

Apreciados amigos:

Nuevamente la violencia se ensaña en los hospitales nacionales, acaba con la vida de pacientes y contribuye aun más a desmoralizar a los profesionales de salud por el miedo que impone y debilita más al sistema de salud. Las condiciones de riesgo de violencia intra institucional son muy altas y no podemos quedarnos en una denuncia más. Hay que prevenir estas situaciones y exigir una vez más a las autoridades hospitalarias (públicas y privadas) que no dan respuesta alguna, el cumplimiento de sus obligaciones para preservar la seguridad, la salud y la vida de los trabajadores de la salud y de los pacientes.

Colaboro con el debate público sobre este tema, copiándoles el Foro VIOLENCIA COMO PROBLEMA DE SALUD. VIOLENCIA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD realizado recientemente, el 3 de junio de 2009, que fue patrocinado por la FMV y la RSCMV.

José Félix Oletta López

**RED DE SOCIEDADES
CIENTÍFICAS MÉDICAS
DE VENEZUELA**

COMISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

Responsables:

Dr. Saúl Peña
Dr. José Félix Oletta López
Dra. Ana C Carvajal

Asesores Científicos:

Dr. Francisco Larrea,

Dr. Luis Echezuría Marval,

Dr. Rafael Borges,

Dr. José Avilán R.,

Dr. Alejandro Rísquez.

Dr. Héctor Parra

NOTICIAS EPIDEMIOLÓGICAS Nº 6

VIOLENCIA COMO PROBLEMA DE SALUD

VIOLENCIA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Índice

I. Introducción

II. Algunas definiciones necesarias

III. Formas y Contextos de la Violencia

IV. La violencia en Venezuela

V. La Violencia en América Latina

VI. Evolución de la violencia en Venezuela

VII. Violencia y Sistema Sanitario

VIII. Violencia en los centros de salud

IX. Respuestas Institucionales

X. Algunos testimonios

XI. Colofón

XII. Anexo

11 de febrero de 2003

“Ayer en la madrugada un paciente destrozó parcialmente el área de emergencia del Hospital Miguel Pérez Carreño.....

10 de diciembre de 2003

“Médicos y enfermeras del hospital de Catia, en el populoso oeste de la capital venezolana, denunciaron a periodistas que están indefensos frente a grupos de delincuentes que llegan a menudo y a punta de pistola, sin escatimar golpes, les obligan a curar a sus cómplices heridos, vigilando armados e impunemente cada paso en el quirófano”.

3 de diciembre de 2004

“Los médicos de guardia del Vargas vivieron una pesadilla la madrugada del viernes. La emergencia fue ocupada por una banda de delincuentes, fanáticos, que irrumpieron armados con armas largas y cortas, amenazando a los profesionales que no dejaron de atender a sus pacientes críticos”

I. Introducción

La Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela, eligió como tema de este número de NOTICIAS EPIDEMIOLÓGICAS, el de la violencia como problema de salud, y en particular, la violencia en los establecimientos de salud, por la creciente importancia de este problema en la sociedad venezolana. La violencia como fenómeno social complejo, está produciendo en numerosos países, graves consecuencias por la elevada mortalidad, la carga de discapacidad, la pérdida calidad de la vida de los ciudadanos, interrupciones en el funcionamiento y la calidad de los sistemas de atención médica de la población, la salud y la vida de los trabajadores de la salud que prestan sus servicios en estos establecimientos y graves pérdidas sociales y económicas a la sociedad. En Venezuela, esta situación ha alcanzado en los últimos años alarmantes proporciones con sus secuelas de dolor, sufrimiento humano y malestar psicológico derivado del miedo y la incertidumbre que inspira.

Por estas razones, la RSCMV en conjunto con la Federación Médica de Venezuela, promovieron el Foro "Inseguridad de los profesionales de la salud en los establecimientos hospitalarios. Un diálogo necesario" que se realizó en Caracas el 3 de junio de 2009. Destacamos la generosa participación del Profesor Roberto Briceño León, investigador de la UCV, LACSO, (Laboratorio de Ciencias Sociales), OVV (Observatorio Venezolano de Violencia) cuya conferencia "La violencia en la sociedad venezolana", fue el punto de partida del evento que permitió abrir el debate. Seguidamente, la intervención de la Dra. Olga Machado de Castillo sobre las respuestas institucionales de los gremios y agrupaciones profesionales, orientó sobre algunas conductas jurídicas enmarcadas en el tema de las relaciones laborales. Posteriormente, los testimonios de los diferentes profesionales de la salud de los hospitales públicos de Caracas, confirmó la cruda realidad que viven en sus sitios de trabajo, en condiciones indignas, e inseguras y que ponen en

peligro sus vidas. Estos testimonios permiten identificar además, la negligencia de las autoridades para subsanar las fallas y las carencias de los ambientes de trabajo de los hospitales públicos, la inobservancia de las obligaciones institucionales para garantizar la calidad de los servicios de salud y la inacción de los responsables de aplicar las leyes que garanticen el ejercicio de la medicina y las condiciones del medio ambiente de trabajo. Existe un escaso conocimiento y preparación para comprender, prevenir y resolver este tipo de situaciones. El evento sirvió para divulgar algunas normas para promover conductas de prevención de la violencia en establecimientos de salud, que incluimos en el texto como un aporte para la toma de conciencia del problema entre los trabajadores y los empleadores de la salud.

II. Algunas definiciones necesarias

Concepto

La violencia es un problema social y de salud pública que amenaza el desarrollo de los pueblos, afecta la calidad de vida y desgasta el tejido social. Es un fenómeno mundial que atraviesa todas las fronteras, que no depende de raza, edad, condición socioeconómica, educación, credo o religión, orientación sexual o local de trabajo (1).

Además de las de las diversas consecuencias que tiene en los individuos, familias y comunidad en general, tiene efectos también reconocidos en el ámbito de la salud de las personas (2). Actualmente alcanza proporciones epidémicas, con amplias ramificaciones en la atención la salud (3). Uno de los problemas principales del fenómeno de la violencia es su etiología y su pluri causalidad. Es simple decir que la violencia toma su raíz, en los fundamentos de las relaciones sociales. Es muy difícil determinar sus causas. Existen opiniones que la identifican como resultante de necesidades biológicas, otras que la explican a partir de los individuos, otras que la reconocen como un fenómeno de causalidad, sólo social, provocada por ruptura del orden, por la venganza de los oprimidos, o por la flaqueza del Estado (4).

Factores, significado y dimensiones

La violencia es el resultado de una compleja interacción de factores de diversa índole, desde biológica hasta política. Para prevenir la violencia y disminuir sus consecuencias es esencial comprender esos factores y sus interrelaciones (5).

En el modelo ecológico (5,6,7) se organizan los factores de riesgo de la violencia en cuatro niveles, que interactúan entre sí:

- Entre los riesgos a nivel individual se cuentan factores demográficos tales como la edad, los ingresos y la educación; los trastornos psicológicos y de la personalidad, el abuso del alcohol y de sustancias, y haber presentado comportamientos violentos o haber sufrido maltrato;
- En el nivel relacional se examina el modo en que las familias, los amigos, la pareja y los compañeros aumentan el riesgo de convertirse en víctima o perpetrador de actos de violencia. Se tienen en cuenta factores tales como el desempeño deficiente de las funciones parentales y las disfunciones de la familia, los conflictos conyugales y la presencia de amigos que participen en comportamientos violentos o delictivos;
- En el nivel comunitario se consideran los entornos sociales tales como el vecindario, la escuela, el lugar de trabajo y otros centros institucionales. Algunas características de esos entornos aumentan el riesgo de que se produzcan actos de violencia, por ejemplo la pobreza, una elevada movilidad de residencia y el desempleo, el aislamiento social, la existencia de tráfico de drogas en la zona, y la debilidad de las políticas y los programas institucionales;
- A escala social existen factores de carácter general que contribuyen a crear un clima que alienta la violencia. Se trata en este caso de políticas que mantienen o aumentan las desigualdades económicas y sociales; normas sociales y culturales que apoyan el uso de la violencia; la disponibilidad de instrumentos (como las armas de fuego) y la debilidad de los sistemas de justicia penal, que no persiguen adecuadamente a los perpetradores.

Tosca Hernández (8) cita algunas dimensiones siempre presentes y entrelazadas en la violencia, y que también han sido destacadas en lo fundamental por Johan Galtung (9). Así, en cualquier espacio relacional donde se exprese la violencia se pueden distinguir:

1. Una dimensión claramente manifiesta y visible conformada por comportamientos humanos verbal y físicamente significados como violentos o agresivos (“hechos de violencia”), por los efectos materiales (daños materiales) y humanos (muertos, heridos, violados, refugiados) de ese tipo de comportamientos.
2. Una dimensión sociocultural latente, reconocible como espacio psíquico (10), conformada por actitudes, suposiciones, cogniciones, emociones, representaciones, ideologías, mitos.
3. Símbolos que justifican/censuran, estimulan/controlan, aceptan/niegan y valoran negativa/positivamente la violencia en la interrelación humana. A éste se han incorporado

los mitos de gloria y culpa de los “vencedores” y los traumas y culpas de los “perdedores”, como efecto de procesos de pasadas experiencias violentas.

4. Una dimensión estructural latente conformada por conflictos y contradicciones, la mayoría cementados y solidificados por estructuras sociales y sistemas culturales, significados o no como injustos en sus consecuencias relacionales. La represión, opresión, explotación, segmentación, exclusión, discriminación y desigualdad son algunas de las relaciones que las dinámicas injustas de poder van creando y que tienden a manifestarse en violencia.

La misma autora (8) aclara que el término violencia se refiere, más que a hechos, a interpretaciones, lo que fundamenta y evidencia la complejidad de este concepto, que por más que se quiera delimitar “científicamente” en su ámbito de referencia, siempre mantendrá la ambigüedad y la ambivalencia de lo complejo vivido, significado, valorizado y entendido. Sólo comprendiendo ésta, su característica, en su particular dinámica de desarrollo y consecuencias, podremos transitar por nuevos caminos y propuestas alternativas para desactivar la violencia.

Definición Sanitaria

La violencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el "uso intencional de la fuerza o poder en una forma de amenaza o efectivamente, contra sí mismo, otra persona o grupo o comunidad, que ocasiona o tiene grandes probabilidades de ocasionar lesión, muerte, daño psicológico, alteraciones del desarrollo o privaciones"(5).

Además de los conflictos civiles y de las guerras, la violencia puede ser, física, sexual, mental y moral. Es un término genérico que incluye todos los tipos de abusos: el comportamiento que humilla, degrada o damnifica el bienestar, la dignidad y el valor de la persona (1).

Dentro de los aspectos actualmente preocupantes está la magnitud del problema presentado por las muertes por homicidios y suicidios, violencia extra familiar, sexual, contra niños, adolescentes, ancianos, mujeres y en el trabajo (11).

