

**CARTOGRAFÍA DE LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL:
LA SEMAFORIZACIÓN COMO HERRAMIENTA DE
PREVENCIÓN EN LOS SISTEMAS DE SALUD**Mapping institutional violence: traffic lights as a
prevention tool in health systems**Alejandra Rodríguez-Torres**Universidad Autónoma del Estado de
México. Centro Universitario Ameca-
meca, Estado de México, México.
aledefra2013@gmail.com [https://orcid.org/0000-0002-
2582-0625](https://orcid.org/0000-0002-2582-0625)**Donovan Casas Patiño**Universidad Autónoma del Estado de
México. Centro Universitario Ameca-
meca, Estado de México, México.
capo730211@yahoo.es [https://orcid.org/0000-0002-
3129-9418](https://orcid.org/0000-0002-3129-9418)**Alex Véliz Burgos**Universidad de Los Lagos, Chile.
alex.veliz@ulagos.cl [https://orcid.org/0000-0003-
1371-9041](https://orcid.org/0000-0003-1371-9041)

Este trabajo está depositado en Zenodo:

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.20849682>**RESUMEN**

La violencia es un problema en todas las estructuras sociales. El objetivo del estudio fue identificar las manifestaciones de violencia percibidas por usuarios de atención primaria de salud. Se realizó un estudio cualitativo en tres etapas, la primera, una etnografía del recorrido, posteriormente, la construcción de una semaforización en torno a las percepciones de la violencia desde los usuarios; por último, la construcción de una cartografía señalando los sitios de mayor percepción de violencia. El recorrido que realizan los usuarios para la atención de un tema de salud es percibido violento en varias etapas. Se identifica un semáforo rojo a los profesionales de primer contacto; con semáforo amarillo a los actores de la atención de salud, no se hace referencia al color verde. Los diferentes actores con los que interactúa el usuario producen y reproducen la violencia estructural y se debe intervenir orientando a los equipos.

Palabras claves: Violencia estructural, atención primaria, primer nivel de atención, violencia.

ABSTRACT

Violence is a problem in all social structures. The objective of the study was to identify the manifestations of violence perceived by primary health care users. A qualitative study was carried out in three stages, the first, an ethnography of the route, then the construction of a traffic light around the perceptions of violence from users; finally, the construction of a cartography indicating the places with the greatest perception of violence. The journey taken by users to attend to a health issue is perceived as violent in several stages. A red traffic light is identified for first contact professionals; with a yellow traffic light to health care actors, there is no reference to the color green. The different actors with whom the user interacts produce and reproduce structural violence and intervention should be made by guiding the teams.

Keywords: Structural violence, primary health care, violence.

INTRODUCCIÓN

La violencia hace referencia a una gran variedad de expresiones, conductas, acciones de abuso o degradación de los derechos humanos y los derechos fundamentales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió en el 2002 como: el uso intencional de la fuerza física, poder o amenazas contra uno mismo, otra persona o contra un grupo o comunidad lo que da por resultado o tiene una alta probabilidad de condicionar lesiones, muerte, daño psicológico, falta de desarrollo o la privación de la vida.

La violencia se ha convertido en un problema que afecta a todas las estructuras sociales, incluyendo el sector sanitario donde se han descrito agresiones a los trabajadores del área de la salud mediante violencia física, psicológica o verbal y daños físicos a las organizaciones (Hernández et al., 2023). En esta investigación interesa acotarla al espacio circunscrito del encuentro entre los trabajadores del área de la salud en el ámbito institucional y el usuario. El encuentro entre estos actores ha sufrido día a día los efectos de las relaciones de poder y dominación de manera horizontal y vertical que se producen y reproducen en los centros institucionales de atención (Foucault, 1975).

Estas situaciones en parte se deben a la carga emocional de las exigencias por parte de los usuarios, la demora asistencial y los elevados tiempos de espera que se expresan como disgusto, molestia, frustración, y otras manifestaciones negativas ante la falta de satisfacción de la atención en la necesidad en salud (Serrano et al., 2020; Romanio et al., 2021; Véliz et al., 2018).

El Primer Nivel de Atención (PNA) o atención primaria a la salud (APS), representa el primer contacto con los pacientes en la atención médica en el cual se realizan acciones de pre-

vención, promoción, educación y detección temprana de enfermedades. En este entorno, las personas generan o replican prácticas presentes en su entorno social, sin ser muchas veces conscientes de esta situación (Bourdieu, 2007; Farmer, 2003).

