

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

Violencia en el trabajo.. El caso de los trabajadores médicos jóvenes en ejercicio de la residencia.

Fernando Tomasina.

Cita:

Fernando Tomasina (2009). *Violencia en el trabajo.. El caso de los trabajadores médicos jóvenes en ejercicio de la residencia. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1310>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Violencia en el trabajo.

El caso de los trabajadores médicos jóvenes en ejercicio de la residencia

Fernando Tomasina
Francisco Pucci
Nurit Stolovas
Victoria Frantchez
Marcos Pintos

INTRODUCCIÓN

La violencia en el trabajo constituye uno de los riesgos laborales menos estudiados en el campo de la sociología del trabajo y de la medicina ocupacional. En el mismo confluyen determinantes vinculados a los procesos de trabajo, a las relaciones de poder y autoridad en la organización y a la presión de las demandas externas que recaen en estos contextos. Este trabajo propone aproximarse al tema estudiando las situaciones de violencia vividos por un grupo de trabajadores médicos jóvenes en el ejercicio de la residencia médica en diferentes instituciones del sistema de salud del Uruguay.

El Régimen de Residencias Médicas es uno de los sistemas de capacitación para formar médicos especialistas en Uruguay. Dicho sistema cuenta con 31 especialidades, con distinto número de médicos residentes. La práctica en el cargo, constituye para los residentes médicos una de sus primeras experiencias profesionales en el marco de los programas de residencia implementados por la Facultad de Medicina – Ministerio de Salud Pública.

La metodología utilizada fue un estudio descriptivo longitudinal, en base a información primaria, de la población total de residentes médicos en el ejercicio de las diferentes carreras de estudio de la carrera de posgraduación. La población analizada fue de 429 residentes con los cuales se realizaron talleres informativos para orientar a los participantes en el correcto llenado de formularios. Estos fueron autoadministrados y aplicaron entre setiembre y noviembre del año 2007.

El trabajo presenta una primer aproximación al análisis cualitativo de 429 entrevistas realizadas a esta población, de manera de realizar una tipología de las diferentes formas de violencia presentes, profundizar en los factores organizacionales que explican estos riesgos y comprender las respuestas organizativas que se implementan frente a los mismos. Como señalan Kerlinger y Lee (2002) la investigación cualitativa utiliza gran variedad de enfoques que, por definición, no se basan en medidas numéricas. Ciertas cuestiones que se presentan como plausibles de ser investigadas en Ciencias Sociales, tales como formas de vida y puntos de vista de ciertos colectivos, dinámicas de comportamiento, percepciones, experiencias de los sujetos –entre otros-, son abordadas desde la metodología cualitativa de acuerdo a su carácter *participativo e interpretativo*. Las metodologías cualitativas se concentran en un número reducido de casos, utilizando un método discursivo e intentando estudiar de forma global (comprensiva) un acontecimiento o unidad. Este tipo de metodología requiere de fundamentos teóricos que permiten construir categorías de análisis y tipologías de conducta, de manera de poder articular la variedad de respuestas y de contenidos de sentido que surgen, de las entrevistas. A través del análisis de las entrevistas realizadas, el trabajo que presentamos construye diferentes tipologías de agresión a los residentes médicos, en función de fundamentos teóricos que se desarrollan a lo largo del mismo.

Las organizaciones dedicadas a la atención a la salud se pueden catalogar, siguiendo a Giddens, (1994) como sistemas expertos. Esta forma de organización, propia de las sociedades modernas, se caracteriza por la acumulación de conocimiento técnico que se pone en juego en individuos que no conocen ni dominan los principios de su funcionamiento. En este marco, los

sistemas expertos se caracterizan por la presencia de “puntos de acceso” en los cuales se producen tensiones cuando se ponen en contacto los saberes del mundo técnico, constituido por los médicos, técnicos y especialistas, sus métodos y su tecnología, y los conocimientos cotidianos del mundo profano, de los cuales son portadores los pacientes y familiares que depositan su confianza en el sistema experto.

En este sentido, en este trabajo, haremos una primera aproximación a algunos de los tipos de violencia contra los residentes médicos que hemos encontrado. Estos tipos de violencia se analizan como el resultado del choque entre el conocimiento técnico y el conocimiento común. Cuando el sistema experto tiene dificultades para construir formas de confianza en los usuarios del mismo, se producen tensiones y conflictos que pueden derivar en diferentes formas de violencia de los pacientes y familiares contra el sistema.