A escala mundial, la violencia mata cada año 1,6 millones de personas, y provoca traumatismos, discapacidades y trastornos mentales a otros varios millones. Sus causas son complejas, y sus consecuencias devastadoras.

Con el fin de proporcionar la información más reciente sobre la violencia, la OMS presentó en 2002 el Informe mundial sobre la violencia y la salud. (5) Se trata del primer informe en el que se ofrece una panorámica integral de la magnitud de la violencia en todo el mundo y los factores que la generan y, al mismo tiempo, sobre las posibilidades de hacer frente a ese problema mundial de salud pública. No es una cuestión que concierna meramente a los ministerios de justicia y de policía, a las fuerzas armadas o a los consejos de seguridad internacionales.

En él se ofrecen datos de todo el mundo sobre suicidio, maltrato de niños, violencia en la juventud, violencia sexual, maltrato de las personas mayores, violencia infligida por la pareja, y sobre otras áreas de conflicto personal y social.

Las muertes que provoca la violencia representan sólo una pequeña parte de los problemas que causa. Por cada persona que muere por culpa de la violencia, otras muchas sufren sus consecuencias sociales, psicológicas y físicas. Sin embargo, cuando se comparan las muertes que provoca la violencia con las causadas por otros problemas mundiales de salud pública, la importancia de la violencia se pone terriblemente de manifiesto.

III. Formas y Contextos de la Violencia

En el informe de la OMS (5) se emplea una tipología de la violencia que divide los comportamientos violentos en categorías, dependiendo de quién ha cometido el acto, quién es la víctima y a qué tipo de violencia ha sido sometida.

Violencia interpersonal

La violencia interpersonal –es decir, los actos violentos cometidos por un individuo o un pequeño grupo de individuos– comprende la violencia juvenil, la violencia contra la pareja, otras formas de violencia familiar como los maltratos de niños o ancianos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños y la violencia en entornos institucionales como las escuelas, los lugares de trabajo, los hogares de ancianos o los centros penitenciarios. La violencia interpersonal cubre un amplio abanico de actos y comportamientos que van desde la violencia física, sexual y psíquica hasta las privaciones y el abandono. Se calcula que en el año 2.000 murieron en el mundo 520.000 personas a consecuencia de la violencia interpersonal, lo que representa una tasa de 8,8 por cada 100.000 habitantes. Mucho más numerosas aun son las víctimas de agresiones físicas o sexuales no mortales y sufridas de forma reiterada. Mientras que la violencia comunitaria,

y en particular la juvenil, es muy visible y suele considerarse un delito, la intrafamiliar (por ejemplo, el maltrato de menores y ancianos o el comportamiento violento en la pareja) queda más oculta a la mirada pública. Además, en muchos lugares la policía y los tribunales están menos dispuestos o preparados para afrontar esta violencia o para reconocer la violencia sexual o actuar contra ella. Las diferentes formas de violencia interpersonal comparten numerosos factores de riesgo subyacentes comunes. Algunos consisten en características psíquicas y del comportamiento, como un escaso control de éste, una baja autoestima y trastornos de la personalidad y la conducta. Otros están ligados a experiencias, como la falta de lazos emocionales y de apoyo, el contacto temprano con la violencia en el hogar (ya sea como víctima directa o como testigo) y las historias familiares o personales marcadas por divorcios o separaciones. El abuso de drogas y alcohol se asocia con frecuencia a la violencia interpersonal, y entre los factores comunitarios y sociales más importantes destacan, además de el empobrecimiento, las disparidades en los ingresos y las desigualdades entre los sexos.

Suicidio y violencia auto infligida

Se calcula que en el año 2000 se suicidaron en el mundo 815.000 personas, lo que convierte el suicidio en la decimotercera causa de muerte. Las tasas más elevadas se registran en los países de Europa Oriental y las más bajas, principalmente en América Latina y unos pocos países de Asia. En general, las tasas de suicidio aumentan con la edad: las correspondientes a las personas de 75 años o mayores son aproximadamente tres veces superiores a las de la población de 15 a 24 años. Con todo, en la población de edad comprendida entre los 15 y los 44 años, las lesiones autoinfligidas constituyen la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad. En gran parte del mundo el suicidio está estigmatizado, es decir, condenado por razones religiosas o culturales, y en algunos países el comportamiento suicida constituye un delito castigado por la ley. Se trata pues de un acto subrepticio y rodeado de tabúes, y es probable que no se reconozca, se clasifique erróneamente o se oculte de forma deliberada en las actas oficiales de defunción. Existen diversos acontecimientos o circunstancias estresantes que pueden aumentar el riesgo de que las personas atenten contra sí mismas. Entre tales factores figuran la pobreza, la pérdida de un ser querido, las discusiones familiares o con amigos, la ruptura de una relación y los problemas legales o laborales. Aunque estas experiencias son frecuentes, sólo una minoría se ve impulsada a suicidarse. Para que estos factores precipiten o desencadenen el suicidio, deben afectar a personas predispuestas o particularmente propensas, por otros motivos, a atentar contra sí mismas. Entre los factores de riesgo predisponentes figuran el abuso del alcohol y de drogas, los

antecedentes de abusos físicos o sexuales en la infancia y el aislamiento social. Influyen también problemas psiquiátricos, como la depresión y otros estados de desesperanza.

Entre otros factores destacados cabe citar: las enfermedades somáticas, sobre todo las dolorosas o discapacitantes; el acceso a los medios para quitarse la vida (generalmente armas, medicamentos y venenos agrícolas); el hecho de que haya habido un intento previo de suicidio, sobre todo en los seis meses siguientes al primer intento. Las tasas de suicidio se han asociado asimismo con recesiones económicas y periodos de elevados niveles de desempleo, desintegración social, inestabilidad política y colapso social.

Violencia colectiva

La violencia colectiva es el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con el fin de lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Adopta diversas formas: conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos; actos de violencia perpetrados por los Estados (por ejemplo, genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos); terrorismo; y crimen organizado. El siglo XX ha sido uno de los periodos más violentos de la historia de la Humanidad. Se calcula que perdieron la vida como consecuencia directa o indirecta de los conflictos armados 191 millones de personas, de las cuales bastante más de la mitad eran civiles. En 2.000 murieron alrededor de 310.000 personas como consecuencia directa de traumatismos relacionados con conflictos de este tipo, la mayoría en las regiones más pobres del mundo. Además de los muchos miles de personas que mueren cada año en conflictos violentos, es enorme la cifra de personas que resultan heridas, y algunas quedan discapacitadas o mutiladas de por vida. Otras son objeto de violaciones o torturas, actos violentos éstos que a menudo se utilizan como armas de guerra para desmoralizar a las comunidades y destruir sus estructuras sociales.

Al igual que ocurre con otros tipos de violencia, los conflictos han venido asociándose también a diversos problemas de salud, como depresión y ansiedad, conductas suicidas, abuso del alcohol y trastornos por estrés postraumático. Además, los conflictos violentos destruyen las infraestructuras, desbaratan servicios vitales, como la asistencia médica, y repercuten seriamente en el comercio y en la producción y distribución de alimentos. Los lactantes y los refugiados se cuentan entre los grupos más vulnerables a las enfermedades y a la muerte en tiempos de conflicto. En ambos grupos, puede darse un aumento espectacular de las tasas de morbilidad y mortalidad. Entre los factores que entrañan un riesgo de que estallen conflictos violentos figuran: la ausencia de procesos democráticos y

la desigualdad en el acceso al poder; las desigualdades sociales, caracterizadas por grandes diferencias en la distribución y el acceso a los recursos; el control de los recursos naturales valiosos por parte de un solo grupo; los rápidos cambios demográficos que desbordan la capacidad del Estado para ofrecer servicios esenciales y oportunidades de trabajo. Algunos aspectos de la globalización también parecen contribuir a que surjan conflictos. Aunque quizás ninguno de estos factores baste por sí solo para desencadenar un conflicto, la combinación de ellos puede crear las condiciones para que brote la violencia.

IV. La Violencia en América Latina

Por regiones, América Latina presenta la tasa de homicidios más elevada entre jóvenes de 10 a 29 años de edad: 36,5 por 100.000. Entre los lugares de donde se dispone de datos, algunas de las tasas más elevadas se registran en Colombia, El Salvador, y Puerto Rico (5).

Comprender esta realidad implica pasearse por diversos aspectos y dimensiones del problema y de las transformaciones que en la situación social se han venido dando en América Latina.

Un rasgo muy significativo de la nueva violencia urbana es que ocurre primordialmente entre los pobres de las grandes ciudades. La clase media y los sectores adinerados ven a los pobres como una amenaza, y se sienten a sí mismos como las víctimas de las agresiones y delitos. Pero esto es sólo parcialmente cierto. Por supuesto que la clase media sufre la delincuencia; sin embargo, quienes verdaderamente padecen la violencia, y en particular la violencia más intensa o letal, son los pobres mismos, víctimas y victimarios en este proceso (14). Como afirman estos autores, es una violencia de pobres contra pobres.

Según Briceño-León, (12) es el empobrecimiento y la desigualdad, y no la pobreza, lo que origina la violencia urbana que estamos presenciando. Es el empobrecimiento lo que hizo que para 1998 en trece de dieciocho países de la región el salario mínimo fuera inferior al de 1980, y que el número total de pobres superase los 220 millones de personas (15).

Otros factores que contribuyen a la génesis de la violencia son: la exclusión laboral y escolar; el 24% de la población de América Latina y el Caribe, es decir, uno de cada cuatro latinoamericanos, vive con menos de un dólar por día. Y en algunos países, como Guatemala, más de la mitad de la población se encuentra en esa situación (16). Esto genera un problema de creciente exclusión entre la población, pero dicha exclusión se observa más claramente en el trabajo y en la educación.

Además, lo que tiene de singular la violencia de América Latina, como también de Estados Unidos de América y del mundo contemporáneo, no es la existencia de más delitos ni de mayores conflictos interpersonales, sino la letalidad de los casos de violencia aludidos. Es decir, no se trata de que la gente pelee más, sino que se mata más. Y la letalidad está intrínsecamente relacionada con la posesión de armas de fuego con las cuales es posible asesinar mucho más fácilmente que las armas blancas (17). Según cifras de la Organización Mundial de la Salud, el 63% de los homicidios que ocurren en el mundo son ocasionados por armas de fuego, pero esta cifra es muy superior en América Latina, donde supera el 80%, y en algunos países como Venezuela es mayor del 90% (13,18).

El incremento de las tasas de homicidios y los delitos contra la propiedad han creado una sensación de temor generalizada entre la población urbana de América Latina. Si hay algo común entre los habitantes de las distintas metrópolis es la sensación de miedo a ser víctima de la violencia. El estudio Latino barómetro mostró que en promedio el 30% de las familias de la región había sufrido un robo o un asalto en los doce meses anteriores a la encuesta, es decir, una de cada tres familias.