En APS se atiende el 85% de los padecimientos que aquejan a las comunidades; por ende, la carga de trabajo dentro de estas unidades es alta y constante, situación que exige que los profesionales de la salud dediquen cantidades de tiempo reducidas a la consulta médica y de otros servicios como la gestoría de farmacia, laboratorios y gabinete o de funciones administrativas, que sobrepasan su capacidad del proceso de atención (Vignolio et al, 2011). Esto ocasiona que el trato al usuario sea apresurado y deshumanizado (Duque-Castro, 2018) y con trauma emocional que se puede manifestar como trastorno de estrés postraumático, agotamiento, ansiedad, depresión, etc (Somani et al., 2021).

A pesar de su importancia, persisten lagunas en la medición de la calidad en la atención primaria de la salud. Varias iniciativas como la de Desempeño de la Atención Primaria de Salud, Perfiles de Signos Vitales y el Marco e Indicadores de Medición de la APS de la OMS, han proporcionado nuevas formas de conceptualizar la medición de la APS en todos los países. Sin embargo, no ha sido posible implementar plenamente estos marcos, debido en parte a la falta de datos (PHCPI, 2022; OMS, 2022). Las persistentes lagunas de datos se relacionan con la forma en que las personas acceden a la atención, incluidos: el nivel, la ubicación y el tipo de proveedores de atención; la calidad de la atención que reciben; la adopción de funciones básicas de la APS, como la detección temprana de enfermedades; y el grado en que se proporciona atención centrada en el paciente (Spelten et al, 2020). Una

de esas lagunas tiene relación con la violencia que se desarrolla y genera durante la atención en las unidades de primer nivel de Atención. Algunos precursores comunes de la violencia contra los médicos son la insatisfacción de los pacientes y las otras profesiones anexas y el bajo control de sus impulsos, la mala administración, la falta de comunicación, los problemas de infraestructura, especialmente las diferencias en los servicios entre hospitales públicos y privados, y la imagen negativa hacia el personal médico por parte de los medios de comunicación (Domínguez-Sammamés et al, 2022; Torres-Reyes et al., 2023).

Las manifestaciones de la violencia hacia los profesionales fueron más evidente durante la pandemia, sin embargo, los servicios de salud han sido blanco de quejas por parte de los usuarios, por el retraso en la programación de citas, la falta de asistencia a la demanda de salud, falta de sensibilidad del personal para entender el momento que vive el paciente cuando asiste a recibir atención médica tiempos de espera prolongados, deficiencias en el manejo de los tratamientos requeridos, mala disposición del personal, cambio del médico tratante, entre otros (Ribeiro et al., 2021; IMSS 2023). Si bien se habla de la violencia hacia los profesionales de la salud, son escasas las investigaciones que indaguen sobre los mecanismos o formas de violencia generados hacia el usuario en el proceso de atención a la salud. El objetivo del estudio fue identificar las manifestaciones de violencia percibidas por usuarios de atención primaria de salud.

METODOLOGÍA

El presente estudio se realizó en una Unidad de APS de una institución estatal; se trata de un estudio cualitativo desde una perspectiva antropológica/social. El desarrollo metodológico se realizó en tres etapas:

(1) Se realizó una etnografía del recorrido a fin de conocer el proceso de ingreso y salida desde la solicitud de la atención en salud hasta la resolución de dicha solicitud. Se solicitó el acompañamiento a cinco usuarios (pacientes) para dar reconocimiento a los tiempos y desplazamientos desde el ingreso a la unidad de atención médica hasta el egreso del usuario de las instalaciones, pasando por los procesos de los diferentes servicios y se realizó una cartografía de la unidad de salud.

(2) Una vez que se tuvo noción de los participantes en la interacción y realización de la cartografía, se aplicó un instrumento de semaforización de la violencia percibida por los usuarios construido y validado para dicho a fin el cual exploró las manifestaciones de violencia y el grado de esta identificado mediante una escala cualitativa que alude a un semáforo, consideradas con mayor intensidad las relacionadas con el color rojo y de menor intensidad las de color verde. Dicho instrumento se aplicó a un total de 10 usuarios que accedieron a contestar dicho instrumento en una muestra no aleatoria por conveniencia. Se clasificó y jerarquizó las manifestaciones de violencia según la interacción con diferentes actores involucrados en el proceso.

La realización de ambos procesos permitió el desarrollo de una triangulación por técnica, dada por la recopilación de información a través de dos formatos (seguimiento a los usuarios y entrevistas). Además de una triangulación por observador, tanto en los procesos de recolección como análisis de la información.

(3) Se realizó una cartografía con semaforización según las diferentes manifestaciones de violencia.

Esta investigación estuvo avalada por el comité de ética y la aceptación de participación de todos los usuarios se recabó mediante consentimiento informado.

RESULTADOS**Etnografía del recorrido (Figura 1)**

Realización propia.

Faces de la atención usuaria.

