

3. Generalidades sobre la violencia en el trabajo. Una reflexión sobre el posicionamiento y sus connotaciones éticas en el sector del trabajador de la salud

Rosana Llácer Verdú

Delegada de Prevención.
Coordinadora de Salud Laboral del STSPV-IV

1. Generalidades sobre la violencia en el trabajo. Una reflexión sobre el posicionamiento y sus connotaciones éticas en el sector del trabajador de la salud

Tal y como finalizara su trabajo Diana Scialpi¹, autora que será mencionada varias veces a lo largo de esta exposición, diríamos que comenzamos nosotros. Estas son sus palabras finales con respecto a su estudio sobre la violencia en el trabajo, especialmente la del trabajo en el sector público en general, llevado a cabo en Argentina:

«Frente la autoritarismo que engendra improductividad y frente a la violencia laboral institucional² que emplaza la corrupción... El *desafío actual consiste en renunciar al silencio cómplice, en abandonar la costumbre de delegar la propia responsabilidad con dispensas y en construir ciudadanía activa* en forma perseverante y sostenida... Y cuando nosotros, los ciudadanos, miramos para otro lado y evitamos poner el límite, cuando renunciamos a actuar con firmeza y valentía, cuando dejamos de denunciar la conducta violenta ilegal, y aun a veces legal, *indefectiblemente normalizamos la violencia, transformando en normal lo que sin duda no lo es*. Si normalizamos la violencia, dejamos de reclamar justicia por los canales institucionales previstos, sean administrativos o judiciales. Y cuando dejamos de usar los canales institucionales previstos, éstos caen en desuso y dejan de protegernos. Así nosotros... degradamos cada día nuestra ciudadanía, nuestras instituciones y contribuimos a degradar nuestra democracia».

«Si integrar el aspecto social y político engendra demasiadas contradicciones con los perfiles hegemónicos y orgánicos del modelo médico, introducir estos aspectos críticamente, tiende a evidenciar las contradicciones del modelo, su función deshistorizadora y destruir buena parte de la retórica positivista que disimula los componentes simbólicos y rituales de los que se vale para asegurar su hegemonía»³.

No comenzamos casualmente, al analizar el tema de «la violencia en el trabajo en el sector de la salud», teniendo en cuenta el contexto social y político y la naturaleza de la Hegemonía del sistema Médico Occidental y todas las estructuras de poder que le rodean, esto se debe principalmente a que:

1. En este contexto se han gestado varios tipos de conducta, algunas de las cuales son potencialmente generadoras de violencia (tal y como se explicará más adelante) una violencia que en gran parte ha sido asumida, justificada y normalizada por el conjunto de la sociedad en general y por los trabajadores en particular, cuestión que sigue vigente, y lo que es más, en alarmante incremento en nuestros días *por el contexto social y por los «nuevos modos de gestión»* en lo que a una gran parte de los trabajadores del sector de la salud respecta.

2. *Muchas cuestiones éticas se plantearán en esta exposición, y muchas de ellas en contra de los intereses económicos neoliberales o de prestigio y éxito personal de ciertos intermediarios y gestores públicos o privados, intereses fundamentados en sustanciosos beneficios económicos de inmediato disfrute basados en la descapitalización del sistema público mediante la evasión e insostenible ganancia privada de capital que no se reinvierte y que conforman el pastel que constituye en manos de las empresas privadas el sustancioso beneficio de la gestión neoliberal de estos servicios públicos, y especialmente aquello que acontece a algo tan básico, manipulable y costoso como el derecho a la salud y la curación de la enfermedad.*

Por tanto, nuestra actitud debe estar enfocada *en pro de la defensa de los trabajadores y de los usuarios del Sistema Público de Salud como medio de erradicación de la conducta violenta en general, paso necesario para la consecución de la Paz Social y como bien dice Diana Scialpi⁴ refiriéndose al problema de la violencia como un problema de salud pública:*

«Este tipo de problemas deben abordarse desde la perspectiva de la sociedad. Ello exige diseñar políticas que tomen en cuenta los factores que determinan la salud en este nivel y que reconozcan el carácter esencialmente político y social de los problemas de salud de las colectividades. Las condiciones económicas y sociales ejercen un efecto importante sobre la salud y la enfermedad y tal relación debe someterse a investigación científica».

Una vez dicho esto, recordar escuetamente algunos puntos porque ello mismo nos permite una mejor comprensión de la severa problemática de la violencia no tan reciente:

-Ya en el s. XVII, esencialmente como respuesta al bárbaro colonialismo ejercido por nuestro Occidente (actual CC.EE) «siempre próspero» y a los abusos humanos en general, surgió *el Humanismo en la Ilustración* y con él

se retomaron y engendraron los conceptos básicos y actuales sobre *la condición y los derechos humanos, sobre la ética, sobre la discriminación y el comportamiento racista...* (aconsejaría a aquel que crea en la existencia de la evolución social que reflexione un momento y que en el mejor de los casos se lo vuelva a pensar). Por tanto, a pesar de la Ilustración y de todas las mejoras que en cuanto a las ciencias, los derechos humanos, la ética, y de los avances en la tecnología y los conocimientos, y seguramente como consecuencia del poder que otorga el positivismo cientifista del s. XIX y del XX (que sigue aún bien presente en nuestra cultura actual), de la creencia en la ley universal y en definitiva de aplicar la teoría biológica de la evolución darwinista a la sociología occidental y mundial (craso error) no hemos avanzado mucho hasta ni desde entonces. *Los valores capitalistas y ultraliberales se asociaron ya entonces a estas etapas sociales desarrollistas y evolucionistas orientadas hacia la ejecución del poder de un mundo superior hegemónico y eminentemente occidental*, y parece ser que no hemos aprendido. Biológicamente la ciencia demuestra que seguimos siendo «los más evolucionados» pero cultural y socialmente hemos pasado siglos y siglos eliminando culturas ancestrales muy superiores a lo que es nuestro tan apreciado «eslabón perdido» y seguramente a gran parte de nosotros mismos en nuestra cosmogonía y sentido de la vida actual.

-la violencia en el trabajo no es un hecho ni mucho menos nuevo ni tampoco aislado, ya que ha existido de muy variadas formas a lo largo del desarrollo de la historia nuestra, la occidental, o en el pasado de otras muchas culturas, consistiendo fundamentalmente una *violencia de tipo físico y/o sexual*. Básicamente esto se conseguía mediante *la amenaza, el maltrato físico o principalmente sexual en las mujeres, sea por la vía de la superioridad jerárquica, de hombre frente a mujer, o por las propias estructuras organizativas del trabajo*.

-Estaba y está la violencia y sus manifestaciones (aceptación de las relaciones de superioridad), insolentemente presente en la aparición del propio concepto de trabajo como actividad remunerada, la Revolución Industrial, la aparición de la economía capitalista y de las relaciones de producción, todas cuestiones que *motivaron sustancialmente la aparición de los movimientos obreros y sindicalistas y revoluciones sociales originadas de actuales derechos vulnerados por ser fundamentados en modelos económico-políticos de vida u organización social basados en la idea de igualdad, Derechos humanos y Estado de Bienestar Social*.

-No perdamos de vista que somos Occidente, aquel que igual que ha forjado corrientes filosóficas e ideológicas tan valiosas como el humanismo y la ética, que se ha preocupado por los valores, la condición humana, los movimientos sociales contra la injusticia, que *igual que ha llevado a cabo actividades extremadamente altruistas y defensoras e los derechos o en contra de la injusticia....ha explotado y explota sin miramientos a millones de personas, ha destruido cosmogonías milenarias y de equilibrio ecológico perfecto en nombre de la religión y de la justicia o del progreso*, y así seguimos a pesar de todo en un perpe-

tuo error que también condiciona el que hoy en día constituye uno de los pilares de la problemática social que vivimos, cuestión de ética protestante y valores capitalistas⁵, cuestión de etnocentrismo (ser el ombligo del mundo).

-Sin embargo la realidad actual refleja un hecho contradictorio y alarmante: esto es que considerando que la violencia más evidente siempre ha sido la física y/o la sexual y a pesar de nuestro hegemónico «desarrollo cultural» resulta que, actualmente, es la «violencia psicológica» o la «agresión moral» la que ha pasado a ser protagonista principal en algunos sectores laborales como el de la salud, a pesar de haber sido siempre mucho más desapercibida.

Desde mi punto de vista particular creo que es importante tener en cuenta estas y otras variadas cuestiones –tal vez desapercibidas e impensables por ser normalizadas culturalmente– porque nos posibilitan comprender el momento actual ya que, independientemente de las variadas por interesadas interpretaciones de la Historia, somos producto de nuestro pasado, y todo ello en vistas a poder *actuar de un modo objetivo en defensa de valores básicos tales como la igualdad, dignidad, derechos humanos, necesidades básicas...*

Realmente luchamos por el cambio en un mundo al que llevamos mucho tiempo gestando, en cierto modo interiorizado, y al que económica y en consecuencia políticamente, le interesa la desigualdad social, lo que no nos debe parecer paradójico aunque sí inhumano. Creo que muchas puertas se abren a la violencia cuando se ignora la realidad o se acepta sumisamente el hecho de la discriminación.

Por tanto, lo que se propone desde esta perspectiva tremendamente conciliadora, es que abordemos este tema desde la defensa de los Derechos Humanos Universales, la ética, el estado democrático y de derecho y el acceso en igualdad a los servicios públicos y del derecho al desarrollo digno del trabajo sin ningún tipo de coacción o violencia, para que así sea contemplado como fuente de desarrollo personal⁶.

Por tanto, para abordar adecuadamente este problema de la violencia en el lugar de trabajo es muy importante comprender la relevancia que concede *el que la violencia en el trabajo siempre afecta a la dignidad de la persona que la padece*, y es esta una cuestión delicada y tremendamente peliaguda, severa y complicadamente importante (como en muchos de los conflictos laborales e interpersonales) por ser una *cuestión de ética ya que la dignidad ni se compra ni se vende, simplemente no tiene precio*.

Es evidente, y no hay más que echar un vistazo a lo diariamente descrito en los medios de comunicación, para percibir que vivimos en un sistema eminentemente económico en el que, muy al contrario a sus discursos de Derechos Humanos, de las minorías, de las mujeres, de los niños, de los discapacitados, de los inmigrantes... fomenta la desigualdad, discriminación, las relaciones despóticas y se consienten cada día más actitudes engendradoras de violencia y, en definitiva de marginación y desigualdad social.