LOS SISTEMAS EXPERTOS DE SALUD

Los sistemas expertos, como los sistemas de salud, son formas de organización propias de las sociedades modernas y desarrolladas, que se han expandido, a través de los diferentes procesos de globalización, a nuestras sociedades. Giddens destaca la presencia, en las sociedades de modernidad avanzada, de relaciones abstractas e impersonales que no coinciden con ningún espacio-tiempo, enmarcadas en el desarrollo de los sistemas expertos. La generalización de los sistemas expertos a diversos dominios de la vida social es la expresión más acabada de los niveles de desarrollo de la modernidad. Dada su complejidad y generalidad, la presencia de riesgos producidos por las decisiones humanas es un elemento permanente del funcionamiento de los sistemas expertos. En estos « contextos de riesgo », la racionalidad técnica y el desarrollo científico son sustituidos por una actitud de confianza práctica, que no reposa en el conocimiento científico o tecnológico, sino en el conocimiento que surge de las experiencias de la vida cotidiana.

La confianza en los sistemas expertos descansa en la validez de principios que se ignoran; está referida al buen funcionamiento de los mismos más que a la manera en que funciona, y privilegia dos garantías de fiabilidad: la que se establece entre individuos que se conocen bien y para los cuales una larga relación justifica la confianza, y la que se instituye en el cuadro de un proceso de deslocalización, que no presupone ningún encuentro entre los individuos o grupos que son, de una manera o de otra, “responsables”.

Junto al desarrollo de este tipo de racionalidad práctica, Giddens destaca otro componente básico de la modernidad: la reflexividad. La misma supone que los individuos y grupos de las sociedades modernas son capaces de reflexionar sobre sus propias prácticas y en particular, sobre la relación entre sus actos y sus consecuencias. La reflexividad no implica necesariamente una actitud técnica-racional, sino que se inscribe en los mismos parámetros de la racionalidad práctica que fundamenta el funcionamiento de los sistemas expertos. La reflexividad implica la posibilidad que tienen los individuos o grupos de dar cuenta de sus propios actos y de las consecuencias de los mismos, más allá del conocimiento científico o técnico que posean. Estos conceptos de Giddens incorporan el conocimiento cotidiano en el funcionamiento de los sistemas expertos, lo que permite analizar los mismos no sólo en función de las decisiones establecidas por los segmentos profesionales y técnicos, sino también a través de las decisiones cotidianas de la pluralidad de actores que participan en los sistemas expertos.

Como plantean Callon y Licoppe (2000), la época actual presencia la emergencia de una nueva forma de producción y de evaluación de los conocimientos. En este régimen, el rol de los no-especialistas en la producción de saberes es capital. La dinámica de conocimientos es el resultado de una tensión siempre renovada entre la producción de saberes de alcance general, standarizados, y la producción de conocimientos que tomen en cuenta la complejidad de las situaciones locales singulares y los problemas particulares de los no especialistas. Estas dos formas de conocimiento no son radicalmente incompatibles, ni tienen orígenes independientes la una de la otra. El conocimiento surge como el sub-producto conjunto de un mismo y único proceso en el cual los diferentes actores, especialistas y no especialistas, se coordinan estrechamente.

Volviendo a Giddens, en un sistema de salud, la confianza se desarrolla poniendo en marcha un conjunto de actividades profesionales y técnicas, coordinadas entre sí por un conjunto de procedimientos formalizados y regulados, incorporando equipos técnicos gestionados a partir de diferentes racionalidades e implementando una multiplicidad de técnicas de atención a la salud. La confianza en estos sistemas expertos implica un compromiso anónimo que resulta de un acto de fe del usuario profano que ignora el fundamento técnico que sustenta todo el sistema. La confianza del usuario no surge de un saber que establece determinadas certezas sino de un acto de abandono en la pretensión de conocer los fundamentos técnicos del sistema.

