecho, y garantizar su seguridad y la de todos sus ocupantes.

Específicamente, en los establecimientos de salud algunas referencias mencionan que uno de cada cuatro o uno de cada diez trabajadores ha sido víctima de algún tipo de violencia, lo que trae consecuencias físicas, psicológicas y económicas para la empresa⁴. El tema en mención es de naturaleza delicada y al momento actual no hay un análisis de esta índole reportado en la literatura que permita, en base a los resultados, implementar estrategias de mejora de la seguridad al interior de las unidades médicas, valorar la necesidad de elaborar convenios y planes de trabajo interinstitucionales e intersectoriales para salvaguardar la seguridad y vida de usuarios y trabajadores.

Los sucesos violentos tienen múltiples causas, probablemente en la atención médica el factor mayor desencadenante sea la desinformación.

Tabla I
Factores de riesgo que pueden desencadenar un acto violento en unidades medicas

Atención de paciente lesionado en enfrentamiento por grupos armados o riña familiar que ingresa a urgencias.
Atención de paciente custodiado por personal de seguridad pública o grupo armado
Ingreso de familiares al hospital sin registro a su ingreso, afectadas por actos violentos, y sin presentar identificación oficial.
Dos o más familiares dentro de las instalaciones del hospital, área o servicio.
Dos o más familiares o responsables del paciente, alcoholizados o bajo efectos de tóxicos en el servicio de urgencias o dentro de las inmediaciones de la unidad.
Personal sanitario propio de la unidad que ingresa sin identificación oficial.
Presencia sin autorización de personas ajenas a la unidad.
Por parte del personal de seguridad, falta de apego a protocolos.
Acceso a la unidad por las mismas vías de acceso para familiares y trabajadores.
Paciente o familiares con antecedente de trastorno psiquiátrico.
Paciente o familiares agresivos.
Paciente con tiempo de espera prolongado en urgencias.
Personal sanitario con actitud inadecuada ante el paciente o familiar.
Falta de camas disponibles en urgencias, insumos o medicamentos.

Definiciones

Violencia: según la forma de manifestar violencia, se clasifica en violencia psicológica y violencia física. La violencia física es “el empleo de la fuerza física contra una persona o grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos, incluyendo las palizas, patadas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos”; y la violencia psicológica es “el uso deliberado del poder o amenazas al recurso de la fuerza física, contra una persona o grupo, que pueden dañar su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social, y comprende el abuso verbal, la intimidación, el atropello, el acoso y las amenazas”⁵.

Material y métodos

Estudio observacional y retrospectivo, realizado en México en el período de 2008 a 2018. La fuente de los datos fueron medios de comunicación masiva impresos y digitales, los de mayor circulación nacional, en donde se describen actos de violencia que afectaron los establecimientos de salud y que, de forma directa o indirecta, vulneraron la seguridad de los pacientes, familiares, personal sanitario y de las instalaciones.

Se contabilizó el número total de eventos, se identifican los sucesos por tipo, localización del área hospitalaria afectada, se cuantifican los casos en cada Institución de Salud y por cada estado de la República.

Estudio sin riesgo para los investigados e investigadores, los datos de los pacientes y de los sucesos se

mantienen bajo anonimato, y tampoco se expone información de pacientes, familiares o terceros involucrados.

Resultados

Se encontraron 93 actos violentos que involucraron unidades médicas (algunos se perpetraron dentro de las instalaciones y otros en la periferia) que por su gravedad impactaron de forma negativa a las unidades.