En numerosos ámbitos laborales actuales de la salud, *además de los co-*

nocidos tipos de violencia, se evidencian conductas cada día más generalizadas y fundamentadas básicamente en la estructuras de poder y de la propia organización del trabajo:

-la imposición de algo indebido basada en argumentos tales como «es que las cosas son así» o el «aquí mando yo y se hace lo que yo digo»;

-la sumisión condicionada porque «esto es lo que hay, si no lo quieres lo dejas; como tú tengo miles en el paro»;

-la demagogia mediante la manipulación de la información porque «este recorte en gastos (desvío de dinero público) se hace por nuestro bien y el de los usuarios»;

-el fomento de la precariedad laboral favoreciendo la contratación imparcial (desaparecen las bolsas oficiales de trabajo, las contrataciones inferiores a un mes se hacen «a dedo»), clientelista y temporal con el «ya tienes suerte de que tienes un trabajo y encima te quejas»;

Todas ellas son situaciones reales en nuestro «mercado laboral» actual, lo que aporta al trabajador una consecuente *carga de inseguridad y de nefasta posibilidad de desarrollo personal*, que, por si no es poco, va acompañada de:

-la violación repetitiva por parte de las gerencias y sus intermediarios de algunos derechos laborales establecidos por ellos mismos para los trabajadores (turnos ilegales, trabajar más sábados de los estipulados, retirar o no conceder la exención de guardias por motivo de edad...);

-situaciones de hacinamiento y laborales diarias inhumanas inundadas de excesiva responsabilidad y de usuarios o «clientes» insatisfechos y poco comprometidos con la realidad social;

-agresiones físicas o denuncias de estos usuarios (y familiares con todo su contexto) generalmente defraudados y/o desconocedores y nada reivindicativos de sus derechos pero excesivamente demandantes de servicios con los trabajadores;

-la utilización reiterada por parte de las gerencias, u otros superiores, de la amenaza verbal, del acoso moral y de actitudes extremadamente autoritarias o aumento de la presión laboral sin poner ningún medio (trabajadores volantes, no conceder los días de libre disposición en la fecha solicitada, entrar en el quirófano después de una guardia,...);

-asumir repetitivamente responsabilidades desmedidas como cargas extra de trabajo o propias de sus superiores o de otras categorías, por falta (reestructuración) de personal.

Si es dificultoso el abordaje de la violencia en el trabajo, además de por tener que entrar en conflicto con poderosas y verticales organizaciones del y en el trabajo, se debe en gran parte a que *debemos abogar por la defensa de principios que parece van en la contra de la impuesta mentalidad económica que impera en casi todos los aspectos de la vida social de nuestros días por lo que la percepción del problema es complicada y no siempre asumida.*

La seguridad y ventaja que debe conferir esta perspectiva es que además

de evitar la violencia laboral, defendemos el Estado de Bienestar, lo que nos llena de razón, dignifica y beneficia a la gran mayoría independientemente de su condición social.

Sabemos que es difícil que esta cuestión de dignidad deba conferirle una importancia capital en nuestro cínico siglo XXI, en el que continuamente vemos ignorar y avasallar los derechos básicos de millones de personas. Pero ello no debe confundirnos, pues somos conscientes de que *la violencia en el trabajo es:*

-Una cara más de *la violenta realidad social*.

-Es una *práctica que fulmina la integridad del ser holístico bio-psico-social que es el propio trabajador incluido en el contexto social y cultural al que pertenece, con lo cual también se enferma a la sociedad y se destrozan los particularismos culturales y todo lo que ello conlleva en cuanto a la pérdida de identidad del grupo.*

-Que también *vulnera, perjudica y debilita su percepción o «autoconcepto» así como su rol en la red de relaciones que constituye la sociedad ocasionando como consecuencia una disminución del nivel de autoestima e incluso de severas e interesadas deficiencias en su identidad individual.*

Por tanto, en un tema tan comprometido, importante y delicado como es el de valorar e intervenir ante la violencia en el lugar del trabajo es necesario adquirir una postura coherente y evitar toda connotación en lo que respecta a las asignaciones automáticas de posturas o etiquetas políticas por asumir posicionamientos éticos que implican la exigencia de valores encaminados a conseguir que nuestras acciones vayan a favor de la igualdad, el estado de Derecho, la ausencia de violencia y el respeto porque:

-Ante todo *por respeto al humano en general y al trabajador en particular que refiere y sufre la violencia* porque nosotros como sindicato y agentes sociales, debemos creer que la padece ya que *nadie mejor que nosotros sabe que tal tipo de violencia existe* y, además, está de moda por su rentabilidad, impunidad y en todo caso, eficacia.

-*Los comportamientos que conllevan violencia* (violencia que no sea física o fácilmente demostrable) *son un riesgo fácilmente asimilable por las gerencias ante una gran bolsa de trabajo y mano de obra barata y ante las leyes del mercado laboral, sumisa e interesadamente precarias que se caracterizan por trabajadores que presentan pocas denuncias por abusos laborales.*

-La violencia laboral, por tanto, *afecta a millones de personas*, siendo una importante *fuerza de discriminación, desigualdad, estigmatización y conflicto en el trabajo además de ocasionar severas repercusiones que condicionan la vida personal de los trabajadores* que las sufren constituyéndose así en un problema capital en relación con aquello defendido ya por los Ilustrados humanistas en el s. XVII de los que hemos aprendido nuestros vanagloriosos e incumplidos Derechos humanos y código ético y sin jamás conseguirla, haber roto la paz social.

2. La violencia en el trabajador de la salud. La tendencia a acortar diferencias laborales entre «sanidad de titularidad pública» y la «industria de la salud privada»

En otras sesiones de estas jornadas ya se ha explicado de manera minuciosa e implacable la violencia en el lugar de trabajo y sus múltiples variedades través de sus diversas expresiones: comúnmente acoso psicológico, agresión física, o acoso sexual. Pues con esto, y con todo lo dicho en esta exposición, se evidencia que *la propia violencia generalizada en una sociedad que, probado está, acepta la imposición de cierto grado de desamparo, competitividad y violencia laboral en general, repercute en este caso:*

-En el concepto mismo de lo que se entiende como derechos laborales de los trabajadores del sector de la salud (y públicos en general) al compararlos con otros sectores privados y el reconocimiento de cierto nivel de violencia en su actividad laboral diaria como normal.

-En el derecho a una atención de calidad y en igualdad en el Servicio Público de Salud así como también repercute en la forma en que se produce el deterioro en la calidad asistencial, vulnerándose de una cómoda forma los derechos básicos que les son propios tanto a los usuarios como a los trabajadores.

Además, el propio uso de la violencia, del autoritarismo y la normalización de condiciones laborales precarias *son varios factores que van en contra del mismo sistema de forma que determinan de forma intencionada y directa el incremento exponencial en los costos de funcionamiento de estas infraestructuras públicas* (bajas por depresión, stress, absentismo, accidentes laborales, enfermedades profesionales...) *lo que viene a generar laboralmente un incremento en la desigualdad, la discriminación y, en definitiva, la justificación del cambio en el tipo de gestión y de la utilización de mecanismos de presión que en muchas ocasiones pueden llegar a ser considerados como violencia en el lugar de trabajo, justificados mediante tergiversados y múltiples discursos. Son característicos y determinantes:*

- El desinterés intencionado en la mala gestión.*
- El gran interés económico de unos pocos privilegiados en detrimento de los derechos de la mayoría.*
- El fomento de las malas condiciones laborales: temporalidad, precariedad, escasas retribuciones.*
- El agotamiento de los escasos Recursos Humanos.*
- El abuso de poder y la violencia, el «mercado total» facilitado por la precariedad.*

Teniendo en cuenta que la atención sanitaria en el sistema público *se basa constitucionalmente en el derecho en igualdad y gratuito en cuanto a la prevención y protección de la salud* (salud pública, medicina preventiva, prevención de riesgos laborales, vacunaciones, estudios epidemiológicos...) *y la curación y prevención de la enfermedad* (inversión en infraestructura y en los

recursos necesarios para suplir lo que generan las necesidades: consultorios, centros de Atención primaria, Consultas externas de especialidades, SAMU, hospitales, asistencia domiciliaria, tratamientos farmacológicos, intervenciones quirúrgicas...) *en igualdad* independientemente de la condición social, la raza o sexo tal y como se especifica en los Arts. 14 y 15 de la Constitución Española de 1978⁷, nos encontramos con que *el contexto del trabajador del sector de la salud es realmente complejo, tan complejo como complejas son las múltiples formas en que en este sector se manifiesta la violencia.*

En lo que refiere al trabajador del sector de la salud de titularidad pública nos encontramos generalmente con una *visión estereotipada del trabajador fijo* (eso ya se acaba) que no hace nada y que abusa de sus derechos «que pagamos todos», traducción popular de la ventaja que ha supuesto hasta el momento para este tipo de trabajadores la aplicación de la *Ley de Contratos de las Administraciones Públicas*, condicionando que la contratación quedara sujeta a ciertos reglamentos, al contrario de lo que sucede con la empresa privada o el mercado laboral en general, situación que en la actualidad va acortando diferencias con la implantación de los nuevos modos de gestión y la utilización de numerosos tipos de violencia, especialmente la del «acoso moral» (realmente tienen la vida, el futuro laboral, de los trabajadores en sus manos).

Este estereotipo del trabajador de la salud y del trabajador público en general, además de demostrar que en esta sociedad nuestra existe una considerable falta de conciencia sindical y de derechos de los trabajadores, también refleja la normalización y asunción por parte los estratos más desfavorecidos de nuestra estructura social de la precariedad laboral en muchos sectores laborales de este país (aunque parezca paradójico no lo es tanto: aquellos que deberían defender los pocos derechos que poseen caen en un discurso de un fondo insospechadamente mercantilista que les discrimina más).

La mayoría de los portadores (muchos usuarios) de este tan considerable y no menos interesante como pusilánime discurso no se dan cuenta de que sus argumentos son fabricados por los mismos que gestionan porque en realidad son opiniones que han sido fabricadas con ciertos intereses y han sido utilizadas para justificar la privatización de algunos Departamentos de Salud (los más rentables) ante esta opinión pública tremendamente confundida y que suele tener a los trabajadores de la salud en mal concepto.