Esta sensación de miedo tiene un impacto económico muy grande en la sociedad, y agiganta los ya importantes daños que la misma violencia y el delito tienen sobre el patrimonio de las sociedades. A los ya relevantes costos directos que sufren por pérdidas en la salud de la población y por pérdidas materiales, es necesario sumar los gastos que tienen que hacer las familias y las empresas para protegerse y los costos indirectos como resultado de la inhibición de la actividad económica, por las personas que no salen a comprar o que no trabajan horas extras.

V. La violencia en Venezuela

La creciente violencia en Venezuela ha hecho que ésta se convierta en un tema de primera importancia. Seguidamente resumimos las características de la violencia en Venezuela, en particular a partir de 1989, año en que el problema se vuelve más evidente (19).

Briceño-León (19) distingue cinco rasgos fundamentales en la violencia actual en Venezuela: es reciente, es urbana, es de los jóvenes, es de los hombres y es de los pobres.

Particularmente en el caso de Venezuela, es resaltante que en la medida en que la situación jurídica y política se ha ido agravando con la consecuente pérdida de las

instituciones, la impunidad se ha incrementado y la conducta delictiva ha ido en aumento en las proporciones antes descritas.

Para finales del año 2003, el desempleo alcanzó cifras cercanas al 20% de la población activa, la economía informal superó el 50% y la situación de pobreza abarcó al 80% de los habitantes de Venezuela. Estos indicadores permiten suponer que los altos índices de criminalidad se puedan explicar en parte por la teoría de la subcultura de la pobreza.

La población venezolana presenta un alto índice de estrés psicosocial como consecuencia de la inestabilidad laboral, las malas condiciones de vivienda, la ausencia y escasez de servicios médicos, así como por la carencia de los medios económicos que le permitan al menos cubrir la alimentación mínima requerida para el desarrollo de los niños y jóvenes.

Para el venezolano la incertidumbre y la inestabilidad se han convertido en lo único constante en los últimos años. Por otra parte, existe también una desvalorización y desconfianza en torno a las instituciones. Esto último, si bien era un rasgo común en la última década, en los últimos cinco años se ha incrementado notablemente (20,21,22)

Esta situación ha conducido a la mayoría de la población a una situación que podría describirse como "anarquía inercial" cuya característica esencial es un generalizado incumplimiento de las normas básicas de convivencia ciudadana. (23)

El individuo que se desarrolla en las condiciones sociales arriba mencionadas, donde los valores y las normas están gravemente amenazadas, carecerían de autocontrol. La impunidad de alguna manera contribuye a la desinhibición de las conductas criminales y las ganancias a corto plazo derivadas de estos comportamientos reforzarían e incrementarían la probabilidad de que los individuos imiten estas conductas agresivas, en tanto conocen el provecho que pueden obtener.

Cabe considerar el punto de vista planteado por los autores Montero y Padilla (24) sobre este tipo de condiciones socio-culturales: "En estas graves perturbaciones de la convivencia humana, en esta renuncia a toda esperanza de encontrar algo bueno en función de lo cual modelar y contener la irrestricta vitalidad juvenil, los actos violentos y a veces crueles se disparan solos, como automáticos, negados a la reflexión y ni siquiera necesitados a la más mínima justificación ante sus víctimas o ante los espectadores atónitos".

En medio de estas condiciones, se observa también un incremento en los últimos cinco años de los delitos violentos (homicidios) cometidos por organismos policiales de

jurisdicción municipal, estatal o nacional. Grupos de exterminio han sido denunciados en más de la mitad de las entidades federales de Venezuela.

Este ambiente generalizado de impunidad se convierte en escenario perfecto para el incremento de otro tipo de actos delictivos cuya incidencia era mucho menor en años anteriores. Actos delictivos caracterizados por la violencia instrumental, la violencia aplicada como medio para un fin ulterior. Este es el caso de los secuestros. Un hecho delictivo fundamentalmente vinculado en siglo pasado a los estados fronterizos como Apure, Zulia y Táchira, se ha visto incrementado en muchos otros estados de Venezuela y en su modalidad "express".

Se calcula que para el cierre de 2004, mas de 14.000 venezolanos perdieron la vida por los diversos tipos de violencia: una proveniente de la delincuencia común, y otra del crimen organizado: robos de gandolas, secuestros, sicariatos. A estas dos formas de violencia se suma la violencia política, el enfrentamiento con las policías, el desarme y la des institucionalización de la policía que vivimos en los últimos años, lo cual ha ido generando un quiebre mayor de las instituciones y estamos regresando al proceso de militarización, todo lo contrario a lo que requiere la seguridad ciudadana. La delincuencia que teníamos previamente y que era un problema importante, se nos empieza a juntar con la violencia política (25). Los efectos multiplicadores sociales como la transmisión inter generacional de la violencia, la erosión del capital social, una calidad de vida reducida y una menor participación en los procesos democráticos son componentes agregados en el momento actual (26).

VI. Evolución de la violencia en Venezuela

De acuerdo a Roberto Briceño León:

En los años 80 del siglo pasado, Venezuela tenía una tasa de homicidios baja y estable: cerca de 8 homicidios por cada 100.000 habitantes. Esa tasa se corresponde con la media mundial de homicidios identificada por la OMS para el año 2000 (8,8 por 100.000 habitantes). (5)

Esta situación cambió en 1989, con motivo del "caracazo", en una sola semana hubo 500 muertes violentas en Caracas. La tasa de homicidios se elevó a 13 por 100.000 habitantes.

La década de los años 90 se inició con 2.447 homicidios, para una tasa similar de 13 por 100.000 habitantes. Se mantuvo así hasta 1992, cuando con los dos intentos de golpe de Estado hubo un incremento en el número y tasa de homicidios (3.366 homicidios, 16 por 100.000 habitantes).

Los dos golpes de estado fallidos, aunque no fueron particularmente cruentos, generaron crisis institucionales que produjeron mas violencia. En 1994 la tasa de homicidios ascendió hasta 22 por cada 100.000 habitantes con 4.733 homicidios. Aún para los años 90 Venezuela estaba entre los países latinoamericanos de violencia media-alta (entre 16 por 100.000 y 30 por 100.000 habitantes), en condiciones similares a México y Brasil y menores que Colombia y El Salvador.

Entre 1994 y 1998 la tasa de homicidios se mantuvo estable y aún disminuyó en los años 1997 a 19 por cada 100.000 habitantes y en 1998 a 20 por cada 100.000 habitantes. En 1998 ocurrieron 4.550 homicidios. En ese período hubo mejoría de la estabilidad política y refuerzo de la institucionalidad.

El 1999 se inició un incremento importante en los homicidios (5.968 y una tasa de 25 por 100.000 habitantes). El ascenso fue progresivo y en 2003 se prendieron las alarmas pues hubo 11.342 víctimas y la tasa ascendió a 44 por 100.000 habitantes (se duplicó en 5 años). Las cifras del año 2004 no se hicieron públicas en enero de 2005 y los datos sobre homicidios que estaban en los portales oficiales fueron retirados. Sin embargo, las cifras oficiales de los años 2004 y 2005 parece haber disminuido la tasa de homicidios a 37 por 100.000 habitantes.

Nuevamente, en 2006 el número de homicidios ascendió a 12.257 y la tasa a 45 por 100.000 habitantes. En 2007, se elevó a 13.156 homicidios y una tasa de 49 por 100.000 habitantes. Este es un comportamiento único entre los países de América Latina. En 2008 el registro fue de 14.600 homicidios.

En el primer trimestre de 2009 el número de homicidios en Venezuela fue de 4.659, mientras que en 2008 fue de 3.552. En el mismo período, en Caracas fue de 844 contra 654. De mantenerse esta tendencia al cierre de 2009 alcanzaríamos la cifra de 19.436 homicidios.

Dos argumentos se han utilizado para explicar esta situación: la pobreza por un lado y la pérdida de institucionalidad por otra. Los que apoyan la primera invocan que la violencia y el crimen se originan en la pobreza, la exclusión y el capitalismo. Pero el gobierno ha estado combatiendo la pobreza, la exclusión y el capitalismo. Entonces, ¿ porqué han aumentado la violencia y los homicidios?

Por otra parte, los que piensan que se ha destruido la institucionalidad en Venezuela, se ha quebrado el pacto social y la convivencia regulada por normas.

Si comparamos con lo sucedido entre 1994-1998 hasta el año 2008, en Brasil y México con lo ocurrido en Venezuela, estos dos primeros países redujeron sus tasas de homicidios,

mientras Venezuela la duplicó ampliamente. Si se compara con lo sucedido en Colombia desde 1997 hasta 2007 con lo ocurrido en Venezuela, Colombia superaba 3 veces a Venezuela en las tasas de homicidio. En 2005 las cifras fueron similares, mientras en Colombia se redujo en Venezuela ascendió. En 2007 la tasa de homicidios en Venezuela fue de 48 por 100.000 habitantes mientras que Colombia la redujo a 35 por 100.000 habitantes, 13 puntos menos. En el mismo período en Caracas pasamos de 83 por 100.000 habitantes a 130 por 100.000 habitantes, mientras que Santa Fé de Bogotá pasó de 58 por 100.000 habitantes a 18 por 100.000 habitantes.

fuentes de los datos: Construcción del Observatorio Venezolano de Violencia y del Centro para la Paz y los Derechos Humanos de la Universidad Central de Venezuela sobre fuentes oficiales del Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminológicas, Ministerio del Poder Popular de Interior y Justicia y del Instituto Nacional de Estadísticas. Otras fuentes: Reporte Mundial de Violencia. OMS, 2002.

VII. Violencia y Sistema Sanitario

En 1962, Héctor Abad Gómez, un profesor de Salud Pública, comenzó a usar métodos epidemiológicos para estudiar la violencia en Colombia (27). En los Estados Unidos de Norteamérica la violencia fue declarada un problema de salud pública en 1992 (28). Los ministros de Salud de las Américas atribuyeron a la prevención de la violencia una condición de prioridad de salud pública en 1993 en una resolución del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (29) y la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución similar en 1996 (30).

El Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, actualmente consideran a la violencia y la inseguridad como uno de los principales obstáculos para el desarrollo. En la región de las Américas, 14,2 % del Producto Interno Bruto (PIB) o su equivalente, 168 mil millones de dólares es la pérdida o transferencia como consecuencia de la violencia; 1,9 % del PIB corresponde a pérdidas en capital humano, una cantidad equivalente al total de los gastos de la región en educación primaria (18,26).

En términos sanitarios la violencia intencional es la primera causa de muerte o está entre las primeras causas en varios países de la región, superando los 120.000 homicidios por año. Se estima una pérdida de tres días por persona y por año a consecuencia de la violencia. Los varones jóvenes, más pobres son los más afectados. Adicionalmente 30 % a

60 % de todas las consultas de emergencia en los hospitales son debidas a la violencia (31).