En los tipos de violencia según el fenómeno perturbador: para el caso de tirador activo (39%), la consecuencia fue asesinato de paciente perteneciente al grupo delictivo, amenaza a personal sanitario y crisis emocional de personal sanitario, familiares y pacientes; en un caso hubo daño colateral y lesionaron al personal que resguardaba al paciente. En robo con violencia (21%) hubo agresión a personal sanitario, robo de medicamentos y robo a cajero automático. El 12% representó los “enfrentamientos entre grupos criminales” en los límites externos de las unidades médicas. Ante la amenaza de bomba (12%), se evacuó a los pacientes, familiares y personal sanitario con discreción, y se solicitó apoyo de personal de seguridad pública especializada. En ningún caso se encontró artefacto explosivo y se catalogaron como falsas alarmas. Se suspendieron las actividades cuatro horas y, posteriormente, se regresó a la normalidad. La concentración de personas (10%) fue debida a diferentes hechos entre los que destacaron: riña entre grupos criminales y situaciones adversas por inconformidades en la atención médica. En ellas hubo agresión física y verbal al personal sanitario,

crisis emocional de los pacientes y familiares, además de daño a infraestructura. Las amenazas al personal estuvieron dadas por inconformidad al no surtimiento de

medicamentos (6%), lo cual constituyó agresión verbal al personal de farmacia e, inclusive, amenazas de muerte. Figura 1.

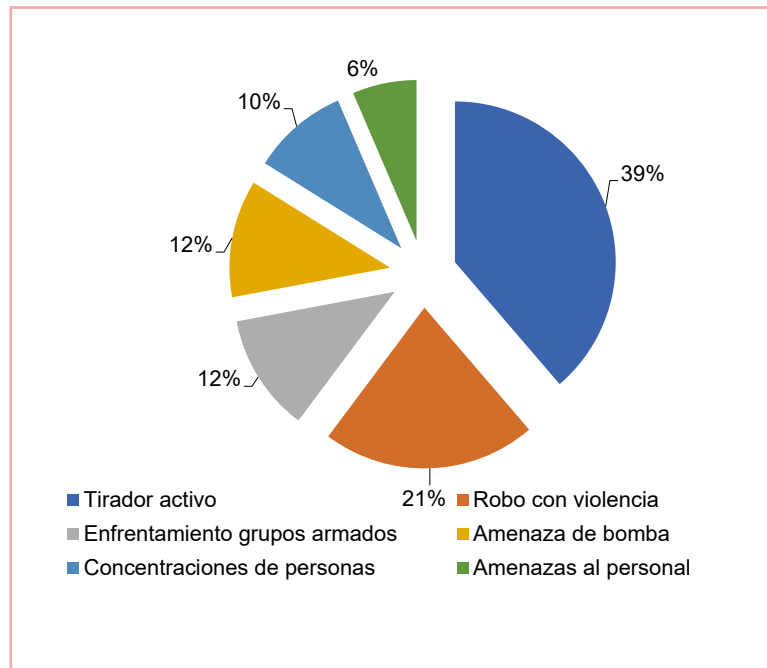


Figura 1. Distribución de actos de violencia humana, por tipo de caso.

De los incidentes de violencia humana, entre las áreas o servicios médicos que más fueron afectados se encuentra: hospitalización (22 casos), servicio de urgencias con (18 casos), áreas administrativas (14 casos), límites externos o afuera del hospital (11 casos

de violencia), farmacia (seis casos), consulta externa (cuatro), sala de espera (dos) y en áreas de quirófano, sala de recuperación, rehabilitación física, unidad de cuidados intensivos y estacionamiento, se presentó un caso por cada área. Figura 2.