El aumento del gasto sanitario se achaca a la ineficacia y a la ineficiencia (y son ellos mismos los que gestionan) cuando en realidad es una cuestión deseable en cualquier sistema social de bienestar porque el desarrollo en tecnología y la oferta de los avances terapéuticos, las nuevas técnicas, profesionales cualificados, infraestructura suficiente, el gasto farmacéutico, todos ellos evidentemente deben costar dinero, y no al contrario, que resulte rentable.

Por tanto, mediante la manipulación de la información siempre tergiversada a los propios usuarios e incluso a los trabajadores (a los que llegan a

engañar con promesas), la privatización de los servicios públicos más básicos es un hecho y la depauperación de las condiciones laborales de estos trabajadores, una realidad vigente. Y este hecho nos importa porque conlleva importantes y numerosos conflictos en el desarrollo diario del trabajo en el sector de la salud al estar en contacto con estas mismas personas, sanas y/o enfermas, que desconocen o malinterpretan sus derechos. Por tanto y según se corrobora en el informe elaborado a raíz de la «Reunión Paritaria sobre las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud»⁸:

«la violencia –en el lugar de trabajo del sector de la salud– puede también producirse por unas expectativas demasiado elevadas que el público mantiene a veces en relación con los servicios de salud. Esta demanda más exigente de servicios surge a raíz del conocimiento que el público tiene sobre las nuevas tecnologías, así como de las promesas de mejora de los servicios hechas por los reformadores (o políticos de turno) del sector de la salud. El público se considera cada vez más como cliente de esos servicios y, por su parte, el trabajador de la salud hace frente a la reducción (generalizada) de los recursos disponibles para desempeñar sus funciones, y tal vez este mismo trabajador no esté en condiciones de dar satisfacción a las exigencias de los «pacientes»-usuarios. Esto produce frustración en los propios trabajadores y esto puede ser a su vez causa de violencia» para y con ellos: entre trabajadores, usuarios y compañeros.

Sin embargo, aunque afortunadamente esta concepción deje de ser relativamente cierta en algunos, pocos, lugares donde no se registre esta elevada presión asistencial y aunque la gestión privada no se haya oficialmente instalado cierto en estos lugares, lo cierto es que *el nivel de contratación temporal crece a pasos agigantados incrementándose la tendencia a emular las peores de las prácticas y condiciones laborales de los trabajadores de las clínicas médicas privadas en donde siempre se ha ofrecido una estancia más hostelería y se ha buscado la rentabilidad del trabajador y de la enfermedad.*

Lamentablemente es un hecho social que este tipo de práctica se ha extendido hacia otros trabajadores en muchos casos, fijos, funcionarios, estatutarios, todo sea dicho, tan común como falsamente considerados por el estereotipo social (opinión pública) como privilegiados, vagos y abusadores de sus derechos, séase trabajadores públicos, funcionarios... *En estos no tan nuevos tipos de «cultura de empresa» básicamente se da a entender que los trabajadores deben estar preparados para aceptar cualquier cosa con tal de conservar su empleo, inclusive la violencia y especialmente por parte de la organización, cuestión en la mayoría de las ocasiones difícil de probar.*

Por tanto, la violencia en el lugar de trabajo en el sector de la salud puede emanar fundamentalmente de tres focos:

1. Por parte de los *usuarios* (generalmente agresiones físicas, descalificaciones personales y profesionales). Este tipo de violencia, aunque es inherente al trabajo con personas y sus familias, posee cada día una mayor incidencia.

2. Por parte de los *compañeros de trabajo*: En estos casos, generalmente el acto violento suele ser el acoso psicológico (Mobbing) o el acoso sexual. Estos compañeros (y debemos denominarles así a pesar de la jerarquía reconocida pues trabajamos en equipo) pueden ser superiores o de igual categoría (los motivos pueden ser variados.)

3. Por parte de los *superiores o de la propia Organización* (lo que más tarde denominaremos como violencia institucional⁹): practicando e incluso pudiendo diseminar, favorecer y justificar la conducta discriminatoria o violenta en el contexto del trabajador en concreto. Es importante el estudio del Organigrama de estas Instituciones y tener siempre presente su estricta verticalidad, la existencia de clases dentro de las categorías de trabajadores (Grupo A, B, C, D, E), además de tener presente que interviene otra importante variable: tener algún cargo de confianza. Por tanto, el ser Director, Adjunto o Coordinador o amigo de..., ser médico o enfermera, ser técnico, auxiliar o celador comporta toda una serie de creencias y comportamientos, muchos de ellos estereotipados y de una larga tradición en nuestra cultura (especialmente la figura social del médico y del modelo médico hegemónico que hemos hablado al principio, o el hecho de tener otras titulaciones superiores: confunden la potestad que les genera en cuanto a delegar ciertas tareas en poder utilizar actitudes discriminatorias y autoritarias) que en gran medida instauran sumisamente desde la base importantes estructuras de jerarquía y de poder en las que frecuentemente se dan actos de violencia que muchas veces, aunque reconocidos como molestos, se tienen como «normalizados». En otros casos a pesar de ser percibidos no se denuncian debido especialmente al miedo que provoca en la mayoría de los trabajadores la confrontación y el riesgo a perder el trabajo.

Volviendo al contexto social del que hemos partido, en varios estudios llevados a cabo sobre violencia en el trabajo¹⁰, y en particular en el sector de la Salud, Di Martinno (2002)¹¹ se observa que **«debido a la creciente presión de las reformas y tensión del trabajo, la inestabilidad social y el deterioro de las relaciones personales, la violencia laboral se extiende rápidamente al sector de la Salud»**. Este mismo autor, basándose en datos de otros investigadores, confirma que *la violencia laboral en el sector de la salud es un fenómeno universal*, si bien pueden variar las características locales, que afectan tanto a hombres como a mujeres, aunque otros estudios demuestran que generalmente las mujeres suelen correr un riesgo mayor (sobre todo ante la agresión sexual).

Así es que si de forma lógica ya se reconoce la exposición a un variado abanico de riesgos laborales, por lo que al trabajador del sector de la salud respecta, a esto hay que sumar un importante grado de violencia que, lamentablemente, es más silente y va en aumento, ya sea porque va asociada a la propia actividad profesional o ya sea debida a la propia organización laboral.

Es curioso, sin embargo, que *no suele identificarse éste, el colectivo de los trabajadores de la salud, como un grupo susceptible del que se deba pro-*

teger especialmente su salud (exceptuando teóricamente todo aquello que se considere de naturaleza infeccioso-contagiosa), y lo que es más, según lo que se concluyó en la «*Reunión Paritaria sobre las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud*»¹² la sociedad y el constructo ideológico en cuanto al trabajador del sector de salud en general *da por sentado que*:

«Dado que el personal de los servicios de salud trabaja en contacto directo con personas que hacen frente a diversas dificultades y reaccionan a veces con violencia, *se suele pensar que la violencia forma parte inherente del trabajo*. Los sentimientos de frustración y de ira provocados por la enfermedad y el dolor, los problemas relativos a la edad avanzada, los desórdenes psicológicos, o el consumo abusivo de alcohol y de otras sustancias, pueden influir en el comportamiento y generar conductas de violencia verbal o física entre los pacientes».

Dentro de los trabajadores del sector de la salud, y siguiendo el informe anteriormente mencionado –*en donde se tratan únicamente la violencia física, psicológica y sexual pero en ningún caso la «violencia institucional»*– los colectivos de trabajadores que poseen mayor incidencia en cuanto a violencia (principalmente física y sexual) en el lugar de trabajo son:

- personal de Servicios de Urgencias
- personal de los Hospitales psiquiátricos
- personal de hogares y servicio de cuidado de ancianos
- personal de los centros de rehabilitación para toxicómanos
- personal de los servicios de ambulancia
- personal de los servicios comunitarios.

De esta forma, las escasas normas de protección parecen estar más dirigidas hacia el usuario que hacia el trabajador, pero desde nuestro enfoque lo que debemos tener claro es que *el análisis de la situación debe ser «interactivo», es decir, contemplando siempre los factores de riesgo individuales pero también los sociales*.

Así es que *si la única conclusión de consenso es que la violencia en el lugar de trabajo ha llegado al extremo de ser un problema laboral mundial que afecta prácticamente a todas las categorías y sectores de trabajadores, añadamos que «se convierte además, en el caso del trabajador del sector de la salud, en un problema de relevante importancia pues, según estudios, es en donde se encuentra prácticamente la cuarta parte del total de la violencia que se produce en el trabajo en general, y, lo que es más, esta violencia laboral puede afectar a más del 50% de estos trabajadores de la salud»* (Di Martinno, 2002).

Además, un aspecto directamente responsable, justificador y generador en la actualidad, y en especial en el contexto sanitario, de una especie de la generalización de la violencia es la *introducción de las leyes mercantiles en la gestión tanto de los recursos humanos como en la dotación de recursos materiales e infraestructura*. Estas leyes les interesan, pues siempre son creado-

ras de una interesada precariedad laboral de la que se aprovecha la propia Organización (con cierta proletarización de las máximas categorías: médicos especialistas, licenciados en general, diplomados universitarios...), y también en las infraestructuras de salud, y todo ello mediante el implante de lo que ellos denominan «*nuevas formas de gestión*», hecho que constituye una severa distorsión de un sector laboral como éste, el de tener que ser mucho más productivos y sumisos, pero además ofreciendo la ejecución de un derecho en igualdad y una asistencia sanitaria pública de calidad.

De hecho abundan los ejemplos de países desarrollados o en vías de desarrollo en los que los *modelos político-económicos centrados en el Estado de Bienestar se encuentran en crisis*, incluso otros se encuentran totalmente desmantelados por haber sufrido continuas remodelaciones de los Sistemas públicos, y en concreto los de salud por ser altamente rentables bajo esta perspectiva neoliberal.

Esto, en general, y siempre salvando particularismos elitistas, quiere decir que se van implantando usos y prácticas de gestión tanto de los recursos humanos como de los medios e infraestructura más restrictivos; tipos de gestión más propias tradicionalmente del, y por ello mismo, más precario contexto de la sanidad de ámbito privado. Muchas veces estos profesionales de la «salud privada» están muy bien cualificados y preparados, también hay clases, pero otras no tanto porque precisamente estas empresas «suelen aprovecharse» de los inexpertos y recién titulados (médicos y enfermeros especialmente) a cambio de las mínimas retribuciones; eso sí, ofreciendo en su discurso *al cliente* «el oro y el moro». Precariedad y engaño para unos, grandes beneficios para otros, y el todo vale.