En el año 2002, la OMS publicó El Primer Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (5), documento que hemos citado varias veces, refleja un nuevo enfoque del problema de la violencia, mediante el cual la salud pública desempeña un papel mas amplio y aglutinador en la lucha contra la violencia, siguiendo cuatro etapas tradicionalmente aplicadas en materia de salud pública:

- Definir y observar la magnitud del problema
- Identificar sus causas.
- Formular y poner a prueba modos de afrontarlo.
- Aplicar ampliamente las medidas de eficacia comprobada.

Las acciones preventivas de la violencia suponen actuar simultáneamente en varios niveles y en múltiples sectores de la sociedad. Por ejemplo:

- Hacer frente a los factores de riesgo individuales y adoptar medidas encaminadas a fomentar actitudes y comportamientos saludables en los niños y los jóvenes durante su desarrollo y a modificar actitudes y comportamientos en los individuos que ya se han vuelto violentos o corren riesgo de atentar contra sí mismos.
- Influir en las relaciones personales más cercanas y trabajar para crear entornos familiares saludables, así como brindar ayuda profesional y apoyo a las familias disfuncionales.
- Vigilar los lugares públicos, como las escuelas, los lugares de trabajo y los barrios y tomar medidas destinadas a hacer frente a los problemas que pueden conducir a la violencia, así como a concienciar a la población sobre la violencia, fomentar las actuaciones comunitarias y asegurar la asistencia y el apoyo a las víctimas.
- Hacer frente a las desigualdades entre los sexos y a las actitudes y prácticas culturales adversas.
- Prestar atención a los factores culturales, sociales y económicos más generales que contribuyen a la violencia y tomar medidas para modificarlos, como las orientadas a reducir las diferencias entre ricos y pobres y garantizar un acceso igualitario a los bienes, los servicios y las oportunidades.

En el informe se describen las distintas estrategias de prevención que se han puesto en práctica en los distintos niveles y se resumen las conclusiones referentes a su eficacia.

Actualmente, la violencia no está solo en las primeras páginas de los periódicos sino que ocupa una posición principal en la agenda de muchos gobiernos.

El enfoque de salud pública, con su énfasis en datos confiables y mecanismos de evaluación, podrá aportar información directa y práctica para la prevención de la violencia y para que los niveles de decisión dispongan de la información que necesitan (26,32).

VIII. Violencia en los centros de salud

La violencia en el lugar de trabajo, sea física o psicológica, se ha convertido en un problema mundial que atraviesa fronteras, los contextos de trabajo y los grupos profesionales. La violencia en el lugar de trabajo ha sido por mucho tiempo “una cuestión olvidada”, ha adquirido en los últimos años una enorme importancia y preocupación en los países industrializados y en desarrollo (33). Le dedicaremos ahora nuestra atención.

La violencia laboral afecta la dignidad de millones de personas en todo el mundo. Es una importante fuente de desigualdad, discriminación, estigmatización y conflicto en el trabajo. Cada vez más es un problema capital de derechos humanos. Al mismo tiempo, la violencia en el lugar de trabajo aparece como una amenaza grave, y a veces letal contra la eficiencia y el éxito de las organizaciones. La violencia causa perturbaciones inmediatas, y a veces a largo plazo, de las relaciones entre las personas, de la organización del trabajo y de todo el entorno laboral (33).

Si bien la violencia laboral afecta prácticamente todos los sectores y categorías de trabajadores, el sector de la atención de salud corre un riesgo grave. La violencia en este sector puede ser casi la cuarta parte del total de la violencia que tiene lugar en el trabajo (34).

En los Estados Unidos, los trabajadores de la atención de salud se enfrentan a un riesgo 16 veces mayor de sufrir incidentes violentos que los trabajadores de otros servicios. En ese país más de la mitad de las denuncias de agresión en el lugar de trabajo se produce en el sector de la salud (35,36).

En el Reino Unido, casi el 40 por ciento del personal del Servicio Nacional de la Salud dijo haber sufrido intimidaciones en 1998.

En Australia, el 67,2 por ciento de los profesionales de la salud fue objeto de violencia física o psicológica en 2001.

La violencia generalizada en el trabajo contra el personal de la salud no se limita al mundo industrializado. Más de la mitad de los agentes de salud de Bulgaria (el 75,8 por ciento), Sudáfrica (el 61 por ciento) y Tailandia (el 54 por ciento), así como el 46,7 por ciento de los trabajadores sanitarios de Brasil, sufrieron al menos un incidente de violencia física o psicológica en 2001 (36).

Las investigaciones también ponen de relieve que la violencia psicológica en el lugar de trabajo, que abarca los abusos verbales, la intimidación y el acoso moral, es más frecuente que la violencia física, y que entre el 40 y el 70 por ciento de las víctimas muestran síntomas de estrés considerables (37).

La violencia en el lugar de trabajo afecta a hombres y mujeres de todos los grupos profesionales y entornos laborales del sector de la salud. Sin embargo, la mayor tasa de incidencia de delitos corresponde al personal de ambulancias, las enfermeras y los médicos. Los grandes hospitales de las zonas residenciales, densamente pobladas o con un alto índice de criminalidad, así como los que se encuentran en lugares apartados, son particularmente vulnerables (56).

Por la creciente presión de las reformas y tensión del trabajo, la inestabilidad social, el deterioro de las relaciones interpersonales, la violencia laboral se extiende rápidamente en el sector salud. Cada vez más la violencia doméstica y la violencia callejera pasan a las instituciones de salud. En conjunto puede afectar a la mitad de los trabajadores de salud (35). Esta violencia de los funcionarios en el lugar de trabajo también puede generar en ellos comportamientos violentos, extendiéndose hacia los usuarios de los servicios de salud (37,38).

El origen de la violencia en el ámbito laboral según la OIT (39) deriva de una combinación de causas relativas a las personas, al medio ambiente y a las condiciones de trabajo, así como a las formas de interacción entre los propios trabajadores, y entre éstos y los empleadores. Di Martino (40), estima que la violencia en el lugar de trabajo no obedece únicamente a factores personales; afirma: "Nunca podremos prevenirla o ponerle freno, si nos basamos sólo en esa premisa".

Según el CIE (41), la enfermería es el personal de salud más amenazado por la violencia en el lugar de trabajo. Las víctimas más probables son el "estudiante" y el personal de enfermería, así como las enfermeras supervisoras y el personal de ambulancias. Asimismo, el CIE (41) plantea que el asalto con agresión física del personal de enfermería es perpetrado casi exclusivamente por los pacientes. Sin embargo, hay casos de maltrato o

violencia perpetrados por familiares, otros miembros del personal sanitario, incluidas enfermeras y médicos, así como personas ajenas al equipo de enfermería. La posibilidad de que las enfermeras sufran episodios de violencia en el lugar de trabajo es tres veces mayor que en otros grupos profesionales. El hecho de que las mujeres sean mayoría entre los agentes de salud resalta la dimensión de género de este problema. (40)

También ha sido denunciado en el sector de la salud el hostigamiento sexual, una forma específica de maltrato, siendo las enfermeras sus víctimas, lo que es avalado por numerosos estudios, entre los que se destaca el de (42) sobre acoso sexual, quien señala que el 69% de las enfermeras en el Reino Unido, el 48 % en Irlanda y el 76% en los Estados Unidos, han sido víctimas de acoso sexual.

El CIE (43) señala que las trabajadoras del equipo de enfermería responden de distintas maneras cuando ocurre un episodio de violencia, y que esta diferencia en su reacción depende de: tipo de personalidad, mecanismos aprendidos (conscientes e inconscientes), entorno físico, expectativas de la sociedad (culturales y profesionales), y señala que las reacciones inmediatas a la violencia pueden variar de sumamente pasivas a sumamente activas, a través de un continuo que va desde aceptar, evitar, defenderse verbalmente, negociar, hasta defenderse físicamente.

Las enfermeras han aceptado maltratos y violencia como "parte del trabajo", actitud, lamentablemente compartida a veces por el público general, y los líderes del sistema judicial. Aun en 1986, un magistrado que presidía un caso en el que dos enfermeras acusaban al paciente de haberlas asaltado, dictaminó que el "consentimiento a trabajar aquí" (un hospital psiquiátrico), era equivalente al "consentimiento a ser asaltado" (41).

Los efectos del maltrato y la violencia son inquietantes y comprenden una amplia gama de consecuencias derivadas de dichos actos, las que incluyen desde lesión física a somatización, depresión, temor, estrés, pérdida autoestima, entre otros, siendo también de gran importancia el que puedan comprometer la calidad de los cuidados prestados.

Las consecuencias negativas de esa violencia generalizada repercuten fuertemente en la prestación de los servicios de atención de salud, y pueden dar lugar a deterioro del clima laboral, de la eficiencia y la productividad, de la calidad de los cuidados dispensados y a decisiones de los trabajadores de abandonar las profesiones de atención de salud. Esto, a su vez, puede ser causa de que se reduzcan los servicios de salud disponibles para la población en general, y aumenten los costos de la salud (35). Especialmente en los países en desarrollo, la igualdad de acceso a la atención primaria de salud puede verse

amenazada si los trabajadores de salud, que ya son un recurso escaso, abandonan su profesión por la amenaza de violencia.

Estimaciones de varios estudios fiables indican que el estrés y la violencia representan posiblemente alrededor del 30 % de los costos totales de las enfermedades y accidentes. Sobre la base de estas cifras, se ha sugerido que es estrés-violencia puede costar entre el 0,5 % y el 3,5 % del PIB cada año (45).

Este dato indica claramente que la violencia laboral es demasiado elevada y hay que actuar urgentemente. Además en cada país se dispone de pruebas mas concretas que deben usarse para hacer las personas mas conscientes de la importancia del problema de la violencia en el trabajo y hacer de ella un objetivo prioritario de todas las personas que trabajan o intervienen en el desarrollo del sector salud. Lamentablemente en nuestro país no disponemos de datos sobre la violencia en el trabajo sanitario.

Con respecto a la violencia en el trabajo en el sector de salud, delante del expresivo número de trabajadores acometidos por el referido fenómeno, en todo el mundo, la Organización Internacional del Trabajo (OTI), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) e Internacional de Servicios Públicos (ISP), establecieron un programa conjunto de directrices trazadas con el propósito de ayudar estos profesionales a combatir el miedo, las agresiones, la humillación y los homicidios en sus locales de trabajo (33).

Esta iniciativa se adoptó como respuesta al problema de la violencia en los hospitales y otros centros de salud de los países en desarrollo y desarrollados, una vez que investigaciones realizadas constataron que cerca de 25% de los accidentes violentos en el trabajo ocurren en el sector salud y que más de 50% de los trabajadores del área ya experimentó incidentes de esta naturaleza (33).