Entrada: El acceso a la institución en salud está custodiada por un “Personal de seguridad”, el cual cuestiona sobre el motivo de la consulta y restringe el acceso en caso de acudir con más de un familiar de compañía. Se procede a la identificación personal correspondiente y se garantiza el acreditamiento como usuario correspondiente para poder hacer uso de las instalaciones. Los horarios de atención no están visibles en el acceso, tampoco se tiene señalamientos de los diferentes servicios y de las modalidades de atención.

Petición de consulta: Esta se realiza con una segunda barrera denominada “Asistente médica”, dicho personaje nuevamente cuestiona sobre el motivo de la consulta, solicita nuevamente el documento que acredite tener derecho a recibir la atención y de acuerdo a las modalidades de atención, si el paciente acude sin haber solicitado una cita éste debe de llegar antes de iniciar con las atenciones a solicitar una “ficha” (un turno de atención) o bien solicitar una cita vía call center o por la página de internet. En caso de haber llegado posterior al inicio de la consulta, el solicitante debe esperar un turno hasta que haya oportunidad para su atención. Sobre la organización de la consulta señalan que cada turno (matutino y vespertino) atiende alrededor de 24 pacientes y cada cita está registrada cada 15 minutos. Por lo

tanto, los pacientes que acuden solicitando una atención y no tienen una cita deberán esperar que un paciente citado no acuda para poder recibir la atención. Este personaje se encarga de recibir las solicitudes de atención, agendar y organizar las agendas de consultas solicitadas.

La consulta: Una vez que corresponda el ingreso al consultorio, se dispone de 15 minutos dentro del box de atención para poder expresar las necesidades en salud que se tengan, durante este tiempo el paciente y el médico intercambian un diálogo breve y conciso, se realiza una exploración física muy rápida y se observa una urgencia imperiosa por parte del profesional por atender las cuestiones técnicas y administrativas en la computadora, llenando solicitudes y canalizando a una serie de servicios médicos anexos independientemente de la solicitud inicial en salud. Los pacientes adultos mayores tienen conflicto con la gran cantidad de hojas impresas y las indicaciones breves de los profesionales. Los pacientes jóvenes salen de la consulta tratando de asimilar las indicaciones y los procesos para la obtención de los medicamentos y/o solicitar laboratorios clínicos, estudio de gabinete o atención en otros servicios (estomatología, medicina preventiva). Cada una de estas solicitudes tiene un tiempo propio y una vía de solicitud particular.

El final del proceso: Una vez recibida la atención se tienen diferentes finales: 1) Se resuelve la solicitud de la atención en salud; 2) Se requiere de una segunda revisión con los estudios y gabinetes solicitados (lo cual requerirá gestionar una o varias citas hasta la resolución del problema de salud); 3) No se pudo acceder a la atención médica por falta de un espacio o turno de atención disponible (lo cual implica realizar el proceso al día siguiente); 4) Se otorga la atención y un tratamiento médico pero no hay el medicamento y/o

estudios complementarios (requerirá pasar nuevamente a la consulta y que el médico le asigne otro tratamiento u otros laboratorios); 5) Paciente que requiere valoración por parte de otra especialidad médica (debe de realizarse otro procedimiento administrativo).

Semaforización de la violencia

La tabla 1, muestra la jerarquización de la violencia percibida por los usuarios identificando con color rojo los personajes o encuentros con mayores interacciones violentas, amarillo las interacciones menos violentas y verde las interacciones sin violencia. De los 10 usuarios a quienes se les aplicó este instrumento se encontró que los funcionarios identificados como “*asistentes médicas*” ocuparon el primer lugar en orden de interacciones consideradas como más violentas, seguidas por los funcionarios del servicio de farmacia, vigilancia y por último las asistentes de la oficina del *director* de la clínica. En amarillo señalan como interacciones menos violentas el encuentro con los *médicos/as* y el propio *director*. De igual

manera se les solicitó expresaran las principales manifestaciones de violencia en relación con la interacción con cada uno de estos personajes. Cabe señalar que no se hizo referencia al color verde como ausencia de interacciones de violencia. El intervalo de edad fue entre los 64 años-80 años, cinco fueron mujeres y 3 fueron hombres. Entre las enfermedades que manifestaron más frecuentes se observó la diabetes y la hipertensión arterial y entre enfermedades graves el cáncer de mama, cardiopatías, neumopatías con uso de oxígeno en domicilio y una paciente con diálisis peritoneal. Lo cual nos permite tener una percepción de pacientes con diferentes necesidades en salud de enfermedades crónicas con complicaciones y patologías de alto impacto.

Tabla 1. Semaforización percibida por los usuarios con los diferentes actores dentro del proceso de atención a la salud y referencias etnográficas señaladas entorno a la violencia percibida.