Respecto a la privatización de los Servicios sanitarios Públicos en el País Valencià ya existen varias zonas donde se sufren actualmente consecuencias laborales por la introducción de estas «nuevas formas de gestión» de los recursos públicos o directamente por la privatización de los Servicios Públicos de Salud (SPS)¹³.

Por todo esto y porque *la violencia es un constructo humano*, que en este caso se encuentra sujeto a la actividad laboral, también es la intención de este trabajo el aclarar que *todo ello también viene condicionado al relativismo cultural y económico-político de cada contexto*.

Toda reflexión, aunque se intentará realizar en el conjunto de los particularismos propios del campo sanitario, no podrá separarse de su íntimamente ligado contexto y realidad bio-psico-social (ya hemos hecho mención anteriormente) y de la forma en que todo ello condiciona el propio concepto de lo que es el concepto de estar sano, el «derecho a la salud», de lo que se cree debe ser el «trabajador de la salud» y sus derechos, y en general de cómo se fundamente la violencia en el trabajo en este sector. Por todo ello y para ello es de capital importancia el tener en cuenta los siguientes puntos:

-Las distintivas características del trabajo en el sector de la salud: trabajar con personas que ejercen un derecho y que, además suelen estar enfermas o

afrontando procesos dolorosos, por lo que se debería desarrollar una cultura de trabajo centrada en los aspectos humanos y de formación al trabajador y aumentar la conciencia para la persona, trabajando la comunidad y en pro de la igualdad.

-Las diferencias cada día menores, entre la organización general y laboral de una Institución Pública y la de una empresa privada y sus consecuencias en el usuario y en el trabajador de la Salud de ámbito público: obtención de beneficios como objetivo principal y rentabilizar al máximo los recursos humanos y al propio enfermo.

-La importancia del contexto socio-político-económico¹⁴: En este informe se asegura que entre los factores que inciden en el aumento de la violencia relacionada con el trabajo en el sector de la salud se encuentran «la pobreza y la marginación del agresor en su comunidad; las insuficiencias del medio en que se presta la atención de la salud, o las deficiencias en su organización, una formación y unas competencias inadecuadas del personal encargado de prestar la atención de salud a esa población, y la existencia de un ambiente general de stress y de inseguridad en el lugar de trabajo».

-La importancia del equivocado concepto de salud como «ausencia de enfermedad»: Esta concepción de la salud está basada en un punto de vista estrictamente biológico del ser humano; sin embargo, la salud es algo más que la ausencia de enfermedad, pues el humano es un ser bio-psico-social de forma que es fundamental el nivel de realización personal y la salud psicológica, pues ambas permiten mantener el nivel de autoestima que le permita manejarse de una forma digna en la red de relaciones que es el sistema social.

-Contemplan el proceso de «salud-enfermedad» como un proceso dinámico y cambiante determinado en gran medida por el contexto bio-psico-social, por lo que no es algo estático y cuantitativo que se aísla así de la realidad social, hecho que a la postre también interviene directamente en el sentir del propio concepto de violencia laboral por parte del trabajador que la acusa.

-La deficiente gestión en los recursos tanto humanos como de infraestructura que justificará posteriores reestructuraciones y justificar la implantación de los denominados «nuevos modos de gestión» impregnados de cierta falta de escrúpulos y demagogia deontológica ante la intención de rentabilizar los derechos básicos de los usuarios y convertir a la enfermedad y a los trabajadores del sector de la salud en trabajadores altamente productivos al trabajar con enfermos rentables.

-La manipulación de los discursos que justifican e incluso intentan normalizar las prácticas violentas y el uso de estas culturas de empresa que a la postre ya ha sido demostrado que ciertamente resultan autodestructivas. Todo esto permite una progresiva descapitalización de los Servicios de Salud de titularidad pública a favor del beneficio de unos pocos, siempre intereses privados.

-El papel de los agentes sociales y de los sindicatos en particular.

3. Los «cuatro» tipos de violencia en el trabajador del sector de la salud

Una aproximación desde la sanidad hacia el concepto del cuarto tipo de violencia: El acoso psicológico, sexual, el maltrato físico y la «violencia institucional» o «acoso moral». Su actual relación con las «nuevas formas de gestión» y la naturaleza particular de la labor del trabajador de la salud.

Recalcar que la violencia física (generalmente agresiones de usuarios) psicológica y sexual (especialmente por parte de los compañeros o los superiores) no es tan frecuente en el sector de la sanidad como otros tipos de agresión, cada día en más uso, llevadas a cabo mediante la utilización de cierto tipo de «violencia institucional» o «violencia político-democrática»¹⁵ que también se encuentra muy presente en muchos sectores de la Administración Pública, pero muy especialmente en el sector laboral de la Salud. Se fabrica así una realidad que cada vez confiere mayor poder a los que gestionan, que cada día son más, y a los otros, los trabajadores (médicos, enfermeras, técnicos, auxiliares, personal no sanitario) mayor insatisfacción y sensación de fracaso personal, precariedad laboral y en definitiva, menor dignidad, pues en un racimo de profesionales tan vocacionales como estos, uno tiene la sensación de que «vende» prácticamente la totalidad de sus convicciones e incluso de su vida privada por un sueldo que para la mayoría también resulta ser precario. Diana Scialpi denomina también a este tipo de violencia «violencia político-democrática» fundamentándose en dos motivos:

1. *«porque se practican dentro del ámbito de la Administración Pública, que es por definición una organización burocrática dirigida por políticos, más allá de que no podemos afirmar que esa burocracia se caracterice por la especialización y la preparación de profesionales racionales»* (según Max Weber, característica esencial de la burocracia)¹⁶.

2. *«las prácticas desembozadamente ajenas a la ley son perpetuadas precisamente por quienes tienen la responsabilidad social y legal de cuidar a los ciudadanos, de mantener el orden en su mundo, de preservar la estabilidad y predictibilidad de sus vidas».*

Este es un tipo de violencia que no es física ni sexual ni propiamente psicológica y que trataremos ampliamente por ser característica y de actualidad candente en lo que al trabajador de la salud se refiere. **Algunos de los efectos devastadores que tiene este tipo de violencia son**¹⁷:

1. *Afectan a la salud física y mental de los trabajadores públicos* (víctimas directas).

2. *Pervierte los resultados de la gestión pública* dañando gravemente a los ciudadanos a quienes debe prestar un servicio público eficaz, destinado a proveer su desarrollo humano y garantizar su bienestar general. La gestión está en manos de gente sin escrúpulos.

3. *Vulnera nuestros Derechos Humanos y nuestro Estado de Derecho.* Aumentan las cifras de desamparo social.

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

5. Es condición necesaria para instalar la corrupción en el Estado o de la Autonomía en este caso.

Dicho lo anterior, tal es el extremo alcanzado por esta violencia, ya no tan invisible en el momento actual, en algunos casos que, en alguna de sus formas (incumplimiento de lo legalmente establecido, turnos y cambios repentinos de los mismos poco consensuados e indebidamente informados y/o justificados, hostigamientos morales, excesos de responsabilidad, amenazas verbales, discriminación positiva,...todo como resultado de una relación de poder) **la violencia laboral puede encontrarse acallada e inclusive asimilada como un factor inherente a ejercer** (para nosotros de una inadmisibile forma) *el derecho a tener un trabajo* que no se caracteriza precisamente por ser digno ni aportar al trabajador ningún tipo de desarrollo personal, y mucho menos cuando se trata de trabajadores cuya materia prima son los usuarios, otras personas generalmente enfermas a las que tienen que tratar mecánica y productiva pero muy humanamente a toda una serie de persona-producto a las que se espera resulten rentables al ejercer su derecho.

Este tipo de «violencia institucional» que se autojustifica, que hasta cierto punto llega a ser normalizada o asimilada por el propio trabajador y sus peligrosos argumentos, puede fácilmente generar daños para la salud para estos trabajadores/as con la persistencia en el tiempo, para algunos o rápidamente para otros. **De hecho, la violación sistemática de las normas vigentes en el sector público y la violación de los derechos humanos constituye una afrenta psicológica y moral cotidiana que provoca graves daños a la salud física y psíquica de los trabajadores públicos conllevando además otros efectos devastadores.**

Según el estudio ya nombrado de Diana Scialpi los tipos de violencia laboral institucional se clasificarán atendiendo a dos variables:

1. La legalidad/ilegalidad de las conductas.
2. La fácil/difícil verificación de las conductas.

En base a estas variables elaboramos las posibles combinaciones:

	V i o l e n c i a L e g a l	V i o l e n c i a n o l e g a l
V i o l e n c i a d e f á c i l v e r i f i c a c i ó n	A	B
V i o l e n c i a d e d i f i c i l v e r i f i c a c i ó n	C	D

A= Violencia legal de fácil verificación: desigualdades manifiestas en sistemas de empleo, criterios irracionales de selección de personal, asignación clientelista o corporativa de los cargos de Dirección, desigualdades retributivas ante profesionales de idéntica categoría (pública/privada).

B= Violencia no legal de fácil verificación: trasgresión de las normas jurídicas vigentes por parte de quienes las crean o tienen que hacerlas cumplir,

nombramientos no idóneos en cargos directivos de gran responsabilidad, cosificación de los empleados, uso arbitrario del reglamento, hacinamiento laboral y condiciones de trabajo degradantes, carencia e inadecuación de mobiliario, útiles y soportes materiales básicos para el trabajo.

C= *Violencia legal de difícil verificación*: la ilegalidad legal, la dificultad está en encontrar un denunciante que señale la violación de una norma, mediante otra nueva. La cultura del «no denunciar» así se consolida pues es difícilmente demostrable la violencia laboral «dentro de las formas» mediante el uso de otra norma legal.

D= *Violencia no legal de fácil verificación*: **Acoso moral**. Su mayor dificultad consiste en probar su verificación, trátase de amenazas, de acoso sexual, de hostigamientos psicológicos, intimidaciones... no son fáciles de demostrar.

Según este mismo estudio¹⁸, los trabajadores públicos sufren de «*desamparo institucional aprendido*», es decir, sufren de «*un síndrome que expresa la progresiva mutilación del instinto de defensa, mecanismo que posibilitaría poner límites. Según este estudio, los trabajadores públicos encubren la violencia por miedo y este silencio sostiene la perversión y la impunidad. Sin embargo, las dramáticas cifras de desempleo y subdesempleo legitiman otras razones*». Aquí es donde reside la «*normalización*» de la violencia de la que hablaba anteriormente. Esta misma autora también define otro concepto análogo, el definido como «**desgana vital**», en donde deja de existir la motivación y cunden la depresión y la indiferencia.