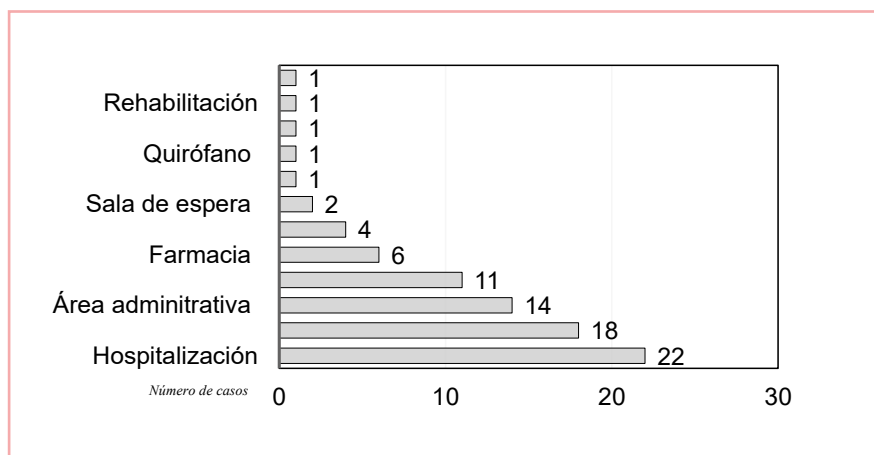


Figura 2. Distribución de actos de violencia humana, por tipo de caso.

La Secretaría de Salud fue la institución mayormente afectada, seguida por el Instituto Mexicano del Seguro Social, hospitales privados, el Instituto de

Servicios Sociales y de Salud para los Trabajadores del Estado, y las unidades médicas de Petróleos Mexicanos. Figura 3.

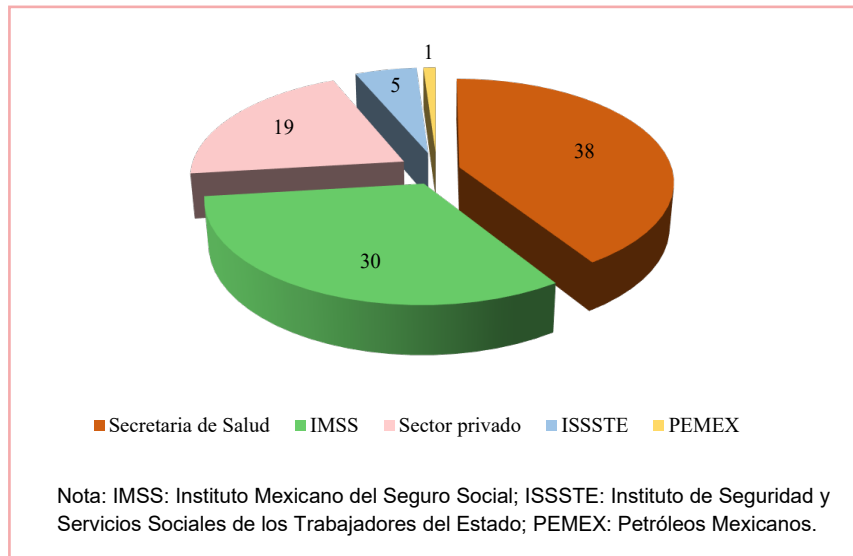


Figura 3. Número de casos por Institución de Salud.

Desde el punto de vista territorial, los estados más afectados por violencia, secundarios a acción de grupos criminales en México, fueron: Guerrero, Guanajuato, Michoacán, Morelos, Nuevo León y Tamaulipas. Sin em-

bargo y a pesar de esto, los establecimientos de salud más afectados por violencia fueron: los ubicados en la Ciudad de México, seguidos por Guanajuato y Sinaloa. Figura 4.

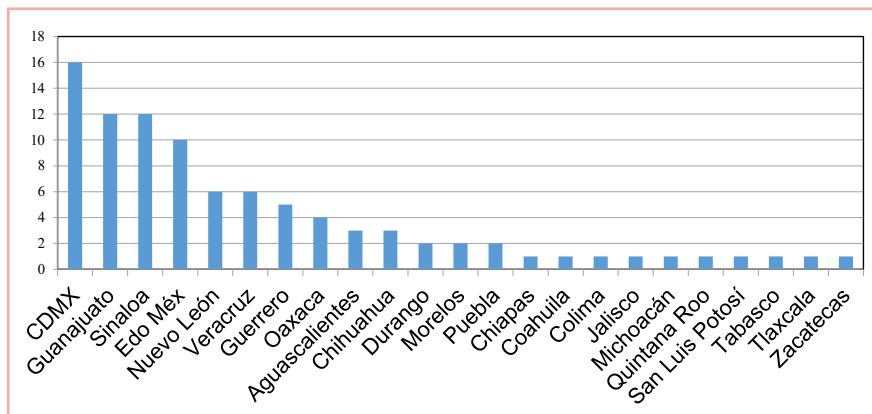


Figura 4. Número de casos por estado de la República Mexicana.