						
Usuario	1.- Asistentes de médicos	2.-Farmacia	3.- Vigilancia	4.- Secretaria de la Dirección, Control de prestaciones	5.-Médico (a)s	6.- Dirección, administración, jefatura
EVP 64 años Diabética	“...son despotas, grosera, no de contestan, no están en su lugar...”	“...no me dieron mi medicamento, que no hay... vengo en una semana y no hay... así me traen desde hace 6 meses”	“...vine hace una semana por una urgencia y no me dejaron pasar... aquí no hay urgencias...fui al hospital y me regresaron para acá...te tienes que venir muriendo para que te atiendan”	“... parece vigilante, no te deja hablar con el director...te dicen que te marcan, pero no lo hacen... ya extraviaron mi papel”	“...me hace esperar mucho tiempo te atienden rápido y no te escuchan...”	“...me dan la cita muy larga...uno lo viene a buscar, pero nunca está”

ADO 70 años Diabético Hipertenso Catarata	"...te hacen esperar, te regañan, te dan una cita y no estás agendado, están viendo su celular todo el tiempo..."	"...me dieron menos medicamento del indicado por mi médico...no me alcanzó y tengo cita hasta dentro de un mes...tengo que comprar medicamento y no me alcanza..."	"...no me dejaron pasar con mi hijo...yo no oigo bien y me cuesta trabajo subir las escaleras...vine porque me caí y ni me prestaron una silla de ruedas...y no me atendieron"	"... me hacen venir y perder mi tiempo para nada... me pidieron sacar copias de mi solicitud y que me iban a marcar, pero llevo dos meses y no me marcan... vine y que todavía no hay nutrición"	"...no me han operado, que no hay especialista y ya no veo... aquí ya no me pueden hacer nada...no hay medicamentos"	"...me regresó con mi doctor que me mandara a otra especialidad porque no hay servicio en este momento imagínate tengo que venir a formarme temprano..."
BIS 65 años Hipertenso Cardiopata Diabético	"...son groseras, estuve esperando un rato para que me atendiera y cuando llegó me atendió de mala manera..."	"...me hicieron venir tres veces y nunca hubo medicamento y tengo que pasar otra vez a consulta... venir a las 4 de la mañana y esperar a que te vean...todo el tiempo es lo mismo..."	"...no dejan entrar hasta la puerta con el auto no hay estacionamiento cerca y tengo que caminar...me agito mucho...y si llego tarde ya no me atienden..."	"...nunca están, se la pasan desayunando... he venido tres veces y no hay nadie...y cuando vengo, me dicen que no hay cita con el cardiólogo... llevo más de cuatro meses esperando y nada..."	"...no me ha visto el cardiólogo, no hay ecocardiograma ni otro estudio que ya no me acuerdo ya tengo más de un año... no hay esto no hay aquello... uno tiene que buscar un particular si quieres seguir..."	"... no hay citas y no hay citas...es lo único que te dice..."
PNE 78 años Diabético Hipertenso Hiperplasia pros-tática	"...no están en su lugar... hable y hable por teléfono y no te hace caso, pero si llego 5 minutos tarde ya no me da consulta..."	"...nunca hay medicamento...tuve que comprarlo...o compras comida o compras medicamento... me dijo el cardiólogo que no lo dejara de tomar...mis hijos no me apoyan..."	"...estamos afuera de la clínica desde las 5 a.m. para poder pasar a consulta aun no me atienden... sin desayunar... con frío...no hay donde sentarse...a veces hasta lloviendo..."	"... no hay quien te atiendan... todos se tapan... hacen lo que quieren... no puedo estar viniendo a cada rato... nunca está el administrador ni el director... no hay quien te resuelva el problema... les importa poco..."	"...no hay citas con el urólogo y ya no aguanto traer esta sonda... antes de pandemia me iban a operar, pero ya no lo hicieron y ahora tengo un año esperando que me vea...aquí mi medico me da puro medicamento, pero ya no me sirve..."	"...siempre es lo mismo, te citan cuando quieren...no es posible que no exija que contraten más médicos"