Por tanto, y esta es una interpretación personal de los datos obtenidos en la observación y la práctica diaria, es evidente que *cada vez es más frecuente «el desamparo institucional» y la «desgana vital» en el trabajador del sector de la salud*. Esta situación, tan paradójica como maquiavélica, aporta al trabajador:

-*Impactos generalmente graves para su salud*: detrás de la mayoría de síndromes ansioso-depresivos, ILT por stress,... a pesar de carecer de los datos epidemiológicos pertinentes, aseguraría que se enmascaran ambientes laborales cargados de violencia.

-*Inseguridad en el futuro incierto* de su vida personal. Miedo al despido.

-*Exceso de responsabilidad* con cargas de temerosidad y peligrosidad.

-*Insatisfacción laboral y personal y conflicto ético*, aceptar la violación del código deontológico.

-*Sumisa aceptación* de la imposición de la ley de la oferta y la demanda en cuanto al aspecto laboral se refiere, desaparición de bolsas oficiales de trabajo.

-*Introducción de elementos contributivos sobre productividad, carrera profesional...*

-*Aumento inmoral de la competitividad y, en suma, de la precariedad*.

Todos ellos son situaciones nada saludables y casi radiactivas.

Si además a todo esto añadimos el contexto laboral del trabajador del sector de la salud, contextos impregnados de todo aquello que rodea a la enfermedad, un espejo de una de las caras oscuras de la realidad social: personas con dolor, usuarios víctimas de la desigualdad, personas que ha-

blan y se quejan, que no comprenden, que no son debidamente atendidas, incluso que se mueren... vemos que *manejan un ambiente como mínimo ciertamente estresante y que se eleva a la enésima potencia, si cabe más, cuando además uno es uno de esos trabajadores temporales (personal sanitario y no sanitario) consciente de la temerosa situación, que trabaja en conflicto con su propio código ético, al que apenas dejan vida personal, que igual asume sin rechistar los gritos o improperios de sus superiores* (la mayoría también explotados) como que le adjudiquen muchos fines de semana y festivos que legalmente no tenía incluidos en el turno, o que no se cumplan los descansos y exenciones de guardias estipulados...

Al trabajador sufriente de esta realidad sólo caben algunas opciones y en ellas también interviene el hecho de que sea un trabajador fijo o temporal:

1. Adaptarse o «hacerse el ánimo» («tragar»): en algunos fijos pero sobre todo en los contratados. Algunos trabajadores lo consiguen pero llegan a adquirir en su mayoría ciertos comportamientos que reflejan una real falta de interés, otros trabajadores, antes o después seguramente se pondrán enfermos: así es una realidad que los índices de absentismo (daños para la salud bajo nuestra visión) en el sector de la salud son realmente preocupantes, pero paradójicamente nuestra Conselleria de sanidad no hace grandes esfuerzos para averiguar la etiología de tales períodos de incapacidad. Muy lejos de investigar las causas reales, una vez más haciendo demagogia, simplemente lo atribuyen a la propia naturaleza del trabajador que, de por sí y por estar acostumbrado a ciertos privilegios (hasta ahora sus derechos), son absentistas. Así lo expresaron en la última Comisión Técnica sobre Salud Laboral mantenida con el DGRRHH de la Conselleria de Sanitat Valenciana.

2. Otra opción es adquirir una posición activa, reivindicar los derechos: más propio de los trabajadores con plaza en propiedad, pero tal es el extremo en algunos Departamentos que también abundan las reclamaciones y demandas de trabajadores temporales; esta actitud implica enfrentarse a sus superiores e incluso compañeros, cuestión que constituye una digna pero ardua batalla y que requiere de la utilización de mucha energía personal.

3. Abandonar la profesión, privilegiada solución final a la que cada día llegan más profesionales de la salud si es que tienen posibilidades de cambiar de trabajo o de coger una excedencia. Generalmente fijos que llevan muchos años trabajando.

4. Conseguir una prejubilación: prácticamente imposible según nuestra actual legislación sanitaria. Solamente posible para aquellos que trabajaron antes de 1967.

5. Consiguiendo la Incapacidad Laboral, permanente o absoluta, extremos nada deseables pero de los que existe gran abundancia de casos fundamentalmente por enfermedad común, lesiones del raquis generalmente por esfuerzo o de tipo mecánico. Las alteraciones psicológicas debidas al trabajo, aunque realmente son frecuentes, son mucho más difíciles de probar. Pero cada vez son motivo más frecuente de litigio en los tribunales.

En definitiva esta realidad, la percepción y la vivencia de esta violencia será asimilada por el sujeto mientras tenga mecanismos de respuesta pero, en todo caso, conlleva gravísimas amenazas para la salud integral del trabajador pudiendo hasta llegar a ser letal y/o alterar severamente su vida personal, cualitativa y cuantitativamente, la de su núcleo familiar e incluso la de sus allegados por consanguinidad, afinidad o cualquier otro tipo de parentesco. Pocos son los países que han elaborado estudios sobre la violencia en el lugar de trabajo.

Por ello y porque llevar a la práctica estas «formas de gestión» que utilizan estos tipos de violencia crea el campo de cultivo necesario para llevar prácticas corruptas intencionadamente, nos hemos detenido prolongadamente en «*violencia institucional*» y la importancia de los «*nuevos modos de gestión*» que, junto con la creciente e interesada ola de precariedad y desempleo está causando estragos en cuanto a la violación sistemática y recurrente de los derechos de los trabajadores de la salud y que constituyen continuos, corrosivos morales y silentes por poco demostrables actos de violencia que tienen importantes repercusiones en el clima laboral en este sector de trabajadores y en el derecho a la atención de calidad de los usuarios.

Pero si todo ello no es suficiente, *este inaceptable clima laboral va asociado a una consecuente disminución de la calidad asistencial que repercute de nuevo negativamente sobre el contexto de trabajo y el propio trabajador, **entrando así en una complicada espiral degenerativa de las condiciones de trabajo*** (que justificará de nuevo el cambio de gestión) y *no menos degenerativa de la propia imagen o autoconcepto del trabajador como profesional «especialmente comprometido», hecho que se convierte en un mecanismo de retroalimentación cada vez más creador de precariedad laboral e impotencia frecuentemente acompañada del uso de cierta violencia psicológica y verbal por parte de sus* (cada día más numerosos) *superiores y compañeros «quemados»,* cuanto no física o sexual (cada vez son más frecuentes las agresiones por parte de los usuarios insatisfechos). *Todo ello al fin y al cabo también conlleva una degeneración en lo que es el concepto para la opinión pública del Trabajador del sector de la salud como ya hemos tratado en el punto 2. sobre la violencia en el trabajador de la salud.*

Hablando de este tipo de violencia impúdica considero importante el diferenciar la consecuencias de esta violencia institucional de aquellas modalidades referidas como «*mobbing*» y «*acoso psicológico*», términos que afortunadamente empiezan a ser reconocidos por la propia OIT y por nuestros tribunales.

Evidentemente, el colectivo de trabajadores de la salud también registramos altas cifras de ambos tipos de *mobbing* y acoso psicológico, pero existen otros tipos de violencia relacionada con lo anteriormente descrito, como se definió anteriormente una «**violencia moral**» que aunque también ocasionan trastornos psicológicos importantes, han pasado, aunque desapercibidos, a ser tanto o más importantes por constituir en sí mismos una *f fuente inagotable*

de conductas y actitudes violentas hacia el trabajador que teme, un trabajador que cada día observa una mayor precariedad, inseguridad, insatisfacción, asunción de roles cuestionables éticamente, retribuciones bajas, vulneración de los derechos... todas ellas cuestiones que no puede ser definidas como mobbing y sí cuestiones productoras de situaciones de violencia en cuanto a la organización del trabajo y de abuso de poder, generalmente verbal difícilmente demostrables.

Además, este es un contexto laboral en el que siempre el usuario y la opinión pública y desde un importante constructo social de fuerte arraigo (muy influenciado por la caridad y el cristianismo), el altruismo y la vocación han jugado un peligroso papel fundamental del que se desarrollan en muchas ocasiones perjudiciales consecuencias para los propios trabajadores.

Es decir, así maquiavélicamente además de trabajadores productivos, eficaces, eficientes y competitivos, en el descrito contexto se nos solicita y exige que seamos promotores y generadores de salud, educadores, cuidadores, especialmente humanos, bien cualificados mediante una formación permanente (ardua tarea en la que el crecimiento del conocimiento científico es exponencial), caritativos, comprensivos, pacientes... ¿alguien da más?

4. Planteamiento general de acción ante la violencia laboral. Conclusión sobre la paradoja hermenéutica que conlleva en lo que acontece a la realidad laboral del sector sanitario¹⁹

El planteamiento a llevar debe ser:

a. Integrado: en todos los planos de la intervención debe aplicarse activamente un planteamiento integrado *que se base en la consideración global y equilibrada de la prevención y tratamiento*. Este tratamiento debe abarcar todas las intervenciones necesarias para curar y rehabilitar a los afectados por la violencia laboral, durante todo el tiempo que sea necesario. *La prevención es una respuesta dinámica a la violencia laboral, que insiste en la supresión de las causas y en la evaluación a largo plazo de cada intervención*. Han resultado específicamente eficaces las medidas preventivas destinadas a mejorar el entorno y la organización del trabajo y las relaciones interpersonales en el trabajo. Es importante *que las medidas preventivas se introduzcan de manera inmediata cuando se identifican los riesgos* de que se produzca violencia laboral, sin esperar a que esa violencia se manifieste en el lugar de trabajo.

b. Participativo: fomentar activamente un enfoque participativo *en el cual todas las partes interesadas consideren que vale la pena colaborar* para reducir la violencia en el trabajo, y en que esas partes desempeñen una función activa en el diseño y la aplicación de las iniciativas contra la violencia. Esto se consigue:

1. Creando la confianza necesaria para una comunicación abierta con

todo el personal. Es especialmente importante para la Dirección dejar bien sentado que los trabajadores que comparten abiertamente un modo de pensar acerca de la violencia laboral y sus ideas de cambios en el lugar de trabajo, no sólo están protegidos contra las represalias sino que se valora su contribución positiva.