El número de casos de violencia experimentó un incremento progresivo a lo largo de los últimos años,

de tres casos en 2008 ascendió hasta los 35 en 2019 (91.4%). Figura 5.

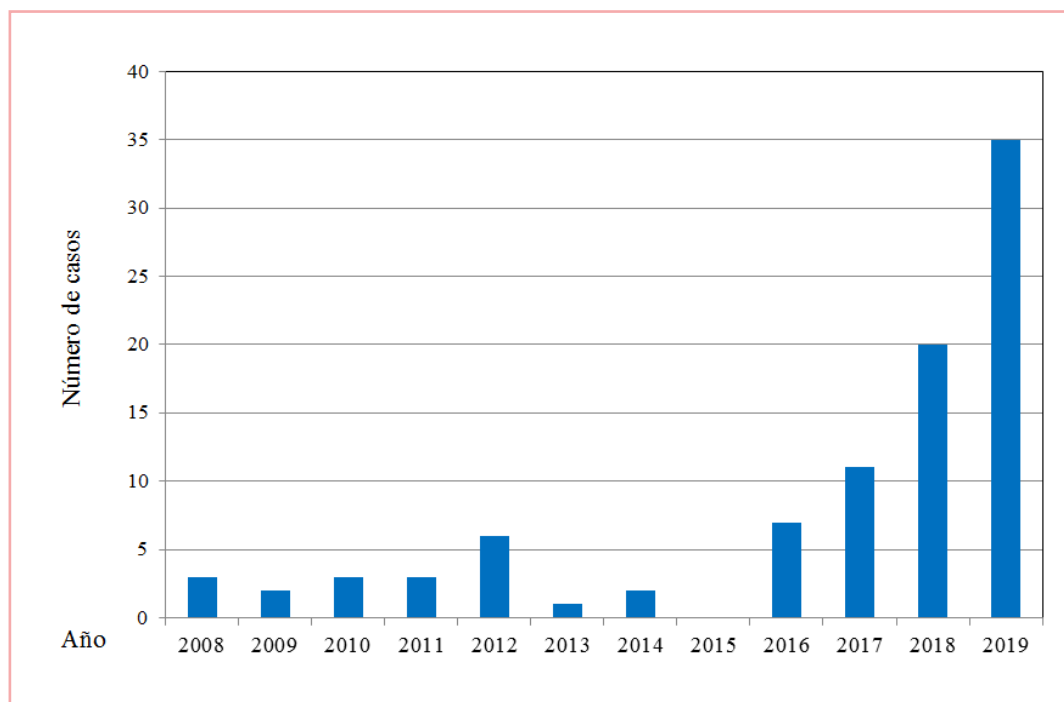


Figura 5. Eventos violentos por año.

Discusión

De manera similar a lo que ocurre en varios países de América Latina y del Caribe, México sufre el deterioro de la vida social, la pérdida de la convivencia armónica y pacífica de las familias en los hogares, trabajos y vía pública. En este contexto, la seguridad del personal sanitario ha sido vulnerada por actos violentos, aún dentro de los mismos hospitales, los cuales a lo largo de la historia habían sido considerados como áreas neutras en cualquier guerra o discordancia política. De hecho, siempre se habían caracterizado por otorgar seguridad a toda aquella persona que laboraba o estaba siendo atendida en un establecimiento de salud.