RJD 74 años Diabética Glaucoma Diálisis peritoneal Hiperten- sa	"...no te explican... se la pasan viendo su celular...y platicando con otras personas... no atiende a la gente... está de mal humor todo el tiempo..."	"...llevo dos meses sin tomarlo, no hay y no hay...y cuando hay se acaba muy rápido...es muy caro y no puedo comprarlo... me agunto a ver que Dios dice... quieren que uno se muera..."	"...no te dan información correcta sobre el funcionamiento de la clínica...si no traes tu carnet no te dejan pasar...no te permiten pasar acompañada...te dejan esperando en el frío sin sillas sin nada..."	"...me traen de aquí para allá y no me solucionan mi trámite ... me tienen que cambiar el catéter de diálisis no hay citas con la nefróloga y aquí me dicen que el problema es en el hospital y de allá me mandan para acá...están jugando con nosotros..."	"...llegué un minuto tarde y ya no me quiso atender... siempre me da lo mismo y luego no hay medicamento...mejor voy a ver al particular porque eso de venir en la mañana es muy difícil... ya no puedo ver bien y no tengo quien me traiga..."	"...el director no hace nada tengo meses esperando que me den mi medicamento y no me resuelven nada...él debería de pedir más medicamento, no es posible, por nosotros les pagan..."
LMA 67 años Cáncer de mama Diabética Hiperten- sa	"...te cuestionan de todo... y te regañan... para eso les pagan para atenderte y te atienden mal..."	"...no me dieron el medicamento que me indicó el oncólogo... imagínate primero tardaron más de un año para operarme y apenas me dieron quimioterapia y no hay medicina... quieren que me muera..."	"...vengo mareada y no te dejan pasar...vengo corriendo de la quimioterapia y en lugar que te ayuden me están regañando porque no traje mi carnet...no fuera su familiar porque deja pasar a todos..."	"...tuve que esperar más de un año para que me atendieran, uno se muere y nadie te ve... las quimioterapias fue otro problema porque no había dónde me las hicieran y me estuvieron mandando de un lugar a otro...acudí a ver al director, pero su secretaria nunca me dejó pasar..."	"...nunca tienen tiempo... no te escuchan...a veces ni te revisan... te ven una cosa por visita ... y uno que tiene varias cosas no puedo estar esperando cada mes para que me vean por eso a veces voy con un particular para que me revise, además que aquí nunca hay estudios..."	"...no sé para qué están si no resuelven nada... cuando me descuentan el seguro no me preguntan si quiero pagar y ¿dónde están mis impuestos?"

FTR 68 años Osteoporosis Patología de cadera Artritis	"...llegué 1 minuto tarde y no me dejaron pasar...me hicieron esperar más de dos horas... por mí comen..."	"...esperé formada y al llegar me dicen que no hay medicamento...lo necesito fui a comprarlo, pero cuesta más de mil pesos... no tengo dinero y me tengo que aguantar el dolor..."	"... son muy despotas, te cuestionan de todo...como si fueran los dueños...dejan pasar a quienes ellos quieren..."	"...le dejé mis datos y nunca me hablaron, ya mejor fue con un particular...quién me va a pagar lo que gasté... pregunté por el administrador y no hay nadie...no hay quien te dé solución..."	"...mi doctora me mandó con la geriatra porque aquí no hay medicamento... llevo esperando tres meses, pero no hay citas...ya fui a ver a un particular me manda medicamento que es muy caro... por eso estoy esperando para que me lo den aquí..."	"... todos son iguales de inútiles, ineptos, arrogantes... no dan resultados, nunca hay nada"
GMB (familiar) 80 años Cardiopatía Hernia hiatal Diabética Hipertensión Colitis Gastritis Enfermedad Pulmonar	"...nos dan la cita después de un mes...y el medicamento no le alcanza...tengo que venir a sacar cita a las 4 de la mañana y con este frío... eso no se vale...¿cómo voy a traer a mi mamá a esa hora con el oxígeno?..."	"... nunca tiene su tratamiento completo... le falta uno luego otro...a veces tengo que estar acudiendo varias veces para que me den poco a poco su tratamiento...pareces mendigo ¡ para eso uno paga!, esto no es gratis... como si tuviera todo el tiempo para estar aquí a la hora que ellos quieren..."	"...mi mamá ya no camina, usa tanque de oxígeno, cada mes tengo que pagar un taxi para traerla... los señores no te dejan pasar con el auto, les tienes que estar pidiendo el favor...no comprenden lo difícil que es para mí... yo también estoy enferma..."	"...eso del oxígeno es un martirio, año con año se tienen que hacer un montón de trámites para que te lo sigan dando... mi mamá no puede ir de aquí para allá con el tanque... y si no traes la autorización del oxígeno te lo cobran... sin medicamento y sin oxígeno no es posible... mucha burocracia..."	"... pues la ven para su medicamento, le dan sus recetas y ya...eso no tienes que faltar a la cita porque si no te castigan y tienes que venir temprano en la madrugada..."	"...pero en las noticias dicen que todo está bien... que no faltan medicinas y que contratan muchos médicos... ¿dónde están?"

Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio

La semaforización en rojo está representada en primer lugar por las asistentes de médicos, seguidas por el personal de farmacia el personal de vigilancia y por último la asistente del director, y como semáforo amarillo se encuentra la interacción con el personal médico y por último con el director. No se hizo referencia al semáforo

verde, contrariamente los usuarios perciben un trato violento, hostil, incómodo y de insatisfacción. Las percepciones de los usuarios manifestadas como violencia si bien son diferenciadas según el encuentro con el actor dentro de los procesos, guardan ciertas generalidades: el trato impersonal y breve, falta de información y orientación, los tiempos de espera largos vs los breves tiempos

pos de atención, la falta de resolución de los procesos (otorgar el medicamento, valoración por un segundo especialista, resolución médica de enfermedades críticas o quirúrgicas). Estas expresiones hacen referencia a una serie de carencias tanto en la interacción personal, como en las carencias estructurales y procesos técnico-administrativos propios del sistema en salud. Estos discursos hacen también alusión a los nudos críticos que tiene la APS que no sólo se delimita a la interacción interpersonal médico (a)-paciente, sino también a todos los procesos internos y externos de la atención a la salud.

Cartografía de la violencia

Acorde a los pasos previos se construyó una cartografía en la cual se pueden observar los espacios físicos en los cuales se gestan las expresiones de violencia y que son de relevancia no sólo por su delimitación física, sino por las dinámicas e intercambios ideas, pensamientos y emociones que se generan (Figura 2). La cartografía nos permite observar que la violencia inicia desde el acceso a la institución en salud, persiste por toda la trayectoria para la solicitud de atención incluso hasta el momento en que se le tiene que entregar el medicamento. Esta cartografía deja ver el trayecto violento que tiene que transitar el usuario al momento de realizar una solicitud de atención en salud y que finaliza igualmente violento al no resolver en su totalidad esta necesidad. La cartografía redimensiona semiológicamente los espacios, expresa la multitrayectoria de los recorridos de los usuarios y la naturaleza de la oralidad de los actores involucrados dentro del proceso de atención.

Figura 2. Cartografía con semaforización de la percepción de violencia por parte de los pacientes.



Realización propia.

DISCUSIÓN

Si bien se tienen investigaciones en torno a la violencia ejercida hacia los profesionales en el área de la salud, en contraposición, son escasas las investigaciones sobre las percepciones que tienen los usuarios como violentas al momento de solicitar una atención en salud. La APS funciona como un sistema estructural el cual implica una serie de pasos administrativos institucionales propios, las manifestaciones de violencia expresadas por los profesionales aluden a una sobrecarga de ese sistema, carencia material y por otro lado los usuarios manifiestan una falta a sus necesidades de atención y carencia del mismo sistema. En medio se puede observar una tercera violencia que alimenta y retroalimenta estas dos, debidas a procesos propios del sistema y/o institución en salud que determina las formas en cómo se otorgan los procesos de atención. Esta violencia de tipo “estructural” guarda mecanismos alienantes para los dos grupos de interacción y es naturalizada por tratarse de mecanismos reguladores del propio sistema. La importancia del reconocimiento de esta tercera fuerza radica en que lejos de victimizar a uno de estos grupos, se trate de buscar cambios en la estructura que

tomen en consideración y reconozcan las necesidades de cada grupo, pues ambos requieren que sus peticiones sean escuchadas (figura 3).

Figura 3. Violencia estructural



Realización propia

Los procesos de atención dentro de instituciones estatales en salud tienen como características principales ser masificados, precarios y burocráticos; lo cual afecta tanto el desempeño de los profesionales como retarda la atención de los usuarios. La gestión de recursos humanos actúa básicamente como administradora, gestionando el cumplimiento de las normas y no hace lo suficiente para mitigar y gestionar metódicamente los actos de violencia en el lugar de trabajo (Patriona-Cabrera & Cavanagh, 2020).

Las percepciones más relevantes de violencia tienen relación con los tiempos de espera no sólo en la atención de APS sino también para recibir atención por parte de otro nivel de atención médica y/o quirúrgica, así como a la falta de dotación del medicamento otorgado por parte del médico tratante, situación semejante a lo descrito por Jáuregui y colaboradores (Jáuregui et al., 2021).

El acceso a la institución en salud es otro elemento a considerar, Bellamy y Castro (2019) señalan de igual manera señalan que "la entrada" está custodiada por un policía que permite o niega el acceso a los pacientes y solo a un familiar, de igual manera describen la falta de espacios para realizar una espera adecuada y evitar las inclemencias climáticas, este fun-

cionario es el primero en recibir y dar continuidad a una necesidad en salud, decide si un usuario ingresa o se le niega el acceso sobre un tema de salud para lo cual no está capacitado y no está considerado como parte del proceso de atención más bien como parte del personal asistencial-burocrático y legitimar el uso de la fuerza en caso de ser necesaria encarnando una función simbólica de autoridad y control.