2. Implicando a todas las partes interesadas. La participación de los sindicatos y otros órganos profesionales, las administraciones, los empleados y los trabajadores, los especialistas en la cuestión de la violencia laboral, la policía y todos los demás interesados (como los grupos de defensa de los consumidores, pacientes, las ONG...) pueden contribuir en gran medida a generar conciencia y gran sensibilidad hacia problema de la violencia en el lugar de trabajo.

3. Activando comités o equipos de salud y seguridad, que reciban informes de los incidentes de violencia, hagan encuestas sobre ellos y estudios sobre la violencia laboral, y respondan con recomendaciones de estrategias correctoras.

4. Fomentando la participación de los trabajadores en los equipos.

c. Sensible a la cultura, al género y no discriminatorio.

1. Cultura: *Se trata de una variable esencialmente importante pues supone la propia percepción del sujeto actor, es decir, un tipo de respeto hacia el sujeto que padece el conflicto precisamente porque él lo siente como tal. Si bien la violencia en el lugar de trabajo tiene importancia en todo el mundo, la comprensión y percepción de ella pueden ser diferentes en las distintas culturas. Esta diferencia cultural ha de tenerse en cuenta y debe tratarse adecuadamente²⁰ siendo en la actualidad motivo de conflicto y violencia laboral cada día más frecuente debido a las altas tasas de inmigración existentes.*

1.1. Empleando una terminología adecuada que refleje el lenguaje comúnmente utilizado en una determinada cultura (importancia de la perspectiva emic: lo que no tiene nombre no existe).

1.2. Atribuyendo particular importancia a las formas de violencia en el trabajo que son especialmente considerables en una determinada cultura (perspectiva emic: si no se percibe no existe).

1.3. Haciendo un esfuerzo especial para identificar y desvelar situaciones de violencia en el lugar de trabajo, que son difíciles de detectar y aceptar como realizadas por causa de determinados condicionamientos culturales (el denominado «Relativismo cultural»: no somos el oblijo del mundo; ser capaces de ver desde fuera de nosotros mismos como observadores imparciales otros posibles tipos de realidad aunque no los comprendamos, somos simples observadores y no podemos hacer juicios de valor. Imprescindible alejarnos de nuestros conceptos y estereotipos personales y culturales.

2. Género: *Reconocer la dimensión del género.* La violencia laboral afecta de forma diferente a hombres y a mujeres, de forma que son las mujeres las que más expuestas se encuentran a las agresiones sexuales (D. Chappell y

Di Martinno, 2000). *En el sector de la salud hay quien considera la violencia como parte del trabajo y este trabajo es ejercido por gran número de mujeres y más en los puestos poco remunerados o de bajo status social, lo que las hace especialmente vulnerables.* Son necesarias relaciones más igualitarias entre los géneros.

3. Discriminación: *La violencia en el lugar de trabajo guarda una estrecha relación con la discriminación al mismo tiempo que la genera.* Entendemos discriminación como cualquier distinción, exclusión o preferencia que surte el efecto de anular o menoscabar la igualdad de oportunidades o el trato en materia de empleo u ocupación, como los datos que se dan sobre la base de la raza, el color, el sexo, la religión, las opiniones políticas, y el origen nacional o social. *Toda política o medida contra la violencia laboral ha de dirigirse también a combatir cualquier forma de discriminación vinculada a esta violencia o causada por ella.*

d. Sistemático: para desarrollar con eficacia los anteriores planteamientos, es esencial *que la acción contra la violencia se ejerza de manera sistemática.* Debemos dirigir la acción hacia la consecución de determinados *objetivos previamente identificados, utilizando estrategias a corto, medio y largo plazo.* La acción deberá articularse en una serie de *pasos fundamentales* que comprenden:

1. reconocimiento de la violencia
2. evaluación de los riesgos
3. intervención
4. Vigilancia y evaluación de la eficacia de los planes y medidas contra la violencia laboral.

4. EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS LABORALES²¹.

4.1 Analizar la información disponible.

4.2 Identificar situaciones de riesgos especiales.

4.2.1. Los que trabajan solos.

4.2.2. Los que trabaja en contacto con el público.

4.2.3. Los que trabajan con objetos de valor.

4.2.4. Los que trabajan con personas necesitadas.

4.2.5. Los que trabajan en un entorno cada vez más «abierto» a la violencia.

4.2.6 Los que trabajan en condiciones especiales de vulnerabilidad.

5. INTERVENCIONES EN EL LUGAR DE TRABAJO²².

5.1. Condiciones previas.

5.2. Intervención en las Organizaciones.

5.2.1. Dotación de personal.

5.2.2. Estilo de dirección.

5.2.3. Información y Comunicación.

5.2.4. Prácticas laborales.

5.2.5. Diseño del puesto de trabajo.

- 5.2.6. Horario de trabajo.
- 5.3. Intervenciones en el entorno.
 - 5.3.1. El entorno físico.
 - 5.3.2. El diseño del lugar de trabajo.
 - 5.3.2.1. Acceso.
 - 5.3.2.2. Espacio.
 - 5.3.2.3. Salas de espera.
 - 5.3.2.4. Accesorios y complementos.
 - 5.3.2.5. Locales.
 - 5.3.2.6. Sistemas de alarma y cámaras de vigilancia.
- 5.4. Intervenciones dirigidas a personas.
 - 5.4.1. Formación.
 - 5.4.2. Asistencia y asesoramiento.
 - 5.4.3. Promoción del bienestar.
- 5.5. Intervenciones a Posteriori.
 - 5.5.1. Planes de respuesta.
 - 5.2.2. Información y registro.
 - 5.2.3. Tratamiento médico.
 - 5.2.4. Información a posteriori.
 - 5.2.5. Asesoramiento.
 - 5.2.6. Apoyo a la Dirección.
 - 5.2.7. Representación y ayuda jurídica.
 - 5.2.8. Procedimientos de queja.
 - 5.2.9. Rehabilitación.

6. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LOS PLANES Y MEDIDAS CONTRA LA VIOLENCIA LABORAL²³.

1. Vigilancia y publicación periódica de los resultados de las medidas aplicadas.
2. Participación de los trabajadores en la preparación de la evaluación.
3. Realización de reuniones conjuntas entre Dirección y trabajadores.
4. Revisar periódicamente el plan de gestión y evaluar la aplicación de la política general.
5. Evaluar de nuevo la cultura del lugar de trabajo, la organización del trabajo y la calidad del entorno para responder eficazmente a la violencia laboral.
6. Activar un ciclo de gestión de los riesgos para hacer de la lucha contra la violencia en el trabajo un proceso constante en las organizaciones.

ANEXO I: La importancia de los discursos en los «nuevos modos de gestión» de la sanidad pública y la práctica de otro tipo de violencia laboral: la «violencia institucional»

Si dedicamos un espacio al análisis del discurso es porque considero que desde los discursos y las palabras es donde comienza a sembrarse, muchas veces demagógicamente, la violencia y su tolerancia.

Considero que analizar las palabras nos hace adquirir mayor conciencia y capacidad de análisis con los consecuentes fundamentados argumentos y una fuerte base de posicionamiento.

Practicar el «análisis del discurso» es un buen modo de observar de forma objetiva y crítica la forma en que habitualmente un impropio, interesado, injusto, racista, etnocentrista y/o xenófobo tipo letal de violencia puede estar activo en nuestras mentes, o en las de los que se expresan, sin que nosotros nos lo cuestionemos por nuestra carga cultural e ideología, y por ello creo que vale la pena dedicarle un tiempo a tal reflexión y ser conscientes de que la violencia asimilada y las ideas, constructos sociales y conceptos que la contienen son un hecho temerariamente camuflado.

Sin embargo aquí reside un verdadero problema: aunque nosotros pensemos que una conducta por estar normalizada no deja de ser violencia es difícil combatir contra ella si esta percepción no es compartida por parte del sujeto o, simplemente, está asumida. De ahí la especial importancia de educar a los trabajadores (y a los ciudadanos en general) para que igual que ejercen sus deberes, puedan ser críticos y constructivos, puedan ejercerlos con calidad y sepan solicitar sus derechos.

Aquí es donde interviene el que considero importante nivel de la dialéctica y de la comprensión manipulada que genera en cuanto a que se utiliza la demagogia. Comprender los discursos que de ella se derivan es básico en cuanto a la comprensión de los conflictos éticos que de ellos se derivan y que son los que nosotros defendemos.

Si por algo se caracteriza la ética neoliberal no es por su rigurosa utilización de los datos ni del significado de sus palabras, pues su verdadera meta siempre es confundir y desinformar a la población.

Actualmente la privatización implantación de las «nuevas formas de gestión» en algunos departamentos de Salud se hace «por nuestro bien», «porque van a crear más camas en hospitales», «porque van a reducir las listas de espera», «porque va a mejorar la atención sanitaria», «porque con el complemento de carrera profesional los profesionales sanitarios valencianos son los mejores retribuidos de España», «porque el usuario está contento», «porque hemos aumentado la productividad, la eficacia y la eficiencia obtenemos premios de los Top 20 mejores hospitales de España», «porque lo importante son los usuarios».

Este es un discurso tremendamente violento, desvergonzado y maquiavélico, pues como ya hemos explicado, esconde grandes intereses económi-

cos para unos cuantos privilegiados, entre ellos siempre grandes compañías aseguradoras privadas, además nefastas consecuencias: trabajadores llenos de vocación, inhumanamente agotados, presionados y usuarios tratados como mercancía que debe ser rentable. Si uno comienza por analizar esta frase ya puede imaginar la importancia del significado de las palabras: ¿Cómo puede ser un derecho constitucional productivo y rentable?

Debe de ser por ello que no es tan fácil la asimilación del conflicto psicológico por parte de los trabajadores que asumen las deficitarias, incluso cruentas, condiciones a cambio de tener trabajo, estos trabajadores se ven cargados de varias responsabilidades simultáneas, son trabajadores y administradores de los servicios, tienen excesos de responsabilidad, asumen tareas que no les son propias... lo que produce violación de daños en múltiples de sus derechos, daños en aspectos de sus vidas determinantes a largo plazo.

El abuso de esta estructura de poder o el «chollo» de estas «nuevas formas de gestión» se fundamenta, entre las principales de las cosas, en aprovecharse de aplicar la precariedad e inseguridad que generan las leyes de la oferta y la demanda al sector del empleo de la Sanidad pública y los beneficios que por traslación y más mano de obra está obteniendo la empresa privada. La precariedad se traduce en un importante nivel de stress, en acoso psicológico y moral como producto final, pudiendo ser que muchas veces esté camuflado bajo la ejecución de cierta violencia institucional.