En los servicios de salud, la confianza debe ser vista como una construcción social compleja que intersecta dos mundos, el de las técnicas y profesiones del servicio y el mundo familiar de las

personas. En estos ámbitos, se produce una articulación entre el espacio privado de las personas y el espacio público de usuarios y prestatarios del servicio. El tema de la confianza se plantea sobre el doble aspecto de confianza en relación a los servicios técnicos y la confianza en relación a las personas. Las estrategias organizacionales se orientan hacia la construcción de confianza en los dispositivos técnicos y profesionales, dejando de lado la confianza construida entre las personas a través de las relaciones interpersonales, donde está en juego la identidad de las personas. Las vivencias existenciales de los usuarios y sus identidades son vistas, desde la organización, como demandas que pueden ser analizadas objetivamente a través de la racionalidad de la gestión. (Eme y Laville, 2000)

Sin embargo, en estos sistemas expertos existen “puntos de acceso” en los cuales se establecen relaciones cara a cara entre los representantes del sistema (médicos, enfermeros, administrativos) y los usuarios profanos, en los cuales se construyen relaciones de confianza interpersonal. Este es el espacio de los residentes médicos que son analizados en este trabajo. En tanto puntos de acceso privilegiados al sistema experto, estos espacios se constituyen en interfaces complejas en las cuales se construyen e interactúan diferentes tipos de confianza. Estos puntos de acceso constituyen las fronteras entre el mundo profano y el mundo experto, donde se establecen diferentes articulaciones entre la confianza en los sistemas abstractos, que transcurre a través de compromisos anónimos, y la confianza en las personas, que se construye a través de compromisos cara a cara. La especificidad de las formas de confianza en los puntos de acceso a los sistemas hace que sea imposible reducirla a una u otra forma, sino que constituye una relación entre la racionalidad técnico-profesional y la interacción subjetiva cara a cara.

En la medida en que los puntos de acceso son espacios de tensión entre el escepticismo profano y la competencia profesional, se constituyen en los puntos vulnerables de los sistemas expertos. La vulnerabilidad proviene del hecho de que constituyen una frontera porosa entre los saberes técnicos especializados y el mundo cotidiano con sus zonas de ignorancia, incompetencia, ingenuidad y escepticismo. Sin embargo esta ignorancia es relativa, debido a los componentes de reflexividad propios de las sociedades contemporáneas. Los actores están informados sobre los avances de la ciencia y de la técnica, y tienen capacidad de reflexión sobre los nuevos conocimientos técnico-científicos de los cuales se apropian.

Esta vulnerabilidad se puede reducir a través de tratos profesionales “de escena” que oculten lo que ocurre “entre bambalinas”, para disminuir la porosidad entre sistemas expertos y mundos cotidianos a fin de dar la impresión de control técnico sobre las situaciones, enmascarando las

posibilidades de riesgo y de error por fallas humanas, por desborde de las situaciones o por disfuncionamientos en las relaciones sociales de trabajo. La fe necesaria e indispensable en los principios técnicos de los sistemas expertos debe ser compensada día a día por formas de confianza personal que operan a través de rutinas de interacción.

TIPOS DE VIOLENCIA

El problema que se les plantea a los sistemas expertos en el área de la salud, como en otras, es que el desarrollo de relaciones cara a cara no siempre genera las condiciones para la construcción de relaciones de confianza entre el mundo profano y el mundo técnico. Los casos de violencia registrados entre los residentes médicos se pueden explicar por la tensión inherente a los puntos vulnerables de los sistemas expertos, en los cuales los tratos profesionales no logran generar confianza en las relaciones cara a cara con los pacientes. Un ejemplo de este tipo de violencia lo constituyen **las amenazas de muerte por parte de familiares** a los médicos residentes. Esta forma de violencia marca una forma extrema de desconfianza, que se expresa a través de reacciones motivadas por sentimientos de miedo e inseguridad.

Otra forma de violencia contra los residentes médicos se expresa a través de **amenazas de realizar demandas policiales o judiciales**. En estos casos, se muestran mayores niveles de reflexividad en la reacción de los familiares en sus interacciones con los pacientes, en la medida en que el conocimiento cotidiano incorpora formas de racionalidad social provenientes de niveles de información más altos, que les permiten saber cuales son los derechos que los protegen y los mecanismos a los cuales pueden recurrir en caso de violación de los mismos. Los casos de amenaza de demanda policial y/o judicial fueron los siguientes:

También existen formas de reflexividad ligadas al conocimiento que los profanos tienen acerca de las tecnologías de salud y de los tratamientos médicos, que contrastan, a los ojos de familiares y pacientes, con el tratamiento recibido. En este caso, el conocimiento cotidiano se apropia de los conocimientos técnicos de la ciencia médica y establece exigencias que no están acordes con los procesos técnicos desarrollados por el sistema experto. Este choque genera formas de violencia específicas, como son los casos de **agresividad por tratamientos no indicados**.