Es necesario evidenciar los estragos que esta violencia silenciosa ha marcado en las formas de atención a las necesidades en salud. Según Price "para ver la violencia, uno debe ver las estructuras" (Price, 2012). En lugar de limitarnos a los "agentes e intenciones", lo importante es la violencia "integrada en las estructuras, instituciones, ideologías e historias" (Dilts et al., 2012). Es necesario incorporar la violencia estructural en el análisis de los procesos de atención en salud ya que intenta identificar los sistemas sociales, económicos y políticos como determinantes de los malos resultados de salud incluyendo sus sistemas institucionales en salud (Macassa et al., 2021).

Dado que se trata percepciones es posible que se deba intensionar con los usuarios y usuarias, que aspectos considerarían como una opción verde, de buen trato o de no violencia en el proceso de acceso y atención en salud.

CONCLUSIONES

La violencia durante la atención a la salud es un fenómeno complejo, si bien se tiene investigaciones sobre las manifestaciones percibidas por parte de los trabajadores, se complementan con los discursos develados por los usuarios. Las percepciones referidas hacen referencia a un tipo de violencia cuya manifestación está explicada desde las interacciones personales pero que su fondo corresponde a una violencia estructural.

Esta violencia entre otras cosas se debe al desabastecimiento de medicamentos, la falta de personal, la saturación de las consultas de salud, el tiempo de espera y de estudios de laboratorio para resolver el problema de salud. Durante la solicitud de una atención en salud se articulan diferentes interacciones jerárquicas entre el personal, pero el control del tiempo y el espacio del paciente es ejercido por la totalidad del personal en forma imperativa. La estructura jerárquica del sistema de salud implica la subordinación del paciente a mecanismos ajenos a la recuperación de su salud donde la Ley define las bases y modalidades para acceder a los servicios de salud, que se traducen en un tipo violencia estructural que sin duda son responsabilidad de las Instituciones y del Estado.

Es necesario que en las intervenciones para generar mejoras en el área de salud pública (administración en salud, políticas públicas, formación de recursos humanos, entre otras dimensiones) incorporen el concepto de Violencia Estructural en Salud para abordar las desigualdades en salud y su materialización en el trato a los usuarios en diferentes momentos y niveles de atención.

Existe un desafío central en relación con las instituciones, los trabajadores en el área de la salud y todos los marcos normativos pueden transformarse en agentes violentógenos que producen y reproducen un tipo de violencia estructural. Se requiere en primer lugar tener consciencia de estas situaciones y promover un conjunto de acciones para disminuir estas situaciones. Para ello se requiere, además la perspectiva de los usuarios y de la comunidad involucrada en los procesos de atención-salud-enfermedad-cuidado (Véliz, et al., 2022). Otro rol importante lo tienen las instituciones formadoras, quienes deberían promover el desarrollo de habilidades que permitan un mejor nivel de interacción entre las personas

que forma parte del complejo sistema de salud.

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnologías México por el Apoyo de Estancias Posdoctorales por México 2022 (3). A lo participantes de este trabajo gracias por el acompañamiento y su apertura.

FINANCIAMIENTO

El trabajo desarrollado no contó con ningún tipo de financiamiento.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en la realización de la investigación.

Aspectos éticos. La presente investigación fue aprobada y avalada por el Comité Local Multidisciplinario de Investigación Nezahualcóyotl con número de registro 2024-06-EJ.

Idioma del envío. Español

REFERENCIAS

Bellamy, C., & Castro, R. (2019). Formas de violencia institucional en la sala de espera de urgencias en un hospital público de México. *Rev Cienc Salud*, 19, 7(1), 120-137. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7621>

Bourdieu, Pierre. 2007. *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Dilts, A., Winter, Y., Biebricher, T., Vance, E., Vázquez-Arroyo, A., & Cocks, J. (2012) Revisiting Johan Galtung's Concept of Structural Violence. *New Political Science*, 34(2), e191-e227. <https://doi.org/10.1080/07393148.2012.714959>

Domínguez-Samamés, R., Romero-Albino, Z., & Cuba-Fuentes, M.S. (2022). Comunicación médico-paciente y satisfacción del usuario en un centro de primer nivel de atención de Lima Metropolitana, Perú. *Re-*

vista Médica Herediana, 33(1), 35-42. <https://doi.org/10.20453/rmh.v33i1.4166>

Duque-Castro, J.A., Ortiz-Urbano, J., & Rengifo-Arias, D.M. (2018). Entorno y cuidado: circunstancias que influyen en la calidad de la atención médica percibida por los colombianos. *MedUNAB*, 21(2), 60-68. <https://doi.org/10.29375/01237047.2799>

Farmer, Paul (2003). *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New Poor*. Berkeley: University of California Press.