Por todo ello, nunca debe ser ignorada la violencia, y a nivel laboral tanto y más cuando se produce prácticamente a nivel mundial y cada vez con una mayor incidencia, por ser la menos comprobable y evidente, la violencia institucional y psicológica.

Esto ha hecho que haya adquirido una importancia relevante en los últimos tiempos ya sea en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo. Un 50% de causas incidentes en la ejecución de cierto tipo de violencia «subliminal» no debe ser nunca despreciable y sí debe llamarnos la atención que posea una incidencia tan elevada en un mundo en el que mandan las Potencias Desarrolladas.

Con respecto a la privatización, justificando modos de gestión más rentables, simplemente dar unos pocos datos sobre lo que constituye el gran negocio de las consultas y clínicas privadas. Estas han funcionado tradicionalmente mediante el denominado «seguro privado de enfermedad» que generalmente ha estado ligado directamente al puesto de trabajo, de forma que los empresarios pagaban parte o la totalidad del seguro, y siempre centrando el grueso de la cobertura en los aspectos quirúrgicos e ingresos hospitalarios. Cada día menos médicos trabajan bajo la fórmula pago por acto médico (si tienen consulta propia o compartida), actualmente muchos están contratados, pero sea como sea, en el sentido retributivo los médicos son los más beneficiados, pues las remuneraciones para el resto de categorías de trabajadores de la Salud son menores a las percibidas en la Sanidad pública. Este tipo de sanidad, además de las repercusiones que tiene en los trabajadores asegurados

de esta forma (bajas laborales a regañadientes dadas por médicos contratados excesivamente presionados, dolores crónicos, accidentes laborales y enfermedades profesionales no reconocidas...) evidentemente, generan modelos con fuertes carencias y graves desigualdades en el acceso a dicho sistema sanitario o en la cobertura que ofrecen, conllevando todo ello la correspondiente presión laboral que implica para aquellos que trabajan en dichas empresas, ya sea por exceso de responsabilidad, por falta de personal, por la ausencia de derechos, contrataciones irregulares, ausencia y poco peso de sindicatos, que supone la mayoría de los trabajadores una disponibilidad y una eficacia al 100% frente a la inseguridad que genera la contratación temporal y la competitividad que se genera ante altas tasas de desempleo tanto en personal especializado como no especializado y siempre rentables e interesantes para el discurso y abuso de poder de aquellos que gestionan los recursos y especialmente los humanos.

Y todo ello a pesar de que son supuestamente tanto las administraciones como las autoridades competentes las que deben proporcionar el marco general para eliminar la violencia por medio de la elaboración de planes sobre salud y seguridad laboral, por supuesto para la protección de los derechos humanos y promoviendo la participación de las partes, revisando el derecho laboral y demás legislación exigiendo su cumplimiento, lanzando campañas de concienciación, solicitando que se recoja información y datos estadísticos.

Breve glosario:

NOTA: Aunque los autores que han realizado los escasos y valiosos estudios sobre violencia en el trabajo, que precisamente nos sirven a nosotros para orientarnos en la práctica diaria de nuestro trabajo y crear una opinión más objetiva y constructiva por solvente de problemas, reconocen que uno de los problemas a los que se enfrentan es que no existe un consenso internacional sobre la definición general de «violencia en el trabajo», ni de lo que es «violencia», «trabajo» y «lugar de trabajo»; a continuación exponemos las definiciones según la RAE.

Abuso²⁴: Comportamiento que humilla, degrada o indica de otro modo una falta de respeto a la dignidad y valor de una persona.

Acoso²⁵: Conducta no correspondida ni deseada que se basa en la edad, discapacidad, condición de seropositivo, circunstancias familiares, sexo, orientación sexual, género, raza, color, idioma, religión, creencias u opiniones políticas, sindicales u otras, origen nacional o social, asociación con una minoría, propiedad, nacimiento u otra condición, y que afecta a la dignidad de los hombres y mujeres en el trabajo (Ley de Derechos Humanos, reino Unido).

Acoso racial²⁶: Toda conducta amenazadora, no correspondida ni deseada, que se basa en la raza, color, idioma, origen nacional, religión, asociación

con una minoría, nacimiento u otra condición, y que afecta a la dignidad de las mujeres y de los hombres en el trabajo (adaptado de la Ley de Derechos Humanos, del Reino Unido).

Acoso sexual²⁷: Conducta no correspondida ni deseada, de carácter sexual, que resulta ofensiva para la otra persona y es causa de que esta persona se sienta humillada, amenazada o avergonzada (Organización de enfermeras de Irlanda).

Agresión /Ataque²⁸: comportamiento intencionado que daña físicamente a otra persona. Se incluye la agresión sexual.

Amenaza²⁹: Promesa de recurso a la fuerza física o al poder (es decir, la fuerza psicológica), que produce miedo al daño físico, sexual, psicológico u otras consecuencias negativas en las personas o grupos a los que se dirige.

Autor³⁰: La persona que comete los actos de violencia o incurre en los comportamientos violentos.

Biomedicina³¹: sinónimo de medicina occidental, científica, alopática, cosmopolita o etnomedicina fisiológicamente orientada. Designa al sistema médico desarrollado en Occidente desde la Ilustración y que se caracteriza por asumir la distinción cartesiana entre cuerpo y ente y por su comprensión de las enfermedades en tanto que entidades definidas producidas por causas únicas. Relacionado con el Modelo Médico Hegemónico.

Discriminación³²: La violencia en el lugar de trabajo guarda una estrecha relación con la discriminación al mismo tiempo que la genera. Entendemos discriminación como cualquier distinción, exclusión o preferencia que surte el efecto de anular o menoscabar la igualdad de oportunidades o el trato en materia de empleo u ocupación, como los datos que se dan sobre la base de la raza, el color, el sexo, la religión, las opiniones políticas, y el origen nacional o social. Toda política o medida contra la violencia laboral ha de dirigirse también a combatir cualquier forma de discriminación vinculada a esta violencia o causada por ella.

Enfermedad³³:(patología), designa aquellas anormalidades funcionales estructurales de base orgánica que pueden ser observadas directamente a través de sus signos o por otros medios, especialmente a la construcción semiótica, semiológica y fenomenológica de los síntomas y otras formas de expresión. Designa también, en este sentido, al proceso por el cual procesos patológicos orgánicos o sensaciones de malestar son reconvertidos en experiencias individuales significativas (dolencia, padecimiento), hace referencia a las dimensiones culturales de la enfermedad. Nos interesan en concreto las dimensiones sociales de enfermedad y, por lo tanto, las dimensiones sociales en donde se insertan los procesos de enfermedad, y sus articulaciones ideológicas, socio-políticas y económicas.

Intimidación/atropello³⁴: Comportamiento ofensivo y repetido en el tiempo, con intentos vengativos, crueles o maliciosos de humillar o minar a un empleado o grupo de empleados (Adaptado de violencia en el trabajo, OIT).

Lugar de trabajo³⁵: Toda instalación de atención de salud, cualesquiera

que sean sus dimensiones, su ubicación (ciudadana o rural) y el tipo de los servicios que preste, incluidos los hospitales de grandes ciudades, los hospitales regionales o de distrito, los centros de atención de salud, clínicas, puestos de salud en la comunidad, centros de rehabilitación, instalaciones de cuidados de larga duración, consultas de médicos de familia, y otros profesionales de atención de salud independientes. En el caso de los servicios prestados fuera de las instalaciones de atención de salud, como los servicios ambulatorios o a domicilio, se considerará lugar de trabajo cualquier lugar en los que se presten estos servicios.

Modelo Médico Hegemónico (MMH)³⁶: desarrollado por Menéndez, designa el tipo de práctica médica característica de la biomedicina: biologismo, individualismo, a-historicidad, a-socialidad, mercantilismo y eficacia pragmática. El apellido hegemónico proviene de la Tª de Gramsci y se opone al subalterno.

Procesos Asistenciales³⁷: Proceso seguido individual o colectivamente para mantener o recobrar la salud. Se refiere a los pasos específicos que se producen en un sistema de gestión de la salud y que incluyen desde el autocuidado hasta la consulta a legos o profesionales de un sistema médico.

Rol del enfermo³⁸: término desarrollado por el sociólogo Parsons, designa el papel o rol que un individuo adopta o es forzado a adoptar cuando está enfermo. La enfermedad viene asociada generalmente a una alteración de la vida cotidiana y envuelve un conjunto de prácticas, valores y expectativas sociales sobre este episodio que configuran el rol de enfermo.

Sistema de atención de la salud³⁹: designa el conjunto de prácticas y concepciones existentes en un grupo o área determinado. Puede coincidir con los límites de un sistema médico o albergar varios de estos sistemas.

Sistema Médico⁴⁰: es un conjunto de concepciones sobre la salud, la enfermedad, sus problemas asociados. También identifica al conjunto de prácticas específicas para el tratamiento de la enfermedad y para su prevención. Es en este sentido un sistema cultural y un sistema social.

Trabajo⁴¹ (RAE): m. Acción y efecto de trabajar/ 2- Ocupación retribuida/ 4- obra, resultado de la acción humana/ 5- operación de la máquina, pieza, herramienta o utensilio que se emplea para algún fin/ 6- esfuerzo humano aplicado a la producción de riqueza, en contraposición a capital/ 7- lugar donde se trabaja.

Víctima⁴²: La persona que es objeto del acto, o actos, de violencia o de los comportamientos violentos.

Violencia (RAE)⁴³: *cualidad de violento.*

Violento/a (RAE): adj./ Que está fuera de su natural estado, situación o modo/ 2- que obra con ímpetu y fuerza/ 3- que se hace bruscamente, ímpetu o intensidad extraordinarias/ 4- que se hace contra el gusto de uno mismo, por ciertos respetos y consideraciones/ 5- se dice del genio arrebatado e impetuoso que se deja llevar por la ira/ 6- dicho del sentido o la interpretación que se da a lo dicho o escrito; falso, torcido, fuera de lo natural/ 7- que se

ejecuta contra el modo regular o fuera de razón o justicia/ 8- se dice de la situación embarazosa en que se halla alguien.

Violencia laboral (Definición adaptada de la Comisión Europea)⁴⁴: constituida por incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluidos los viajes de ida y vuelta a él, que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud.