Evidencias comprueban que la mayor incidencia de los delitos de violencia corresponde a los trabajadores de ambulancias que actúan en la atención pre hospitalaria, enfermeras y médicos. Los grandes hospitales de zonas residenciales, densamente pobladas o con alto índice de criminalidad, así como los que se localizan en lugares aislados son particularmente vulnerables (35).

Las directrices trazadas por la OIT/CIE/ISP(33) tienen como finalidad ayudar a todos los responsables por la seguridad de los locales de trabajo, gobiernos, empleadores, trabajadores, sindicatos, entidades profesionales y público en general, enfocando como el

problema debe ser abordado en el sector salud, describir los tipos de intervenciones posibles de que sean implementadas considerando las realidades locales, determinar, evaluar y disminuir los riesgos por medio de medidas preventivas, así como reducir al mínimo las repercusiones de la violencia y evitar que esta se repita. Así recomendamos la lectura del referido documento que puede ser visitado gratuitamente por la dirección:

<http://www.ilo.org/public/spanish/dialogue/sector/papers/health/guidelines.pdf>

Las directrices tienen como objetivo, servir de orientación general para abordar la violencia en el trabajo en el sector salud. No son órdenes de cumplimiento obligatorio sino instrumento básico de referencia para estimular el desarrollo autónomo de otros instrumentos similares, específicamente orientados y adaptados a diferentes culturas situaciones y necesidades.

Los sectores de actuación contemplados en las directrices son:

- 1. Prevención de la violencia en el lugar de trabajo.**
- 2. Tratar la violencia en el lugar de trabajo.**
- 3. Gestión y mitigación de las consecuencias de la violencia en el lugar de trabajo.**
- 4. Cuidado y apoyo a los trabajadores afectados por la violencia en el lugar de trabajo.**
- 5. Sostenibilidad de las iniciativas emprendidas.**

Otras organizaciones (36-45) preocupadas por el problema de la violencia en los sitios de trabajo y en especial en los ambientes sanitarios, como el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y el Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional de los Estados Unidos (NIOSH) junto con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), han producido documentos: “Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo” (46) y “Violencia. Peligros ocupacionales en los hospitales” (47) cuyo propósito es aumentar la conciencia del trabajador y del empleador acerca de los factores de riesgo para la violencia en los hospitales. Asimismo pretenden proveer estrategias para reducir la exposición a estos factores.

IX. Respuestas Institucionales

ANTE LA INSEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS

La Dra Olga Machado de Castillo nos orienta:

¿Qué respuestas pueden ofrecer los Gremios de la Salud ante la violencia a que son sometidos los trabajadores de la salud en el ejercicio profesional y actividades conexas?

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela es la fuente de garantías a los derechos fundamentales, por ejemplo:

El Artículo 43. El derecho a la vida es inviolable. Ninguna ley podrá establecer la pena de muerte, ni autoridad alguna aplicarla. El Estado protegerá la vida de las personas que se encuentren privadas de su libertad, prestando el servicio militar o civil, o sometidas a su autoridad en cualquier otra forma.

Por otra parte, el Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Y el Artículo 96. Todos los trabajadores y las trabajadoras del sector público y del privado tienen derecho a la negociación colectiva voluntaria y a celebrar convenciones colectivas de trabajo, sin más requisitos que los que establezca la ley. El Estado garantizará su desarrollo y establecerá lo conducente para favorecer las relaciones colectivas y la solución de los conflictos laborales. Las convenciones colectivas amparan a todos los trabajadores y trabajadoras activos y activas al momento de su suscripción y a quienes ingresen con posterioridad.

Ahora bien, las situaciones de las cuales han sido víctimas los profesionales de la salud son, entre otras, amenazas al derecho a la vida y a la salud, como también en diverso grado a otros derechos, por ejemplo, al trabajo digno, a la libertad de asociación sindical o gremial y a la libertad de opinión.

Diversas obligaciones contemplados en la Ley Orgánica del Trabajo, en la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente en el Trabajo (LOPCYMAT), en la Ley del Ejercicio de la Medicina, en el Código de Deontología Médica, relativas a las condiciones

exigidas para el ejercicio de la medicina institucional son incumplidas en forma grave y reiteradamente violadas por las autoridades de los centros hospitalarios.

Numerosos ejemplos han puesto en evidencia graves carencias en las condiciones y ambientes de trabajo cuya responsabilidad de provisión recae directamente sobre los directores de los hospitales públicos y sus superiores, que no han cumplido con la obligación moral y legal que tienen de garantizarlas al público y al personal de salud.

Algunas de las principales condiciones incumplidas y violaciones de derecho son:

- Dotación de insumos, medicamentos y equipos necesarios para garantizar la calidad de los actos profesionales
- Infraestructura deteriorada
- Seguridad e higiene en los ambientes de trabajo
- Déficit de personal
- Trato público humillante, descalificación y violencia verbal
- Desconocimiento de los derechos laborales
- Violación de la libertad sindical o gremial
- Falta de reconocimiento de las instituciones gremiales y de sus directivos.
- Intento de debilitar las organizaciones gremiales mediante diversas estrategias.
- Negativa al diálogo social tripartito y de discusión de contratos y convenciones colectivas de trabajo.
- Discriminación de profesionales por razones político-ideológicas y criminalización de la denuncia justificada de las precarias condiciones de trabajo.
- Persecución y amedrentamiento de los trabajadores que realizan legítimas protestas.
- Violación e incumplimiento de Convenios Internacionales sobre el derecho a la Salud y al Trabajo.

Esta situación se ha agravado por la incapacidad, la falta de independencia, voluntad e iniciativa de los órganos del Estado, encargados de velar para que se cumplan

efectivamente los derechos a la salud, al trabajo digno, a las libertades individuales de los trabajadores de la salud en los establecimientos públicos de atención médica.

Propuestas

Se requiere:

- Unir esfuerzos entre los diversos profesionales y trabajadores de la salud.
- Realizar denuncias cada vez que sea necesario.
- Hacer seguimiento a los acuerdos inter gremiales de lucha por condiciones dignas de trabajo.
- Llevar a cabo alianzas y actividades permanentes con las comunidades.
- Llevar la denuncia, no sólo a instancias nacionales sino, internacionales mediante los canales de agrupaciones y federaciones internacionales de profesionales y trabajadores de la salud.

X. Algunos testimonios

13 de mayo de 2009

Ciudad indefensa

"En el hospital de Lídice los médicos somos un blanco fácil"

Galenos amenazan con renunciar en masa si continúa la inseguridad

Los médicos del Hospital Dr. Jesús Yerena, reunidos en asamblea general, decidieron hacer responsable al ministro de Salud, Jesús Mantilla, por cualquier agresión que puedan sufrir debido al alto grado de inseguridad con que deben enfrentar cuando trabajan.

Los galenos también exigieron la presencia permanente de un puesto de la Guardia Nacional en el referido centro asistencial pues consideran insuficiente la custodia de sólo dos agentes de la Policía Metropolitana. El pasado fin de semana cerca de cuarenta familiares y amigos de un motorizado que fue atendido en el centro, intentaron linchar al médico, al responsabilizarlo por su deceso.

El vigilante que custodia la entrada principal corrió a alertar al médico cuando observó que entraron cinco hombres armados. Los colegas del profesional de la medicina optaron por ocultarlo durante doce horas en una habitación oscura y bajo llave.

Llegaron a bordo de unas diez motocicletas. Con pistola en mano recorrieron todos los pisos del centro asistencial mientras preguntaban por el cirujano residente mientras sus colegas guardaban silencio.

Otros, para protegerlo aseguraban que ya se había marchado. Numerosas mujeres esperaban en la entrada del hospital al tiempo en que vociferaban amenazas según las cuales iban a "ajustarles las cuentas". A los médicos del área de emergencia también los amenazaron.

Los sujetos se retiraron a las 6:00 p.m. al concluir los trámites para remitir el cadáver a la morgue de Bello Monte.

Desde entonces sus colegas decidieron suspender las cirugías y las consultas para presionar a las autoridades.

"Cada vez que llega un grupo armado al hospital los primeros en salir corriendo son los policías, nunca detienen a nadie ni le decomisan las armas", dijo el doctor Wilmer Santana quien agregó que los agentes de la PM suelen estar presentes unos días y después se marchan.

"Esto si es el propio Barrio Adentro. Somos un blanco fácil. Estamos en lo alto de un gran barrio rodeados de muchos problemas y agresiones". Explicó que trabajar allí implica mucha incertidumbre e incluso ellos tienen algunas calles prohibidas debido a la gran cantidad de asaltos que se reportan.

"Cuando salimos tenemos que esquivar algunos callejones y cometer infracciones de tránsito para evitar que nos roben. A veces los delincuentes llegan aquí armados para rescatar a uno de ellos y hasta para rematar a sus contrarios. Han ocurrido tiros en la emergencia. Esto es un desastre", dijo el doctor Santana.

Manuel Parra, presidente de la Sociedad Médica, señaló que durante la asamblea de médicos se consideró la posibilidad de una renuncia masiva de médicos debido a los altos índices de inseguridad.

"Eso sería el último recurso. Primero hay que agotar hasta el último cartucho para lograr que nos protejan", aclaró.

Supuestamente, el médico amenazado acudió ayer a la Fiscalía a denunciar el caso.

Gustavo Rodríguez

EL UNIVERSAL

Mantilla: Situación en hospital de Lídice es normal

Domingo 17 de mayo de 2009

2:15 PM | Ante los acontecimientos que se registraron en la madrugada en el hospital Jesús Yerena de Lídice, el ministro del Poder Popular para la Salud, Jesús Mantilla, aseguró que la situación está bajo control

En declaraciones ofrecidas desde la plaza Bolívar en la ciudad de Caracas, el titular de Salud indicó que luego de los hechos se presentaron unidades policiales para garantizar la seguridad y posteriormente un equipo del ministerio que dirige, encabezado por el mismo, sostuvo una reunión con los miembros de la comunidad y los médicos que laboran en el centro asistencial.

"La reunión realizada en horas de la mañana de este domingo, se desarrolló en un ambiente de cordialidad donde los vecinos organizados expresaron su voluntad de fiscalizar personalmente el funcionamiento del hospital, al igual que los médicos asistieron y brindaron su voluntad de resarcir los posibles daños que causaron al abandonar el centro de salud", señaló.

Mantilla precisó que en la actualidad se encuentran presentes en las instalaciones del hospital un grupo de 25 efectivos policiales custodiando al personal del centro asistencial y los pacientes que allí se encuentran junto a sus familiares.

El ministro sostuvo que estas acciones presentadas en el centro asistencial la madrugada de este sábado donde se registró un enfrentamiento entre una banda de delincuentes y un grupo de efectivos policiales, son parte de la deformación y desvalorización de la sociedad producto de las políticas gubernamentales de la cuarta República.