Foucault, Michel. (1975). *Discipline and Punish: the Birth of the Prison*. New York, NY: Random House.

Hernández, P., de León, M., Mahtani, V., María de la Trinidad, R., & Santos, N. (2023). Agresiones a personal adscrito a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife y pandemia por SARS-CoV2, 49(5): 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2023.101951>

IMSS. Gobierno de México. (2023). Sistema de percepción social del IMSS. Una valoración colectiva de los servicios institucionales. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/Sistema-de-Percepcion-Social-IMSS.pdf>

Jáuregui JA, Revilla ME, Ubillus G, Mamani-Urrutia V, Tello MP, Bustamante A, Inga-Berrosapi F. Percepción de violencia laboral externa del personal en un instituto especializado en salud pediátrico del Perú, 2019. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab* 2021; 30(1): 73-80. <https://cris.cientifica.edu.pe/es/publications/percepcion-de-violencia-laboral-externa-del-personal-en-un-instituto>

Macassa G, McGrath C, Rashid M, Soares J. (2021). Structural Violence and Health-Related Outcomes in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(13), 4-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136998>

OMS. (2022) Marco e indicadores de medición de la atención primaria de salud de la OMS: seguimiento de los sistemas de salud a través de la lente de la atención primaria de salud. 2022. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240044210>

OMS. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002. (pág. 5) <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/violencia/docs/informeOMS.pdf>

Patrona-Cabrera, P., & Cavanagh, J. (2020) Workplace violence against nurses in the healthcare field and the role of human resources management: a systematic review of the literature. *Leading Global Nursing Research*, 76(7), 1581-1593. <https://doi.org/10.1111/jan.14352>

PHCPI. (2022). Perfiles de signos vitales de la Iniciativa de desempeño de atención primaria de salud. <https://www.improvingphc.org/vital-signs-profiles>

Price, J. (2012). *Structural violence: Hidden brutality in the lives of women*. Albany, NY: State University of New York. 2012 <http://ebookcentral.proquest.com/lib/uu/detail.action?docID=3408662>

Ribeiro, J.L., dos Anjos, M.D., Soratto, J., Schäfer, A.A., & Anjos, D.S. (2021). Satisfação dos usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica.*, 55(22), 1-10. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002533>

Romanio, M., Jacinto, A.C., Luís-Silva, L., de Carvalho, A., Malheiros, N., Roszkowski, I., et al. (2021) Predictors of violence against health professionals during the COVID-19 pandemic in Brazil: A cross-sectional study, *PLoS ONE*, 16(6), e0253398.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253398>

Serrano, M.I., Fernández, M.T., Urcola, F., & Satústegui, P. J. (2020). Agresiones externas hacia los profesionales del servicio aragonés de salud en los servicios de atención primaria y especializada durante el año 2018, *Rev Esp Salud Pública*, 94, e1-11. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/ORIGINALES/RS94C_202010125.pdf

Somani, R., Muntaner, C., Hillan, E., Velones, A.J., & Smith, P. (2021). A Systematic Review: Effectiveness of Interventions to De-escalate Workplace Violence against Nurses in Healthcare Settings. *Safety and Health at Work*, 12 (3): 289-295. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2021.04.004>

Spelten, E., Thomas, B., O'Meara, P.F., Maguire, B.J., & FitzGerald, D. (2020). Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed towards healthcare workers by patients and patient advocates. *Cochrane Database Syst Rev*, 29(4): 1-74. <https://10.1002/14651858.CD012662.pub2>

Torres-Reyes, E.D., Carranza-Guzmán, F.J, Tamez-Rodríguez, A.R., & Álvarez-Villalobos, N.A. (2023). Correlación entre tiempo consulta y satisfacción del paciente en primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 61(6), 759-66. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10064307>

Veliz Burgos, A. L., Dörner Paris, A. P., Soto Salcedo, A. G., & Arriagada Arriagada, A. (2018). Bienestar psicológico y burnout en profesionales de atención primaria de salud en la región de Los Lagos, Chile. *Acta universitaria*, 28(3), 56-64. <https://doi.org/10.15174/au.2018.1895>.

Véliz-Burgos, A., Casanova-Hernández, A., Huirimilla-Vargas, J., Zavalla-Ule, Á., & Soto-Salcedo, A. (2022). Percepción de la salud mental en sectores rurales chilenos: Un

estudio de caso. *Comunidad y Salud*, 20(2), 51-62.

Vignolio, J., Vacerezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*; 33(1): 11-14. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>