Sin embargo, el personal sanitario y sus pacientes se han visto agredidos por organizaciones criminales dentro de las unidades de salud^{6,7}. Los actos de agresión al personal sanitario se han dado inclusive sin que la atención médica otorgada sea a personas involucradas en riñas o delincuencia organizada. Han ocurrido incidentes de violencia contra personal de urgencias cuando los familiares reciben información médica de un desenlace fatal de su paciente y, sobre todo, cuando por alguna razón hay gran cantidad de familiares en sala de espera, los cuales generan caos e incluso daño al patrimonio institucional^{8,9}.

Ante estos escenarios, las unidades médicas deberían implementar medidas específicas para impedir que ocurra este tipo de eventos, o por lo menos para disminuir su frecuencia, y que pudieran ser prevenidos y tratados con la mejor resolución para contribuir a la mejor atención al resto de la población usuaria y en un ambiente seguro^{10,11}.

Se han descrito estrategias de mitigación ante actos violentos para disminuir la vulnerabilidad de los esta-

blecimientos de salud ante fenómenos antropogénicos. Por ejemplo, “tirador activo” o “código plata”.

Otro escenario expuesto en este trabajo fue “robo con violencia”, el cual evidentemente deberá contar con atención específica y apegado a la realidad de cada unidad afectada e incluir convenios intersectoriales para recibir atención con prioridad ante el hecho violento, sea de cualquier índole.

Para casos de enfrentamientos y la concentración de personas, considerando eventos externos a la unidad, las medidas a implementar para disminuir la vulnerabilidad del inmueble son más subjetivas, en el entendido de que estos actos rebasan el control de la unidad médica y sus ocupantes. La actuación de la unidad de atención médica debe ser previsoras y estar alistada para recibir víctimas en masa, otorgar atención derivada de enfrentamientos o familiares involucrados y, además, implementar en paralelo el protocolo para protección de la unidad y sus ocupantes. Para lo cual, las autoridades en turno deberán estar capacitadas^{12,13,14}.

En la actualidad, existen metodologías que permiten planear e incidir ante eventos específicos. Una de ellas se describe en el *Marco de respuesta multi amenaza para el sector de la salud*, de la Organización Panamericana de la Salud, el cual expone la necesidad de un proceso colaborativo con las autoridades del sector de salud nacional para la planificación y ejecución de la respuesta ante diversos escenarios de emergencias. También hace énfasis en que estos procesos deben someterse a revisiones periódicas, adecuaciones y ejercicios de simulación o simulacros^{15,16}.

En esta investigación, la violencia física y psicológica estuvo representada desafortunadamente por la de tipo físico. Consideramos que un factor relevante desentra-

denante es el incremento del crimen organizado que afecta a entidades que previamente no caracterizaban violencia. Es posible que exista subregistro de la información, el cual puede obedecer al temor de denuncia ante potenciales represalias¹⁷. La violencia en México es un problema social multifactorial. El gobierno de este país realiza diferentes estrategias para resolverlo. En el sector sanitario se implementa el Programa Hospital Seguro en los programas de Gestión de Riesgo sanitario y de calidad en salud. De ahí que las estrategias del gobierno actual se enfoquen en mejorar las condiciones económicas y educativas de los grupos sociales vulnerables, principalmente dirigidas a los jóvenes, y no solo dirigidas a cambiar las estrategias de seguridad del país, para lo cual las diferentes instancias de seguridad pública deberá participar de manera activa y coordinada con las Instituciones de salud.