Notas

1 «Violencia laboral y desamparo institucional aprendido». Diana Scialpi. *Revista de Jurisprudencia Argentina*. Número especial: MOBBING, el acoso psicológico en el ámbito laboral, 27/04/05. Ed. Lexis Nexis, pág: 22.

2 Este concepto será explicado detalladamente más adelante. Bibliografía en nota anterior (7).

3 Josep M^a Comelles-Ángel Martínez Hernández, 1993, Enfermedad, Cultura y Sociedad. Ed EUDEMA, SA. Madrid, 1993. Pág. 67.

4 «Violencia laboral y desamparo institucional aprendido». (pág 2) Diana Scialpi. *Revista de Jurisprudencia Argentina*. Número especial: MOBBING, el acoso psicológico en el ámbito laboral, 27/04/05. Ed. Lexis Nexis, pág 4. www.lexisnexus.com.ar.

5 Aquí realizo una referencia al libro de Max Weber: *La ética protestante y el espíritu del capitalismo* cuya introducción, además de brillante, hoy en día nos da una explicación muy acertada de los valores imperantes en la actualidad.

6 El propio trabajo como «creador de dignidad» sería un tema ampliamente discutible y motivo de por sí de otro trabajo si no lo entendemos únicamente como que es la actividad a cambio de la cual tener unos ingresos que nos permite llevar una vida social más o menos digna. Cierto es, que además de esta connotación hay muchísimas observaciones más y muy interesantes y que no están menos relacionadas con el tema de la violencia laboral.

7: Art.14): «Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social»; y Art 15): «Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes...».

8 «Condiciones de empleo y trabajo en el Marco de las Reformas del Sector de la Salud». OIT. Ginebra, 1998.

9 «Violencia laboral y desamparo institucional aprendido». Diana Scialpi. *Revista de Jurisprudencia Argentina*. Número especial: MOBBING, el acoso psicológico en el ámbito laboral, 27/04/05. Ed. Lexis Nexis, pág 4. www.lexisnexus.com.ar.

10 Chapell y Di Martinno (1998), *Violence at Work*, ILO/OIT, Ginebra.

11 Según un estudio realizado por Di Martinno, V, 2002, publicado en *Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la Salud*, Organización(OIT), organización Internacional del trabajo (OIT), Consejo Internacional de Enfermería (CIE), Internacional de Servicios públicos (ISP), programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la Salud. Ginebra, 2002.

12 «Condiciones de empleo y trabajo en el Marco de las Reformas del Sector de la Salud». OIT. Ginebra, 1998.

13 Son patéticos ejemplos: la antigua Área 10 (que ya ha desaparecido de la bolsa de trabajo oficial, pasó de personal estatutario a laboral) y cuyo Hospital de referencia es Alzira; también el Área del Hospital de Torreveja, y para el 2007 se espera privatizar la gestión (licitación de la gestión) de la antigua Área 12, actual Departamento 13, cuyo Hospital de referencia es el de Dénia, y todo ello entrando a formar parte de un proyecto, junto con otras Áreas o

Departamentos, para constituir en un principio de aquí al año 2008 el Plan que nuestra Conselleria de Sanitat viene, diríamos que irónicamente, a denominar como *Construyendo Salud*.

14. *Condiciones de empleo y trabajo en el Marco de las Reformas del Sector de la Salud*. OIT. Ginebra, 1998.

15. Respecto a este tema recomendamos la lectura de: «Violencia laboral y desamparo institucional aprendido». Diana Scialpi. *Revista de Jurisprudencia Argentina*. Número especial: MOBBING, el acoso psicológico en el ámbito laboral, 27/04/05. Ed. Lexis Nexis, pág 4. www.lexisnexus.com.ar.

16 Respecto a este tema recomendamos la lectura de: «Violencia laboral y desamparo institucional aprendido». Diana Scialpi. *Revista de Jurisprudencia Argentina*. Número especial: MOBBING, el acoso psicológico en el ámbito laboral, 27/04/05. Ed. Lexis Nexis, pág 4. www.lexisnexus.com.ar.

17 Weber, Max, *Economía y Sociedad*. F.C.E. México, 1964, Tomo II, pág: 1073.

18 Ídem a nota 9.

19 Ver nota 9.

20 Según un estudio realizado por Di Martinno, V, 2002, publicado en *Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la Salud*, Organización (OMS), organización Internacional del trabajo (OIT), Consejo Internacional de Enfermería (CIE), Internacional de Servicios públicos (ISP), programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la Salud. Ginebra, 2002.

21 Creo que bien vale una extensa nota si con ello consigo una mejor y esencial comprensión del conflicto que siempre ha sufrido el observador, el científico, el teórico, o en último y utilitario caso el defensor del trabajador o del sindicalista, esto es, aportando considerables y útiles argumentos teóricos y no menos realistas en la práctica más crítica. Esto lo intentaré simplemente nombrando que, dentro del desarrollo de la teoría antropológica y según el antropólogo teórico de un buen sistema de análisis basado en los conflictos culturales que se gestan como consecuencia de las relaciones de producción, el denominado «materialismo estructural», Marvin Harris, (Bibl. *El Desarrollo de la Teoría Antropológica*, S. XXI ed., Madrid 1999) ante la descripción u /o por observación de los hechos sociales (concepto propio del fundador de la Sociología: Emile Durkheim) o hechos etnográficos (*hic et nunc*: hechos que se producen y que observamos aquí y ahora) *siempre deben observarse las dos perspectivas que conforman la realidad social*. Estas dos constituyen dos tipos de visiones complementarias, insustituibles y esenciales que carecen de sentido la una sin la otra: la visión EMIC y la visión ETIC. *La visión emic sería la percibida por los sujetos protagonistas, los trabajadores en este caso* (esencial visión y ejemplo ejemplar–valga la redundancia– en el acoso psicológico o por violencia institucional siempre difícilmente demostrables, pero al menos así *no cuestionables*). La visión ETIC es la del sujeto investigador y la de sus teorías, o sea, la del mundo científico y teórico que todo lo sabe: nosotros. Esta aportación Emic al «conocimiento científico» desde mi personal perspectiva es importante en el sentido de *que un problema es realmente un problema cuando es percibido y manifestado como tal por el sujeto que lo padece* y no porque nosotros lo estudiemos en la Universidad (lo que no significa que dejemos de dejar de percibir que el conflicto en sí sea importante ya que realmente para nosotros lo es dentro de nuestra realidad) pero es esencial valorar el hecho de si «ellos» lo perciben como tal (además del objeto de estudio, «ellos» son en realidad el sujeto activo, supuestamente sufridor o actor y en definitiva dentro del marco teórico de la violencia laboral los interesados). *De nada servirán todas las acciones que planeemos en la evaluación y llevemos a cabo en la acción si el propio sujeto no las percibe. De ahí la respectiva importancia del respeto al otro y de la educación como derecho fundamental y valor básico tanto para el desarrollo del particularismo de cada individuo como para la digna integración en la identidad del grupo al que culturalmente pertenece*. Y no es casualidad, aunque dialéctica y hermenéuticamente sea complicado explicar, que precisamente aquí radica una parte no poco importante de la tergiversación que se produce en el concepto de lo que se considera en su contexto la violencia y sus «consecuencias rentables» para quienes la ejercen dentro de la percepción, culturalmente muy predeterminada, del trabajador de la Salud.

22 Según un estudio realizado por Di Martinno, V, 2002, publicado en *Directrices Marco*

para afrontar la violencia laboral en el sector de la Salud, Organización(OIS), organización Internacional del trabajo (OIT), Consejo Internacional de Enfermería (CIE), Internacional de Servicios públicos (ISP), programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la Salud. Ginebra, 2002.

23 Según un estudio realizado por Di Martinno, V, 2002, publicado en *Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la Salud*, Organización(OIS), organización Internacional del trabajo (OIT), Consejo Internacional de Enfermería (CIE), Internacional de Servicios públicos (ISP), programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la Salud. Ginebra, 2002.

24 Según un estudio realizado por Di Martinno, V, 2002, publicado en *Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la Salud*, Organización(OIS), organización Internacional del trabajo (OIT), Consejo Internacional de Enfermería (CIE), Internacional de Servicios públicos (ISP), programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la Salud. Ginebra, 2002.

25 Según un estudio realizado por Di Martinno, V, 2002, publicado en *Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la Salud*, Organización(OIS), organización Internacional del trabajo (OIT), Consejo Internacional de Enfermería (CIE), Internacional de Servicios públicos (ISP), programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la Salud. Ginebra, 2002.

26 Ídem.

27 Ídem.

28 Ídem.

29 Ídem.

30 Ídem.

31 Ídem.

32 Josep M^a Comelles-Ángel Martínez Hernáez, 1993, *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. EUEDEMA, SA. Madrid, 1993. Pág. 86-87.

33 34 Según un estudio realizado por Di Martinno, V, 2002, publicado en *Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la Salud*, Organización(OIS), organización Internacional del trabajo (OIT), Consejo Internacional de Enfermería (CIE), Internacional de Servicios públicos (ISP), programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la Salud. Ginebra, 2002.

35 Josep M^a Comelles-Ángel Martínez Hernáez, 1993, *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. EUEDEMA, SA. Madrid, 1993. Pág. 86-87.

36 Según un estudio realizado por Di Martinno, V, 2002, publicado en *Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la Salud*, Organización(OIS), organización Internacional del trabajo (OIT), Consejo Internacional de Enfermería (CIE), Internacional de Servicios públicos (ISP) programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la Salud. Ginebra, 2002.

37 Ídem

38 Josep M^a Comelles-Ángel Martínez Hernáez, 1993, *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. EUEDEMA, SA. Madrid, 1993. Pág. 86-87.

39 Josep M^a Comelles-Ángel Martínez Hernáez, 1993, *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. EUEDEMA, SA. Madrid, 1993. Pág. 86-87.

40 Ídem.

41 Ídem.

42 Ídem.

43 Según un estudio realizado por Di Martinno, V, 2002, publicado en *Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la Salud*, Organización(OIS), organización Internacional del trabajo (OIT), Consejo Internacional de Enfermería (CIE), Internacional de Servicios públicos (ISP), programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la Salud. Ginebra, 2002.

44 Ídem

45 *Diccionario de la Lengua española*. Real Academia Española. Ed. Espasa Calpe. Madrid, 2001.

46 Organización Internacional del Trabajo.