Mantilla aseguró que esta situación de violencia dentro de los centros asistenciales se ha ido superando en colaboración con las comunidades donde se encuentran emplazados los

hospitales y la coordinación que se ha construido entre la comunidad, el ministerio de Salud y representantes de los cuerpos de seguridad.

"Hechos de este tipo han sido superados en hospitales como el de los Magallanes de Catia por la coordinación entre la comunidad el ministerio de Salud y los cuerpos de seguridad y lo mismo haremos con el hospital de Lídice", destacó.

Por último, el ministro criticó la actuación de los medios de comunicación y señaló que "han hecho un esfuerzo importante para generar un clima de incertidumbre, pero no lo lograron porque nosotros responderemos ante cualquier situación".

<http://www.cadenaglobal.com/Noticias/default.asp?Not=215283>

Las insólitas declaraciones del ministro Mantilla están elaboradas sobre la lógica de que las víctimas del ataque al hospital por bandas armadas son los culpables de lo sucedido ¿Cómo se atreve a afirmar que los médicos y otro personal de salud, son los que deben resarcir los posibles daños al abandonar el Hospital?, cuando estos actuaron por causas justificadas de orden mayor (preservar su vida) como les estipula el Código de Deontología Médica. Sin dudas, en su criterio también hubieran sido los culpables de haber sido asesinados. Sabe Dios que pena postmortem hubiera sido aplicada por este Catón revolucionario cuya sensatez está extraviada.

Lo menos que se merece es solicitarle, una vez mas, la renuncia al cargo!

Complemento mi nota de protesta anterior con esta única explicación de las declaraciones del ministro: es una clara evasión de la responsabilidad moral y legal que tiene de garantizar las condiciones de seguridad para todos los trabajadores de los hospitales públicos en su condición de patrono. La LOPCYMAT lo obliga. Que mejor forma de evadirse, que responsabilizar a los médicos. Una de esas típicas huidas hacia adelante, mediante la cual ataca para no tener que defenderse. José Félix Oletta López

Ante los constantes hechos de agresión a los galenos Federación Médica exige seguridad para profesionales de la salud en hospitales

NAIBEL AULAR PUERTA

Durante el día de ayer se llevó a cabo en la sede de la Federación Médica Venezolana -FMV-, en Las Mercedes, el foro "Inseguridad de los profesionales de la salud en los establecimientos hospitalarios. Un diálogo necesario", evento al que asistieron un

importante número de galenos de los distintos hospitales de Caracas y Área Metropolitana.

Douglas León Natera, presidente de la FMV, expresó con preocupación que los Derechos Humanos de los médicos están siendo violentados, lo que ha generado que un número importante abandone la profesión o se vaya del país.

"Esto desafortunadamente se genera desde el propio discurso violento del presidente venezolano, que al médico venezolano le lanza cualquier epíteto", dijo a los medios presentes. "Por eso, cualquier paciente o cualquier familiar se siente autorizado a dirigirse violentamente", apuntó.

Dijo además que se sumarán a la marcha que se llevará a cabo el día de hoy organizada por los médicos del Hospital Vargas y que los acompañarán durante todo el recorrido.

Manifestó que es necesario que se establezca de una vez por todas el diálogo entre todos los sectores involucrados en la materia, a fin de combatir la situación de inseguridad intrahospitalaria que ha traído como consecuencia la amenaza a la vida de los profesionales de salud y hasta la muerte de algunos.

Hizo un llamado a la solución inmediata, "no solamente a la violencia hospitalaria sino a la violencia de la calle, a la violencia general en contra de todos los venezolanos y eso es lo que estamos tratando de dilucidar en el Foro de la Violencia Hospitalaria".

El presidente de la FMV expresó que "los directores de los hospitales en vez de ocuparse en salvaguardar la infraestructura y la propia institución, se ocupa del ornamento, de una construcción adicional, de una estética que no van en relación a la protección de la salud y la vida de los pacientes que acuden a los hospitales".

Denunció que las instituciones del Estado, niegan la información de la cantidad de personas que fallecen y las estadísticas epidemiológicas del país. El propio Ministerio en vez de darle información a la prensa y al público que se daba semanalmente hasta el año 2001, a partir del año 2004 no llega.

Igual pasa con la información epidemiológica que no las tienen cerrada, no hay forma. Señaló que los investigadores del área de salud obtienen las cifras de fallecidos por inseguridad o por diversas enfermedades, "a través de la morgue de Bello Monte o de las morgues que están en las diferentes regiones del país".

Reportó que los hechos violentos en varios hospitales ha repuntado, como en el Pablo Acosta Ortiz, de San Fernando de Apure, donde se formó una balacera la semana pasada a la entrada del hospital. También culpó a algunos directores de hospitales que reciben dinero del Gobierno que invierten más en obras estéticas en vez de invertir en la salud de los pacientes.

SE HA CUMPLIDO

Por su parte, el Dr. Manuel Parra, del Hospital de Lídice, manifestó que los acuerdos adquiridos con el MPPIJ, sobre el envío de efectivos de la GN y la policía al centro de salud caraqueño, se ha venido llevando con total normalidad durante los quince días consecutivos después del compromiso.

Esta situación ha mejorado notablemente el desenvolvimiento del personal, quienes sienten que con la presencia policial hay más seguridad en la zona. Asimismo, los familiares de los pacientes agradecen la medida, sin embargo, lamenta Parra que la solución haya llegado después de presentarse tensas situaciones en el hospital.

MIRANDA ES UN CAOS

Asimismo, el galeno Manuel Piñeiro, presidente del Colegio de Médicos del estado Miranda, manifestó su preocupación ante no sólo la inseguridad sino la precariedad con la que trabajan los médicos en la entidad central, sobre todo, por la especie de expropiación de los centros de salud por parte de la Gobernación.

Denunció que el mal estado de los hospitales impide el desenvolvimiento normal de los profesionales y que existen hospitales que tienen más de cinco años esperando la remodelación de las áreas de emergencia.

LA MUERTE COMO COBRO

Juan Correa, presidente de la Sociedad Médica del Hospital Domingo Luciani, manifestó que en distintas ocasiones familiares o acompañantes de pacientes han ingresado a las instalaciones y en medio de las tensiones han atentado contra la propia vida de los médicos.

En uno de los casos más delicado, personas desconocidas, propinaron más de 30 disparos contra el vehículo de uno de los galenos, impactando dos de ellos en la humanidad del mismo, sin quitarle la vida, pero dejándole severas secuelas. www.2001.com.ve

XI. Colofón

“La violencia medra cuando no existe democracia, respeto por los derechos humanos ni una buen gobierno. Hablamos a menudo de cómo puede una «cultura de violencia» enraizarse. Es muy cierto. Como sudafricano que ha vivido en el apartheid y vive ahora el periodo posterior, lo he visto y lo he experimentado. Es también cierto que los comportamientos violentos están más difundidos y generalizados en las sociedades en las que las autoridades respaldan el uso de la violencia con sus propias actuaciones. En muchas sociedades, la violencia prevalece en tal medida que desbarata las esperanzas de desarrollo económico y social. No podemos permitir que esta situación se mantenga”.

Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas, Premio Nobel de la Paz en 2001

XII. Anexo

Instructivo de prevención de violencia en el trabajo

Hospitales y otros centros de salud

Instrucciones para casos de Emergencia por Violencia en el lugar de Trabajo

¿Qué es la Violencia en el Trabajo?

El NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health), define la violencia en el lugar de trabajo como los actos violentos (incluyendo las agresiones físicas y las amenazas de agresión), dirigidos a las personas que trabajan o están de turno. La violencia en el lugar de trabajo abarca desde el lenguaje ofensivo o amenazador hasta el homicidio (47,48,49).

Ejemplos de violencia

Amenazas: Las expresiones del propósito de hacer daño, incluyendo las amenazas verbales, el lenguaje corporal amenazador, y las amenazas escritas.

Agresiones físicas: Los ataques que van desde golpear hasta la violación, el homicidio, y el uso de armas de ataque como las armas de fuego, las bombas o los cuchillos.

Atracos: Las amenazas de acometimiento grave, generalmente hechas sorpresivamente y con el propósito de robar.

Categorías de Violencia

De acuerdo con el “Informe a la Nación sobre Violencia en el sitio de Trabajo”, preparado por la Universidad de Iowa en 2001 (50) se reconocen las siguientes categorías:

Tipo I Intento criminal perpetrado por personas sin vinculación con la institución o sus empleados. 85 % de los homicidios en el sitio de trabajo corresponden a este tipo.

Tipo II Realizado por Usuarios o Clientes del establecimiento. La persona se hace violenta mientras es atendido en el servicio de la institución. Es quizás la categoría de violencia mas común en los servicios de asistencia de salud.

Tipo III El agresor es un empleado o ex empleado que ataca o amenaza a otro empleado en el lugar de trabajo. Representa el 7 % de los homicidios en el sitio de trabajo.

Tipo IV El agresor no tiene vinculación con la institución pero tiene una relación personal con la víctima. Equivale a una forma de violencia doméstica que ocurre en el sitio de trabajo.

Estas categorías pueden resultar muy útiles para elaborar estrategias de prevención de violencia en el lugar de trabajo, ya que cada tipo de violencia requiere un abordaje particular y ciertos tipos de establecimiento tienen una mayor incidencia de algunos tipos de violencia, en nuestro sitio de trabajo los Tipos I y II.

¿Cuáles son los factores de riesgo que promueven la violencia?

Los factores de riesgo que promueven la violencia varían entre los establecimientos de salud y dependen de la ubicación, el tamaño, y el tipo de asistencia médica. Los factores comunes de riesgo que promueven la violencia incluyen (51,52,53):

* El trabajar directamente con las personas volubles, especialmente si están bajo la influencia de drogas o alcohol o tienen una

historia de violencia o ciertos diagnósticos sicóticos.

* El trabajar con personal insuficiente, especialmente durante las horas de comer y de visita

* El traslado de pacientes.

- * Esperas largas por el servicio.
- * Salas de espera abarrotadas e incómodas.
- * El trabajar solo.
- * Mal diseño ambiental.
- * Seguridad inadecuada.
- * Falta de capacitación del personal y de policías para impedir y controlar las crisis con los pacientes potencialmente volubles.
- * Abuso de drogas y alcohol.
- * Acceso a las armas de fuego.
- * Movimiento ilimitado del público.
- * Pasillos, salas, estacionamientos, y otras áreas poco alumbrados.

¿Quién está en riesgo?

Aunque cualquier persona que trabaja en un establecimiento de salud podría llegar a ser una víctima de la violencia, los enfermeros y las personas que tienen contacto más directo con los pacientes están en mayor riesgo. Otros miembros del personal que están en un mayor riesgo de violencia son los encargados de la respuesta inmediata durante emergencias, vigilantes y porteros, los oficiales de seguridad del hospital y todos los que proveen asistencia médica.