Conclusión

Esta información debe considerarse con reserva. Representa un punto de partida adecuado para exhortar a la comunidad médica y no médica a tomar este tipo de eventos con la seriedad y la cautela requerida, por el peligro que representa para la vida de usuarios, familiares y personal de salud, e incluso por la agresión que representa el patrimonio institucional al servicio de los usuarios. Es necesario elaborar lineamientos que guíen los procesos necesarios para enfrentar los sucesos violentos que, desafortunadamente, cada día se hacen más frecuentes, con base a necesidades reales de cada instancia en un ambiente de trabajo interinstitucional e intersectorial seguro.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Bibliografía

- Butchart A, Mikton C, Dahlberg LL and Krug EG. Global status report on violence prevention 2014. *Inj Prev* 2015; 21(3): 213. Doi: 10.1136/injury-prev-2015-041640
- Martínez León M, Irurtia Muñiz MJ, Martínez León C, Crespo Sierra MT, Queipo Burón D. Estudio de las agresiones a los profesionales sanitarios. *Revista de la Escuela de Medicina Legal* 2011;17:4-11.
- Schwartz F, Bjorklund P. Quality Improvement Project to Manage Workplace Violence in Hospitals: Lessons Learned. *J Nurs Care Qual* 2019;34(2):114-120. DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000358
- Fuerte MP. Geografía de la violencia en México, Un acercamiento a la reconfiguración territorial de la violencia generada por el crimen organizado. Cuadernos de trabajo del monitor del programa de política de drogas. 2016. Disponible en: http://www.politicadedrogas.org/PPD/documentos/20161106_164436_15_geografi%CC%81aviolenciafinal_281016.pdf
- Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo OIT. Consejo Internacional de Enfermeras CIE. Organización Mundial de la Salud OMS. Internacional de Servicios Públicos ISP. Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud. 2002.
- Pane GA, Winiarski AM, Salness KA. Aggression directed toward emergency department staff at a university teaching hospital. *Ann Emerg Med* 1991; 20(3):283-6. DOI: 10.1016/s0196-0644(05)80941-2
- Anglin D, Kyriacou D, Hutson H. Residents' perspectives on violence and personal safety in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1994;23(5):1082-1084. DOI: 10.1016/s0196-0644(94)70108-3
- buAIRub R, Khawaldeh AA. Workplace physical violence among hospital nurses and physicians in underserved areas in Jordan. *J Clin Nurs* 2014;23(13-14):1937-19447. DOI: 10.1111/jocn.12473
- Gates DM, Ross CS and McQueen L. Violence: Recognition, Management and Prevention. *Journal of Emergency Medicine* 2006; 31(3): 331-337. DOI: 10.1016/j.jemermed.2005.12.028
- Quine L. Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey. *BMJ* 1999; 318(7178): 228-232. DOI: 10.1136/bmj.318.7178.228
- Wolf LA, Delao AM, Perhats C. Nothing changes, nobody cares: understanding the experience of emergency nurses physically or verbally assaulted while providing care. *J Emerg Nurs* 2014;40(4):305-10. DOI: 10.1016/j.jen.2013.11.006
- Guidelines for preventing workplace violence for health care & social service workers [Internet] Washington, DC: United States Department of Labor, Occupational Safety & Health Administration. 2004.
- Binmadi NO, Alblowi JA. Prevalence and policy of occupational violence against oral healthcare workers: systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health* 2019;19(1):279. DOI: 10.1186/s12903-019-0974-3
- Nikathil S, Olaussen A, Gocentas RA, Symons E, Mitra B. Review article: Workplace violence in the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *Emerg Med Australas* 2017; 29(3):265-275. DOI: 10.1111/1742-6723.12761
- Stene J, Larson E, Levy M, Dohlman M4. Workplace Violence in the Emergency Department: Giving Staff the Tools and Support to Report. *Perm J* 2015;19(2):e113-e117. DOI: 10.7812/TPP/14-187
- Galián Muñoz I, Llor Esteban E, Ruiz Hernández JA. User violence towards nursing staff in public hospitals: Murcia, Spain. *Rev Esp Salud Pública* 2012;86(3): 279-291. DOI: 10.1590/S1135-57272012000300007
- Virgilí Jiménez D, Ferrer Marrero D, Leal Rivero Y. La violencia en salud, como problema médico legal y ético. *Rev Haban Cienc Méd* 2012;12(2)286-293.