El manejo de las tensiones emocionales inherentes a los problemas de salud graves, en los cuales la muerte y la vida entran en juego, requiere la puesta en marcha de complejos procesos de

interacción entre el mundo técnico y el mundo familiar de la vida cotidiana. La construcción de relaciones de confianza entre los actores requiere de un proceso de rutinización de la vida social, que se opera por el tacto en la interacción cara a cara y por un conjunto de habilidades puestas en marcha en la producción y reproducción de estos encuentros. Cuando estos procesos de rutinización no logran constituirse, debido a dificultades organizativas o a un exceso de demandas, las situaciones de tensión pueden generar formas de violencia, como las **agresiones verbales en situaciones críticas** o por pacientes excitados porque no le resuelven sus demandas.

Las dificultades para construir formas de confianza personal entre los usuarios y el sistema de salud afecta también la imagen del médico, figura principal de todo el sistema experto. En la medida que la figura del médico se independiza de sus cualidades personales y se asocia a las prestaciones que brinda el sistema experto en su conjunto, las zonas vulnerables de este sistema son también puntos de **cuestionamiento a la imagen construida colectivamente de la profesión médica.**

CONCLUSIONES

En esta primer aproximación a las formas de violencia contra los residentes médicos que se manifiestan en los sistemas de salud de la sociedad uruguaya, la atención se centró en las tensiones que se generan en los “puntos de acceso” de los sistemas expertos. En estos espacios entran en contacto las prescripciones y las formas de funcionamiento del sistema técnico y los conocimientos prácticos, cotidianos, del mundo profano de los usuarios, que si bien desconoce los fundamentos técnicos del sistema experto, está dotado de saberes prácticos y tiene capacidad de reflexión sobre las consecuencias de sus actos.

Los médicos residentes constituyen una de las primeras caras visibles de los sistemas expertos, y ese contacto directo con los usuarios es el que les otorga un rol de “bisagra” entre el mundo técnico y el mundo cotidiano. Si bien en los sistemas expertos existen también otros roles que establecen contactos de este tipo con el mundo profano (administrativos, enfermeras) la particularidad de los médicos residentes es que están investidos de saber técnico por excelencia de los sistemas expertos de salud: el saber médico. Esto hace que las tensiones de los “puntos de acceso” tengan particular intensidad en estas figuras profesionales, sobre los cuales se juega la confianza que los usuarios puedan tener en el sistema experto.

La confianza en los sistemas expertos implica un componente de confianza abstracta, en el sentido de que los usuarios depositan su fe en un sistema del cual desconocen sus principios y fundamentos técnicos. Pero esta confianza abstracta tiene como fundamento práctico las relaciones cara a cara que establecen los representantes del sistema experto con el mundo profano. La discusión que se plantea, entonces, es porqué los sistemas expertos del área de la salud que analizamos no tienen capacidad para desarrollar rutinas de interacción entre el sistema técnico y el mundo cotidiano de los usuarios, que permitan el desarrollo de relaciones de confianza entre ambos. La construcción de relaciones de confianza en sistemas complejos, en los cuales encontramos actores con sistemas de referencia heterogéneos, enfrentados a demandas que desbordan sus posibilidades de acción, se convierte necesariamente en un proceso conflictivo. Las interacciones entre el mundo técnico y el mundo profano están signadas por la presencia de relaciones precarias e inestables. En ese contexto, los sentimientos de angustia y de ansiedad derivados de la incertidumbre se traducen en acciones de violencia y de agresión hacia las caras visibles de los sistemas expertos, en los cuales se desahogan las tensiones que resultan de este marco de incertidumbre. Los residentes médicos son la cara visible más asociada a la estructura técnica del sistema experto, por lo que son uno de los blancos de agresión más propicios en la dinámica de los sistemas de salud.

Bibliografía

- Callon, M. y Licoppe, C. (2000)
- La confiance et ses régimes: quelques leçons tirées de l'histoire des sciences. En : La confiance en question. Dirigido por Laufer, R. y Orillard, M. L'Harmattan, Francia
- Eme, B. y Laville, J.L. (2000)
- L'enjeu de la confiance dans les services relationnels. En : La confiance en question. Dirigido por Laufer, R. y Orillard, M. L'Harmattan, Francia
- Giddens, A. (1994)
- *Les conséquences de la modernité.* L'Harmattan, Paris.
- Kerlinguer, F. N & Lee, H.B (2002):
- *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en Ciencias Sociales.* Ed. Mc Graw- Hill/ Interamericana Editores. México.