¿Dónde podría ocurrir la violencia?

La violencia podría ocurrir en cualquier lugar del establecimiento, pero es más frecuente en los siguientes lugares:

- * Salas siquiátricas
- * Salas de urgencia
- * Salas de espera
- * Servicios de geriatría
- * Sitios de entrada y salida

¿Cuáles son los efectos de la violencia?

Los efectos de la violencia pueden variar de intensidad e incluyen:

- * Heridas físicas de poca gravedad.
- * Heridas físicas graves.
- * Invalidez física temporal o permanente.
- * Trauma psicológico.
- * Muerte.

La violencia también podría tener consecuencias negativas en la organización como moral baja de los trabajadores, un mayor estrés, cambios constantes de empleados, pérdida de confianza hacia la dirección y los colegas, y un ambiente de trabajo hostil.

Esté pendiente de cualquier indicio que pudiera estar asociado con un ataque inminente:

- * Ira y frustración expresadas verbalmente.
- * Lenguaje corporal como los gestos amenazadores.
- * Señales de uso de drogas o alcohol.
- * Presencia de un arma.

Mantenga una conducta que ayude a eliminar la ira:

- * Adopte una actitud tranquila y bondadosa.
- * No responda a las amenazas con amenazas.

- * No dé órdenes.
- * Reconozca los sentimientos de la persona (por ejemplo, "Sé que usted está muy molesto").
- * Evite cualquier conducta que pudiera interpretarse como agresiva (por ejemplo, moviéndose rápidamente, acercándose demasiado, tocando, o hablando en voz alta).
- * No tutee a la persona, trátela "de usted", ofrézcale su ayuda.

Esté alerta:

- * Cuando entre a un lugar o empiece a tratar con un paciente o visitante evalúe la posibilidad de que se pueda presentar un acto de agresión.
- * Esté atento durante el encuentro.
- * No se quede solo o sola con una persona que pudiera tornarse violenta.
- * Siempre mantenga un camino abierto para salir; no permita que la persona que pueda tornarse violenta se ponga entre usted y la puerta.

Tome estos pasos si no puede resolver la situación rápidamente:

- * Aléjese de la situación.
- * Llame y pida ayuda a un guardia de seguridad.
- * Reporte cualquier incidente violento a las autoridades del hospital.

Cómo manejar los efectos de la violencia

La violencia puede ocurrir en el lugar de trabajo aun a pesar de las medidas preventivas. Por eso, los directivos deben estar preparados para atender las consecuencias de la

violencia. Específicamente deben proveer un ambiente que promueva la comunicación abierta y desarrollar trámites escritos para reportar y reaccionar a la violencia. También los directivos deben ofrecer y alentar la participación del personal en orientación psicopedagógica siempre que un trabajador sea amenazado o agredido.

Fuentes Bibliográficas

Normas Jurídicas Nacionales e Internacionales en relación con la seguridad y salud de los trabajadores

I. República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medi Ambiente de Trabajo. Gaceta Oficial Numero 38.236, 26 de Julio de 2005.

II. Organización Internacional del Trabajo. C155. Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981

<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convds.pl?C155>

III. Norma Venezolana Covenin 2260-88. Programa de Higiene y Seguridad Industrial.

Aspectos Generales. Fondonorma. Caracas, 1-6-1988.

Referencias en el Texto

1. Consejo Internacional de Enfermería (1999) La violencia. Epidemia mundial. Boletín del CIE. disponible en:

<http://www.icn.ch/matters-violencesp.htm>

2. Organización Mundial de la Salud (1996) La violencia epidemia mundial. disponible en:

<http://www.who.int/violence>

3. Consejo Internacional de Enfermería - CIE. (SWZ). La violencia: epidemia mundial 2004. disponible en

http://www.icn.ch/matters_violencesp.html

4. Minayo MCdeS. (2000) Violência como indicador de qualidade de vida. Acta Paul Enfermagem 3(Nº especial):159-80.

5. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y Salud. (2002). Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi

A, LozanoAscencio R, editors. Ginebra, OMS

6. Heise LL. (1998) Violence against women:an integrated ecological framework. Violence Against Women, 4:262–290.

7. Carp RM.(2000) Elder abuse in the family:an interdisciplinary model for research. NuevaYork,Springer.

8. Hernández T. Des-Cubriendo la Violencia.(2000) En: Violencia, Sociedad y Justicia en América Latina. LACSO 2000 p 57-75.

9. Galtung, Johan (1998) Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia (País Vasco, España: Colección Red Gernika, Bakeaz Gernika Gogoratuz).

10. Maturana, Humberto (1997) “Biología y violencia”, en Maturana, Humberto et al. Violencia en sus distintos ámbitos de expresión (Santiago de Chile: Dolmen Ediciones).

11. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Informes Finales del 44 Consejo Directivo. 55 Sesión del Comité Regional; 22-26 sep 2003; Ginebra (SWZ): OPS; 2003.

12. Briceño-León R. (2000) Introducción. La Nueva Violencia urbana en América Latina. En: Violencia, Sociedad y Justicia en América Latina. LACSO. 2000, p 13-26.

13. World Health Organization (1999) Injury, a leading cause of the global burden of disease (Geneva: WHO)

14. Briceño-León, R., Camardiel, A. y Avila, O. (1998) “¿Quiénes son las víctimas de la violencia en Caracas? Un análisis social del riesgo de la violencia no fatal”, en Tribuna del Investigador (Caracas) Vol. 5, N° 1, pp.5-19.

15. CEPAL (2000) Equidad, desarrollo y ciudadanía. (Santiago de Chile: CEPAL).

16. World Bank (2001) Beyond economic growth. Meeting the challenges of global development (Washington DC: World Bank).

17. Banco Interamericano de Desarrollo (1998) Informe de Progreso Económico y Social(Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo).

18. Londoño, J.L. y Guerrero, R. (2000) “Violencia en América Latina: epidemiología y costos” en J.L. Londoño, A. Gaviria y R. Guerrero (editores) Asalto al desarrollo: violencia en América Latina.(Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo) pp. 11-57.

19. Briceño-León R, Camardiel A, Ávila O. (1999) Violencia y actitudes de apoyo a la violencia en Caracas. Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología. Universidad de los Andes 9:26 sept.-dic .

20. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Violencia y Criminalidad. Obstáculos al Desarrollo Humano.(1997) Breve análisis de los principales indicadores de la criminalidad en Venezuela- Informe PNUD Disponible en:

<http://www.pnud.org.ve /IDH97/violenciacodh5.htm>

21. Bandura, A. (1973). Aggression: A Social Learning Analysis. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

22. PROVEA.(2003) Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos. Informe del Año. Disponible en

<http://www.derechos.org.ve/publicaciones/infanual>

23. Saade Gamboa Y.(1999) Evolución del crimen y la violencia en la Venezuela del Siglo XXI. Disponible en

<http://www.psicologiajuridica.org/psj99.html>

24. Montero N, Padilla F. (1982). Los antecedentes de la Personalidad Sociopática. Ediciones de la Biblioteca de la Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela.

25. Briceño-León R. (2004) El crimen organizado ha producido un aumento dramático de muertes violentas. Laboratorio de Ciencias Sociales (Lacso) 26-11-2004. Consultado el 22 de diciembre de 2004. Disponible en:

<http://www.apalancar.org/areas/default.asp?area=13>

26. Buvinic M, Morrison A, Shifter M. (2000) La violencia en la América Latina y el Caribe; Un marco de referencia para la acción. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D.C.

27. Abad-Gómez H. (1962) La violencia necesita estudios. Tribuna Médica (Col)2:9-12.

28. Koop CE, Lundberg GD. (1992) Violence in America: a public health emergency: time to bite the bullet. JAMA; 267:3075-6.

29. Pan American Health Organization.(1993) Resolution XIX; 1993.

30. World Health Organization. (1996) Resolution WHA49.25; 1996.

31. Butchart A Engström K. (2002). Sex- and age-specific relations between economic development, economic inequality and homicide rates in people aged 0–24 years: a cross-sectional análisis. Bulletin of the World Health Organization. 80:797-805.

32. Guerrero R. (2002). Editorial. Violence is a health issue. Bulletin of the World Health Organization 80: (10), 767.

33. Organización Internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud, Organización Internacional del Trabajo e Internacional de Servicios Públicos. (2002). Directrices Marco para afrontar la Violencia laboral en el Sector Salud. Ginebra, OIT/OMS/CIE/ISP; 2002.

34. Nordin H. (1995), Falta om vaold och hot I arbett, Solna. Sistema de Información sobre lesiones en el trabajo. Consejo Sueco de Salud y Seguridad en el Trabajo.

35. Di Martino V. (2002) Workplace violence in the health sector - country case studies (Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, and an additional Australian study): synthesis report. Ginebra (SWZ): OIT/OMS/CIE/ISP.

36. Programa Conjunto: Nueva iniciativa contra la violencia laboral en el sector salud. OIT/OMS/CIE/ISP; (2002). Disponible en:

<http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/pr/2002/49.htm>

37. Kingma, M. (1999). El incremento de la violencia en el lugar de trabajo es una amenaza para la enfermería y la prestación de los cuidados de salud. En Comunicado de prensa CIE. disponible en

<http://www.icn.ch/prviolence-99sp.htm>

38. Burgos Moreno M, Paravic Klijn T. (2003) Violencia Hospitalaria en Pacientes. Ciencia y Enfermería IX (1): 9-14.

39. Organización Internacional del Trabajo (1998). La violencia en el trabajo: un problema mundial. disponible en:

<http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/pr/1998/30.htm>

40. Chapell, D, Di Martino, V. (1998). Violence at Work (pp. 62-69). Geneva: International Labour Office.

41. Consejo Internacional de Enfermería (1993). "Abuso o Violencia contra el Personal de Enfermería: Declaración de posición".

Disponible en: <http://www.cie.com>

42. Grieco, A. (1997). "Directrices para hacer frente a la violencia en los lugares de trabajo". En CIE (pp. 4-25). Ginebra.

43. Consejo Internacional de Enfermería (1999). "Enfermería y violencia". Disponible en:

<http://www.icn.ch/violencia/>

44. Letelier Sanz P Valenzuela S.(2002) Violencia: Fenómeno relevante de estudio en campos clínicos intra-hospitalarios de enfermería. Ciencia y Enfermería 8(2).

45. Hole H, Sparks K, Cooper C (2000) The cost of violence and stress at work and the benefits of a violence and stress-free working environment. Science and Technology Institute, Manchester University. Disponible en:

<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/whpwb/econo/costs.pdf>

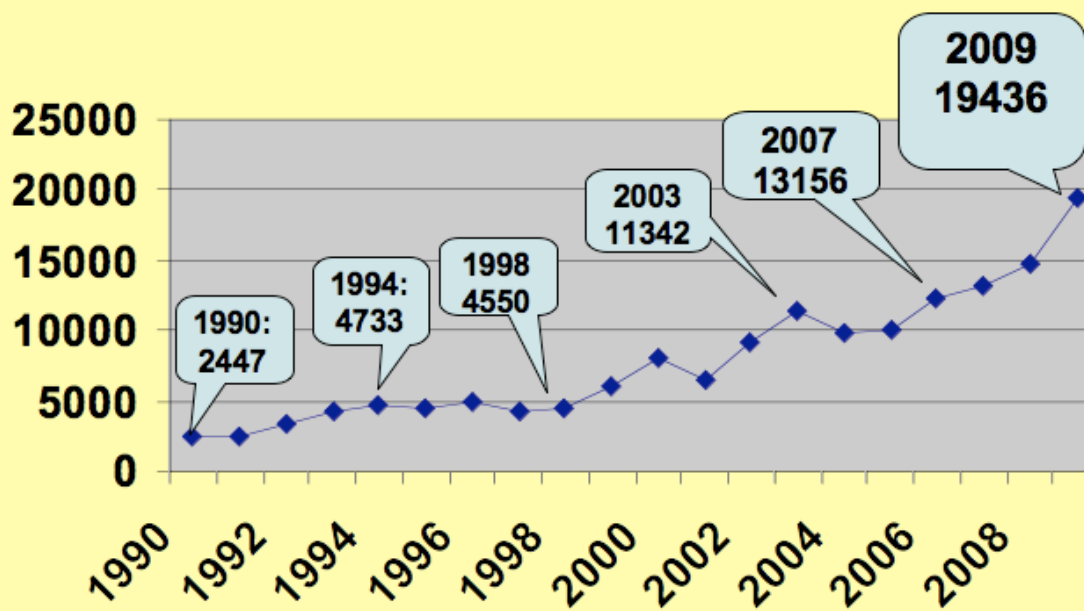
46. Consejo Internacional de Enfermeras. CIE (1996). Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo. Ginebra.

47. National Institute for Occupational Safety and Health DHHS (NIOSH). (2002) Violencia. Peligros ocupacionales en los hospitales. Número de Publicación 2002-101. Disponible en:<http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2002-101sp.html>
48. Goodman RA, Jenkins EL, Mercy JA (1994). Workplace-related homicide among health care workers in the United States, 1980 through 1990. JAMA 272(21):1686-1688.
49. Lipscomb J (1999). Violence in the workplace: a growing crisis among health care workers. In: Charney W, Fragala G, eds. The epidemic of health care worker injury. Boca Raton, FL: CRC Press, pp.163-165.
50. Workplace Violence.(2001) A Report to the Nation. February 2001. The University of Iowa. Iowa City IA. Disponible en: <http://www.publichealth.uiowa.edu/iprc>
51. National Institute for Occupational Safety and Health (1996). Current intelligence bulletin 57: violence in the workplace; risk factors and prevention strategies. Cincinnati, OH: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, DHHS (NIOSH) Publication No. 96-100.
52. Occupational Safety and Health Administration (1996). Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers. Washington, DC: U.S. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration, OSHA 3148-1996.
53. Simonowitz JA (1996). Health care workers and workplace violence. Occup Med: State of the Art Reviews 11(2):277-291.

Gráficos y Tabla: Cortesía del profesor Roberto Briceño León.

UCV, LACSO, OVV, junio de 2009

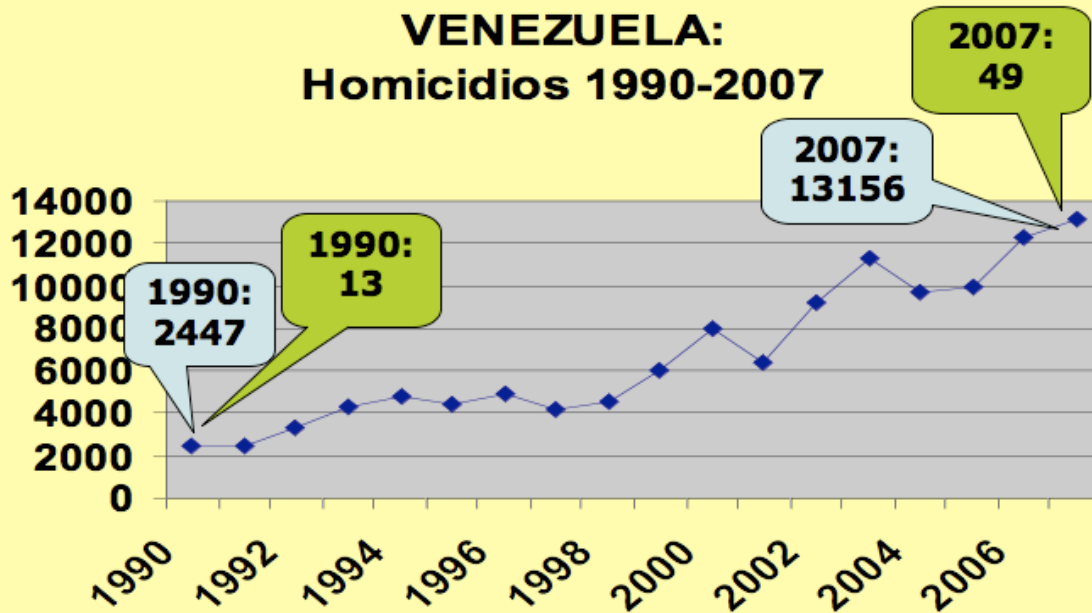
VENEZUELA: Homicidios 1990-2009



Fuente: Observatorio Venezolano de Violencia, Universidad Central de Venezuela

La década de los 90 se inició con 2447 homicidios para una tasa de 13 homicidios por cada 100 mil habitantes

VENEZUELA: Homicidios 1990-2007



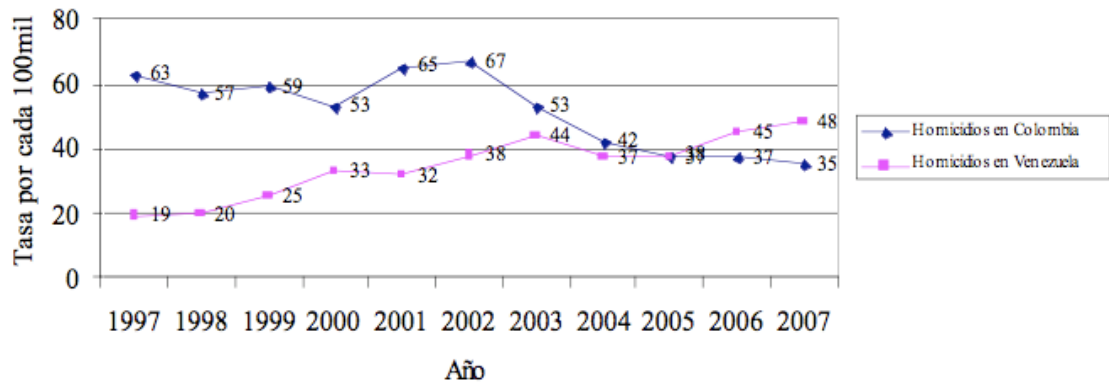
Fuente: Construcción del Observatorio Venezolano de Violencia y del Centro para la Paz y los Derechos Humanos de la Universidad Central de Venezuela y del Cuerpo de Investigaciones Científicas Penales y Criminológicas y del Instituto Nacional de Estadísticas

Esto muestra un inmenso crecimiento en los homicidios en los últimos 10 años

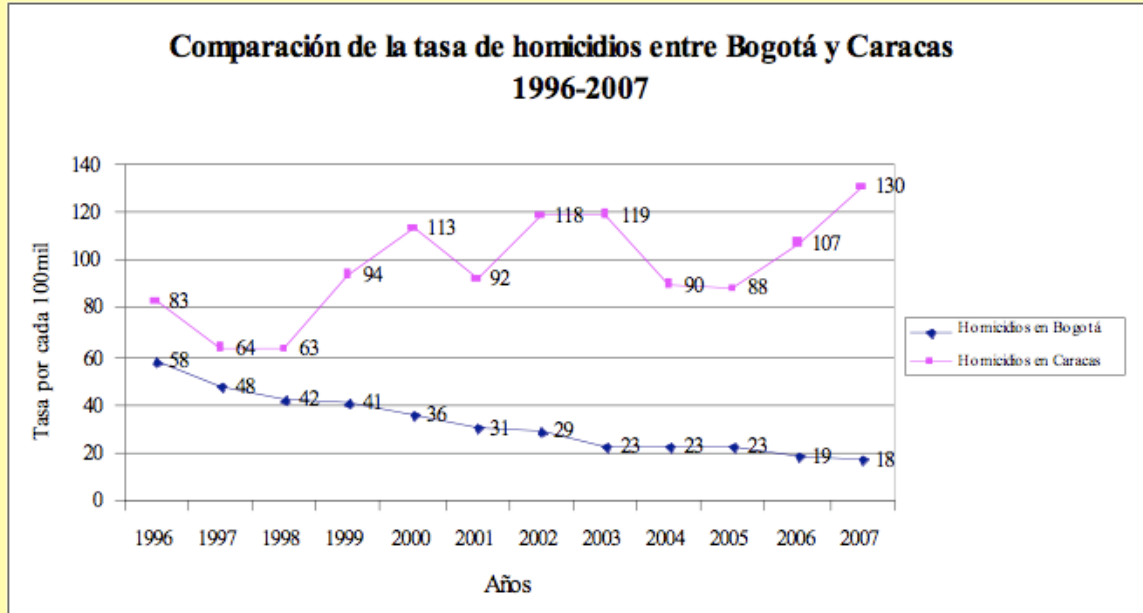
| Año | Venezuela Nº de Delitos | Tasa x 100.000 |
|------------|------------------------------------|-----------------------|
| 1998 | 4.550 | 20 |
| 1999 | 5.968 | 25 |
| 2000 | 8.022 | 33 |
| 2001 | 7.960 | 32 |
| 2002 | 9.617 | 38 |
| 2003 | 11.342 | 44 |
| 2004 | 9.719 | 37 |
| 2005 | 9.964 | 37 |
| 2006 | 12.257 | 45 |
| 2007 | 13.156 | 49 |

Comparación de la tasa de homicidios entre Venezuela y Colombia 1997-2007

Comparación de la tasa de homicidios entre Venezuela y Colombia
1997-2007



Comparación de la tasa de homicidios entre Bogotá y Caracas 1996-2007



Fuente: Observatorio Venezolano de Violencia sobre datos del Ministerio del Interior y Justicia; Instituto Nacional de Estadística (INE); Centro para la Paz, UCV, Caracas; [Autopsias Mordidas](#), Universidad Nacional de Colombia; Fabia Sánchez; Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia; Policía Nacional de Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) Colombia.